

Mein digitaler Zettelkasten ...

**FAKTEN / QUELLEN /
ZUSAMMENHÄNGE / MEINUNGEN**

**Materialsammlungen
zu den Themenbereichen:**

Organspende,
Transplantation, Hirntod

Hirnforschung,
Willensfreiheit, Verhalten, Bewusstsein

Sterben,
Sterbebegleitung, Sterbehilfe,
Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

**Zusammenstellung aus den Jahren
2003 bis 2018**

Liebe Leserin, lieber Leser,

bisher sind in der Reihe „Schönberger Blätter“ vor allem Beiträge zu Themen aus Naturwissenschaft, Technik, Medizin, Philosophie und Religion erschienen (z.B. zu Gentechnik und Kernenergie, Stammzellenforschung und Retortenbabys, Klimawandel, Klonen, Lebensstil, Hirnforschung, Weltbevölkerung, Chaosforschung und anderes mehr).

Eine aktuelle Auflistung der bis Ende 2023 erschienen 160 Hefte und die Möglichkeit zum Download finden Sie unter:

<http://www.krause-schoenberg.de/materialversand.html>

Beginnend mit Heft 48 wird die Reihe um einige heimatgeschichtliche und zeitgeschichtliche Beiträge erweitert.

Viel Spaß beim Lesen!

ihr Joachim Krause

Rückfragen, Hinweise und Kritik richten Sie bitte an:

Joachim Krause, Thälmannstr. 16, 39291 Möser, Tel. 039222-687686,

E-Mail: krause.schoenberg@t-online.de Internet: <http://www.krause-schoenberg.de>

Die Verantwortung für den Inhalt der „Schönberger Blätter“ liegt allein beim Verfasser.

**Die digitalen Dateien zu dieser Zusammenstellung
stelle ich auf Anfrage gern zur Verfügung!**

EINFÜHRUNG

Fast 30 Jahre lang war ich in der Erwachsenenbildung der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens tätig als „Beauftragter für Glaube, Naturwissenschaft und Umwelt“. Ich hielt Vorträge, gestaltete Seminare, beriet Ratsuchende in Einzelgesprächen und hatte eine umfangreiche Korrespondenz zu fachlichen Fragen. Bei Veranstaltungen gab ich gern auch Merkblätter aus, auf denen wichtige Fakten zum behandelten Thema (mit Quellenangaben) zusammengestellt waren. Im Laufe der Jahre musste/durfte ich mich mit einer breiten Palette von Themen auseinandersetzen. Im Jahr 2010 wurden in den Veranstaltungen unter anderem folgende Themen behandelt:

- In Würde sterben – Sterbebegleitung, Sterbehilfe, Hospizarbeit, Patientenverfügung
- Hirnforschung und Willensfreiheit - Ist der freie Wille nur eine Illusion?
- Charles Darwin – Leben, Werk, Wirkung
- Mobilfunk – Technik mit Risiken und Nebenwirkungen?
- Wir sind Sternenstaub ... - der Mensch im Kosmos“
- Gut gerüstet für den Ernstfall? - Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
- Dem Geheimnis des Lebens auf der Spur - Was ist und was tut eigentlich ein GEN?
- Von Schöpfung reden trotz Darwin – Schöpfung contra Evolution?
- Chaos-Forschung - Ist die Welt ein Würfelspiel?
- Gut leben statt viel haben - Umweltprobleme und unser Lebensstil
- Unser tägliches Brot - Unsere Ernährungsgewohnheiten und ihre Folgen
- Klima in Gefahr ? - Nach uns die Sintflut?
- Wie viele Menschen (er-)trägt die Erde? - das Weltbevölkerungs-Problem
- Gentechnik – Frevel oder Fortschritt ?
- Menschen nach Maß ?! – Klonen, Stammzellen, Gentherapie
- Energie für die Zukunft – Kohle und Kernspaltung oder Sonne, Wind und Co.?
- Essen aus dem Genlabor? - Gentechnik in Landwirtschaft und Nahrungsmittel-Erzeugung
- Organspende - Pflicht aus Nächstenliebe oder Verstoß gegen die Menschenwürde?
- Mit BIO-Energie gegen den Klimawandel !? - Darf man mit Weizen heizen

Und bei allen Themen kam es darauf an, „sauber“ (also wissenschaftlich korrekt) zu informieren, nur Fakten zu verwenden, die zum einen dem aktuellen Stand des Wissens entsprachen und die auch durch solide Quellen belegt waren.

Um da immer auf dem Laufenden zu bleiben und schnell auf die mir zur Verfügung stehenden Informationen zugreifen zu können, musste ein Ordnungs-System her:

In den ersten Jahren sammelte ich für jeden Themenbereich getrennt in Steh-Ordern: Exzerpte aus Büchern, kopierte Artikel aus Fachzeitschriften, Ausrisse aus Tageszeitungen usw.

Irgendwann um 2000 begann ich, die für mich wichtigen Informationen per Computer in Dateien aufzuschreiben. Das hatte den Vorteil, dass ich dann im elektronischen Suchlauf schnell nach allen Einträgen suchen konnte, in denen ein bestimmtes Stichwort vorkam. Die Faktensammlungen standen dann auch allen Interessierten im Internet zum „Ausschlachten“ zur Verfügung.

Solche Dateien wurden zu jedem einzelnen Themenbereich angelegt und in unregelmäßigen Abständen (meist aller 3-6 Monate aktualisiert. Dabei wurden die neueren Erkenntnisse immer am Ende der Sammlung angefügt, sodass sich grob eine chronologische Ordnung ergibt – die ältesten Einträge stehen also in der Regel am Anfang, die jüngsten Eintragungen am Ende. So ergibt sich auch innerhalb der Themengebiete ein grober Eindruck, welche Themen wann Konjunktur hatten oder wie sich die Erkenntnisse und Bewertungen zu einem Sachgesichtspunkt im Laufe der Jahre verändern.

Es kann allerdings vorkommen, dass ein Eintrag nicht an der Stelle steht, wo man ihn vermuten würde, sondern in der Entstehung der Sammlungen in einem anderen Sachzusammenhang eingeordnet wurde. In der elektronischen Fassung könnte man gezielt nach Stichworten suchen, das ist in der gedruckten Fassung leider nicht möglich.

Die Quellenangaben stehen in der Regel am Ende eines Eintrags in Klammern.

© Joachim Krause, Hauptstr. 46, 08393 Schönberg, Tel. 03764-3140
krause.schoenberg@t-online.de, www.krause-schoenberg.de

FAKTEN – QUELLEN – ZUSAMMENHÄNGE – MEINUNGEN

zu den Themenbereichen

Organspende – Transplantation – Hirntod

ab Seite 5

**Hirnforschung und Willensfreiheit,
Verhalten, Bewusstsein**

ab Seite 58

**Sterben, Sterbebegleitung, Sterbehilfe,
Vorsorgevollmacht und
Patientenverfügung**

ab Seite 117

FAKTEN – QUELLEN – ZUSAMMENHÄNGE – MEINUNGEN

zum Themenbereich:

Organspende – Transplantation – Hirntod

begonnen 2005

abgeschlossen mit Stand vom 6.1.2018

- Q: Ludger Weiß (Hrsg.) Schöpfung nach Maß: perfekt oder pervers?, Oberursel 1995
 - ein Umgang mit Sterbenden, der eine möglichst lebendfrische Entnahme der Organe garantiert
 - Organe müssen durch maschinelle Beatmung "lebendig" erhalten werden; lebendfrisch = gut durchblutet
 - Tod: eine kulturell und religiös geprägte zentrale Vorstellung wird zunehmend durch naturwissenschaftlich-technische Kalküle ersetzt
 - was ist der Hirntode? keine Leiche - nachmenschlich, belebte Materie, biologische Masse, Restmensch?
 - wenn der Mensch eine Einheit von Geist, Leib und Seele ist, also auch eine Einheit von Hirn und Körper, dann ist der Hirntod eine entscheidende Etappe im Sterbeprozess, aber nicht identisch mit dem Tod
 - Organe werden knapp bleiben: selbst wenn sämtliche für Transplantation geeigneten Organe entnommen würden; bundesweit gibt es nur 2000 Tote pro Jahr, die als Organspender in Frage kommen = 2000 Herzen und Lebern, 4000 Nieren
 - erfreulicher Rückgang schwerster Hirnverletzungen in Deutschland (in letzten 10 Jahren halbiert): verbesserte Schutzmaßnahmen im Straßenverkehr (Anschnall- und Helmpflicht), bessere Intensivmedizin, - Zahl der Transplantationen hat sich im gleichen Zeitraum verdreifacht
 - Medikament zur Unterdrückung der Abwehrfunktion gegen das fremde Organ ist überlebenswichtig, schon eine Erkältung, eine Schramme oder ein eiternder Zahn können zum Verhängnis werden
 - Organe stammen meist von jungen Männern mit schwersten Hirnverletzungen
 - ohne Sauerstoffzufuhr bei leichten Qualitätseinbußen noch verwendbar: Niere 120 Minuten, Herz 15-30, Leber 30
 - das Risiko, Organempfänger zu werden ist 10x höher als selber als Spender in Betracht zu kommen
 - in Pittsburgh/USA wurde begonnen, "kontrolliert" verstorbenen Herztoten Organe zu entnehmen; auch lebensmüde Patienten, die Tod wünschen; Absetzen der Beatmung (Entwöhnung); zweiminütiges Aussetzen des Pulses reicht aus zur Feststellung des Todes
 - Organbank in Illinois: Entnahme von Organen unmittelbar nach "unkontrolliertem Tod" von Menschen in der Notfallabteilung der Kliniken (sofort mit Infusion von Kühlflüssigkeit konservieren, schnelle Zustimmung der Verwandten einholen)
 - Paviane "akzeptieren" die Herzen von Schweinen, weil mit Hilfe eines gentechnischen Tricks die Immunabwehr außer Kraft gesetzt werden konnte
 - die Lebensfunktionen werden bei Hirntoten "nur künstlich" aufrechterhalten...? - andere (intensiv-)medizinische Prothesen: künstlicher Ersatz oder Unterstützung des Blutdrucks, der Atmung, Entgiftungen, Herzschrittmacher
 - Hirntod (Harvard): vollständiger und irreversibler Ausfall aller Hirnfunktionen"; genauer definieren: "irreversibler Ausfall aller messbaren Hirnfunktionen"
 - Einwilligung zur Organspende abhängig machen von umfassender Aufklärung durch einen Arzt (soll mit unterschreiben)

- Transplantation von fötalem Hirngewebe auf Parkinsonkranke (Botenstoff Dopamin soll wieder produziert werden) - Identitätsaustausch? ("lächelt der Patient oder der Embryo?")
- Q: FP 23.2.96
 - Dresdner Herzzentrum 1995 12 Herztransplantationen; derzeit 124 Mill DM Neubau Herzzentrum
- Q: Organspende - eine gemeinsame Aufgabe, Arbeitskreis Organspende 1994
 - Nebenwirkungen von Immunsuppressiva: bösartige Tumore könne sich entwickeln
 - 1991 19% der Angehörigen gegen Organspende, 1992 21%, 1993 25%
 - in mitteleuropäischen Ländern nur 3-4% der verpflanzten Nieren von lebenden Spendern, in Norwegen, Griechenland, Japan, USA 20-30% (Dialyse nicht kostenlos, restriktivere Einstellung gegen Organentnahme nach dem Tode)
 - Herztransplantation: 4-5 Stunden konservierbar; Bedingung für Anmeldung eines Patienten: sämtliche Möglichkeiten medikamentöser oder chirurgischer Behandlung sind ausgeschöpft, Lebenserwartung unter 1 Jahr, andere Organe wie Niere, Leber sind funktionstüchtig, Alter sollte 55-60 Jahre nicht überschreiten
 - Lebertransplantation: bis 20 Stunden konservierbar
 - Schritte vor der Transplantation: Arzt berät vor Gespräch mit Angehörigen mit dem Koordinator des nahegelegenen Tr.-Zentrums; Entnahmeteams kommen ins Krankenhaus;
 - Weitergeltung der DDR-Regelung in den neuen Ländern als Landesrecht?, wird in der Praxis nicht mehr angewendet
 - Informationslösung: Dauer der Bedenkzeit ist zwischen Arzt und Angehörigen zu vereinbaren; ist niemand erreichbar, dürfen keine Organe entnommen werden
 - Kosten: Nierentranspl. 50000 DM, Herz 150000, Leber 210000
- Q: Sonntag 25.2.96
 - Experten halten es für unmöglich, dass ein Organ eines in Lateinamerika geraubten Kindes in den Körper eines Nordamerikaners oder Westeuropäers eingesetzt werden könnte: medizinischer Aufwand, Transport, geringe Eignung für erwachsenen Körper
- Gesichtstransplantation: Frankreich 2005;
 - ein Jahr danach Foto; Patientin hat erkennbar bessere Kontrolle;
 - Transplantat (Nase, Lippen, Kinnpartie) 2 x fast abgestoßen, aber mit Medikamenten verhindert (Freie Presse Chemnitz 29.11.06)
- Laut DSO hatten nur 5,8% der Hirntoten, denen in Deutschland Organe entnommen wurden, ihr Einverständnis zu Lebzeiten schriftlich erklärt; für die anderen Entscheidung der Angehörigen; Memorandum von 8 Experten:
 - in Deutschland Widerspruchslösung einführen;
 - bundesweites Register aller Organspender einrichten;
 - unzureichende Mitwirkung der Kliniken verbessern (auch höhere Vergütungssätze);
 - Lebendorganspenden Niere und Leber versicherungsrechtlich besser absichern, evtl. auch Bezahlung einführen (staatliche festgelegte Preise, Aufkaufmonopol für öffentliches Gesundheitssystem) – fairer Marktpreis pro Niere 40.000 Dollar;
 - (taz 19.5.06)
- Xenotransplantation Kongress in Berlin;
 - erste präklinische Studien zur Übertragung von Inselzellen des Schweins (Insulinproduktion bei Diabetes durch Schweinezellen im Körper) laufen in USA, Korea, China; in Mexiko sogar schon eine experimentelle Übertragung auf den Menschen (keine Insulinfreiheit gebracht, aber auch nicht geschadet); Inselzellen des Schweins, weil beim Insulin nur 1 Baustein anders als beim Menschen;
 - Probleme:
 - a) immunologische Abstoßungsreaktion,
 - b) physiologische Inkompatibilität von Mensch und Tier,
 - c) Risiko der Übertragung von Mikroorganismen;
 - zu a) gentechnische Veränderungen am Erbgut der Schweinezellen, damit bestimmte Proteine nicht mehr hergestellt werden, auf die die Immunabwehr des Menschen scharf reagiert;
 - zu c) Viren bisher zwar noch nie auf Menschen übertragen, aber WHO fordert strenge Richtlinien (Dtsch. Ärzteblatt 24.6.05 S.A1792)
- §12 Abs.3 TPG:
 - Organzuteilung (Allokation) erfolgt durch die Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten. Dabei sind die Wartelisten der Transplantationszentren als eine einheitliche Warteliste zu behandeln.;
 - ... schicksalhaft ungleiche Ausgangschancen ... So werden Patienten, die aufgrund medizinischer Merkmale, wie Unverträglichkeiten oder eine seltene Blutgruppe, besonders geringe Chancen haben, ein Transplantat zu erhalten, bei der Organallokation relativ zu anderen Patienten bevorzugt;

Die Chancen auf eine Transplantation müssen von Wohnort, sozialem Status, finanzieller Situation und der Meldung bei einem bestimmten Transplantationszentrum unabhängig sein;
Hohe Dringlichkeit HU (high urgency): Patienten in akut lebensbedrohlicher Situation; Status muss besonders beantragt und begründet werden; gilt für 7 Tage; Als Ausnahme (und Kriterium für HU-Status JK) gilt die akute Re-Transplantation (Zweit-Transplantation JK) bei Transplantatversagen innerhalb der ersten 7 Tage nach Organübertragung;

eine möglichst kurze Transport- und damit Konservierungszeit ist anzustreben und bei der Organallokation zu berücksichtigen;

(Bundesärztekammer: Richtlinie zur Organtransplantation;
Dtsch. Ärzteblatt 3.6.05 S.A1615)

- (15) potentieller Spenderpool:
verschiedene Erhebungen: 0,39 bis 0,55% aller Todesfälle;
Schätzung: ca. 0,50% aller Todesfälle (dabei eine Ablehnungsrate von Null vorausgesetzt !);
(BzgA: Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze, Köln 2001)
- fast ein Drittel der Patienten, die auf eine Transplantation warten, sterben, bevor sie ein Organ erhalten.;
auf eine neue Niere warten Patienten inzwischen durchschnittlich 6 Jahre;
12000 Menschen hoffen in Deutschland auf eine Transplantation;
im Gegensatz zur Niere entscheidet bei der Lunge die Dringlichkeit und nicht die Position auf der Warteliste;
bei Nieren 16% der Transplantate von lebenden Spendern; USA: rund jede zweite Niere Lebendspende;
Lebendspenden auch bei Leber und Lunge (Abtrennung von einem der fünf Lungenlappen, zwei Spender sind nötig, um eine neue Lunge zusammensetzen; erhebliche Komplikationen, wird in Deutschland nicht durchgeführt);
nur jeder 5. Lunge von hirntoten Spendern wird tatsächlich verwendet;
Unterdrückung der Immunabwehr durch Cyclosporin (seit 1982); Nebenwirkung: Krebsrisiko ist bei Patienten dadurch erhöht
(bdw 4/06 S.62)
- USA: jährlich fast 7000 Lebendspenden (meist Nieren, seltener Leber);
bei 10% der Nierenspenden kleinere Komplikationen, bei 1% schwerwiegende Probleme, einige werden selbst Dialysepatienten; drei von 10.000 Spendern sterben (bei Lebern USA einer von 500);
Deutschland 11900 Patienten auf der Warteliste in Leiden; knapp 9500 Patienten warten auf eine Niere, 2004 nur etwa 2500 Transplantationen;
(ZEIT 11.8.05 S.29)
- wenn keine Willensbekundung des Betroffenen vorliegt, entscheiden die Angehörigen, wobei sie den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen beachten sollen;
von den befragten Familien lehnen bis zu 45% die Organspende ab;
Umfragen: 82% der Bevölkerung stehen der Organspende positiv gegenüber, 67% würden selbst spenden;
2003 beteiligten sich lediglich 40% aller Krankenhäuser mit Intensivstation durch die Mitteilung wenigstens eines potenziellen Organspenders;
77% der Organspenden sind keine Unfallopfer;
absolute Ausschlussgründe für Organspende:
a) nicht kurativ behandelte Malignome mit Neigung zur Metastasierung, Ausnahme sind einige Hirntumoren
b) HIV-Infektionen oder andere aktive, disseminierte und invasive Infektionen
c) Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung und andere Prionen-Erkrankungen;
Alter des Patienten ist kein Ausschlusskriterium (Spender 85 Jahre Lebern und Nieren auf 65-jährige Empfänger)
(Dtsch. Ärzteblatt 4.2.05 S.A260)
- Fall: Arzt hat dem Drängen von Angehörigen eines hirntoten Berliners nachgegeben, die seine Organe nur freigeben wollten, wenn die Ehefrau des Hirntoten, die seit 6 Jahren auf der Warteliste steht, eine seiner Nieren erhält
(Spiegel 7/2006 S.131)
- Klinik in München kann mit Sondergenehmigung der Deutschen Transplantationsgesellschaft und von Eurotransplant erstmals auch Patienten mit malignen Herztumoren transplantieren;
auch eine HIV-Infektion kein Ausschlusskriterium für Herztransplantation mehr: Voraussetzung: geringe Viruslast und guter Immunstatus
(Dtsch. Ärzteblatt 29.10.04 S.A2932)
- 1968 erste offizielle Hirntoddefinition (Harvard USA);
die Harvard-Kommission zählte in ihrer Definition das zentrale Nervensystem morphologisch zum Gehirn, man fasste Gehirn und Rückenmark noch als eine Einheit auf, also Gehirntod lag dann vor, wenn kein einziger Reflex mehr nachweisbar war; noch im selben Jahr ist diese Definition aufgegeben worden, statt dessen setzte sich die bis heute gültige Definition der irreversiblen Schädigung aller

Hirnfunktionen durch, 17 mögliche Bewegungen beim Mann und 14 bei der Frau gelten dabei mit dem Status einer Leiche vereinbar;

es gibt inzwischen weltweit 4 Todesdefinitionen:

Herzkreislauftod, Ganzhirntod, Hirnstammtod (Großbritannien), Tod durch Ausfall des Großhirns;

mit der letzten Unterschrift des Arztes unter das Protokoll der Hirntoduntersuchung „tritt der Tod ein“, als Todeszeitpunkt wird die Uhrzeit der Unterschrift angegeben

(taz 27.12.05)

- Freistaat Sachsen hat ein „Ausführungsgesetz“ zum Transplantationsgesetz auf den Weg gebracht; so werde festgeschrieben, dass jede Klinik mit Intensivstation oder Beatmungsbetten einen Transplantationsbeauftragten benennen muss; Zuständigkeiten für Aufklärung der Bevölkerung werden neu geregelt
(Freie Presse Chemnitz 21.5.05)
- China: Exekutionen finden durch Giftspritzen in Wagen statt; den Leichnamen werden dann oft Herz, Leber und Nieren für Transplantationen entfernt
(Spiegel 38/2005 S.103)
- in Deutschland sind 60.000 schwer nierenkranke Patienten auf regelmäßige Blutwäsche angewiesen (bdw ???)
- Ärzten aus Edmonton und Kyoto glückte die erfolgreiche Lebendtransplantation von Inselzellen; sie übertrugen einer 27 Jahre alten Diabetikerin Zellen der lebenden Mutter (dieser vorher Teil der Bauchspeicheldrüse entnommen)
(bdw 7/05 S.27)
- Tod von zwei Patienten in Deutschland nach Transplantation von Organen von einer Spenderin, die mit Tollwut infiziert war; vorher schon ein ähnlicher Fall in USA;
Restrisiko, das bleibt;
Organspender werden weltweit nicht auf Tollwutviren untersucht (zu langwierig);
Kontraindikationen für Organspende: therapieresistente Sepsis, immunologisch aktive Systemerkrankungen, HIV-Infektion, Krebserkrankungen (deren Behandlung nicht mindestens 3 Jahre zurückliegt), sowie Metastasen und aktueller Drogen- und Alkoholmissbrauch, dazu kommen bei Reisen in Endemiegebiete oder bei Impfkontakten weitere Untersuchungen
(Dtsch. Ärzteblatt 25.2.05 S.A482)
- eine adäquate Behandlung des potenziellen Organspenders beginnt bereits beim klinischen Eindruck des Hirntodes und nicht erst nach abgeschlossener Diagnostik;
der sorgfältige und „vorausschauende“ Umgang mit dem tief komatösen Patienten ... ist eine besondere Pflicht und Aufgabe der Intensivmedizin;
nach der Hirntodfeststellung werden die Angehörigen ausführlich informiert. Der Hinweis auf die Möglichkeit der Organspende durch den betreuenden Arzt ist gesetzlicher Auftrag, wobei die Angehörigen – sofern kein Organspendeausweis des Verstorbenen vorliegt – nicht ihre persönliche Einstellung zur Organspende vortragen sollen. Vielmehr muss der gesprächsführende Arzt die Angehörigen als Zeugen befragen, ob sich der Verstorbene zu Lebzeiten zum Thema Organspende geäußert hat und ob er mutmaßlich der Organentnahme zugestimmt hätte.
(Dtsch. Ärzteblatt 4.2.05 S.A281)
- eine seit 104 Tagen hirntote Mutter hat in Kalifornien einem Jungen das Leben geschenkt; schon 1989 in den USA Geburt 107 Tage nach einem Unfall
(Freie Presse Chemnitz 5.8.1993)
- geschwächte Immunabwehr bei Transplantierten durch Immunsuppressiva (gegen Abstoßung des Organs verabreicht); etwa 20-30% aller Transplantierten leiden im ersten Jahr mindestens einmal an einer teils schweren Infektion, und die kann im schlimmsten Fall tödlich enden
(bdw 2/05 S.22)
- Studie der GTZ: Organhandel ist in 12 Ländern ein signifikantes Problem (Lateinamerika, Asien, Afrika, Osteuropa); Käuferseite: USA, Naher Osten, Europa;
Moldawien 50-60 Organfälle;
(taz 15.4.05)
- (10) rechtliche Regelungen zur Organspende in der EU und den künftigen Beitrittsstaaten:
17 x Widerspruchslösung; 7 x erweiterte Zustimmungslösung;
(21) Prof. Dr. Werner Stroh, evangelischer Krankenhausseelsorger:
Nach christlicher Erkenntnis sind Menschen Diener der Schöpfung und Mithelfer zum Leben. Aufgabe ist und bleibt, dem Tod zu widerstehen und dem Leben die Bahn zu bereiten. Das geschieht in besonderer Weise, wenn Menschen sich als Organspender zur Verfügung stellen ... Durch die Bereitschaft zur Organweitergabe können Menschen ... anderen Menschen, die auf ein Organ warten, zu einer neuen Lebensmöglichkeit verhelfen, weil sie mit ihrem sterblichen Leib oder Teilen davon in der Lage sind, über ihren Tod hinaus Segen zu stiften. ...
Christen tun nichts „Besonderes“, wenn sie sich zur Organweitergabe bereit erklären. Dabei sollte der Begriff der Spende nicht verwendet werden, der immer mit Nächstenliebe und damit auch

Hochherzigkeit verbunden ist. ...

Darum reicht der Mensch mit einer Organweitergabe das, was er empfangen hat, dankbar weiter. ...

Mit der Bereitschaft zur Organweitergabe stellen sich Christen zu ihren leidenden Mitmenschen und realisieren christliche Solidarität.;

(28) die Zeit, in der Organe ohne Durchblutung, gekühlt und konserviert überleben können, ist begrenzt; Lungen und Herz müssen innerhalb von 4 bis 6 Stunden transplantiert werden, Leber 8-9 Stunden, Nieren bis 36 Stunden;

(30) Deutschland derzeit 46 Transplantationszentren;

(32,48) Lebendspende von Lebern; dies ist möglich, weil sich Lebergewebe rasch regeneriert und die Leber des Spenders binnen weniger Monate wieder ihr ursprüngliches Volumen hat (selbst nach Entfernung von 70-75% der Lebermasse);

(42) Lebensdauer einer transplantierten Niere heute im Durchschnitt 12-15 Jahre;

(64) etwa 15.000 Fälle pro Jahr, in denen Herzklappen ersetzt werden, entweder durch mechanische oder biologische Prothesen oder zunehmend durch menschliche Herzklappen (Entnahme auch mehrere Stunden nach Kreislaufstillstand möglich);

(Arbeitsgruppe Organspende e.V.; Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (Hrsg.): „Organspende und Transplantation“, Handreichung für Lehrkräfte, 2004, 84 Seiten mit Folien und CD; Bezug: AGO, Nonnengasse 4, 86720 Nördlingen)

- Gewebespende; mehrere zehntausend Patienten in Deutschland profitieren jedes Jahr von der Verpflanzung kleiner oder großer Einzelteile – neben Knochen auch Augenhornhäute, Gehörknöchelchen, Herzklappen, Gefäße, Sehnen oder Hautstücke.; USA 2003: 1,3 Millionen Verpflanzungen; (ZEIT 15.2.07 S.15)
- Interview mit Bruno Reichart, berühmter Herzchirurg und Transplantationsmediziner, München; Verpflanzung von Tierorganen auf Menschen; es gab Einwände von Virologen, die meinten, es könnte möglicherweise zu gefährlichen Entwicklungen kommen, wenn sich Menschenviren und Schweineviren verbinden. Doch inzwischen können wir diese Gefahr ausschließen. Jetzt gibt es vor allem noch einen Knackpunkt: Der menschliche Körper bildet Antikörper gegen die Antigene des Schweins, stößt also das Organ innerhalb von Wochen ab. Es geht darum, das zu verhindern. Ich schätze, in etwa 5 Jahren werden wir so weit sein. (gentechnische Veränderungen) (ZEIT 6.6.07 S.15ff)
- auch in Österreich (Widerspruchslösung) übergehen die Ärzte vor einer Organspende niemals die Angehörigen der Spender – und sie entnehmen keinem Verunglückten aus dem Ausland die Nieren; Macht die Familie des Verstorbenen glaubhaft, dass dieser die Organentnahme nicht wollte, wird diese Absage respektiert; in allen westlichen Demokratien, jeder Konflikt würde dem Ruf der Transplantationsmedizin enorm schaden; Ablehnungsquote durch Angehörige in Deutschland 40 %, in Österreich 10 %, in einigen Regionen Spaniens bei Null; in Österreich ließen sich 0,2 % der Bevölkerung in das Widerspruchsregister eintragen; Widerspruchsregelung: Hat der Verstorbene zu Lebzeiten nicht ausdrücklich einer Organentnahme widersprochen, so können Körperteile zur Transplantation entnommen werden. In der Praxis haben die Hinterbliebenen immer die Möglichkeit zum Einspruch. Zustimmungregelung: Der Verstorbene muss einer Organentnahme zu Lebzeiten zugestimmt haben, etwa indem er einen Spendeausweis mit sich führt oder bei einem Register gemeldet ist. Liegt keine Zustimmung vor, können die Angehörigen über eine Entnahme entscheiden (erweiterte Zustimmungregelung). Grundlage der Entscheidung ist der mutmaßliche Wille des Verstorbenen. (ZEIT 3.5.07 S.41)
- Nationaler Ethikrat schlägt vor, Organe dann zu verwenden, wenn kein Widerspruch vorliegt;; (9) Empfänger eines Spenderorgans bleiben auch heute noch ihr Leben lang auf Medikamente zur Immunsuppression angewiesen, die nicht nur belastende Nebenwirkungen haben, sondern auch sekundäre Erkrankungen begünstigen können.; in Deutschland wurden seit 1963 ca. 79.000 Organe transplantiert; (12) 2005 fast 20% der Nieren Lebendspenden; (14) Leber-Lebendspenden 2005: 8%; (12ff) Fünf-Jahres-Transplantationsfunktionsrate: Niere 71% (Lebendspende 84); Leber 60 (Lebendsp. 66); Herz 69; Lunge 54, Pankreas 66; (17) Dünndarmtransplantationen selten, 2005 2 Eingriffe; experimentelle Form; (19) Zustimmungsrage durch Angehörige 2005: 61 Prozent; Entscheidungsgrundlage FÜR Organspende 2005: knapp 6 % vorliegender Spendeausweis; 90 % mündlich geäußert oder von Angehörigen vermuteter Wille des Verstorbenen; 4 % eigenständige Entscheidung der Angehörigen bei fehlenden Anhaltspunkten für mutmaßlichen Willen;

(24) a) eigene Erklärung des Verstorbenen; b) mutmaßlicher Wille c) Erst in einem dritten Schritt können die Angehörigen eine eigene Ermessensentscheidung auf der Grundlage des Totensorgerechtes treffen; (33) Dem ethischen Gebot, auf der organisatorischen und der rechtlichen Ebene Möglichkeiten des Helfens und Heilens zu nutzen, entspricht auf der individuellen Ebene die Beistandspflicht, wie sie sich aus dem elementaren Gebot der Nächstenliebe oder der Mitmenschlichkeit ergibt. Die Bereitschaft zur postmortalen Organspende ist in diesem Sinne als praktische Bewährung jener Solidarität anzusehen, die einem von schwerer Krankheit oder dem Tod bedrohten Mitmenschen geschuldet ist. Dieses Zeichen der Hilfsbereitschaft verdient Anerkennung und Hochschätzung.

(37) Angesichts der Möglichkeit, einem Mitmenschen in der extremen Notlage schwerer Krankheit aussichtsreich und wirksam helfen zu können, kann die Verweigerung der Organspende nicht voll und ganz in das Belieben des einzelnen gestellt werden. Ihm ist zumindest zuzumuten, sich selbst Rechenschaft darüber abzulegen, warum er diese Möglichkeit nach reiflicher Überlegung ausgeschlagen hat. Dabei hat er nicht nur zu berücksichtigen, dass die aufgrund des Organmangels nicht nutzbaren Möglichkeiten der Transplantationsmedizin für viele Menschen schwerwiegende Konsequenzen – im äußersten Fall den Tod – nach sich ziehen können. Er sollte auch Überlegungen darüber anstellen, wie er die Möglichkeiten der Transplantationsmedizin beurteilen würde, wenn er ihnen nicht in der Rolle eines potenziellen Spenders, sondern als möglicher Organempfänger gegenüberstünde.

(Nationaler Ethikrat: Stellungnahme „Die Zahl der Organspenden erhöhen – zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland“, 2007;

http://www.ethikrat.org/archiv/nationaler-ethikrat/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Organmangel.pdf

- nur 12 % der Menschen in Deutschland besitzen einen Organspendeausweis; alle Menschen sollten in regelmäßigen Abständen Erklärungen abgeben;
nicht einmal die Hälfte aller Kliniken mit Intensivstation melden potenzielle Organspender; ein Bett auf der Intensivstation ist für ein bis zwei Tage zusätzlich belegt; Ausfall wird nur teilweise erstattet;
Herz muss 4 Stunden nach Entnahme eingepflanzt sein, Niere 24-30 Stunden Zeit
(taz 25.4.07)
- Deutscher Ärztetag lehnt Änderung des Transplantationsgesetzes ab (Vorschlag des Nationalen Ethikrates); Die Widerspruchslösung sei nicht mit dem deutschen Rechtsgrundsatz „Schweigen ist keine Zustimmung“ vereinbar
(taz 18.5.07)
- China liefert keine Körperteile von Hingerichteten mehr nach Südkorea;
Niere (nach Kopfschuss) hatte im Sommer 14.000 Euro gekostet; zuletzt auf 20.000 Euro gestiegen;
in Südkorea ist Bereitschaft zur Organspende äußerst gering
(Spiegel 13/2007 S. 135)
- 2006 in Deutschland 1259 Verstorbene für Organspenden, 3925 Organe entnommen; eingepflanzt wurden 4032 Organe (Differenz aus anderen Ländern importiert)
(Sonntag 29.4.07)
- Handel mit menschlichen Organen blüht; in Brasilien ist Niere für 10.000 Dollar zu haben, in Moldavien kostet sie nur 3000 Dollar
(Die Zeit 28.6.07 S.20)
- Nach der Widerspruchslösung hat jeder das Recht, einer Organentnahme zu widersprechen. Bei der erweiterten Widerspruchslösung, die wir vorschlagen, haben zusätzlich die Angehörigen das Recht, aufgrund ihres Totensorgerechts einer Organentnahme zu widersprechen.;
dass etwa eine Nierentransplantation einschließlich Nachsorge über einen Zeitraum von 10 Jahren gerechnet etwa 250.000 Euro billiger ist als eine Dialyse während des gleichen Zeitraumes;
in Belgien und Österreich (mit Widerspruchsregelung) werden deutlich über 20 postmortale Organspenden pro Million Einwohner erreicht, in Spanien sogar über 30; in Deutschland stagniert Spenderate bei etwa 15;
Zweistufenmodell:
a) Aufforderung zu einer eigenen Erklärung
b) erst auf 2. Stufe soll Widerspruchsregelung gelten für die, die nicht ausdrücklich JA oder NEIN gesagt haben;
Stellungnahme im NER wurde einmütig (also auch mit Zustimmung der kirchlichen Vertreter JK) verabschiedet
(Nationaler Ethikrat, Infobrief 2/07 S.8ff)
- Nach weltweiten Protesten soll in China die Entnahme von Organen Hingerichteter für Transplantationen künftig fast vollständig untersagt werden; nur noch Inanspruchnahme durch direkte Verwandte; jeder Handel mit Organen seit 1.5.07 streng verboten;
Vorwurf in Deutschland, dass Privatpatienten bei der Organvergabe bevorzugt werden; Vergabe von Organen an Patienten, die nicht im Bereich von Eurotransplant wohnen?;
(taz 12.10.07)
- Spezialisierte Teams zur Hirntodfeststellung (mobile Konsiliarteams);
2004 Umgebung Hannover 52 Einsätze: in 21 der Fälle konnten die Fachleute den in der Klinik

vermuteten „Hirntod nicht sichern“;

technikgestützte zusätzliche Diagnostik liefert eindeutigere Ergebnisse (in 8 Fällen lagen klinisch die Zeichen des Hirntodes vor, aber zusätzliche apparative Untersuchungen ergaben, dass Erfüllung der Hirntodkriterien nicht gegeben war

(taz 31.8.07)

- Seit mehr als eineinhalb Jahren liegt Israels Ex-Premier Sharon im Koma; wird künstlich ernährt; Atmung funktioniert noch weitgehend normal; ein paar einfache Reflexe funktionieren noch (Händedruck); „Zemach“ (Pflanze) nennt man auf Hebräisch einen Komapatienten, bei dem nur noch das Stammhirn funktioniert; Das israelische Gesetz erlaubt in solchen Fällen das Abschalten lebenserhaltender Maschinen (Spiegel 32/2007 S.107)
- Südkorea: mit Hilfe von Stammzellen (aus dem Knochenmark) erfolgreich Schweine geklont; erfolgreichere Methode als mit Körperzellen (20% höher); Ziel: Klonen von kleinen Schweinen für Transplantation der Organe auf Menschen (Freie Presse 28.12.07)
- Wandernde Stammzellen; Australien; nach einer Lebertransplantation hat sich bei einer Patientin die Blutgruppe verändert (Rhesus negativ nach Rhesus positiv); neun Monate nach der Transplantation festgestellt; Vermutung: durch Entzündung ausgelöst, Stammzellen aus der Spenderleber ins Knochenmark eingewandert (taz 25.1.08)
- (34) Kosten für eine Lebertransplantation 150.000 bis 200.000 Euro (Stefan Rehder: Gott spielen – Im Supermarkt der Gentechnik, Pattloch, München, 2007)
- Kosten Lebertransplantation bis zu 137.000 Euro (ZEIT 10.4.08 S.44)
- Totes Rattenherz; Gefäße mit Natriumdodecylsulfat durchspült, Auflösung der Zellen, Struktur-Matrix aus Kollagen, Fibronectin und anderen Proteinen sowie Kohlehydraten bleibt erhalten; Zugabe von lebenden, teilungsfähigen Herz- und Endothelzellen aus den Herzen neugeborener Ratten + Nährstoffen; Zellen besiedeln die Matrix; nach 4 Tagen fingen die Herzen plötzlich an zu schlagen, konnten weitere 4 Tag später Flüssigkeit in die Hauptschlagader pumpen (nur 2-5% der vollen Leistungsfähigkeit); Schrittmacher, um Schläge zu synchronisieren, bis zu 40 Tagen nach Abschalten weiter geschlagen; (Der Spiegel 15-2008 S.146)
- Bundesärztekammer: Richtlinien zur Organtransplantation
Transplantationen sind häufig die einzige Erfolg versprechende Behandlung von Organerkrankungen im Endstadium.
Ziel der Ärzteschaft muss es deshalb sein, die Zahl der Organspenden zu erhöhen.
Daher müssen bei allen Todesfällen auf Intensivstationen die medizinischen und die rechtlichen Voraussetzungen für eine Organspende geprüft werden.
Die Mitteilung von verstorbenen Patienten, die ... als Spender in Frage kommen ... gehört zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses. ...
Die Dringlichkeit postmortaler Organentnahmen für Transplantationen entspricht der von Notfalleingriffen.
(Deutsches Ärzteblatt 7.12.08 S. A3428)
- Nur 46% der 147 (dafür in Frage kommenden) Krankenhäuser in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen stellten 2007 Organe Verstorbener zur Verfügung; einer der Gründe: Scheu, mit den Angehörigen über eine Organspende zu sprechen (Freie Presse Chemnitz 6.5.08)
- Papst Benedikt XVI. hat bereits seit 1980 einen Organspendeausweis, er begreift die Weitergabe der eigenen Organe nach dem Tod als einen „Akt der Liebe, der Zueignung und der Bereitschaft“ (ZEIT 11.9.08 S.41)
- Singapur: Lebendspender von Organen dürfen seit Mitte März 2009 legal bezahlt werden; neben Organen selbst auch alle Unkosten in Rechnung stellen; zwischen 25.000 und 30.000 Dollar kostet z.B. eine Niere inklusive Operation in China (GID 193 April 2009 S.40)
- nur 12 bis 13% der Deutschen besitzen einen Organspendeausweis; gespendete Organe in Sachsen 2008: Niere 132, Herz 19, Leber 62, Lunge 11, Bauchspeicheldrüse 3, gesamt 227; in Deutschland gesamt: 2007 4140, 2008 3945 Organe (1198 Spender) (Freie Presse Chemnitz 4.6.09 S.5)
- 2007 hatten nur 81 der 1313 „Hirntoten“ vorab schriftlich eingewilligt (6,2%); seit Einführung des Transplantationsgesetzes lag die Zustimmungsrage nie höher als 7,3%; Angehörige entscheiden, obwohl „die überwiegende Mehrheit“ nach einer Untersuchung von IGES

angibt, den Willen des potenziellen Spenders gar nicht zu kennen; eine starke Minderheit lehnt ab: 2007 in 530 Fällen (40,4% JK);

bei Gesprächen eines DSO-Koordinators mit den Angehörigen 82,8% Zustimmung, bei Information durch (normale) Ärzte nur 57,4%;

postoperative Komplikationen bei Nieren-Lebendspende 2007: 7,1%;

(taz 22.5.09 S.18)

- Organspender Deutschland 2007 1313, 2008 1198 (2002 Tiefststand: 1029)
(taz 15.1.09 S.2)
- Entwicklung eines Kunstherzens im größten Herzzentrum Europas in Bad Oeynhausen; 800 Gramm, Metall, innen Polyurethan, Batterie von außen induktiv aufgeladen; jetzt Erprobung an Schweinen und Kälbern, in zwei Jahren am Menschen; Ziel: 10 Jahre störungsfreier Betrieb im Brustkorb des Patienten
(Der Spiegel 8-2009 S.127)
- medizinische Hochschule Hannover; präsentierte Patienten, der seit 4 Jahren mit einem künstlichen Herzen lebt; vor vier Jahren starb jeder dritte Kunstherzpatient binnen 90 Tagen, jetzt überleben 9 von 10 Patienten die ersten drei Monate (= 90 Tage)
(taz 10.7.09 S.18)
- Mann mit transplantierten Armen fährt wieder Fahrrad; Operation vor 1 Jahr, 40-köpfiges Team in München, 15 Stunden; Arme eines Verstorbenen angenäht; Patient hatte beide Arme 7 Jahre zuvor bei einem Arbeitsunfall mit einem Häcksler verloren; er kann jetzt an der linken Hand die Finger wieder bewegen; die Nerven sind schneller gewachsen als erwartet
(Freie Presse Chemnitz 23.7.09 S.10)
- Erlanger Mediziner hielten bei einer Wachkoma-Patientin über fünf Monate eine Schwangerschaft aufrecht und entbanden einen gesunden Jungen; erst jetzt bekannt geworden; 2007; damals 40-jährige Frau; Herzinfarkt; 13. Schwangerschaftswoche; 156 Tage nach dem Herzinfarkt Junge entbunden; Frau liegt ohne Hoffnung auf Besserung im Pflegeheim; weltweit sind seit den 1970er Jahren rund 25 Fälle von Schwangeren mit Hirntod oder Koma veröffentlicht worden;
(taz 16.10.09 S.18)
- Heidelberger Uniklinik; Kunstherz bei einer 50-jährigen Patientin eingepflanzt, das nur 92 Gramm wiegt
(taz 21.8.09 S.18)
- Handel mit Organen ist in China verboten; über 1 Million Chinesen warten dringend auf eine fremde Niere, eine Leber, ein Herz; nur etwa 10.000 erhalten jedes Jahr ein Organ; zwischen 2003 und 2009 erklärten sich nur 130 (!) Bürger bereit, ihre Organe verpflanzen zu lassen; woher kommen die anderen Organe?; im günstigsten Fall erhalten Patienten ganz legal ihre Niere von lebenden Verwandten (seit 2007 nur noch direkten Verwandten oder Ehepartnern); Hauptquelle sind jedoch die Hinrichtungsstätten des Landes; 90% der verpflanzten Organe stammen von Exekutierten; Häftlingen dürfen Organe nur entnommen werden, wenn diese vor der Hinrichtung schriftlich zugestimmt haben; nur lizenzierte Ärzte dürfen Organe transplantieren; in 164 anerkannten Kliniken; Transplantation muss selbst bezahlt werden, mindestens 10.000 Euro; "Transplantationstourismus" nach China ist verboten; trotzdem werden immer wieder ausländische Kranke mit falschen Papieren und unter chinesischem Namen aufgenommen;
(taz 10.9.09 S.11)
- Singapur; Lebendspender von Organen dürfen seit März 2009 legal bezahlt werden; Gesetz verabschiedet; neben den Organen können auch Kosten für Reise und Aufenthalt, Haushaltshilfen, Einkommensausfälle, zukünftige Behandlungen in Rechnung gestellt werden; zwischen 25.000 und 30.000 Dollar kostet die Verpflanzung einer Niere in China
(GID Nr.193 4-2009 S.40)
- Das Recht der Gewebespende; Unter welchen Umständen dürfen Ärzte Verstorbenen Gewebe entnehmen? Grundsätzlich müssen der Betroffene oder seine Angehörigen in die Gewebespende eingewilligt haben. Es reicht nicht aus, wenn der Verstorbene Organspender ist. Man kann seine eigene Haltung zur Gewebespende zu Lebzeiten auf dem Organspendeausweis dokumentieren (ist genau genommen eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende)
(bild der wissenschaft 8-2009 S.40)
- der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV) zu dem bundesweit mehr als 200 ev. Krankenhäuser und Fachkliniken gehören, will eine Kampagne zur Förderung der Organtransplantation

starten

(Der Sonntag, Kirchenzeitung Sachsen, 23.8.09 S.2)

- Mehrere CDU-Politiker haben angesichts des Mangels an Spenderorganen gefordert, in Deutschland die Widerspruchsregelung einzuführen; Vizepräsident der Bundesärztekammer widersprach: das würde die Ressentiments in der Bevölkerung verstärken (Freie Presse Chemnitz 31.8.2010 S.4)
- 12000 Menschen warten in D. auf ein Spenderorgan; In nur 10% der Fälle haben hirntote Patienten zu Lebzeiten ihren Willen für oder gegen eine Organspende schriftlich niedergelegt (Freie Presse Chemnitz 14.9.2010 S.3)
- postmortale Organspenden pro 1 Million Einwohner 2008

Land	Organspenden pro 1 Mill. Einw.
Spanien	34,2
Belgien	25,2
Frankreich	24,7
Italien	21,2
Österreich	20,3
Tschech. Rep.	19,2
England	14,7
Deutschland	14,7
Niederlande	12,3
Polen	11,2

2008 starben in Deutschland 844.000 Menschen, davon spendeten 1198 ihre Organe, nicht einmal 15 Spender pro 1 Million Einwohner (bild der wissenschaft 7-2010 S.39)

- drei Patienten der Medizinischen Hochschule Hannover leben seit rund 5 Jahren mit einem künstlichen Herzen (Heartmate II), das ist laut MHH Europarekord, so lange haben es überhaupt nur zwei andere Menschen auf der Welt geschafft; Ich denke, die Pumpen könnten noch gut zehn Jahre halten, aber die Schläuche zum Beispiel haben da eher Probleme; die Patienten müssen ein akkubetriebenes Gerät mit sich tragen, etwa alle 2-3 Stunden muss der Akku gewechselt werden (taz 29.10.2010 S.18)
- Zahl der Organtransplantationen 2010 einen Höchststand erreicht; 1296 Spendern nach dem Tod Organe entnommen; 79 mehr als 2009; verpflanzte Organe 2010: 4.326 (2009: 4.051); (taz 14.1.2011 S.06)
- Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages setzt sich für eine signifikante Erhöhung der Organspendebereitschaft in Deutschland ein; nach einer Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung liegt die Bereitschaft, nach dem Tod Organe und Gewebe zu spenden, bei 67%; gleichzeitig haben nur 17% ihre Entscheidung in einem Organspendeausweis dokumentiert (Das Parlament 29.11.2010 S.10)
- Deutscher Ethikrat diskutiert: Äußerungspflicht zur Organspende? (<http://www.ethikrat.org/presse/pressemitteilungen/2010/pressemitteilung-09-2010>)
- Organverpflanzungen 2009: 4709; 2010: Organspenden nach Hirntod 2009: 3897; 2010: 4205 (www.dso.de 31.1.2011)
- Welche Organe und Gewebe kann man spenden? Nach dem Hirntod können fast alle Organe und Gewebe entnommen werden, z.B.: Niere, Herz, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm und Teile der Haut sowie die Hornhaut der Augen, Herzklappen, Teile der Blutgefäße, des Knochengewebes, des Knorpelgewebes und der Sehnen. Weiß der Empfänger des Organs, wer es gespendet hat? Nein, die Organspende ist anonym. Auch die Angehörigen des Spenders erfahren nicht, wer das Organ erhält. Auf Wunsch wird ihnen aber mitgeteilt, ob die Transplantation erfolgreich verlaufen ist. Bis zu welchem Alter kann man Organe spenden? Es gibt keine feste Altergrenze. Ist es möglich, Organe von der Spende auszuschließen? Ja, man kann im Organspendeausweis festlegen, welche Organe oder Gewebe man spenden würde und welche nicht. Begründen muss man das nicht. Welche Organe kann man spenden, wenn man noch lebt? In Deutschland können ein Teil der Leber sowie eine der zweifach vorhandenen Nieren lebend gespendet werden. Allerdings erlaubt das Gesetz die Lebendspende nur für Verwandte ersten oder

zweiten Grades, zum Beispiel für Eltern oder Geschwister, für Ehepartner und Verlobte oder für andere Personen, die dem Spender persönlich sehr nahe stehen,
(Freie Presse Chemnitz, 9.6.2011, S.A5)

- Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer:
zwölftausend Menschen in Deutschland warten derzeit auf ein Spenderorgan, drei von ihnen sterben täglich;
Der Bundestag will in diesem Jahr die Organspende neu regeln. Künftig könnte jeder Erwachsene verpflichtet werden, den Behörden mitzuteilen, ob er als potenzieller Spender zur Verfügung steht oder nicht, möglich ein soll auch die Angabe „weiß ich nicht“;
Montgomery: Nötig sei eine bessere Koordinierung in den 2000 deutschen Krankenhäusern
(taz 11.6.2011 S.06)
- durch eine Transplantation in Stockholm wurde einer Frau aus Kalifornien ihre Stimme wiedergegeben; erhielt in 18-stündiger Operation die Luftröhre, den Kehlkopf und die Schilddrüse des Spenders; konnte nach 13 Tagen erstmals wieder seit 11 Jahren einige Worte sprechen
(Freie Presse Chemnitz 25.1.2011 S.8)
- Gesundheitsminister mehrerer Bundesländer planen eine Gesetzesinitiative, um die Zahl der Organspender in Deutschland zu erhöhen. Danach soll künftig jeder, der nicht zu Lebzeiten widerspricht, nach seinem Tod als Organspender in Frage kommen. Vorher sollen zwingend die Verwandten des Toten befragt werden und ein Einspruchsrecht bekommen. Eine Mehrheit der deutschen Gesundheitsminister ist nach einem SPIEGEL-Umfrage allerdings gegen die Regelung.;
Postmortale Organspende 2009 (Spender je 1 Million Einwohner):
a) Länder mit Zustimmungsregelung: Großbritannien 15,1; Deutschland 14,9; Schweiz 13,6
b) Länder mit Widerspruchsregelung: Spanien 34,4; Österreich 25,5; Polen 11,0
(taz 30.5.2011, S.06; Der Spiegel 22-2011 S.16)
- Interview mit Bundesgesundheitsminister Rösler;
Umfragen zufolge wären 74% der Deutschen grundsätzlich bereit, Organe zu spenden. Eine entsprechende Erklärung haben aber nur 25% abgegeben
(Der Spiegel 6-2011 S.44)
- Forsa-Umfrage: 41% der Befragten für „Entscheidungslösung“ (jeder Bürger würde befragt und das Ergebnis z.B. im Führerschein vermerkt); 23% für „Widerspruchslösung“ (jeder ist Spender, der zu Lebzeiten nicht widersprochen hat); ein Drittel der Befragten bevorzugt die derzeit gültige „Zustimmungslösung“ (potenzieller Spender hat zugestimmt; Organspendeausweis oder positive Äußerung gegenüber Angehörigen)
(taz 1./2.6.2011 S.06)
- S.3ff. Sabine Müller: Wie tot sind Hirntote?
Die „neurologische“ Todesdefinition wurde 1968 vorgeschlagen. Anlass war die Verurteilung eines Arztes in Japan, der einem hirntoten Patienten Organe zur Transplantation entnommen hatte, wegen Mordes. Dadurch war das Problem der Rechtssicherheit in der Organbeschaffung akut geworden. Das daraufhin gegründete Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death schlug vor, das „irreversible Koma“ als neues Todeskriterium zu definieren. Als dessen Merkmale wurden festgelegt: (1) keine Rezeptivität und Reaktivität, (2) keine spontanen Bewegungen und Atmung, (3) keine Reflexe und (4) flaches Elektroenzephalogramm (EEG);
Inzwischen wurde der vom Harvard Committee definierte Begriff des irreversiblen Komats durch den Begriff des Hirntods ersetzt.;
Heute gilt in den meisten europäischen Ländern der Hirntod als Kriterium für die legale Organentnahme – mit Ausnahme von Großbritannien: Dort gilt die *Hirnstammtod*-Definition. Ein Patient mit *Super-Locked-in-Syndrom* gilt dort also als tot, obwohl er noch bei Bewusstsein sein kann.;
Einige künstlich beatmete Hirntote zeigen noch eine körperliche Integration: Sie halten ihre Homöostase (Selbstregulierung) durch zahlreiche (endokrine und kardiovaskuläre) Funktionen aufrecht, regulieren selbstständig ihre Körpertemperatur, bekämpfen Infektionen (etwa durch Fieber) und Verletzungen, reagieren auf Schmerzreize mit Blutdruckanstieg, produzieren Exkremente und scheiden diese aus. Hirntote Kinder wachsen und können sogar ihre Geschlechtsentwicklung fortsetzen. Hirntote Schwangere können die Schwangerschaft über Monate aufrechterhalten und von gesunden Kindern entbunden werden; so wurden bis 2003 zehn erfolgreiche Schwangerschaften von Hirntoten dokumentiert.;
Wie der Philosoph Ralf Stoecker bemerkt, ist die entscheidende Frage unbeantwortet geblieben, nämlich ob hirntote Menschen auch tatsächlich tot sind. Kaschiert worden sei dieser Umstand dadurch, dass die Bundesärztekammer die Deutungshoheit an sich gezogen und konstatiert habe, dass „mit dem Hirntod naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt“ sei. De facto gilt seitdem der Hirntod (definiert als Ausfall von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm) als Kriterium für eine legale Organentnahme.;
Die Bundesärztekammer hat 1998 den folgenden Ablauf für die Feststellung des Hirntodes vorgeschrieben: Im ersten Schritt ist zu prüfen, welche Art von Hirnschädigung vorliegt. Dabei sind

bestimmte Befunde, deren Symptome denen des Hirntods ähneln, aber reversibel sind, auszuschließen (wie Intoxikation, Relaxation, metabolisches Koma, Hypothermie, Hypovolämie, postinfektiöse Polyneuritis). Im zweiten Schritt muss festgestellt werden, dass Koma (im Sinne einer tiefen Bewusstseinsstörung), Areflexie (Regungs- und Reflexlosigkeit) und Atemstillstand vorliegen. Im dritten Schritt ist die Irreversibilität der Hirnschädigung festzustellen. Apparative Diagnostik ist dafür nur bei Kindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr sowie bei primärer Schädigung in der hinteren Schädelgrube zwingend vorgeschrieben. Andernfalls reicht eine Beobachtungszeit von 12 bis 72 Stunden (je nach Art der Hirnschädigung). Die Bundesärztekammer legt explizit fest: „Der Hirntod kann in jeder Intensivstation auch ohne ergänzende apparative Diagnostik festgestellt werden.“; Es bestehen zahlreiche Unterschiede zwischen den Richtlinien zur Hirntoddiagnostik verschiedener Staaten. Diese betreffen vor allem Grenzwerte für die diagnostischen Tests (wie zum Pupillenreflex, zum Atemstillstand und zur Kerntemperatur) sowie Bestimmungen, unter welchen Bedingungen apparative Diagnostik eingesetzt werden muss. Während in vielen Staaten (wie in Norwegen, Luxemburg, Frankreich, den Niederlanden, Mexiko und Argentinien) apparative Zusatzdiagnostik vorgeschrieben ist, gilt das in Deutschland nur in den oben genannten Spezialfällen.;

In der Schweiz ist Vollnarkose für hirntote Patienten zur Organentnahme vorgeschrieben – in Deutschland nicht. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation hält eine Narkose für „überflüssig“, schreibt aber vor, dass „der Organspender zur Optimierung der chirurgischen Tätigkeit sowie zur Vermeidung dieser spinalen Reflexe relaxiert und ein Blutdruck- und Herzfrequenzanstieg durch entsprechende Medikamente (z. B. Opiate) behandelt“ wird.;

Der President's Council on Bioethics (das US-amerikanische Pendant zum Deutschen Ethikrat) hat im Dezember 2008 das Grundlagenpapier *Controversies in the Determination of Death* publiziert. Darin konstatiert er, dass der anhaltende Dissens zum Hirntodkriterium sowie neue empirische Ergebnisse zum integrierten Funktionieren des Körpers von Hirntoten eine erneute Debatte über den Hirntod erforderten. Der Rat räumt ein, dass das integrierte Funktionieren des Körpers nicht unbedingt kurz nach Eintritt des Hirntodes aufhört– die Annahme des engen zeitlichen und kausalen Zusammenhangs war bisher das Hauptargument für die Gleichsetzung von Hirntod und Tod.;

1. Option: Neudefinition von Leben und Tod: Um am Hirntodkriterium festhalten zu können, hat der Rat eine neue „philosophische“ Definition des lebenden Organismus formuliert. Danach wird als notwendiges Kriterium für das Leben eines Organismus die Arbeit der Selbsterhaltung durch Auseinandersetzung mit der Umwelt bestimmt. Diese setze drei fundamentale Fähigkeiten voraus: (1) Offenheit für die Welt, (2) die Fähigkeit, auf die Welt einzuwirken, und (3) die gefühlte Notwendigkeit, die zum Handeln antreibt, um zu erlangen, was man braucht und als verfügbar erkennt. Diese Fähigkeiten zeigten sich in Anzeichen von Bewusstsein oder Wachheit, in Schmerzreaktionen und im spontanen Atmen. Dies entspricht genau den Kriterien des Hirntod-Konzepts.;

2. Option: Abschaffung der Tote-Spender-Regel: Dieter Birnbacher, Philosoph und Mitglied der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, stellt fest, dass „der Hirntod als Kriterium des *organismischen* Todes klarerweise ungeeignet“ ist. „Bei der Explantation von Organen von Hirntoten werden (...) diese Organe einem *lebenden menschlichen Individuum* entnommen.“ Statt Hirntote entgegen der empirischen Evidenzen für tot zu erklären, fordert Birnbacher, die Tote-Spender-Regel aufzugeben, das heißt die Vorschrift, dass nur aus Toten lebensnotwendige Organe entnommen werden dürfen. Dennoch plädiert Birnbacher für die Beibehaltung des Hirntodkriteriums: In ethischer Hinsicht habe das bewusste Leben einen höheren Wert und eine höhere Schutzwürdigkeit als das unbewusste. Das Hirntodkriterium sei geeignet, den Bewusstseinstod festzustellen und daher pragmatisch gerechtfertigt, um den Zeitpunkt für einen Behandlungsabbruch und gegebenenfalls eine Organexplantation zu bestimmen.;

Wenn hirntote Patienten als lebend anerkannt würden und dennoch die zum Tod führende Organentnahme aus ihnen legalisiert werden sollte, bedürfte dies einer höchstrichterlichen Entscheidung – und einer ethischen und gesellschaftlichen Debatte.

3. Option: Verbot von Organentnahme aus hirntoten Patienten: Soll am absoluten Tötungsverbot festgehalten werden, muss die Explantation von Organen aus hirntoten Patienten verboten werden. Die Organentnahme wäre dann nur noch zu erlauben, wenn Hirntod und Herzstillstand nachgewiesen worden sind. Das hätte allerdings zur Folge, dass die „besten Organe“ nicht mehr für Transplantationen zur Verfügung stünden, insbesondere keine Herzen. ...

Es sollte sicher ausgeschlossen werden, dass potenzielle Organspender gegen ihren Willen durch die Organentnahme getötet werden und dabei leiden. Daher sollten EEG, Angiographie und in ungeklärten Fällen funktionelle Bildgebung zur Sicherung der Hirntoddiagnose sowie Vollnarkose für die Entnahme gesetzlich vorgeschrieben werden. Eine Organentnahme sollte nur erlaubt sein, wenn ein schriftliches Einverständnis vorliegt. Das bedeutet, dass die derzeit in Deutschland geltende erweiterte Zustimmungslösung durch die enge Zustimmungslösung ersetzt werden sollte.;

S.10ff.: Anna Bergmann: Organspende – tödliches Dilemma oder ethische Pflicht?

Auch Ärzte haben Anstrengungen unternommen, um das Organaufkommen zu optimieren: 2008 wurde in den USA der Spenderkreis um eine vom Hirntod unabhängige Patientengruppe erweitert, die mittlerweile auch in einigen europäischen Ländern (Österreich, Schweiz, Niederlande, Belgien, Spanien) als Organspender dient: die *non heart-beating donors*. Hierbei handelt es sich um Patienten

mit einem Herzstillstand, der durch eine medizinische Behandlung durchaus reversibel sein kann. Dennoch wird ohne Reanimationsbemühungen mit der Organentnahme bei diesen Patienten schon zwei bis zehn Minuten nach der Todesfeststellung begonnen, wobei der Körper durch Beatmung und Herzmassage weiterhin für den Transplantationszweck versorgt wird.;

Bis 2005 machten in Deutschland 60 Prozent aller Krankenhäuser mit Intensivstationen keine Meldungen von hirntoten Patienten. Die klinische Beteiligung konnte auch bis 2009 kaum gesteigert werden.;

Wenn der Herztod eingetreten ist, wird in der Regel noch Gewebe entnommen: Augen, Knochen und selbst eine Häutung kann erfolgen.;

So verfügt der Spenderkörper zwar weiterhin über Zeichen des Lebens, aber der „Tote“ hat die ihm bisher zugeschriebenen Wesensmerkmale verloren, denn Stillstand der Atmung und des Herzens, Leichenblässe, Verwesung, Totenstarre und -flecken sind seit der Einführung der Hirntodkriterien im Jahre 1968 keine zwingenden Todeszeichen mehr. Das Herz von Hirntoten schlägt, ihre Lungen atmen mit technischer Hilfe, sie verdauen, scheiden aus, werden bis zu ihrem Herztod medizinisch genährt und gepflegt – und sind von der Erscheinung her nicht von anderen Komapatienten zu unterscheiden.;

S.15ff.: E. Nagel / K. Alber / B. Bayerl: Transplantationsmedizin zwischen Fortschritt und Organknappheit

Nicht beherrschbare Abstoßungsreaktionen blieben aber weiterhin das Grundproblem der Transplantationsmedizin, da adäquate Methoden der Immunsuppression nach wie vor fehlten. Die nicht zufriedenstellenden klinischen Ergebnisse führten dazu, dass die Transplantationsmedizin Anfang der 1970er Jahre wieder stagnierte. Erst durch die Entwicklung und klinische Einführung des Arzneistoffs Cyclosporin A gelang im Jahr 1981 ein Durchbruch in der Transplantationsmedizin. Durch dieses Immunsuppressivum können Abstoßungsreaktionen reduziert und die Transplantatüberlebensraten deutlich verlängert werden. Durch die verbesserten Möglichkeiten der Immunsuppression stieg die Zahl der Transplantate, die länger als drei Jahre überlebten, bei der Nierentransplantation von 45 Prozent im Zeitraum von 1966 bis 1970 auf 84 Prozent im Zeitraum von 1996 bis 2000. Heute gilt die Transplantation von Spenderorganen als Goldstandard-Therapie bei terminalem Organversagen. So sind alleine in Deutschland von 1963 bis 2010 insgesamt 103 125 Organe transplantiert worden.;

Für Deutschland wird die Allokation von Spenderorganen von der Eurotransplant International Foundation, eine private, gemeinnützige Stiftung niederländischen Rechts mit Sitz in Leiden, durchgeführt. Eurotransplant, das auf Initiative verschiedener Transplantationsmediziner 1967 gegründet wurde, war bereits vor dem Inkrafttreten des deutschen Transplantationsgesetzes ohne formale Rechtsgrundlage für die Vermittlung von Organen an Patienten in deutschen Transplantationszentren zuständig. Ein Vertrag im Sinne von Paragraph 12 Absatz 1 und 2 TPG berechtigt Eurotransplant nun offiziell mit der Vermittlung von Organen im Geltungsbereich des Transplantationsgesetzes.

Eurotransplant vermittelte zu Beginn ausschließlich Spendernieren, dehnte seine Aktivitäten dann auf Leber-, Herz- und Pankreastransplantationen, mittlerweile auch auf Lungen- und Zwölffingerdarmtransplantationen aus. Am Eurotransplant-Programm nehmen neben den deutschen außerdem noch die Transplantationszentren aus Belgien, den Niederlanden, Luxemburg, Slowenien, Österreich und Kroatien teil.;

Die Feststellung des Todes eines potenziellen Spenders ist einer der zentralen Prozesse in der Transplantationsmedizin. Die diesbezügliche Diagnostik ist dabei keineswegs unumstritten.

Grundsätzlich darf die Bestimmung des Todes nicht auf technisch-medizinische Erkenntnisse reduziert werden. Es spielen immer kulturelle, religiöse und soziale Faktoren eine Rolle, die das Verständnis des Todes oder des Sterbeprozesses prägen.

In Deutschland gilt das Hirntodkriterium, um den Tod festzustellen. Diese Perspektive auf den Tod des Menschen etablierte sich weltweit durch einschlägige Arbeiten an der Harvard Medical School in den USA im Jahr 1968. Dieses gilt auch als Voraussetzung für die Entnahme und Transplantation von Organen in Deutschland. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer definierte 1991 den Hirntod als den „Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ und legt in seiner Fortschreibung 1997 dar, dass „mit dem Hirntod (...) naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt“ ist.

Anders als in Deutschland dürfen beispielsweise in Österreich, Belgien und den Niederlanden Organe von sogenannten *non heart-beating donors* entnommen werden. Doch diese Herztoddiagnose gilt in vielen Ländern als überholt, da durch die Möglichkeit der künstlichen Beatmung das Herz-Kreislauf-System aufrechterhalten werden kann. Das deutsche Transplantationsgesetz fordert deshalb die Diagnose des Hirntodes als Todesfeststellung für eine Organentnahme. Dies hat zur Folge, dass Eurotransplant keine Organe, die Patienten mit Herz- und Kreislaufstillstand entnommen wurden, nach Deutschland vermitteln darf.;

In einer repräsentativen Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) waren im Jahr 2010 beispielsweise 74 Prozent der Befragten grundsätzlich damit einverstanden, dass man ihnen nach ihrem Tod Organe und Gewebe entnimmt. Gleichzeitig hatten nur 25 Prozent der Befragten einen Organspendeausweis. Die Hälfte aller Befragten fühlte sich eher schlecht über das Thema Organ- und

Gewebespende informiert.

Vor diesem Hintergrund wird in Deutschland immer wieder über eine Änderung der gesetzlichen Regelungen zur Organspende diskutiert. Nach den Paragraphen 3 und 4 des Transplantationsgesetzes kann die Entnahme von Organen und Geweben bei toten Spendern in Deutschland entweder mit direkter Einwilligung des Spenders (wie durch einen Organspendeausweis) erfolgen oder über die Zustimmung von nächsten Angehörigen, die dann verpflichtet sind, den mutmaßlichen Willen des Organbeziehungsweise Gewebespenders zu berücksichtigen. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit der Entnahme von Organen und Geweben bei lebenden Spendern. Der Spender muss nach Paragraph 8 TPG hierbei volljährig und entsprechend aufgeklärt sein. Voraussetzung für die Lebendspende ist zudem eine positive ärztliche Beurteilung. Sie ist außerdem nur zulässig, wenn zum jeweiligen Zeitpunkt kein Spenderorgan eines verstorbenen Organspenders zur Verfügung steht.;

Die momentan in Deutschland herrschende erweiterte Zustimmungslösung ist darauf angelegt, dass Angehörige im Todesfall gefragt werden müssen und damit auch eine Antwort geben müssen, sei sie nun positiv oder negativ. Wenn für Betroffene eine Äußerungspflicht besteht, so ist es eigentlich nur folgerichtig, dass von jedem selbst eine solche Entscheidungspflicht abverlangt werden kann.;

S.28ff.: Ingrid Schneider: Kann ein regulierter Organmarkt den Organmangel beheben – und zu welchem Preis?

Eine Studie an 305 Nierenverkäufern in Chennai (Indien), die sechs Jahre nach der Operation befragt wurden, ergab folgende Resultate: 71 Prozent der Nierenverkäufer waren Frauen, teilweise wurden sie vom Ehemann zur Veräußerung gedrängt; fast alle Personen waren durch Überschuldung der Familie in den Verkauf getrieben worden; durchschnittlich erhielt jede Person 1070 US-Dollar für ihr Organ; drei Viertel der Befragten blieben weiterhin verschuldet, die Zahl derer, die unter der Armutsgrenze lebten, nahm zu; 86 Prozent berichteten von einem verschlechterten Gesundheitszustand nach der Nierenentnahme; die meisten (79 Prozent) rieten vom Verkauf einer Niere ab.;

Iran ist das einzige Land weltweit, das ein staatlich organisiertes Ankaufsystem für die Nierenabgabe seit Ende der 1980er Jahre institutionalisiert hat. Jährlich werden rund 1500 solcher bezahlten Nierentransplantationen durchgeführt. Neben einer staatlich festgelegten Summe von rund 900 Euro erhalten Nierenverkäufer ein Jahr lang freie Gesundheitsversorgung sowie in der Regel nach der Operation einen verhandelbaren Betrag vom Empfänger.;

S.35ff.: E. Küttel-Pritzer / R. Tönjes: Tierorgane und Gewebezüchtung als Alternativen zum Spenderorgan?

In Deutschland liegt die jährliche Sterberate von Patienten, die auf ein Herz warten, bei 17,1 Prozent. Die durchschnittliche Wartezeit für eine Niere beträgt fünf Jahre, was die Aussichten für Nierenpatienten erheblich reduziert, da die Transplantatüberlebenszeit nach länger andauernder Dialyse deutlich sinkt. Es wurden im Jahr 2010 2937 Patienten Nieren transplantiert, während etwa 8000 Patienten auf der Warteliste verblieben, es gab 393 Herztransplantationen, während mehr als 700 Patienten für die Transplantation neu gemeldet waren, und 298 Lungen wurden transplantiert, während sich 420 Patienten neu registrierten. In den USA zeigen die Daten für alle Organe, dass im Jahr 2010 von 14 505 Spendern insgesamt 28 664 Organtransplantationen durchgeführt wurden. Demgegenüber standen jedoch im März 2011 110 521 Patienten auf der Warteliste.;

Dem sogenannten *anthropozentrischen* steht der *biozentrische* Ansatz gegenüber. Während der erste Ansatz die Natur insgesamt auf den Menschen aufgrund seiner „Geistbegabung“ hin ausgerichtet sieht, lehnt der biozentrische Ansatz eine Wertabstufung zwischen Tieren und Menschen grundsätzlich ab. Im Gegensatz zur anthropozentrischen Betrachtungsweise wird Tieren der gleiche Wertstatus wie dem Menschen eingeräumt. In Deutschland wird mehrheitlich ein *integratives Konzept* vertreten, das beiden Ansätzen Rechnung trägt. Dem Menschen kommt eine besondere Stellung innerhalb der Natur zu. Tiere werden als Mitgeschöpfe mit eigener Würde und einem Anrecht auf deren Respektierung betrachtet, deren Wohl durch den Menschen in bestmöglicher Weise zu wahren und zu fördern ist. Wenn es jedoch um Erhaltung, Schutz und Rettung von menschlichem Leben geht, ist die Nutzung von Tieren zu Versuchen und auch deren Tötung unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit erlaubt.;

(Bundeszentrale für politische Bildung; Aus Politik und Zeitgeschichte; 20-21/2011 16.5.2011: „Organspende und Selbstbestimmung“; <http://www.bpb.de/files/4PRV56.pdf>)

- Seit dem Inkrafttreten des TPG im Jahr 1997 wird kritisiert, dass trotz der erzielten Rechtssicherheit für alle Beteiligten keine wesentliche Steigerung der Organ- und Gewebespenden zu verzeichnen ist. Insofern ist bei der TPG-Novellierung auch zu prüfen, welche Maßnahmen zu ergreifen sind, die Spenderzahlen zu erhöhen und die Leistungsfähigkeit der Transplantationsmedizin weiter zu fördern. ; In Wahrnehmung dieser Verantwortung hat sich die Ständige Kommission Organtransplantation auf Veranlassung des Vorstands der Bundesärztekammer in intensiven und zum Teil kontroversen Diskussionen wiederholt mit den Beschlüssen des 110. und des 113. Deutschen Ärztetags befasst und um eine Lösung gerungen, die die positiven Aspekte sowohl der Zustimmungs- wie auch der Widerspruchslösung konstruktiv aufgreift und zusammenführt. Im Ergebnis der dazu veranstalteten

Klausurtagung wurde das *Modell einer Selbstbestimmungslösung mit Information und Erklärungspflicht* entwickelt. Das Modell ist darauf ausgerichtet, die Information der Bürgerinnen und Bürger dauerhaft so zu intensivieren und zu institutionalisieren, dass sich diese in Wahrnehmung ihres Selbstbestimmungsrechts möglichst im Sinne einer Zustimmungslösung zur Organ- und Gewebespendebereitschaft erklären. Wird dieses Recht nicht zu Lebzeiten wahrgenommen und liegt somit keine Erklärung vor, können dem Verstorbenen unter Ermittlung des mutmaßlichen Willens durch Einbeziehung der Angehörigen Organe und/oder Gewebe entnommen werden. Der 114. Deutsche Ärztetag fordert dieses *Modell einer Selbstbestimmungslösung mit Information und Erklärungspflicht* zur Einwilligung in die Organ- und/oder Gewebespende.
(Beschluss-Protokoll des 114. Deutschen Ärztetages, Kiel 31.5.-3.6.2011, Organspende S. I-03; <http://baek.de/downloads/114Beschlussprotokoll20110608.pdf>)

- bei der angestrebten Neuregelung der Organspende unterstützt die katholische Kirche die sogenannte Erklärungslösung ... Bischof Fürst, der die Unterkommission Bioethik der katholischen Bischöfe leitet, bezeichnete Organspende als „Akt der Nächstenliebe“
(Der Sonntag, Sachsen, 16.10.2011 S.2)
- Jährlich warten in Deutschland 12.000 Menschen auf ein Spenderorgan, aber nur 3.000 können eines bekommen. Pro Tag sterben deswegen drei Menschen. Zugleich sagen in Umfragen 75 Prozent der Deutschen Ja zur Organspende, aber nur 25 Prozent haben einen Spenderausweis. Wie also die Zahl der Spendewilligen erhöhen? Als fraktionsübergreifender Konsens zeichnet sich eine Neuregelung des Transplantationsgesetzes ab. Danach soll jeder Bürger künftig alle fünf Jahre von seiner Krankenkasse zu seiner Organspendebereitschaft befragt werden und mit "Ja", "Nein" oder "Möchte mich noch nicht entscheiden" antworten können. Gespeichert werden soll das auf der Gesundheitskarte. Bislang war das Tragen eines Organspendeausweises freiwillig. Eine Pflicht zu antworten soll es nicht geben. Diese würde dem verfassungsrechtlichen Grundsatz widersprechen, wonach das Recht auf Selbstbestimmung auch das Recht umfasst, sich nicht zu verhalten. Wer sich jedoch enthält oder noch nicht entscheiden will, muss damit rechnen, dass seine Angehörigen im Todesfall über eine etwaige Organentnahme entscheiden
(taz 29.9.2011 S.6)
- Nach monatelangem politischem Ringen ist der Weg für eine gesetzliche Neuregelung der Organspende frei. Die Spitzen aller Bundestagsfraktionen und Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) einigten sich am Donnerstag in Berlin darauf, dass künftig jede Bürgerin und jeder Bürger regelmäßig darüber Auskunft geben soll, ob er im Fall seines Hirntods zur Organspende bereit ist. Ein entsprechender, fraktionsübergreifender Gesetzentwurf werde bis Jahresende von den Ethikexperten der Fraktionen erarbeitet. Damit verbunden ist die Hoffnung, dass die Zahl potenzieller Organspender steigt. Die Abfrage solle künftig etwa beim Versand der Versichertenkarte erfolgen, und zwar "mit so viel Nachdruck wie möglich, ohne jedoch eine Antwort zu erzwingen oder Sanktionen auszuüben", heißt es in der Erklärung von Union, SPD, FDP und Linkspartei. Wer nicht antwortet, wird also auch nicht bestraft.
Mit der Neuregelung wird die heutige im Transplantationsgesetz verankerte "erweiterte Zustimmungslösung" ersetzt, nach der Organe nur entnommen werden dürfen, wenn der Verstorbene vor seinem Tod zugestimmt hat oder seine Angehörigen in eine Transplantation einwilligen. Künftig soll die "Erklärungslösung" gelten, nach der der Staat die Bürger zu einem Votum anhalten darf.
(taz 25.11.2011 S.7)
- Sterben ist ein Prozess. Der Hirntod ist der Nachweis des Todes nicht durch den Stillstand des Kreislaufs, sondern durch den kompletten Ausfall des Hirnorgans. Dies ist der Fall, wenn das Hirn ... länger als 8 Minuten nicht durchblutet (*mit Sauerstoff versorgt JK*) ist. Dann ist das Gehirngewebe irreversibel geschädigt. ... Es geht beim Hirntod um den Zeitpunkt, an dem der Sterbeprozess unumkehrbar ist. Das ist nicht Hokuspokus.
(taz 4.10.2011 S.4)
- Im Jahr 2009 wurden 1888 potentielle Organspender gemeldet, in 565 Fällen (29,9%) lehnten die Angehörigen die Spende ab;
(Der Spiegel 39-2011 S.46)
- In einer Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestages sagte Bischof Huber, es gebe „eine ethische Entscheidungspflicht“ jedes Einzelnen, die von der Gesellschaft einzufordern sei.
(taz 8.7.2011 S.18)
- Interview mit dem Organspende-Kritiker Richard Fuchs;
Derzeit gilt die "erweiterte Zustimmungslösung". Spender müssen zu Lebzeiten schriftlich oder mündlich ihre Einwilligung geben, liegt keine Willenserklärung für oder gegen vor, haben die Verwandten das letzte Wort (rund 90 Prozent aller Organspender werden, mangels Einwilligung zu ihren Lebzeiten, von den Angehörigen freigegeben).;
Der kritische Kardiologe und Internist Paolo Bavastro übrigens spricht nicht von Hirntod, er nennt den Begriff eine arglistige Täuschung, weil es sich zwar um einen schwer hirngeschädigten Patienten handelt, der sozusagen ein Sterbender ist, aber noch nicht tot.;

veröffentlichte die Bundesärztekammer eine Erklärung, die besagte: "Nach dem Hirntod gibt es keine Schmerzempfindung mehr. Deshalb sind nach dem Hirntod bei Organentnahme keine Maßnahmen zur Schmerzverhütung (z. B. Narkose) nötig; (Hirntote) sind ja noch lebende Patienten, die schwitzen, sich bewegen, ihre Wunden könnten verheilen, Frauen können noch ein Kind austragen, Männer könnten im Prinzip noch ein Kind zeugen. Es sind Lebende bzw. Sterbende, die letztlich durch die Organentnahme - ich sage es mal so schlicht - getötet werden. Die, bis das letzte Organ entnommen ist, beatmet werden. Erst dann sind sie wirklich tot; Also im Land der ‚ungebremsen Möglichkeiten‘ (USA), in dem ja sozusagen der Hirntod ins Leben gerufen wurde, ist er nach 30 Jahren zwar nicht begraben, aber doch stark relativiert worden. Seit 2008 der Nationale Bioethikrat bekannt gab, dass der Hirntod doch nicht der wirkliche Tod des Menschen zu sein scheint, und 2010 die American Academy of Neurology ihm die naturwissenschaftliche Begründung absprach, haben sich viele wissenschaftliche Stimmen gegen die Hirntoddefinition ausgesprochen. Das hatte aber nur zur Folge, dass man in den USA nun darüber nachdachte, wie man das Problem löst, wie man das Hirntodkonzept umfirmiert, indem man sagt: ‚JUSTIFIED KILLING‘ also ‚gerechtfertigtes Töten‘. Das stößt natürlich auf ethische und rechtliche Probleme. In den USA ist übrigens, wie auch in einigen europäischen Ländern, die Organentnahme bei Herztoten - den sogenannten Non-heart-beating-donors - erlaubt, wo man dann 2 bis 5 Minuten nach Herzstillstand explantiert.; Die Transplantationen werden ja, wie alle Krankenhausleistungen, über Fallpauschalen abgerechnet. Ich habe mir mal Pauschalen für 2011 besorgt. Da kostet in NRW beispielsweise eine Transplantation von Leber, Herz, Lunge samt Knochenmark oder Stammzellinfusion und 999 Stunden Beatmung schon mal bis zu 215.000 Euro, aufgerundet. Eine Lungentransplantation mit Beatmung 140.000 Euro. Oder eine Nierentransplantation mit Komplikationen - postoperatives Versagen - kostet etwa 25.000 Euro; Die Organempfänger benötigen ihr Leben lang immunsuppressive Medikamente, damit das fremde Organ nicht abgestoßen wird.; Es gibt eine Statistik, was der Konsum dieser Mittel kostet, und das liegt bei 1 Milliarde 600 Millionen im Jahr (*nicht klar, ob auf Deutschland bezogen JK*) (taz 26.9.2011 S.15)

- Beitrag von Prof. Eckhard Nagel;
In einer repräsentativen Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung waren im Jahr 2010 74% der Befragten grundsätzlich damit einverstanden, nach ihrem Tod Organe und Gewebe zu spenden. Gleichzeitig hatten weniger als 25% der Befragten einen Organspendeausweis.; Im Rahmen der Definitionsaufgabe des Transplantationsgesetzes wurde 1997 durch alle medizinisch-naturwissenschaftlichen Fachgesellschaften in der Bundesrepublik festgestellt, dass „mit dem Hirntod ... naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt“ werden kann. Damit verbunden ist die Aussage, dass es sich um ein sicheres Todeszeichen handelt und ein irreversibler Eintritt des Todes auch medizinisch festgestellt werden kann. Dies ist strittig bei der reinen Herztod-Diagnose, so dass in Deutschland eine Organentnahme von Mensch, deren Herztod festgestellt worden ist, nicht erlaubt ist. Sogenannte „non heart-beating donors“ sind aber nach den gesetzlichen Bestimmungen in Österreich, Belgien und den Niederlanden möglich. Dies hat zur Folge, dass über die europäische Organverteilungszentrale in Leiden (Eurotransplant) Organe, die Verstorbenen nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand entnommen wurden, nicht nach Deutschland vermittelt werden dürfen.; Auch für die freiwillige Entscheidung zur Organspende gilt die „Goldene Regel“, in der Jesus das Gebot der Nächstenliebe zusammenfasst: Alles, was ihr von anderen erwartet, das tut auch ihnen (Mt. 7,12) (Evangelische Verantwortung, Heft 9+10/2011 S.13ff.)
- **Bericht über eine Frau in Belgien, die im Zusammenhang mit aktiver Sterbehilfe ihre Organe spendet;**
... der Fall von Carine liegt besonders. Sie will nicht nur sterben, sondern auch ihre Organe spenden. Deshalb verbringt sie ihre letzten Stunden in der Klinik statt in der eigenen Wohnung. Carine wird die tödliche Injektion im Operationssaal erhalten. Carines Fall ist eine Weltpremiere. Nie zuvor haben Ärzte einen Patienten aktiv getötet und ihm sofort danach Organe entnommen. Von dieser Premiere soll die Welt allerdings vorerst nichts wissen. Die beteiligten Ärzte vereinbarten Stillschweigen, als sie Carine am 29. Januar 2005 gegen 13.30 Uhr töteten und ihr dann die Nieren, die Leber und die Bauchspeicheldrüse entnehmen. Erst 2009 erscheint die erste Publikation über diesen Fall – und drei weitere – in der medizinischen Fachpresse; In den USA haben Chirurgen todgeweihten Neugeborenen 75 Sekunden nach dem Herzstillstand die Herzen entnommen, um sie anderen Säuglingen zu transplantieren. In Spanien bringen Rettungsteams Menschen, deren Lage aussichtslos ist, in Kliniken, in denen sie unablässig weiter reanimiert werden – um die Organe zu retten. In den Niederlanden wird bewusstlosen Schwerstkranken gemäß ihrem mutmaßlichen Willen das Atemgerät abgeschaltet, sodass Chirurgen wenige Minuten nach dem Herzstillstand die Organe entnehmen können. Warum sollten belgische Euthanasiepatienten nicht ihre Organe spenden dürfen, wenn sie es doch wünschen? Von Carines Tod, versichert Wyffels der ZEIT, hätten fünf Kinder profitiert. Vier Organe wurden entnommen, die Leber wurde geteilt.; (Patrick Cras) ist Vorsitzender jener Ethikkommission an der Universitätsklinik Antwerpen, die

entscheiden musste, ob die weltweit erste Organentnahme nach aktiver Sterbehilfe zulässig sei. Patiententötungen sind für ihn nichts Ungewöhnliches. Rund 50-mal war er nach eigener Schätzung daran beteiligt. Dennoch versichert er: »Euthanasie fühlt sich nicht richtig an für einen Arzt, sie hinterlässt immer eine Narbe.«;

Aber darf man einen Menschen töten, der an seiner Behinderung verzweifelt? Das belgische Euthanasiegesetz schließt diese Möglichkeit nicht aus. 2002 erklärte Belgien als zweiter Staat der Welt nach den Niederlanden die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Umständen für straffrei. Auch Patienten, deren Tod nicht absehbar ist, können Euthanasie beantragen. So starb 2008 der international angesehene Schriftsteller Hugo Claus durch eine tödliche Injektion, weil er das Fortschreiten seiner Alzheimer-Erkrankung nicht erleben wollte. Das Töten ist bei einem Patienten, der nicht im Sterben liegt, allerdings an besonders strenge formale Vorgaben gebunden. Er muss entscheidungsfähig sein, unerträglich leiden, ohne Aussicht auf Besserung, und seinen Sterbewunsch wiederholt äußern. Und all das muss von drei Ärzten geprüft werden – bei Sterbenskranken nur von zwei;

Eigentlich müsste es eine Kontrolle gegen Missbrauch geben. Jeder Sterbehilfefall in Belgien muss einer Kommission aus Ärzten, Krankenschwestern, Psychologen und Juristen gemeldet werden, damit diese überprüfen kann, ob die gesetzlichen Vorgaben eingehalten wurden. Doch nur jeder zweite Fall von geschätzt 1.040 Fällen im Jahr 2007 wird der Kommission überhaupt bekannt, so eine Untersuchung im Landesteil Flandern, die im angesehenen British Medical Journal veröffentlicht wurde. Und bei 17 Prozent der gemeldeten Tötungen fehlt sogar die schriftliche Einverständniserklärung des Patienten. Die Kommission könnte zweifelhafte Fälle zur Ermittlung an die Staatsanwaltschaft weiterleiten. Sie hat es nach Auskunft ihres Vorsitzenden in neun Jahren nicht ein einziges Mal getan;

Der Hausarzt malt das Szenario aus: »Diese extrem reichen Menschen, die eine Bauchspeicheldrüse brauchen, und dann ist da jemand, der ein passendes Organ hat und nicht sterbenskrank ist... Vielleicht würden sie mir zehn Millionen Euro zahlen, um den Patienten zu überreden, seine Organe zu spenden.«;

In Belgien wurden bislang acht Patienten nach einer Tötung auf Verlangen zu Organspendern. Cras versichert der ZEIT, die Frage nach der Spende müsse stets von den Patienten gestellt werden, nicht von den Ärzten;

Die belgischen Ärzte schätzen das Potenzial zusätzlicher Organspenden hoch ein. 2008 wurden 705 belgische Patienten auf ihren Wunsch hin getötet. 141 davon, also rund ein Fünftel, hatten neuromuskuläre Erkrankungen – solche Patienten wären als Organspender infrage gekommen. (DIE ZEIT 20.10.2011 S.17ff. - <http://www.zeit.de/2011/43/DOS-Euthanasie>)

- Max Siegel ist das Kind einer hirntoten Mutter. Seine Existenz verdankt er der Entschlossenheit von Ärzten, die vor 20 Jahren noch nicht ahnten, dass sie ein ethisches Minenfeld betreten.; Gaby war eben nicht "tot", nur weil die Ärzte keine Hirnaktivität mehr nachweisen konnten - so zumindest sieht es Karl-Eugen Siegel. Denn wie sollte ein toter Körper das Wunder einer Schwangerschaft vollenden können?

Diese Geschichte hat mein Leben so auf den Kopf gestellt, dass kein Stein auf dem anderen geblieben ist", sagt Paolo Bavastro. Er ist Internist, 62 Jahre alt, ein hochgewachsener Mann mit dichtem weißem Haar, der das R tief rollt, ein Überbleibsel seiner italienischen Herkunft. Damals, 1991, erlebte er als Arzt die letzten Wochen von Gaby Siegel vor der Geburt. Seitdem beherrscht ein Satz sein Leben: "Hirntot ist nicht gleich tot.";

Der Arzt sagt, der Sauerstoffmangel habe ihr Gehirn schwer geschädigt. Sofort denkt Karl-Eugen an das Kind: "Bitte, tun Sie alles Erdenkliche für beide!" In den folgenden Tagen scheint es aufwärtszugehen. Gaby beginnt wieder selbst zu atmen, die Ärzte wollen sie sogar von der Beatmungsmaschine entwöhnen. Sie öffnet die Augen, manchmal glaubt Karl-Eugen, sie lächle - doch ihre Augen blicken ins Leere.

Die Ärzte sagen, dass sie wegen der Schwangerschaft wichtige Medikamente nicht geben könnten, und wollen das Kind abtreiben. Karl-Eugen ist empört - Gaby und er sind aktive Mitglieder in der neuapostolischen Kirche. "Schon der Gedanke an Abtreibung - nie hätte Gaby dem zugestimmt", sagt er. Am Morgen des 14. Juli, zehn Tage nach Gabys Zusammenbruch, reagieren ihre Pupillen nicht mehr auf Licht. Ein Anzeichen für ein Koma des Stadiums vier, die tiefste Form der Bewusstlosigkeit.

Der Sauerstoffmangel hat die Membranen der hochempfindlichen Nervenzellen geschädigt. Gewebswasser strömt ein, Gabys Gehirn saugt sich voll wie ein trockener Schwamm. Aber es kann sich nicht weit ausdehnen, stößt an die starren Schädelknochen. Schließlich tritt der Super-GAU der Intensivmedizin ein: Gabys Hirnstamm wird eingeklemmt und dauerhaft geschädigt. Jetzt sind lebenswichtige Funktionen betroffen.

Drei unendlich erscheinende Tage Hoffen und Bangen, dann schickt ein Neurologe Karl-Eugen vor die Tür und prüft, ob Gabys Hirnstamm noch intakt ist. Mit einem Spatel fährt er in ihren Mund, bestreicht ihren Gaumen und die Luftröhre - sogar Menschen im tiefen Koma reagieren darauf mit dem Würge- und Hustenreflex, Gaby nicht. Er klebt Elektroden auf ihren Kopf und misst die elektrische Aktivität des Gehirns - doch das EEG zeigt nur eine Nulllinie.

Vorgeschrieben wäre jetzt noch, die Beatmungsmaschine abzustellen und zu kontrollieren, ob die

Patientin spontan zu atmen beginnt - aber diesen letzten Test, das haben die Ärzte vorher abgesprochen, soll er nicht durchführen, weil der Sauerstoffmangel den Fötus gefährden könnte. Die Ärzte einigen sich auf Hirntod. Soll die Schwangerschaft jetzt noch fortgeführt werden? "Gaby ist ja jetzt wohl ein menschlicher Brutkasten, sagte ein Arzt zu mir", erzählt Karl-Eugen Siegel.; Normalerweise erfordert es großen intensivmedizinischen Aufwand, die Körperfunktionen hirntoter Menschen auch nur einige Tage lang aufrechtzuerhalten. Denn ihr Körper strebt dem Tod entgegen. Oft stellt das Gehirn seine Hormonproduktion ein und koordiniert lebenswichtige Körperfunktionen nicht mehr: Blutdruck, Wasserhaushalt und Körpertemperatur können gefährlich entgleisen, manche Patienten bekommen Fieber, das auf kein Medikament anspricht, andere scheiden bis zu zehn Liter Urin am Tag aus. "Gaby Siegels Körper aber hat sich über lange Zeit weitgehend selbst reguliert", sagt Meyer.;

Unheimlich wird denjenigen, die Zeugen der täglichen Musiktherapie sind. Denn Gaby zeigt Reaktionen: Wenn ihr Puls rast und der Blutdruck gefährliche Spitzen erreicht, legt die Musiktherapeutin Monica ihre Hände auf die Brust ihrer Patientin und summt - der Kreislauf beruhigt sich. Täglich, wiederholbar, erzählt der Anästhesist, der damals die Patientin während dieser Phasen per Hand mit einem Beutel beatmet.

Erklären kann diese Reaktionen niemand - manche Ärzte und Wissenschaftler meinen später, vielleicht sei Gaby Siegel noch gar nicht hirntot gewesen, schließlich habe niemand den Atemtest durchgeführt.; Das bisherige Hirntod-Konzept besagt, dass der Körper nach dem endgültigen Absterben des Gehirns unweigerlich und rasch in seine Einzelteile zerfällt, weil das zentrale Steuerungsorgan, das Gehirn, fehlt. Diese Vorstellung ist schwer zu vereinbaren mit den mittlerweile 30 Fällen von hirntoten Schwangeren, die zum Teil monatelang am Leben gehalten wurden.

Der Bioethikrat der USA erklärte deshalb bereits 2008 das traditionelle Hirntod-Konzept für widerlegt. Trotzdem bekannte sich damals die Mehrheit der beteiligten US-Wissenschaftler dazu, dass es so etwas wie den Hirntod zumindest gibt. Sie versuchten diesen aber nicht mehr streng naturwissenschaftlich, sondern eher philosophisch zu begründen. Demnach fehlen einem Hirntoten drei fundamentale Fähigkeiten des lebenden Menschen: die Empfänglichkeit für Reize aus der Umgebung, die Fähigkeit, auf die Welt einzuwirken, sowie der Drang des Organismus, seine Bedürfnisse zu befriedigen - zum Beispiel Hunger durch Essen zu stillen. Dieses neue Hirntod-Konzept ist jedoch unter Medizinethikern sehr umstritten.;

Am 26. September 1991, 84 Tage nach Gaby Siegels Zusammenbruch, setzen morgens vorzeitige Wehen ein. Ihr Blutdruck sinkt bedrohlich ab. Die Gebärmutter kann nicht ausreichend durchblutet werden.

Medikamente versagen, mittags entscheiden sich die Ärzte für einen Kaiserschnitt.;

Ein Jahr nach Max' Geburt verunglückt die 18-jährige Marion P. bei einem Verkehrsunfall. Diagnose: Hirntod. Sie ist in der 14. Woche schwanger. Die Ärzte der Erlanger Uni-Klinik überreden die Eltern, die Tochter am Leben zu erhalten, bis der Fötus entbunden werden kann.

Fünf Wochen später stirbt das Ungeborene durch eine Infektion der Mutter.;

Der Anästhesist Johannes Meyer hat einen anderen Weg beschritten - heute ist er

Transplantationsbeauftragter der Filderklinik und trägt selbst einen Organspendeweis. "Ich halte ‚Hirntod‘ für ein unglückliches Wort, für mich sind Menschen wie Gaby Siegel irreversibel Sterbende. Aber mit dem Ablauf einer Organtransplantation habe ich kein Problem." Denn unbestritten ist für alle Wissenschaftler, Kritiker wie Befürworter, dass es für einen hirntoten Menschen keinen Weg zurück ins Leben gibt.

Die Frage, ob das Hirntod-Konzept haltbar sei, hat mittlerweile auch die Bundesärztekammer erreicht.

Gerade hat sich ihre Zentrale Ethikkommission mit ihr befasst. Sie kommt zum Schluss, dass es unabdingbar sei, "sich einer öffentlichen Debatte über das Hirntod-Konzept zu stellen".

(Der Spiegel 25-2011 S.112 - <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-79051538.html>)

- 12.000 Menschen in Deutschland warten auf ein Spenderorgan; jeden Tag sterben 3 Menschen, denen ein gespendetes Organ hätte das Leben retten können; Bundestag hat neue gesetzliche Regelungen zur Organspende mit breiter Mehrheit beschlossen:
 - + „Entscheidungslösung“
 - + Bundesbürger werden künftig regelmäßig zu ihrer Spendenbereitschaft befragt; innerhalb eines Jahres sollen alle Versicherten ab 16 Jahre erstmals Post von ihrer Krankenversicherung bekommen;
 - + in dem Schreiben werden sie aufgefordert, sich zu entscheiden, ob sie nach ihrem Tod Organe spenden wollen oder nicht; eine Pflicht zur Entscheidung gibt es nicht;
 - + Krankenhäuser, in denen Organe entnommen werden können, benötigen mindestens einen Transplantationsbeauftragten (potentielle Spender melden, Organspendeprozess koordinieren; Gespräche mit Angehörigen Verstorbener führen); 2010 galten etwa 1350 Einrichtungen als sogenannte Entnahmekrankenhäuser;
 - + Lebendspender haben künftig Anspruch auf sechswöchige Lohnfortzahlung, für welche die Krankenkasse des Organempfängers aufkommen muss
 - + Krankenkassen dürfen Spendebereitschaft auf der Gesundheitskarte verzeichnen
- (Freie Presse Chemnitz Pfingsten 2012 S.1)

- jährlich etwa 700 „Lebendorganspender“ in Deutschland (taz 6.3.2012 S.6)
- Deutschland:
laut Umfrageergebnissen sind 70% der Deutschen zur Spende bereit, weniger als 20% haben einen Spenderausweis;
2011 spendeten 1200 Menschen nach ihrem Tod ihre Organe, 7,4% weniger als 2010 (taz 3./4.3.2012 S.5)
- einem neunjährigen Mädchen in den USA sind sechs Organe von einem Spender gleichzeitig eingepflanzt worden; litt an einem seltenen und aggressiven Tumor, der sich auf mehrere Organe ausgebreitet hatte (Freie Presse Chemnitz 6.2.2012 S.8)
- in China stammen die meisten transplantierten Organe nach wie vor von hingerichteten Häftlingen; dies lasse sich angesichts der hohen Nachfrage nach Organen und der geringen Zahl von Spendern nicht vermeiden, sagte der chinesische Vizegesundheitsminister;
China hatte 2007 den Organhandel verboten; in China werden jedes Jahr rund 10.000 Organe transplantiert; 1,3 Millionen Menschen warten auf ein Spenderorgan;
Amnesty International schätzt die Zahl der Hinrichtungen auf 4000 pro Jahr (taz 8.3.2012 S.11)
- in Japan wurde das Hirntodkonzept erst 1997 übernommen;
in Großbritannien und den Niederlanden dürfen Organe auch nach dem Herzstillstand entnommen werden; ein Drittel der Organspender sind dort mittlerweile „Herztote“ (taz 23.3.2012 S.18)
- Vermittlungsorganisation DSO; erhält von den Krankenkassen derzeit knapp 8000 Euro pro transplantiertem Organ; Erfolgsbilanz miserabel: rund 15 Organspender in Deutschland pro 1 Million Einwohner, in Spanien doppelt so viele;
Mangel an Aufsicht:
Fall 1: hirntoter Berliner, Angehörige wollten Organspende nur zustimmen, wenn seine Frau eine der Nieren bekommt, DSO, Eurotransplant und Bundesärztekammer stimmten zu, klarer Verstoß gegen das Transplantationsgesetz; begründet mit „rechtfertigendem Notstand“;
Fall 2: eines der beiden vorgeschriebenen Protokolle zur Feststellung des Hirntodes fehlte; weil sich alle sicher waren, dass es ein zweites Protokoll gäbe und zudem ein Totenschein vorlag, wurde trotzdem explantiert (Der Spiegel 14-2012 S.116ff.)
- Organtransplantationen in Deutschland 2011 (Quelle Eurotransplant);

Organ	transplantierte Organe	benötigte Organe
Niere	1862	7573
Leber	1015	2064
Herz	341	992
Lunge	325	580 (57 einzelne, 268 doppelte Lungen)
Pankreas	16	46

(Das Parlament 26.3.2012 S.3)
- 82-jähriger in Südengland meldet sich freiwillig „Ich möchte eine Niere spenden“; spendet anonym, kein Geld, er wollte einfach helfen (Der Spiegel 24-2012 S.47)
- das Klinikum St. Georg in Leipzig wurde von der DSO mit einem Zertifikat ausgezeichnet für sein Engagement bei Organspenden (Hilfe durch Klinikleitung, Fortbildung Personal, Richtlinien für Akutfall) (Freie Presse Chemnitz 4.6.2012 S.2)
- Die Zweifel am Hirntodkonzept spiegeln sich auch in einer bizarren Diskussion, die unter europäischen Anästhesisten geführt wird. Soll man Hirntote bei der Organentnahme narkotisieren, weil nicht völlig auszuschließen ist, dass sie – zumindest auf einer grundlegenden Ebene – Schmerz empfinden können? In der Schweiz ist eine Narkose vorgeschrieben, die Deutsche Stiftung Organtransplantation versichert hingegen: „Eine Narkose zur Ausschaltung des Bewusstseins und der Schmerzreaktion ist beim hirntoten Spender nachweislich überflüssig.“ Nur Opiate und Muskelentspannungsmittel werden hierzulande gegeben, um verstörende Bewegungen des Hirntoten während der Organentnahme zu unterbinden – sie sind als „Lazarussyndrom“ bekannt und werden als Reflexe des Rückenmarks gedeutet.
Der amerikanische Bioethikrat verwirft zwar die bisherigen wissenschaftlichen Begründungen für den Hirntod, hält aber an der Gleichsetzung mit dem Tod des Menschen fest. Gerechtfertigt wird dies auch mit den Bedürfnissen der Transplantationsmedizin: Würde man das Hirntodkonzept scheitern lassen, müsste man entweder auf einen Großteil der Organspenden verzichten oder aber das Prinzip aufgeben, dass lebenswichtige Organe nur Toten entnommen werden dürfen. Beide Konsequenzen hält der Bioethikrat der Vereinigten Staaten für nicht akzeptabel.;
Der frühere Hirntodkonzept-Befürworter Dieter Birnbacher, Mitglied der Zentralen Ethikkommission der

Bundesärztekammer, erkennt zwar mittlerweile an, dass der Hirntod nicht als Tod des Menschen gelten kann, will ihn aber als pragmatische Voraussetzung einer Organentnahme beibehalten. (bild der wissenschaft 4-2012 S.30)

- **Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz; 12.7.2012**

Artikel 1

Änderung des Transplantationsgesetzes

Das Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 1 wie folgt gefasst:

„§ 1 Ziel und Anwendungsbereich des Gesetzes“.

2. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Ziel und Anwendungsbereich des Gesetzes“.

b) Folgender Absatz 1 wird vorangestellt:

„(1) Ziel des Gesetzes ist es, die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland zu fördern. Hierzu soll jede Bürgerin und jeder Bürger regelmäßig im Leben in die Lage versetzt werden, sich mit der Frage seiner eigenen Spendebereitschaft ernsthaft zu befassen und aufgefordert werden, die jeweilige Erklärung auch zu dokumentieren. Um eine informierte und unabhängige Entscheidung jedes Einzelnen zu ermöglichen, sieht dieses Gesetz eine breite Aufklärung der Bevölkerung zu den Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende vor.“

c) Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden die Absätze 2 und 3.

3. § 2 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Bundesbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit, insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, sowie die Krankenkassen sollen auf der Grundlage dieses Gesetzes die Bevölkerung aufklären über

- 1. die Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende,
- 2. die Voraussetzungen der Organ- und Gewebeentnahme bei toten Spendern einschließlich der Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung zur Organ- und Gewebespende, auch im Verhältnis zu einer Patientenverfügung, und der Rechtsfolge einer unterlassenen Erklärung im Hinblick auf das Entscheidungsrecht der nächsten Angehörigen nach § 4 sowie
- 3. die Bedeutung der Organ- und Gewebeübertragung im Hinblick auf den für kranke Menschen möglichen Nutzen einer medizinischen Anwendung von Organen und Geweben einschließlich von aus Geweben hergestellten Arzneimitteln.

Die Aufklärung hat die gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen und muss ergebnisoffen sein. Die in Satz 1 benannten Stellen sollen auch Ausweise für die Erklärung zur Organ- und Gewebespende (Organspendeausweis) zusammen mit geeigneten Aufklärungsunterlagen bereithalten und der Bevölkerung zur Verfügung stellen. Bund und Länder stellen sicher, dass den für die Ausstellung und die Ausgabe von amtlichen Ausweisdokumenten zuständigen Stellen des Bundes und der Länder Organspendeausweise zusammen mit geeigneten Aufklärungsunterlagen zur Verfügung stehen und dass diese bei der Ausgabe der Ausweisdokumente dem Empfänger des Ausweisdokuments einen Organspendeausweis zusammen mit geeigneten Aufklärungsunterlagen aushändigen.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Krankenkassen haben, unbeschadet ihrer Pflichten nach Absatz 1, die in Absatz 1 Satz 2 genannten Unterlagen ihren Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, zur Verfügung zu stellen, wenn ihnen die elektronische Gesundheitskarte nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgestellt wird. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen haben die in Absatz 1 Satz 2 genannten Unterlagen ihren Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, alle fünf Jahre zusammen mit der Beitragsmitteilung nach § 10 Absatz 2a Satz 9 des Einkommensteuergesetzes zur Verfügung zu stellen. Ist den Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen ein erstmaliges Erfüllen der Verpflichtungen nach den Sätzen 1 und 2 innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht möglich, haben sie die Unterlagen nach Absatz 1 Satz 2 ihren Versicherten innerhalb des vorgenannten Zeitraums in anderer geeigneter Weise zur Verfügung zu stellen. Solange die Möglichkeit zur Speicherung der Erklärungen der Versicherten zur Organ- und Gewebespende nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht zur Verfügung steht, haben die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen die in Absatz 1 Satz 2 genannten Unterlagen ihren Versicherten alle zwei Jahre zu übersenden. Mit der Zurverfügungstellung der Unterlagen fordern die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen die Versicherten auf, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende zu dokumentieren und benennen ihnen gegenüber fachlich qualifizierte Ansprechpartner für Fragen zur Organ- und Gewebespende sowie zur Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung zur Organ- und Gewebespende, auch im Verhältnis zu einer Patientenverfügung.“

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Niemand kann verpflichtet werden, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abzugeben.“

...

(http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/gesetzgebung/gesetz_entscheidungslo_sun_g_transplantationsgesetz_180712.pdf)

- Organtransplantationen in Deutschland 2011 (Bedarf an Spenderorganen / 2011 transplantierte Organe):
Niere 7573/1862; Leber 2064/1015; Herz 992/341; Lunge 580/268; Bauchspeicheldrüse 46/16
(taz 10.8.2012 S.2; Freie Presse Chemnitz 21.7.2012 S.1)
- 23 Verdachtsfälle an der Uniklinik in Göttingen, 23 Verdachtsfälle an der Uniklinik in Regensburg; die gefälschten Krankenakten, die Patienten zu Lebertransplantationen verholten hätten, gingen offenbar allein auf das Konto eines ehemaligen Oberarztes; soll der Verdächtige in allen Bereichen der Akten Daten manipuliert haben, damit die Patienten mit einem höheren Krankheitsgrad eingestuft werden und eine Spenderleber erhalten;
krankhafter Ehrgeiz und Geltungssucht des Ex-Oberarztes;
seit 2007 keine gefälschten Krankenakten mehr in Regensburg; seitdem mussten einer Akte originale Laborbefunde beigelegt werden
(Freie Presse 3.8.2012 S.5)
- Zeitspanne zwischen Organentnahme und Verpflanzung: Herz und Lunge maximal 4-6 Stunden; Leber und Bauchspeicheldrüse 10-12 Stunden; Nieren bis 24 Stunden;
Daten eines Spenders, die an EUROTRANSPLANT gemeldet werden: Gewicht, Größe und Blutgruppe des Spenders; Informationen über den Kreislauf, mögliche Infektionen oder Krankheiten und Angaben über die verabreichten Medikamente; Standort des Spenders;
sobald ein passender Empfänger gemeldet ist, wird die Deutsche Stiftung Organspende (DSO) informiert, die den Transport organisiert;
die Organe werden entnommen, mit gekühlter Konservierungslösung durchspült, in sterile Tütensystem verpackt, die in spezielle, mit Eis gefüllte Styroporboxen gelegt werden; während des Transports muss eine Temperatur von vier Grad Celsius konstant gehalten werden;
in Deutschland arbeiten heute 50 Transplantationszentren mit rund 100 Kliniken zusammen, in denen Organe von Verstorbenen entnommen werden
(Freie Presse 10.8.2012 S.4)
- In Deutschland gelangen immer mehr rettende Spenderorgane per Schnellverfahren zu todkranken Patienten. Allein 2011 wurden rund 900-mal Herz, Lunge, Niere, Leber oder Bauchspeicheldrüse per beschleunigte Vermittlung vergeben, wie aus einer Antwort des Bundesgesundheitsministeriums auf eine Anfrage der Grünen hervorgeht.
Dieses Verfahren wird zum Beispiel für schwer vermittelbare Organe etwa von älteren Patienten mit Vorerkrankungen angewendet, die Organe bleiben in der Regel in der Region. Es wird auf kurze Dauer bis zum Einsetzen des Organs geachtet. Wenn ein solches Organ bereits in einem Transplantationszentrum ist und dort als nicht geeignet für einen Patienten bewertet wird, kann es sein, dass es gar nicht mehr allgemein vergeben wird, sondern in der Klinik bleibt. Das sonst gängige System einheitlicher Wartelisten ist so weitgehend außer Kraft gesetzt.
Das Ministerium verwies auf Richtlinien der Bundesärztekammer, nach denen es auch für dieses Verfahren bestimmte Auswahlkriterien gibt. Mit 38,5 Prozent wurde 2011 etwa mehr als jede dritte Leber auf diesem Weg vergeben. Auch fast jedes vierte Herz und sogar jede zweite Bauchspeicheldrüse wird im beschleunigten Verfahren verteilt. 2002 betrug der Anteil der beschleunigten Verfahren bei Herz, Leber und Bauchspeicheldrüse noch unter 10 Prozent.
Das Ministerium begründete den Anstieg mit dem wachsenden Spenderalter, was vermehrt schwer vermittelbare Organe bringe. Es gilt dem Bericht zufolge bei Experten jedoch als manipulationsanfällig. Wiederholt war der Verdacht geäußert worden, Organe würden "kränker" gemacht, um das bestehende System der Organverteilung zu unterlaufen.
(taz 8.8.2012 S.5)
- Bis zu 102.980,43 Euro für eine transplantierte Leber zahlen die gesetzlichen Krankenkassen, bis zu 123.765,58 Euro für ein Herz.
Die Krux bei der Berechnung: "Transplantationen werden den Kliniken seit 2003 nicht mehr als Gesamtjahresbudget vergütet", wie der Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Georg Baum, sagt, "sondern pro Fall". Werden weniger Organe verpflanzt als vorausgesehen, hat das Folgen für den Sachkostenschlüssel, den Stellenplan und im Zweifel sogar für die Existenz des Zentrums. Die Zulassung behält nur, wer eine bestimmte jährliche Mindestanzahl von Transplantationen nachweist. Im vergangenen Jahr wurden in Deutschland nur 4.054-mal Organe Verstorbener verpflanzt. Da mutete die Konkurrenz zwischen den 48 Zentren an wie eine - um im Bild zu bleiben - Schlacht um Leben und Tod.;
Etwas länger beatmen
Das fängt an bei vermeintlich objektiven Dingen wie den Fallpauschalen. Eine Lebertransplantation, nach der der Patient kürzer als 180 Stunden beatmet werden muss, wird mit 44.750,30 Euro vergütet. Wird länger beatmet, bekommt die Klinik den Höchstsatz: 102.980,43 Euro. Dahinter steckt die korrekte

Annahme, dass künstliche Beatmung auf Intensivstationen ebenso kosten- wie personalintensiv ist. Was aber, wenn der Patient just nach 177 Stunden Beatmung stabil ist? Nur drei Stunden mehr, und die Klinik bekäme mehr als das Doppelte! "Sie müssen den Patienten nicht einmal regelwidrig an der Beatmungsmaschine lassen", verrät ein Insider. "Es reicht, ihm für die fehlenden drei Stunden eine kleine Atemunterstützungsmaske aufzusetzen, was dann auch als Beatmung abgerechnet werden darf."; Ganz legal beeinflussen lassen sich auch die Leberwerte: Der Gerinnungswert etwa - einer der drei Werte, die darüber entscheiden, ob der Patient weiter oben oder unten auf der Warteliste landet - ist derzeit abhängig von der Bestimmungsweise des jeweiligen Labors, erklärt der Medizinische Direktor der Stiftung Eurotransplant, Axel Rahmel, zuständig für die Organverteilung in sieben europäischen Ländern.

Ärzte im Dilemma

Die Diskrepanzen seien bemerkenswert. Rahmel: "Ich sehe das durchaus problematisch, aber derzeit verfügen wir über kein besseres System." Dasselbe Blut kann also zu unterschiedlichen Überlebenschancen führen - abhängig davon, an welches Labor der Arzt es zur Untersuchung schickt. Solange nicht genug Organe zur Verfügung stehen, "wird jeder Arzt versuchen, dass der eigene Patient ein Organ bekommt" ...;

Als Kompromiss werden zunehmend auch Organe verpflanzt, die man vor 20 Jahren noch verworfen hätte, sagt Helmut Arbogast: Lebern von fettleibigen Alten etwa, Nieren von Verstorbenen mit bestimmten Hirn- oder Hauttumoren, die nach Stand der Wissenschaft jedoch nicht streuen, Bauchspeicheldrüsen von über 50-jährigen mit eingeschränkter Funktionstüchtigkeit. Sogar Organe von Hepatitis-Infizierten und HIV-Positiven werden nicht unbedingt abgelehnt.;

Weiteres Problem: Die beschleunigte Vergabe - ursprünglich als Ausnahme gedacht - wird immer häufiger. Doch die Kriterien für die Zuteilung dieser nichtoptimalen Organe sind nicht transparent. Die Zuteilung erfolgt nach der subjektiven und schwer überprüfbaren Einschätzung des behandelnden Arztes. Die Zahl stieg zwischen 2002 und 2012 dramatisch an: bei den Lebern von 9,1 auf 37,1 Prozent, bei den Herzen von 8,4 auf 25,8 Prozent, bei den Lungen von 10,6 auf 30,3 Prozent und bei den Bauchspeicheldrüsen von 6,3 auf 43,7 Prozent. Das liegt nicht nur daran, dass mehr ältere und kränkere Spender dabei sind als früher. Der Anteil der über 65-jährigen Spender stieg in dieser Zeit nach Angaben der gesetzlichen Krankenkassen lediglich von 20 auf 30 Prozent.

(taz 13.8.2012 S.3; <http://www.taz.de/1/archiv/print-archiv/printressorts/digi-artikel/?ressort=sw&dig=2012%2F08%2F13%2Fa0074&cHash=1549d41413>)

- Die gekaufte Niere;

Aber im Frühjahr hatte sie am Busbahnhof Tel Aviv ein russischsprachiges Anzeigenblättchen von der Straße aufgehoben. "Nierenspender gesucht", so stand dort, gute Bezahlung wurde versprochen. Dazu eine Telefonnummer. Vera Schewdko hatte die Zeitung damals mitgenommen. Und jetzt erinnerte sie sich daran, kramte das Blatt hervor und rief an. Der Mann versprach ihr 10 000 Dollar. Vera Schewdko stimmte zu, ihre Niere zu verkaufen.;

Nach Zahlen der Vereinten Nationen werden jedes Jahr 10 000 Nieren illegal verpflanzt, manche Forscher halten gar 20 000 für realistisch. Und weil die Menschen weltweit immer mehr und älter werden, wächst die Nachfrage.;

Die Mafia lebt von jenen Menschen, die fürchten, dass ihre Zeit ablaufen wird, bevor sie mit einer Transplantation an der Reihe sind. Von Menschen, die - den Tod vor Augen - moralische Bedenken und das Gesetz ausklammern; die einen anderen Menschen auf die denkbar brutalste Art ausbeuten, um selber noch eine Weile weiterleben zu dürfen. Manche gehen diesen Weg sogar, weil sie lieber ein frisches Organ aus einem vitalen Körper möchten als ein altes aus dem Leib eines Toten.

Organbroker offerieren solchen Kunden "Nierenpakete" zum Preis von bis zu 160 000 Euro - all inclusive, also auch Spesen und Schmiergelder. Bei denen, die sich ausschlachten lassen, kommt nur ein Bruchteil an. 750 Euro bieten Organhändler in Indien oder Bangladesch für den Schnitt, der die Spender aus dem Elend führen soll.;

Jenen Israelis, an die die Familie schließlich geriet, soll Walter nach Erkenntnissen von Ratels Ermittlern schließlich 81 892,72 Euro überwiesen haben - wozu sich weder der Fabrikant noch sein Sohn äußern wollen.;

Tatsächlich ist die Organentnahme sehr gefährlich. Die Empfänger kehren in die Krankenhäuser ihrer Heimat zurück, wo Ärzte nicht viele Fragen stellen und bestmögliche Nachsorge betreiben - auch falls die neuen Organe Hepatitis oder HIV übertragen. Denn ohne Risiko ist das klammheimliche Geschäft natürlich auch für die Käufer nicht.;

Weltweit ist es verboten, Organe zu kaufen und zu verkaufen, einzig Iran erlaubt, dass sogenannte Lebendspender ein Geldgeschenk bekommen dürfen.;

Allerdings ranken um den Organhandel auch viele Großstadtlegenden: So kursieren Gruselgeschichten wie die von einem Geschäftsreisenden, der im Ausland von einer Prostituierten verführt wird und in einer Badewanne voller Eis aufwacht, mit nur noch einer Niere. Es gibt auch das Gerücht, nach dem in Lateinamerika Waisenbabys für ihre Organe getötet und dann ausgeschlachtet am Straßenrand zurückgelassen werden.

Keine dieser Geschichten ist je belegt worden.;

Dass Patienten wie Walter plötzlich von einer Auslandsreise mit einer neuen Niere zurückkehren,

erleben Kliniken in Europa und Nordamerika immer wieder. In Deutschland kamen 2002 vier seltsame Vorgänge von mutmaßlichem Organhandel ans Licht: Einem Rentner aus Israel wurde 2001 in einer Klinik in Jena die Niere eines jungen Mannes aus Moldau eingepflanzt. Angeblich war der Spender sein Neffe. Jede Transplantation dieser Art wird vor einer sogenannten Lebendspende-Kommission des jeweiligen Bundeslandes verhandelt, die überprüfen soll, ob tatsächlich Nächstenliebe im Spiel ist oder ob Geld fließt.

In Essen, wo die beiden angeblich Verwandten operiert werden sollten, hatte die Kommission Zweifel. Vielleicht auch deshalb, weil zuvor drei Israelis Organe von jungen angeblichen Angehörigen erhalten hatten, die alle aus Osteuropa stammten. Den Operateur kümmerte die Essener Vorsicht kaum, er wich nach Jena aus. Die dortige Kommission stimmte zu.;

Der Unternehmer Walter ist inzwischen an Hautkrebs erkrankt. Er lebt mit Vera Schewdkos Niere nun schon knapp fünf Jahre länger, als die Ärzte ihm gegeben hatten. Sein Sohn sagt, sie hätten vorher überlegt, ob er selbst seinem Vater eine Niere spenden sollte - das wäre juristisch problemlos möglich gewesen. Aber natürlich wusste die Familie, dass es gefährlich ist, eine Niere abzugeben, vor allem für jemanden, der noch relativ jung ist. Dann sagt der Sohn noch, die Familie wolle mit dieser Sache abschließen, den letzten Aktenordner mit Dokumenten dazu habe man auf den Müll geworfen.;

(Spiegel 31-2012 S.22ff.)

- In Göttingen soll ein Transplanteur Blutproben manipuliert haben, um seinen Patienten zu einer fremden Leber zu verhelfen. Der Fall stürzt das fragile System der Organspende in eine tiefe Krise.;
- Der Fälscher hatte eine Lücke im System der Uni-Klinik Göttingen gefunden. Während eines Zeitfensters von zehn Minuten standen die von ihm gefälschten Blutwerte noch in der Klinikdatei, obwohl er sie dem Labor bereits als fehlerhaft gemeldet hatte. Während dieser Zeit druckte der Täter die falschen Werte aus und faxte sie an die zentrale Vergabestelle für Organe im niederländischen Leiden.
- Der Transplantationschirurg Aiman O., 45, soll am Göttinger Klinikum auf diese Weise mindestens 23 Patienten zu neuen Organen verholfen haben, obwohl sie noch nicht an der Reihe gewesen wären.
- Auch der leitende Gastroenterologe Giuliano R., 60, wurde beurlaubt. Der Verdacht habe sich erhärtet, so die Klinik, dass auch er manipuliert habe oder jedenfalls beteiligt war.;
- Externe Gutachter haben die Göttinger leberkranken Patienten inzwischen überprüft. Statt 140 stehen nun 66 Göttinger Patienten auf der Eurotransplant-Liste.
- (Spiegel 31-2012 S.31ff.)
- Hannover – Zum ersten Mal in Deutschland haben Lebende Teile ihrer Lungen für eine Organtransplantation gespendet – in diesem Fall Eltern für ihren Sohn; pflanzten einem 12-jährigen Jungen je einen Lungenlappen seiner Mutter und seines Vaters ein
- (Freie Presse Chemnitz 8.9.2012 S.8)
- Ein Team schwedischer Wissenschaftler hat zwei Patientinnen erstmals die Gebärmutter ihrer jeweiligen Mütter eingepflanzt. Die Operationen am vergangenen Wochenende seien bei allen Beteiligten erfolgreich verlaufen, teilte die Universität Göteborg am Dienstag mit. Eine der Patientinnen wurde ohne Gebärmutter geboren. Bei der zweiten Frau habe der Uterus wegen Krebs entfernt werden müssen. Die Mütter, die die Organe gespendet hatten, seien bereits wieder wohl auf.
- (taz 20.9.2012 S.02)
- 2011 wurden in Deutschland Verstorbenen 4.054 Organe - darunter Nieren, Herzen, Lungen, Lebern - entnommen und Patienten eingepflanzt. Damit liegen die Deutschen bei den Organspenden im internationalen Vergleich im Mittelfeld. In Spanien werden etwa doppelt so viele Organe verpflanzt.
- Ein Mensch, dem nach seinem Tod verschiedene Organe entnommen werden, kann rund sieben anderen helfen. 1.200 Spender gab es 2011 in Deutschland. Nur rund 10 Prozent der möglichen Spender hatten einen Spenderausweis. 76 Prozent der Deutschen möchten nicht spenden.
- Wie funktioniert eine Transplantation? Im Krankenhaus stellen Ärzte den Hirntod eines Spenders fest. Das melden sie der Deutschen Stiftung Organspende (DSO), die für die Organisation von Organspenden zuständig ist. Zunächst werden die medizinischen Voraussetzungen für eine Entnahme geklärt - Blutgruppe, Gewicht und Alter des Spenders. Diese Laborwerte werden an die Stiftung Eurotransplant (ET) weitergeleitet. Die Organisation mit Sitz in Leiden (Niederlande) ist zuständig für die Verteilung der Spenderorgane in Deutschland, Belgien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Kroatien und Slowenien.
- ET vermittelt die gemeldeten Organspenden an die Patienten. Auf der ET-Warteliste stehen derzeit etwa insgesamt 16.000 Frauen, Männer und Kinder. Der Empfänger wird nach Dringlichkeit ausgesucht: Wer könnte im Laufe der nächsten drei Monate ohne Transplantation sterben?
- Erst jetzt wird das Organ entnommen und schnellstmöglich steril und gekühlt bei 4 Grad Celsius in ein Transplantationszentrum transportiert. Herz und Lunge halten etwa vier bis sechs Stunden, Leber und Bauchspeicheldrüse bis zu zwölf Stunden, Nieren bis zu 24 Stunden.
- Am häufigsten werden in Deutschland Nieren (2011: 2.055) und Lebern (2011: 1.116) verpflanzt. Der Transport geschieht häufig nachts, wenn die Straßen leerer sind. Notfalls werden Hubschrauber oder Flugzeuge genutzt. In Deutschland gibt es 48 Transplantationszentren und rund 1.400 Krankenhäuser, die eine Intensivstation haben und Transplantationen durchführen könnten.;

Die Operationen sind teuer. So kostet nach Angaben des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung eine Lebertransplantation, bei der der Patient über 179 Stunden beatmet werden muss, rund 103.000 Euro. Eine Lungentransplantation mit Beatmung wird mit 106.000 Euro beziffert und eine Herztransplantation mit 124.000 Euro.

Es werden nicht nur Toten Organe entnommen. Auch Lebendspenden sind möglich, etwa bei Nieren, Dünndarm, Leber und Lunge. Praktisch werden in Deutschland nur bei Nieren und Lebern Lebendspenden vorgenommen: 2011 wurden 195 Nieren lebender Spender verpflanzt und 71 Lebern. Die Spender müssen volljährig, einverstanden und gesundheitlich geeignet sein. Meist spenden Verwandte, Ehepartner oder nahestehende Personen.

(taz 28.8.2012 S.02)

- Auch wenn man es beim Hirntod mit einem Schritt im Sterbeprozess zu tun hätte: Es ist der entscheidende Schritt, hinter den es kein Zurück mehr gibt.
(Der Sonntag, Sachsen, 16.9.2012 S.4)
- Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sind 74% der Deutschen zu einer Organ- und Gewebeentnahme nach ihrem Tod bereit; allerdings besitzen nur 25% einen Spenderausweis
(Freie Presse Chemnitz 2.11.2012 S.4)
- „Geistliches Wort“ des Ratsvorsitzenden der Evangelischen Kirche in Deutschland, Nikolaus Schneider; sowohl die Entscheidung für oder die gegen eine Organspende ebenso wie die Option für eine Nicht-Entscheidung seien christlich verantwortbar und ethisch zu respektieren;
Nach christlichem Verständnis seien das Leben und damit der Körper des Menschen ein Geschenk Gottes; Aus Nächstenliebe und Solidarität mit Kranken könne ein Christ der Organentnahme zustimmen; Diese verletze weder die Würde des Menschen noch störe sie die Totenruhe; Auch die Hoffnung auf Auferstehung bleibe davon unberührt
(Der Sonntag, Sachsen, 2.12.2012 S.2)
- Papst Johannes Paul II: „Der Tod ereignet sich, wenn das geistige Prinzip, das die Einheit des Organismus sichert, seine Funktion für den Organismus und in ihm nicht mehr erfüllen kann und dessen sich selbst überlassene Elemente sich auflösen.“
(Publik-Forum Nr.22-2012 S.16ff)
- Schweineorgane für Transplantationen?
Nicht erst seit dem Göttinger Organspendeskandal ist die Befürchtung verbreitet, das neue Transplantationsgesetz könnte nicht ausreichend BürgerInnen dazu bewegen, ihre Ausweise mit einem „Ja“ auszufüllen. Die Organtransplantation steht auf der Prioritätenliste jedenfalls weiterhin oben - auch in der Forschungsförderung. Ein neuer Anlauf wird derzeit für ein altes Projekt genommen: Mit 13 Millionen Euro fördert die Deutsche Forschungsgemeinschaft für vier Jahre einen Sonderforschungsbereich an der Universität München, in dem es um die Transplantation von Tierorganen zum Menschen geht. Ziel ist es, die menschliche Immunreaktion auf tierisches Gewebe besser zu verstehen und herauszufinden, wie Abstoßungsreaktionen unterdrückt werden können. Um Mechanismen der Immunantwort zu untersuchen, sollen bei einer bestimmten Schweineart aus Neuseeland unter anderem mit Hilfe gentechnischer Methoden bestimmte Gene „ausgeschaltet“ werden.
(www.rp-online.de, 24.05.12) (as)
<http://www.gen-ethisches-netzwerk.de/qid/213/kurz-notiert-mensch-und-medizin>
- 2013 Deutsches Transplantationsgesetz aktuell vollständiger Text: <http://www.organspende-info.de/sites/all/files/files/Gesetzestext%20Transplantationsgesetz.pdf>
- 2013 Bundesärztekammer: Richtlinien und Stellungnahmen zur Transplantationsmedizin: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.6.3285>
- 2013 Infomaterialien der Deutschen Stiftung Organtransplantation und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur ORGANSPENDE: <http://www.organspende-info.de/infotehke/infomaterialien>
- S.9:
der erste Patient mit einem fremden Herzen lebte 1967 18 Tage mit dem neuen Organ; Heute liegt die Transplantationsüberlebenszeit beim Herzen bei 9-10 Jahren, in Einzelfällen doppelt so lange; Niere durchschnittliche Funktionsrate 11 Jahre, Weltrekord über 30 Jahre;
- S.11:
Eine Organspende ist in Deutschland nur möglich, wenn ein beatmeter Patient am Hirntod stirbt und eine Zustimmung zur Organentnahme vorliegt.
- S.13:
Vorschlag einer Formulierung in einer Patientenverfügung, um eine Organspende zu ermöglichen:
„Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann (Alternativen) geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor
ODER

gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

ODER:

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe und Gewebe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Die Patientenverfügung hat bereits vor dem Eintreten des Hirntodes Gültigkeit. Liegt eine aussichtslose Prognose eines Patienten vor und der Eintritt des Hirntodes ist wahrscheinlich, dann kann das Thema Organspende bereits zu diesem Zeitpunkt, also vor der Feststellung des Hirntodes bedeutsam werden. Patientinnen und Patienten, die sich in ihrer Patientenverfügung für eine Organspende ausgesprochen haben, sollten wissen, dass für die Hirntoddiagnostik und eine mögliche Organspende die künstliche Aufrechterhaltung des Kreislaufs und eine vorübergehende Beatmung notwendig sind.

S.15:

Kontraindikationen (Gründe, die eine Organspende ausschließen) sind System- oder Infektionserkrankungen, die eine vitale Bedrohung für den Organempfänger darstellen. Hierzu zählen aktuell:

- + HIV-Infektion
- + Akute Infektionen mit Hepatitis-Viren (HBC, HCV). Eine Hepatitis-B- oder –C-Infektion muss kein Ausschlusskriterium sein, wenn sie nicht aktiv ist
- + Floride Tuberkulose
- + Sepsis bei nachgewiesenen multiresistenten Keimen
- + nicht kurativ behandeltes Malignom ...

S.16:

Die Entnahme mehrerer Organe dauert in der Regel 4-5 Stunden

S.26:

Hirntodfeststellung

Prüfung des Verlustes der Hirnnervenreflexe; Funktion des Hirnstamms:

- + Pupillenlichtreaktion – Weite und Reagibilität der Pupillen
- + Okulozephaler Reflex (Puppenkopffänomen)
- + Hornhautreflex
- + Schmerzreaktion im Gesicht
- + Würgreflex
- + Hustenreflex

S.30:

Die Organentnahme wird von den Entnahmeteams der Transplantationszentren durchgeführt, an die EUROTRANSPLANT die Organe vermittelt hat. Als erstes werden Herz und Lunge, anschließend Leber und Nieren entnommen

S.55:

In allen EUROTRANSPLANT-Ländern außer Deutschland und Holland gilt für die Organentnahme die Widerspruchslösung

S.55:

Ärztinnen und Ärzte müssen Patienten nach Transplantationen allerdings in jedem Fall nachbetreuen, auch wenn sie wissen oder ahnen, dass das transplantierte Organ in einem anderen Land gekauft wurde

(Organspende – eine persönliche und berufliche Herausforderung, BZGA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011,

<http://www.bzga.de/pdf.php?id=2e7870130f68510338e2cdb2bbe196c>)

- S.6:
Gewebetransplantate:
 - + Augenhornhaut
 - + Augenlederhaut
 - + Haut
 - + Herzklappen
 - + Gefäße
 - + komplette Knochen (Ellenbogen, Schulterblatt, Kniegelenk)
 - + Gehörknöchelchen

- + demineralisierte Humane Knochenmatrix
- + Oberschenkelkopf
- + Knorpelgewebe
- + Weichgewebe: Meniskus
- + Weichgewebe: Sehnen
- + Weichgewebe: Faszien

S.7:

pro Jahr werden in Deutschland mehrere tausend Augenhornhäute übertragen; Erfolgsrate bei Transplantation: über 90%

S.21:

Die Entnahme von Geweben ist – ebenso wie die Entnahme von Organen – entsprechend des Vorschriften des Transplantationsgesetzes nur dann zulässig, wenn die Einwilligung der verstorbenen Person oder der Angehörigen vorliegt und vorher der Gesamthirntod durch zwei unabhängige Ärzte festgestellt worden ist.

S.22:

Der **Hirntod** lässt sich durch verschiedene Untersuchungen zweifelsfrei feststellen. Es handelt sich dabei nicht um eine Prognose über den zukünftigen Zustand des Patienten. Vielmehr stellt der Arzt fest, dass die Gehirnfunktionen bereits unwiderruflich erloschen sind. Damit ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen zweifelsfrei festgestellt.

Das unwiderrufliche Erlöschen der Gehirnfunktion wird entweder durch die Hirntoddiagnostik (direkter Nachweis des Hirntodes) oder durch das Vorliegen sicherer äußerer Todeszeichen wie Totenflecke oder Leichenstarre nach Herz-Kreislaufstillstand (indirekter Nachweis des Hirntodes) nachgewiesen.

S.23:

Im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes mit indirekt nachgewiesenem Hirntod ist die Spende von Gewebe bis zu 72 Stunden nach der Todesfeststellung medizinisch möglich.

(BZGA: Gewebespende, 2012, <http://www.bzga.de/infomaterialien/organspende/?addinfo=1>)

- ungefähr 7000 Organe pro Jahr kann Eurotransplant an die 72 ihm angeschlossenen Transplantationszentren in 7 europäischen Staaten vermitteln – außerdem wird ab diesem Sommer Ungarn mit dazugehören (Freie Presse Chemnitz 27.3.13 S.3)

- Interview mit Günter Kirste, medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation; (Auszüge)

Noch eine Befürchtung: Ich sterbe zu Hause an einer Hirnblutung und komme dann nur wegen meines Spenderausweises auf Intensiv.

Unsinn. Nehmen wir als Beispiel einen Motorradfahrer mit schweren Hirnverletzungen nach Unfall. Der Notarzt wird ihn intubieren und in die Klinik bringen. Und in der Klinik wird man alles tun, was überhaupt nur möglich ist, um diesen Menschen zu retten. Niemand wird in dieser Phase auf die Idee kommen, als Erstes die Klamotten nach einem Organspendeausweis zu durchsuchen. Man darf, bitte, den Ärzten nicht unterstellen, dass sie nicht alles für diese Menschen tun wollen.

Weil so eine Unterstellung kränkt?

Das hat nichts mit Kränkung zu tun, die Ärzte würden sich ja strafbar machen.

Jetzt wird bei diesem Patienten auf der Intensivstation festgestellt, dass sein Hirn tot ist. Das ist die Voraussetzung für eine Organspende. Sicherer scheint mir der Stillstand des Herzens, so wie früher.

Wenn der Hausarzt bei der gestorbenen Oma keinen Puls mehr fühlt am Handgelenk und am Hals, dann ist das eine der unsichersten Todesfeststellungen überhaupt. Denn wenn Sie ein EKG (Elektrokardiogramm) anhängen bei einem Herztoten, dann werden Sie feststellen, dass der Puls am Handgelenk schon längst nicht mehr zu spüren ist, weil das Blut nicht mehr zirkuliert, aber elektrische Aktivitäten sind noch da. Darum gilt, dass außerhalb der Intensivstation der Tod erst festgestellt werden darf, wenn äußere Todeszeichen eingetreten sind wie Leichenstarre, Erkühlung, Leichenflecken.

Damit ich Organspenderin sein kann, muss zuerst mein Hirn sterben. Gleichzeitig müssen Apparate noch Atmung und Blutkreislauf aufrechterhalten. Wie wahrscheinlich ist so ein Fall?

Das ist etwas sehr Seltenes. 850 000 Menschen sterben jedes Jahr in Deutschland, 400 000 davon in Krankenhäusern, aber nur 4000 erleiden zuerst einen Hirntod, weil sie schwere Hirnschädigungen haben. Die häufigste Ursache dafür, dass jemand einen vollständigen und endgültigen Ausfall aller Gehirnfunktionen erleidet, ist eine Hirnblutung, ein Schlaganfall. Nur noch 18 Prozent der Spender hatten einen Unfall.

Es ist also recht unwahrscheinlich, dass ich überhaupt als Organspenderin infrage komme.

Es ist weitaus wahrscheinlicher, dass Sie selbst ein Organ benötigen, als dass Sie zur Organspenderin werden.

Wie finden Sie raus, dass ein Hirn tot ist?

Wir testen die Reflexe der sieben Nerven, die direkt aus dem Gehirn rausgehen. Reflexe also, die nicht erst übers Rückenmark laufen.

Können Angehörige bei solch einer Hirntoddiagnostik dabei sein?

Viele Untersucher haben überhaupt keine Bedenken, dass Angehörige dabei sind. Und gesetzlich haben die Angehörigen das Recht, die entsprechenden Unterlagen einzusehen.

Spürt so ein hirntoter Körper wirklich nichts mehr?

Ein Hirntoter kann keinen Schmerz mehr wahrnehmen, weil im Gehirn keine Zellen mehr sind, die das Signal annehmen könnten.

Und warum gibt man dann vor der Organentnahme muskelentspannende Medikamente?

Die gibt man gelegentlich, um diese Reflexe, die sich auf der Ebene des Rückenmarks umschalten, zu unterdrücken. Wir wollen bei der Organentnahme ja nicht die Organe verletzen.

Angeblich sollen in der Schweiz hirntote Organspender eine Narkose bekommen.

Nein. Der wissenschaftliche Rat in der Schweiz empfiehlt volatile Narkotika, also flüchtige Narkotika, um die Durchblutung der Organe zu verbessern. Mit dieser Dosierung ist beileibe keine Narkose möglich.

Könnte überhaupt noch jemand was anfangen mit meinen Organen, die sind doch schon ganz schön abgenutzt...

Die älteste Spenderin war 98 Jahre alt. Sie spendete Nieren und Leber. Es kommt auf das biologische Alter an, nicht auf das kalendarische.

Bekommen Alkoholiker eine neue Leber?

Ein Alkoholkranker wird erst dann transplantiert, wenn er sechs Monate absolut abstinent war.

Ich sollte also schon deshalb einen Organspendeausweis ausfüllen, weil ich vielleicht selbst mal ein Organ brauchen könnte?

Jeder will was haben, aber keiner ist bereit zu geben. In Umfragen sagen über 95 Prozent der Menschen, sie würden selbstverständlich ein Organ haben wollen, wenn sie eins brauchen. Aber nur 74 Prozent sagen, sie seien bereit zur Organspende. Und 10 Prozent haben dann tatsächlich einen Ausweis.

(Chrismon 2-2013, S.45ff. -)

- In Deutschland 47 Transplantationszentren, in denen etwa 700 Ärzte mit Entscheidungsbefugnissen arbeiten
(Die ZEIT 10.1.13 S.30)
- erstmals hat die Justiz im Organspendeskandal eine Arzt verhaftet, ein halbes Jahr, nachdem entsprechende Fälle am Göttinger Klinikum bekannt geworden waren
(Freie Presse Chemnitz 12.1.13 S.1)
- Am Transplantationszentrum des Uniklinikums Leipzig (UKL) sind nach dem bisherigen Ergebnis der Prüfung 38 Patienten fälschlicherweise zu Dialysefällen erklärt worden.
(Freie Presse Chemnitz 3.1.13 S.2)
- Kriterien für die Leber-Vergabe lassen sich leichter manipulieren als bei anderen Organen; Egal ob in Göttingen, Regensburg, München oder jetzt in Leipzig - stets betreffen die Manipulationen nur ein einziges Organ: die Leber. Das ist kein Zufall.;
Ein weiterer Grund sind die unterschiedlichen Richtlinien, nach denen einzelne Organe verteilt werden. Seit Jahren beanstanden Transplantationsexperten, dass die Kriterien für die Leber-Vergabe leichter als andere manipuliert werden können und deswegen überarbeitet gehören. "Zu den Leberkranken müssen uns die Transplantationszentren derzeit nur drei Werte übermitteln, den Leber-, den Nieren- und den Gerinnungswert", kritisierte der Medizinische Direktor der für die Organvergabe verantwortlichen Stiftung Eurotransplant, Axel Rahmel, in der taz bereits im August. Rahmel: "Es ist schwierig, allein anhand dieser Werte besondere Verläufe zu charakterisieren."
Zum Vergleich: Kliniken, die ein Herz verpflanzen wollen, müssen an Eurotransplant nicht nur die Laborwerte schicken, sondern auch Röntgen- und Echobefunde, Epikrisenberichte, Kopien der Intensivkurven.
(taz 3.1.13 S.2)
- Bei der Deutschen Knochenmarkspenderdatei (DKMS) haben sich 2012 mehr als eine halbe Million Menschen neu registrieren lassen. "Noch nie zuvor haben sich so viele Menschen innerhalb eines Jahres als potenzielle Stammzellspender aufnehmen lassen", teilte die DKMS in Tübingen mit. Im Laufe des Jahres 2012 spendeten 5.100 Menschen Stammzellen. Die Deutsche Knochenmarkspenderdatei ist mit mehr als 3,4 Millionen registrierten Spendern die größte Knochenmarkspenderdatei weltweit.
(taz 29./30.12.12 S4)
- Göttingen ... Bald stellte sich heraus: Falsche Angaben hatten Ärzte beileibe nicht nur für den Russen gemacht. Bei einer ganzen Reihe von Patienten war im Universitätsklinikum Göttingen eine Dialyse nur vorgetäuscht worden; bei anderen ließen verfälschte Blutwerte die Patienten kränker erscheinen, als sie

waren. Auf diese Weise erhielten in Göttingen, so der Stand der Ermittlungen, knapp 60 Patienten eine Leber, die dafür noch gar nicht an der Reihe waren.;

Trotz dieser furchtbaren Konsequenzen für die übergangenen Patienten ist Göttingen keineswegs das einzige deutsche Universitätsklinikum, an dem in Sachen Lebertransplantation nicht alles mit rechten Dingen zuging. Vier Universitätskliniken sind mittlerweile in den Skandal verstrickt - neben Göttingen auch Regensburg, München rechts der Isar und Leipzig. Es geht insgesamt um rund 180 Verdachtsfälle. In allen Städten ermitteln die Staatsanwaltschaften. Alle beschuldigten Ärzte bestreiten die Vorwürfe. Die Schicksale der übergangenen Kranken machen sprachlos. Wer auch immer für die Manipulationen verantwortlich ist: Wie konnten Ärzte das längere Leid, gar den Tod einzelner Patienten in Kauf nehmen? Man ist geneigt, zuerst an Geld zu denken: Gewiss haben sich die verantwortlichen Mediziner von ihren Patienten bezahlen lassen, damit sie ihnen unter Einsatz unlauterer Methoden eine Leber zuschachern, sind viele Bürger überzeugt. Doch vermutlich ist Geld gar nicht das Motiv gewesen. Außer dem begüterten Russen in Göttingen handelte es sich bei den bevorzugten Patienten fast immer um ganz gewöhnliche gesetzlich Versicherte.

Doch in der Transplantationsmedizin gibt es noch eine andere Währung, die Ärzte erheblich stärker verführen kann als der schnöde Mammon. Diese Währung heißt Renommee. Die Transplantationschirurgie ist ein prestigeträchtiges und hart umkämpftes Feld. Insgesamt werden in Deutschland pro Jahr gerade einmal 4.000 Organe verpflanzt. 47 Zentren konkurrieren um die wenigen Patienten.;

Wer viel transplantiert, hat unter Chirurgen ein hohes Ansehen - häufig allerdings auch beim kaufmännischen Direktor seiner Klinik. Denn die Transplantationsmedizin kann für ein Krankenhaus vor allem dann lukrativ sein, wenn möglichst viele Organe verpflanzt werden. Nicht umsonst hatte das Universitätsklinikum Göttingen mit dem Leiter seiner Transplantationschirurgie eine Bonuszahlung vereinbart: 1.500 Euro bekam der Mann pro verpflanzter Leber, wenn er sein Jahressoll überschritt. Noch dazu hängt die Lizenz für Transplantationen davon ab, dass bestimmte Mindestzahlen erreicht werden. Das ist an sich eine sinnvolle Lösung, denn es kann kaum gut für die Patienten sein, wenn sie von einem Arzt operiert werden, der eine so komplizierte Operation wie eine Herz- oder Lebertransplantation nur zweimal im Jahr vornimmt.

Doch die Mindestmengen setzen die Kliniken unter Druck. In München stand das Programm kurz vor der Schließung, als die Manipulationen dort begannen. Auch in Göttingen und Regensburg befanden sie sich auf extrem niedrigem Niveau und stiegen dann rasant.;

Anzahl der nach dem Hirntod entnommenen Organe in Deutschland

	2011	2012
Nieren	2035	1789
Lebern	1040	919
Lungen	370	339
Herzen	362	318
Bauchspdr.	160	141

"Eine besondere Form der Nächstenliebe"

WELTRELIGIONEN

Mehrheitlich bekennen sie sich zur Organ- und Gewebespende. Traditionalisten lehnen dies mitunter ab

Christentum

Organspenden sei "eine besondere Form, Nächstenliebe zu zeigen", betonte der in der vergangenen Woche zurückgetretene Papst Benedikt XVI. während eines internationalen Kongresses der Päpstlichen Akademie im November 2008. Und sein Vorgänger Johannes Paul II. hatte bereits 1995 in seiner Enzyklika "Evangelium vitae" über den "Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens" dargelegt, dass "die in ethisch annehmbaren Formen durchgeführte Organspende besondere Wertschätzung verdient, um Kranken, die bisweilen jeder Hoffnung beraubt sind, die Möglichkeit der Gesundheit oder sogar des Lebens anzubieten."

Eine Einschränkung macht die katholische Kirche allerdings offenbar bei der Person des Papstes. So verfügte Kardinal Joseph Ratzinger laut eigenem Bekunden zwar über einen Organspenderausweis. Mit seiner Wahl zum Papst verlor dieser jedoch seine Gültigkeit. Darauf hatte sein Privatsekretär Georg Gänswein im Februar 2011 verwiesen, nachdem in den Medien mehrfach behauptet worden war, Benedikt verfüge über einen gültigen Spenderausweis.

Auch die evangelischen Kirchen bekennen sich ausdrücklich zur Organspende. Zusammen mit der katholischen Bischofskonferenz hatte der Rat der Evangelischen Kirchen in Deutschland 1990 in einer gemeinsamen Erklärung festgestellt, dass der "Leib ein Geschenk des Schöpfers" sei, "über das der Mensch nicht nach Belieben verfügen kann, das er aber nach sorgfältiger Gewissensüberprüfung aus Liebe zum Nächsten einsetzen darf". Die für das Christentum konstitutive Auferstehung der Toten und das ewige Leben hänge "nicht an der Unversehrtheit des Leichnams", sondern "der Glaube vertraut darauf, dass der gnädige Gott aus dem Tod zum Leben auferweckt". Beide Kirchen bekräftigen dies 1997 im Zuge der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes noch einmal.

Abweichende Standpunkte und kritische Stimmen werden jedoch in konservativeren Kreisen beider Konfessionen - etwa bei Evangelikalen oder der katholischen Piusbruderschaft - im Zusammenhang mit der Hirntoddiagnose laut. Nach deren Ansicht ist ein hirntoter Mensch nicht als Toter sondern als Sterbender zu betrachten. Eine Entnahme der Organe käme somit einer bewussten Tötung gleich.

Judentum

Ablehnend gegenüber der Organentnahme nach dem Hirntod stehen auch orthodoxe Juden. Nach der jüdischen Gesetzesauslegung der Halacha gilt ein Mensch erst dann als tot, wenn sein Herz nicht mehr schlägt und die Atmung ausgesetzt hat. Zudem sieht das Judentum den menschlichen Körper als eine Leihgabe Gottes an, der unversehrt beerdigt werden soll. Ende der 1980er Jahre erteilte das oberste Rabbinat Israels der postmortalen Organspende jedoch seinen Segen und erließ sogar ein religiöses Gebot zur Spende.

Islam

Analog zum Christentum und Judentum gilt auch im Islam der Glaubensgrundsatz, dass der Körper eine Leihgabe Gottes ist. Deswegen lehnen traditionell ausgerichtete Muslime eine Organspende nach dem Tod eher ab. Mehrheitlich wird die Organspende von islamischen Rechtsgelehrten jedoch als gottgefällige Handlung angesehen, um Menschenleben zu retten. Auf der 3. Internationalen Konferenz Islamischer Gelehrter im jordanischen Amman wurden 1986 Herz- und Hirntod als gleichwertig eingestuft. Auch der Zentralrat der Muslime in Deutschland bewertet das Transplantationsgesetz von 1997 als mit dem Islam vereinbar.

Fernöstliche Religionen

Deutlich uneinheitlicher wird die Frage nach der postmortalen Organspende im Buddhismus, Hinduismus und Shintoismus bewertet. In der buddhistischen Lehre wird der Tod als Prozess begriffen, bei dem sich der Geist erst allmählich vom Körper trennt. Herz- oder Hirntod lassen sich deswegen nicht als Endpunkt des Lebens definieren. Allerdings hat der Dalai Lama als oberster Vertreter des tibetischen Buddhismus sich für die Organspende ausgesprochen. Im Hinduismus existieren ebenfalls keine klaren Regelungen, auch wenn die Meinung vorherrscht, dass der Körper unversehrt bleiben sollte. Im japanischen Shintoismus wird eine postmortale Organspende traditionell abgelehnt.

Als unproblematisch wird in den Weltreligionen die Spende von sich selbst regenerierenden Organen und Geweben angesehen. Dazu gehören Blut, Haut und Knochenmark. Auch die Lebendspende einer Niere stellt keinen Verstoß gegen religiöse Vorschriften dar. Ebenso übereinstimmend betonen die Weltreligionen, dass eine Spende immer nur freiwillig und aus Gründen der Humanität und Nächstenliebe erfolgen kann. Kommerzielle Interessen dürften mit einer Spende in keinem Fall verbunden werden.

In Pakistan und Nepal bekommen Nieren-„Spender“ zwischen 100 und 1400 Euro für eine Niere

(Das Parlament 18.2.13 S.1,3,5,7 -

<http://www.bundestag.de/dasparlament/2013/08/Titelseite/42955438.html>)

- **Kritische Positionen zur Organspende:**

Anthroposophische Mediziner: www.damid.de

Initiative „Christdemokraten für das Leben“: www.cdl-online.de

Kritische Aufklärung über Organtransplantation (KAO): www.initiative-ka0.de

Interessengemeinschaft kritische Bioethik: www.organspende-aufklaerung.de

- **ORGANSKANDAL** Der angeklagte Transplantationschirurg wird rechtlich schwer zu belangen sein, sagt der Strafrechtler Bijan Fateh-Moghadam;

Die Muster der Manipulationen ähneln sich, egal, ob an den Universitätskliniken Göttingen, Regensburg, München oder Leipzig: Mal wurden Laborwerte vertauscht, verändert oder falsch an die zentrale Organvergabestelle Eurotransplant übermittelt, mal Dialysen angegeben, die tatsächlich gar nicht stattfanden. Stets ging es darum, die eigenen Patienten kränker erscheinen zu lassen, als sie in Wirklichkeit waren, und ihre Chancen auf eine Spenderleber zu erhöhen - zu Lasten anderer, bedürftigerer Patienten.;

Für die Rechtswissenschaft interessant wird das Verfahren dadurch, dass die Staatsanwaltschaften sich offenbar nicht einig sind, ob die Manipulationshandlungen überhaupt strafbar sind.;

Es geht nicht um einen ganz normalen Fall der Tötung eines Menschen, sondern die eigenmächtige Umverteilung von Lebenschancen in einem äußerst komplexen Verteilungssystem. Aus Sicht der Patienten auf der Warteliste stellt sich die Manipulation dabei allenfalls als eine Erhöhung des ohnehin bestehenden Risikos dar, nicht mehr rechtzeitig ein Organ zu erhalten.;

Der Gesetzgeber hat die Formulierung der Richtlinien für die Organvergabe an die Bundesärztekammer delegiert. Wer dagegen verstößt, muss mit Sanktionen rechnen?

Genau hier liegt das Problem. Richtlinien der Bundesärztekammer können schon deshalb nicht unmittelbar strafrechtlich abgesichert werden, weil die Bundesärztekammer keine strafrechtliche Normsetzungskompetenz besitzt. Soweit die Bundesärztekammer in ihren Richtlinien nicht nur den Stand der medizinischen Wissenschaft festlegt, sondern normative Regeln für die Organverteilung setzt,

ist das zudem durch das Transplantationsgesetz nicht gedeckt.;

Dem Arzt wird auch vorgeworfen, er habe Alkoholiker auf die Warteliste gesetzt, obwohl diese noch gar nicht die vorgeschriebenen sechs Monate trocken waren. Ist das kein medizinischer Regelverstoß?

Bei dieser Frist handelt es sich um eine als medizinische Kontraindikation getarnte rechtswidrige Diskriminierung von alkoholkranken Patienten durch die Bundesärztekammer. Es steht wissenschaftlich außer Zweifel, dass Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose unabhängig von der Einhaltung fixer Abstinenzfristen erfolgreich transplantiert werden können. Diese Patienten haben einen Rechtsanspruch auf Zugang zur Warteliste, und wenn dieser nur mittels Falschangaben durchgesetzt werden kann, können sie sich auf ein Recht zur Lüge berufen.;

Erforderlich ist eine große Reform, die das gesetzliche System der Organverteilung auf eine verfassungsmäßige Grundlage stellt.

(taz 17./18.8.2013 S.6 <http://www.taz.de/1/archiv/print-archiv/printressorts/digi-artikel/?ressort=a2&dig=2013%2F08%2F17%2Fa0148&cHash=bea78f95e389619af5b6265a2460bbc3>)

- Der New Yorker Notfallmediziner Sam Parnia beklagt den Ärztepfsch bei der Wiederbelebung, empfiehlt Tiefkühlgemüse zur Rettung absterbender Hirnzellen und berichtet über die seltsamen Nahtoderlebnisse seiner Patienten.

Jeder Mensch erleidet irgendwann einen Herzstillstand - und für die meisten ist dies der Beginn des Todes. Nur in den wenigsten Fällen gelingt es Ärzten, die klinisch Toten mit Reanimationsmaßnahmen ins Leben zurückzuholen. Dabei wären viele Betroffene noch zu retten, wenn die Ärzte das verfügbare Wissen über die Therapie des Herzstillstands nur besser anwenden würden - diesen Vorwurf erhebt der britische Notfallmediziner Sam Parnia in einem vielbeachteten Buch, das jetzt auf Deutsch erscheint(*).; Parnia: Offenbar. Kürzlich haben Kollegen in einer Studie nachgewiesen, dass die Dauer einer Wiederbelebung bei mindestens 40 Minuten liegen sollte, dass aber die meisten Ärzte innerhalb von 20 Minuten aufgeben. Sie tun das, weil sie fälschlicherweise glauben, dass das Gehirn nach dieser Zeit bereits irreversibel geschädigt und der Kampf verloren wäre.;

SPIEGEL: Auch in Erste-Hilfe-Kursen lernen die Menschen, wie empfindlich das Gehirn ist. Drei bis fünf Minuten ohne Sauerstoff, so der dort verbreitete Lehrsatz, und schon kann es dauerhaften Schaden davontragen.

Parnia: Das ist ein weitverbreiteter Mythos, sogar unter Ärzten. Der Irrtum geht zurück auf Forschungen Mitte des vorigen Jahrhunderts. Aus den damaligen Experimenten folgerten Mediziner, dass Hirnzellen sehr schnell absterben. Heute wissen wir: Richtig behandelt, dauert es Stunden, bis das Gehirn irreversibel geschädigt ist. Ohne Durchblutung allerdings kann sich der Schaden schon nach fünf Minuten bemerkbar machen. Wir leben noch mit falschen Vorstellungen aus der Vergangenheit. Das fängt schon an mit dem Begriff des Todes. Jahrtausendlang war der Tod ein klar definierbarer Zeitpunkt. Das Herz hörte auf zu schlagen, das war's. Nichts konnte das ändern, entweder man lebte oder nicht. Jetzt ist es nicht mehr so einfach, denn seit über 50 Jahren kennen wir die Reanimation, vor allem die Herzdruckmassage und die Beatmung. Der Tod ist seither kein Augenblick mehr, sondern ein Prozess, der nach dem Herzstillstand einsetzt und sich in unterschiedlichem Tempo in den verschiedenen Geweben des Körpers ausbreitet.

SPIEGEL: Und viel länger als gedacht ist dieser Prozess des Sterbens umkehrbar?

Parnia: Natürlich kommt es darauf an, das Gehirn zu schützen. Eine schnell einsetzende Herzdruckmassage ist unerlässlich, damit Blut ins Gehirn gelangt. Aber kritisch sind auch die ersten Stunden, nachdem wir das Herz wieder in Gang gebracht haben. In einem Hirn, das vorübergehend nicht richtig durchblutet war, wirkt der Sauerstoff toxisch. Das Organ schwillt an und entzündet sich, die Durchblutung nimmt weiter ab. Die gefürchteten Hirnschäden entstehen darum meist nicht während der ersten Minuten der Wiederbelebung, sondern innerhalb der ersten 72 Stunden danach. Aber mit der richtigen Therapie lassen sich die Schäden gänzlich verhindern.

SPIEGEL: Was passiert genau, wenn ein Mensch einen Herzstillstand erleidet, zum Beispiel in Ihrem Krankenhaus?

Parnia: Er verliert schlagartig das Bewusstsein. Die Atmung setzt aus. Innerhalb von Sekunden erlischt alle Gehirntätigkeit, sogar am Hirnstamm. Die Pupillen weiten sich und werden starr. Das EEG zeigt eine Nulllinie. Der Mensch ist tot - allerdings in einem frühen Stadium des Todes. In vielen Krankenhäusern würde jetzt der Totenschein ausgestellt, die Leiche würde bald in den Keller gefahren.

SPIEGEL: Dabei könnte der Mensch noch weiterleben?

Parnia: Das kommt darauf an, woran der Patient gestorben ist, was die Ursache des Herzstillstands war.

SPIEGEL: Was tun Sie, um einen Herztoten zurück ins Leben zu holen?

Parnia: Nötig ist eine ganze Reihe von Maßnahmen, und es kommt auf jeden einzelnen Schritt an. Ein Fehler - und der Tote bleibt tot oder lebt weiter mit schweren Hirnschäden. Wir beginnen so früh wie möglich mit der Herzdruckmassage, erst per Hand, dann mit einer Druckmaschine; denn auch Ärzte können den notwendigen Standard kaum länger als ein paar Minuten halten. Gleichzeitig beatmen wir mit einem Beatmungsbeutel. Die Zahl der Atemzüge darf höchstens bei acht pro Minute liegen. Selbst dies wird auf vielen Intensivstationen noch falsch gemacht. Sobald man zu viel Luft in den Brustkorb pumpt, drückt diese auf das Herz, und als Folge wird es nicht mehr anspringen. Dann bleibt der klinisch Tote tot.

SPIEGEL: Was sind die neueren Behandlungen, die Sie anwenden?

Parnia: Wir kühlen den Körper auf 32 bis 34 Grad Celsius. Ich persönlich gehe meistens auf 32 Grad. Die Patienten bleiben auf dieser Temperatur für 24 Stunden oder länger. Das Kühlen bringt eine Reihe positiver Effekte mit sich: Es reduziert den Sauerstoffbedarf des Gehirns, es verhindert, dass sich dort gefährliche Substanzen wie Wasserstoffperoxid bilden, und es verlangsamt den Prozess des Zelltods. Das Kühlen ist inzwischen eine durchaus bekannte Maßnahme, auch in Deutschland, aber dennoch wird es nicht überall routinemäßig angewandt. Es wird häufig berichtet, dass manche Krankenhäuser das einfach nicht machen.;

SPIEGEL: Sie sagen, Sie holen einen Menschen aus dem Tod zurück. Aber bedeutet die Tatsache, dass Ihnen dies gelingt, nicht vor allem, dass der Mensch noch nicht wirklich tot war?

Parnia: Ich denke, der Zustand des klinischen Todes erfüllt für uns alle das kulturelle Konzept, das wir vom Tod haben. Dies ist der Tod, den wir in Filmen sehen und über den wir in Büchern lesen. Und dieser Tod ist im Jahr 2013 umkehrbar.

SPIEGEL: Das mag stimmen, wenn das Herz aufhört zu schlagen. Aber das wirkliche Ende ist der Hirntod.

Parnia: Genau. Sobald die Zellen im Gehirn zerstört sind, wird keine Intervention, weder jetzt noch in tausend Jahren, sie wieder ins Leben zurückbringen. Dieser Tod ist tatsächlich endgültig. Aber bis zu diesem Punkt haben wir es mit einer Grauzone zu tun. Wir wissen heute nicht, wann genau die Phase des reversiblen Todes in den irreversiblen Tod übergeht. Alle medizinischen Tests, die zur Diagnose des Hirntods angewandt werden, prüfen ja nur, ob die Gehirnfunktion erloschen ist. Sie prüfen nicht, ob die Hirnzellen tatsächlich abgestorben sind.

SPIEGEL: Sehen Sie darin nicht ein Problem für die Organspende, welche in vielen Ländern die Diagnose des Hirntods voraussetzt?

Parnia: Niemand weiß, wann der Hirntod nach dem Ausfall jeglicher Hirnfunktion eintritt. Die Kriterien für den Hirntod unterscheiden sich darum von Land zu Land, in den USA sogar von Bundesstaat zu Bundesstaat. Klar ist nur: Je länger das Gehirn nicht funktioniert, desto wahrscheinlicher wird der Hirntod. Deshalb müssen die entscheidenden Tests bei der Diagnose innerhalb einer bestimmten Zeitspanne wiederholt werden. Das Gehirn mag trotzdem noch nicht ganz tot sein, weil man einzelne Zellen herausnehmen und im Labor zum Wachsen bringen könnte. Der Organentnahme steht dann aber nichts entgegen.

(Der Spiegel 30-2013 S.92ff. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-104058659.html>)

- In China sollen die Organe hingerichteter Gefangener nicht mehr für Transplantationen genutzt werden. Von November an werde das Gesundheitsministerium darauf dringen, dass nur noch die Körperteile von freiwilligen Organspendern verpflanzt würden; bis Ende 2012 stammten 64% der in China verpflanzten Organe von hingerichteten Gefangenen (Freie Presse Chemnitz 16.8.2013 S.5)
- (S.138) „Das Argument, man habe „in der Diskussion um das Transplantationsgesetz 1997 und davor eindringlich erlebt, wie die Debatte um ethisch-moralische Grundprinzipien letztendlich zur Verwirrung und Verunsicherung der Bevölkerung führte“, und müsse deswegen alles vermeiden, was die Ängste der Menschen schüren könnte (Frank Ulrich Montgomery 2011), ist nicht nur aus ethischer Sicht fragwürdig

...

(Ruth Denkhaus / Peter Dabrock: „Grauzonen zwischen Leben und Tod – ein Plädoyer für mehr Ehrlichkeit in der Debatte um das Hirntod-Kriterium“, Zeitschrift für medizinische Ethik 58 (2012) S.135ff.)

- (S. 5f.)
Die Evangelischen Frauen in Deutschland fordern von den politisch Verantwortlichen die Organisation eines breiten gesellschaftlichen Diskurses zum Hirntodkonzept als Grundlage der Transplantationsmedizin in Deutschland; vom Gesetzgeber die Veränderung der „Erklärung zur Organ- und Gewebespende“ (Organspendeausweis) dahingehend, dass die Bestimmung „nach meinem Tod“ ersetzt wird durch „nach Feststellung meines Hirntodes“; vom Gesetzgeber die Festschreibung, dass Organentnahme nach festgestelltem Hirntod nur unter der Bedingung einer Vollnarkose, d.h. Bewusstseinsverlust, Schmerzausschaltung und Muskelentspannung erlaubt ist; ...

(S.8)

Grundsätzlich käme daher im Fall einer Organexplantation, sofern dies gewünscht wird, die Begleitung des Sterbeprozesses bis zur Wahrnehmbarkeit des Todes in Frage. Würde es Angehörigen ermöglicht, einen hirntoten Menschen in den Operationssaal zu begleiten, könnten sie, am Kopfende sitzend, dabeibleiben und wahrnehmen, wenn das Herz in dieser Brust aufhört zu schlagen. Dies könnte dem starken Gefühl vieler Angehöriger entgegenwirken, sie hätten ihre_n Liebste_n im schwächsten Moment allein gelassen.

(S.28)

Hintergrund

Auf die zunehmenden, auch medizinisch-naturwissenschaftlich begründeten Zweifel an der Gleichsetzung von Hirntod und Tod eines Menschen hat das US-amerikanische Pendant zum Deutschen Ethikrat (The President's Council on Bioethics) bereits 2008 mit dem Vorschlag reagiert, im Falle der Organexplantation die dead-donor-rule aufzugeben und von einem justified killing, einer gerechtfertigten Tötung, auszugehen.

(JK: Entscheidung zum Behandlungsabbruch mit vorheriger Organentnahme)

(S.32)

Die Evangelischen Frauen in Deutschland fordern vom Gesetzgeber die Modifikation des Gesetzeszieles im Transplantationsgesetz, „die Bereitschaft zur Organspende zu fördern“, dahingehend, dass die Bereitschaft zur Entscheidung bezüglich einer Erklärung zur Organspende gefördert wird (S.33f.)

Organspendeausweis und Patient_innenverfügung

Zwischen Eintritt des Hirntodes und dem Absterben der übrigen Organe liegen höchstens Minuten. Dieser Sterbeprozess kann nur dann aufgehalten werden, wenn die Patientin/der Patient unmittelbar nach Eintritt des Hirntodes künstlich beatmet und intensivmedizinisch behandelt wird oder dies bereits vor Eintritt des Hirntodes wurde. Erst dann kann eine Hirntoddiagnostik durchgeführt werden.

Organspender_in kann also nur werden, wer eine intensivmedizinische Versorgung uneingeschränkt für sich akzeptiert. Dies steht – und das ist vielen nicht bewusst – im Konflikt mit einer

Patient_innenverfügung, sofern dort lebenserhaltende Maßnahmen und intensivmedizinische Versorgung explizit ausgeschlossen wurden.

Widersprüchliche Willensbekundungen in Organspendeausweis und Patient_innenverfügung ziehen erhebliche ethische und auch rechtliche Probleme nach sich bei der Entscheidung, ob bei einer Patientin oder einem Patienten mit (möglichem) Hirntod die intensivmedizinische Behandlung zum Zweck der Organ- und Gewebeentnahme fortgeführt werden darf.

Die Bundesärztekammer geht zurzeit von folgender Annahme aus: In dem Fall, wo der Eintritt des Hirntodes vermutet wird, ist der „in der Patientenverfügung ausgedrückte Wunsch nach Therapiebegrenzung [...] mit der Bereitschaft zur Organspende und der dafür erforderlichen kurzzeitigen Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen vereinbar“.

Wird hingegen ein Hirntod erwartet (was bedeutet, dass nicht vorhersehbar ist, ob und wann er tatsächlich eintritt), könne nicht schon aus der Organspendeerklärung abgeleitet werden, dass die Patientin oder der Patient mit der Fortführung der intensivmedizinischen Maßnahmen einverstanden sei. Daher sei hier die Entscheidung der Patient_innenvertreter_innen und Angehörigen zu suchen.

Um Sicherheit zu gewinnen, empfiehlt die Bundesärztekammer, eine Entscheidung über die Organentnahme zu Transplantationszwecken in der Patient_innenverfügung ausdrücklich zu dokumentieren. Falls die Organentnahme zu Transplantationszwecken nicht ausdrücklich abgelehnt werde, könne die Patient_innenverfügung zum Beispiel so ergänzt werden, dass „ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe“ gestattet wird – und dass dies „auch für die Situation [gilt], dass der Hirntod nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird“.

(S.71)

Die Perspektive der Angehörigen

Noch viel zu wenig im Blick ist bislang – jedenfalls im öffentlichen Gespräch – die Perspektive von Angehörigen, die durch die transplantationsmedizinische Praxis auf unterschiedliche Art und Weise betroffen sind.

Im vorliegenden Positionspapier ist die Bedeutung thematisiert, die die Begleitung des Sterbens eines geliebten Menschen bis zum Ende für Angehörige hat, nicht zuletzt für die Bewältigung der Trauer. Nicht hinreichend untersucht ist, was es (auch langfristig) für Angehörige bedeutet, wenn diese Begleitung aufgrund einer Organ- und/oder Gewebespende nach festgestelltem Hirntod nicht möglich ist. Während die Aufklärungsmaterialien der Deutschen Stiftung Organtransplantation betonen, wie sehr es die Hinterbliebenen tröste, zu wissen, dass andere Menschen mit den gespendeten Organen/Geweben weiterleben können, legen vereinzelte Untersuchungen nahe, dass die Unanschaulichkeit des Hirntodes und die damit einhergehenden Fragen Angehörige oftmals lange Zeit intensiv beschäftigen und zum Teil auch belasten. Angebote für Angehörige, für die die Zustimmung zur Organ- und Gewebespende eine belastende und keineswegs trostspendende Erfahrung war und ist, gibt es nach Kenntnis der Evangelischen Frauen in Deutschland bislang nicht. Auch hier sehen die Evangelischen Frauen in Deutschland dringenden Diskussions- und Handlungsbedarf.

(Evangelische Frauen in Deutschland e.V.: „Organtransplantation“ – Positionspapier 2013)

- ... Vor der Abstimmung warben noch einmal gut anderthalb Stunden lang Abgeordnete aller Fraktionen in ihren Reden für ihre Positionen. Reden von Abgeordneten, deren Redewunsch nicht berücksichtigt werden konnte, wurden zu Protokoll gegeben. Angesichts dessen, dass bereits über 400 von insgesamt 620 Abgeordneten den Gesetzentwurf zur Entscheidungslösung unterzeichnet hatten, herrschte dabei seltene Einigkeit. Gleichwohl gab es im Gegensatz zur ersten Lesung am 22. März (siehe dazu das Themenspecial vom 24.03.12) mehrere kritische Stimmen, auch die Diskussion über den Hirntod wurde

erwähnt. ...

Danach wurde über den überfraktionellen Gesetzentwurf zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz (Drucksache 17/9030) abgestimmt. Dieser wurde in zweiter und dritter Lesung mit den Stimmen von CDU/CSU, SPD, FDP und der Mehrheit der Fraktion Die Linke und der Grünen bei jeweils einigen Gegenstimmen und einigen Enthaltungen aus der Fraktion der Linken und jeweils einer Enthaltung bei den Grünen und der FDP angenommen. ...

Anschließend stand die Entscheidung über den Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Änderung des Transplantationsgesetzes (Drucksache 17/7376) in der vom Gesundheitsausschuss geänderten Fassung (Drucksache 17/9773) an. Dieser wurde in zweiter und dritter Lesung mit den Stimmen von CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Linksfraktion bei Enthaltung der Grünen und einer Enthaltung aus den Reihen der FDP angenommen. ...

(http://www.organspende-aufklaerung.de/organspende_news-organspenderegelung-verabschiedet-26-05-12.html 26.05.12, ergänzt am 17.06.12:

Bundestag verabschiedet Gesetz zur Entscheidungslösung bei Organspenden und Änderung des Transplantationsgesetzes - Zustimmung des Bundesrates am 15.06.12)

- 2013 Deutsches Transplantationsgesetz aktuell vollständiger Text: <http://www.organspende-info.de/sites/all/files/files/Gesetzestext%20Transplantationsgesetz.pdf>
- 2013 Bundesärztekammer: Richtlinien und Stellungnahmen zur Transplantationsmedizin: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.6.3285>
- 2013 Infomaterialien der Deutschen Stiftung Organtransplantation und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur ORGANSPENDE: <http://www.organspende-info.de/infothek/infomaterialien>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:
Gewebespende - Eine Einführung für Ärztinnen, Ärzte sowie Patienten- und Selbsthilfeverbände; Bestellnummer: 60285044
<http://www.bzga.de/pdf.php?id=e5c1f46d37d3b97173195339ff6696e1>
- In einer Unterrichtung der Bundesregierung vom 1.4.2009 wird ein Erfahrungsbericht 10 Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes gegeben (Drucksache 16/12554). Dort wird festgestellt (S.5): „Nach § 3 Absatz 2 Nummer 2 TPG setzt die Entnahme von Organen voraus, dass bei dem Organspender der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms festgestellt worden ist. Die aktuellen Forschungsergebnisse geben nach der von IGES durchgeführten Befragung keinen Anlass, die Hirntoddiagnostik in Frage zu stellen. Die von der Bundesärztekammer auf der Grundlage von § 16 Absatz 1 Nummer 1 TPG 1998 erlassene Richtlinie zur Feststellung des Hirntods hat sich in der Praxis bewährt; ...“
 (Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/12554; Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht zur Situation der Transplantationsmedizin zehn Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes“)
- Für den Fall der Organspende akzeptiert die „Christliche Patientenvorsorge“ den Hirntod als Kriterium für die Todesfeststellung und lässt Organentnahme NACH der Hirntodfeststellung ausdrücklich zu: „Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.“
 „Christliche Patientenvorsorge“, 2011, Formular S.6: (<http://www.ekd.de/download/patientenvorsorge.pdf>)
- **Hirntod**
 Hirntod bezeichnet den Organtod des Gehirns und somit einen unwiederbringlichen Verlust der Gesamtfunktion des Gehirns. Da das Gehirn neben dem Denken, Handeln und Wahrnehmen auch wesentliche Körperfunktionen wie die Atmung, den Kreislauf und die Temperaturregulation steuert, ist der Körper in seiner Gesamtheit im Falle des Hirntods nicht mehr funktionsfähig. Lediglich durch Beatmung und Medikamente kann die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten werden.
 (Internetseite der AOK zur Organspende - Glossar
<http://www.aok.de/bundesweit/gesundheit/organspende-glossar-191457.php#192583>)
- (S.117) Der Hirntod wird ... zunächst als sicheres Indiz und reales Zeichen für den Tod des Menschen erkannt. Gegenüber den diskutierten Kriterien (Grundfähigkeit des Organismus zum Austausch mit seiner Umgebung) schlägt der Autor vor, als Kriterium des Todes einzuführen, ob ein Organismus die für ihn charakteristischen Prozesse der Integration nach innen und der Wechselwirkung nach außen in eigener Aktivität erbringt. Der Hirntod bildet so nicht etwa ein Entnahmekriterium, sondern ein gültiges Todeskriterium.
 (S.121) Dabei ist die Präzisierung unerlässlich, dass nicht das Gehirn oder das Herz sterben, sondern der Mensch, dessen Tod durch die Diagnose des Hirntodes oder des Herzstillstandes festgestellt wird.

(JK: „*der durch Versagen des Gehirns / des Herzens eingeleitete / verursachte Tod*“)

(S.122) Dem Dilemma, den Tod definieren zu müssen, kann daher keine Gesellschaft entrinnen, auch wenn er ein Geheimnis bleibt und der Übergang vom Leben zum Tod sich der genauen Beobachtung entzieht. Diese Aufgabe stellt sich der modernen Intensivmedizin in neuer Weise, weil ihre Fortschritte das früher geltende Kriterium des Herz- und Kreislaufstillstandes durch die Möglichkeit einer künstlichen Substitution dieser Funktionen unterlaufen haben. Es waren nicht allein die Erfordernisse der Transplantationsmedizin und die Interessen der Organempfänger, sondern auch die Entwicklung der Intensivmedizin selbst, die den Übergang zu einem neuen Todeskonzept notwendig machten. ... Wenn der Ausfall der zentralen Steuerungsvorgänge im Gehirn irreversibel geworden ist und dies mit der besten, nach dem jeweiligen Stand medizinischer Diagnostik erreichbaren Gewissheit feststeht, wertet das Hirntodkonzept dies als ein sicheres Indiz für den bereits eingetretenen Tod des Menschen. Es geht von diesem Zeitpunkt an davon aus, es nicht mehr mit einem sterbenden Patienten, sondern mit einem Toten oder mit einem menschlichen Leichnam zu tun zu haben, in dem Organfunktionen von außen durch die künstliche Beatmung aufrechterhalten werden. Diese Annahme steht im Widerspruch zur phänomenalen Wahrnehmung des Hirntoten, der von seinen Angehörigen und Pflegenden als ein bewusstloser und sterbender, aber nicht als ein toter Mensch angesehen wird.

Solche subjektiven Eindrücke und spontanen Reaktionen sind ernst zu nehmen; die Übermittlung der Todesnachricht und die Erläuterung der Bedeutung des Hirntodes erfordern daher große psychologische Behutsamkeit. Dennoch sind subjektive Wahrnehmungen und Empfindungen kein sicheres Kriterium, um zu entscheiden, ob ein Mensch tot ist oder nicht. Die erforderliche Sensibilität gegenüber den Gefühlen der Angehörigen und ihrer phänomenalen Wahrnehmung des künstlich durchbluteten Körpers eines Hirntoten ändert nichts daran, dass das angewandte Verfahren der Todesfeststellung, wenn es medizinisch valide und anthropologisch gut begründet ist, in ethischer Hinsicht akzeptabel ist. Auch wenn es sich von der phänomenalen Erscheinungsweise des Organismus her nicht erkennen lässt, ob bestimmte Körperfunktionen (Atmen, Durchblutet-Sein, Schweißaussonderung und dergleichen) durch die spontane Eigenaktivität des Organismus, das heißt von diesem selbst her ausgelöst, oder künstlich durch maschinelle Interventionen von außen aufrechterhalten werden, ist dieser Unterschied für die Todesfeststellung von erheblicher Bedeutung. Nur im ersten Fall erscheint das Urteil begründet, dass wir einen noch lebenden Menschen vor uns haben, während dieser im zweiten Fall bereits tot ist, obwohl er dem (künstlich induzierten) Anschein nach noch lebt.

Die medizinischen Parameter, deren Vorliegen in einem aufwändigen Diagnoseverfahren festgestellt werden muss, erscheinen so sorgfältig ausgewählt, dass die Möglichkeit einer Fehldiagnose, durch die ein noch lebender Mensch für hirntot erklärt würde, mit moralischer Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Der Vorwurf einer unzureichenden diagnostischen Abgrenzung des vollständigen Ausfalls aller Hirnfunktionen von anderen Zuständen, die nicht als Hirntod bezeichnet werden, trifft nur für Teilhirntodkonzepte, nicht aber für den Ganzhirntod zu. ...

(S.124) Durch die empirische Beobachtung des Sterbeprozesses können wir deshalb nicht den exakten Zeitpunkt des Todes bestimmen, sondern nur vom Vorhandensein bestimmter Indizien darauf zurückschließen, ob der Tod eines Menschen bereits eingetreten ist. Das Hirntodkonzept der modernen Medizin identifiziert keinesfalls den Gehirntod mit dem Tod des Menschen, wohl aber deutet es den endgültigen Zusammenbruch aller Gehirnfunktionen als ein zweifelsfreies Anzeichen, das auf den bereits erfolgten Eintritt des Todes verweist. ...

Vielmehr wird der irreversible Ausfall der integrativen Leitungs- und Steuerungsfunktionen des Gehirns als *terminus ad quem* (*Zeitpunkt, bis zu dem etwas gilt JK*) gewertet, der einen Rückschluss auf den bereits eingetretenen Tod des Menschen erlaubt.

(S.125) Fällt die Gehirntätigkeit aus, kann auch von einer selbstgesteuerten Wechselwirkung der einzelnen Organe innerhalb des Organismus nicht mehr die Rede sein. ...

(Jan P. Beckmann:) „Das Hirntodkonzept besagt *nicht*, was der Tod ist, wohl aber, *welches* das medizinisch-wissenschaftlich gesicherte *Kriterium* für das Ende des menschlichen Lebens *in seiner ganzheitlichen Struktur* ist. Unter dieser Hinsicht stirbt der Mensch weder am Herz- noch am Hirntod: Er stirbt, wenn die Einheit seines Organismus in seiner Ganzheit unwiderruflich zerbrochen ist.“

(S.126f.) US-amerikanischer Presidents Council 2008: „Der hirntote Patient wird nie wieder die essentielle Fähigkeit erlangen, mit seiner Umgebung zu interagieren, was für lebende Organismen charakteristisch ist.“ ...

Die eigentliche Problemlinie, anhand derer sich beurteilen lässt, ob Hirntote noch leben oder bereits tot sind, verläuft ... entlang der Frage, ob diese Fähigkeiten einer selbstgesteuerten Eigenleistung des Organismus entspringen und so die Präsenz eines vitalen Prinzips (in der aristotelisch-thomanischen Tradition Seele genannt) belegen, oder ob sie als Teilzustände durch maschinelle Intervention von außen induziert sind. ... Tatsächlich ist die zentrale Frage ... die, ob ein Organismus die für ihn charakteristischen Prozesse der Integration nach innen und der Wechselwirkung nach außen in aktiver Eigenaktivität erbringt oder ob diese Prozesse nur noch *in* ihm durch externe Verursachung bewirkt werden können.

(S.130) Deshalb kann der Körper eines Hirntoten, in dem für begrenzte Zeit einzelne Lebensfunktionen künstlich aufrechterhalten werden, nicht mehr als ein lebendiger Organismus bezeichnet werden. ... Aus diesen Überlegungen ergibt sich, dass hirntote Menschen nicht mehr als Sterbende bezeichnet

werden sollten.

(Eberhard Schockenhoff: „Hirntod“, Zeitschrift für medizinische Ethik 58 (2012) S.117ff.)

- (S.3) In Analogie zum medizinischen Sprachgebrauch müssten wir anstatt von „Hirntod“ korrekterweise von irreversiblen Hirnversagen sprechen.

(Paolo Bavastro: „Der ‚Hirntod‘ – eine Erfindung der Transplantationsmedizin“, erziehungskunst – Waldorfpädagogik heute, Oktober 2013 <http://www.erziehungskunst.de/artikel/zeichen-der-zeit/der-hirntod-eine-erfindung-der-transplantationsmedizin/>)

- (S.15) Der Hirntote ist eben nicht mehr im juristischen Sinne lebendig, weil er alle Zustände, die wir mit Personalität verbinden – Denken, Fühlen, Handeln, sprachlich und expressiv kommunizieren zu können, sich bewegen, emotional reagieren zu können, von sich aus die Beständigkeit des Organismus aufrechterhalten zu können – unwiederbringlich verloren hat. ...

Es gibt unumkehrbar Sterbende zwischen Leben und Tod. Mit diesem neuen Status müssen wir lernen, verantwortlich umzugehen. ...

(Peter Dabrock: „Tot oder lebendig“, Zeitzeichen 12 (2011) S.14f.)

- (S.58) Zwar ist der Hirntod nicht gleichzusetzen mit dem Tod des Menschen im umfassenden Sinn. Er kann aber wie der Atem- oder der Herzstillstand ein akzeptables Todeskriterium sein, ein Realsymbol dafür, dass der Tod eines Menschen irreversibel eingetreten ist. – Hier sei ausdrücklich eingefügt, dass das Hirntodkriterium nicht erst zum Zweck der Organspende eingeführt wurde. Im Gegenteil – es dient schon seit den sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts als Kriterium für die Beendigung einer zwecklos gewordenen Intensivbehandlung. ...

(S.59) Es ist zu bezweifeln, ob Seelsorgende, die selbst das Hirntodkriterium ablehnen, Angehörige angemessen begleiten können. Wenn die Medizin Möglichkeiten anbietet, für die die Gesellschaft einen juristischen Rahmen geschaffen und die Medizin Standards entwickelt hat, steht es den Menschen frei, sich für oder gegen diese Möglichkeiten zu entscheiden. ...

Ein Schlüsselproblem bei der Organspende ist, dass „der Tod“ von Ärzten, Pflegenden und Angehörigen jeweils unterschiedlich wahrgenommen und eingeordnet wird.

+ Die Mediziner sind nach der Hirntodfeststellung mit ihrem Wissen und ihrer medizinischen Erfahrung bereits *hinter* der Todesschwelle.

+ Viele Angehörige sind aber in ihrem Erleben – und damit auch in ihrem Hoffen – *noch vor* dieser Schwelle. Das gilt im abgewandelten Sinne auch für viele Pflegenden auf der Intensivstation ...

(S.60) ... kann der Mediziner seine Vorstellungen objektiv überprüfen: Er weiß, wie das Gehirn eines Menschen bei Hirntod beschaffen ist: irreversibel zerstört, nekrotisch und daher – anders als beim Herztod – grundsätzlich nicht wiederbelebbar. ...

Der Patient wird medizinisch für tot erklärt, während er aber durch die Intensivbehandlung vegetativ noch „am Funktionieren“ gehalten wird. ...

weiter: einfühlsame seelsorgerliche Begleitung in den einzelnen Stufen bis zur Organentnahme – Abschiedsrituale ermöglichen ...

(Erhard Weiher / Karl-Heinz Feldmann: „Bericht – Seelsorge und Krisenbegleitung bei Hirntod und Organentnahme“, Zeitschrift für medizinische Ethik 56 (2012) S.57ff.)

- (S. 175) hat sich das Kriterium Hirntod als Tod des Menschen in der westlichen Welt in den letzten dreißig Jahren durchgesetzt. ...

Wollte man den Tod des Menschen mit dem Ausfall auch der letzten Lebensvorgänge gleichsetzen, müsste man mit der Todesfeststellung bis zur Verwesung warten. Eine Todesfeststellung zu früherem Zeitpunkt wird aber von niemandem ernsthaft bestritten. Lebensvorgänge in einzelnen Zellen sind noch lange Zeit nach der traditionellen Todesfeststellung (Eintritt der Leichenstarre, dauerhafter Ausfall der Herz-Kreislauf-Funktion) nachweisbar.

(S.176) ist der Tod ... keine medizinische Diagnose. Die medizinische Wissenschaft kann Kriterien feststellen, die den Schluss erlauben, dass der Tod eingetreten sei. ...

(S.178) President's Council on Bioethics 2008:

... dass der Organismus als Ganzes nur existieren kann, wenn er vollführen kann, was als „fundamental work“ bezeichnet wird's, Unter dem fundamental work, der basalen Lebensäußerung eines Organismus, versteht das Council erstens eine Offenheit gegenüber der Welt, d.h. die Rezeptivität auf Stimuli hin – die Fähigkeit, Signale aus der Umwelt wahrzunehmen. Zweitens die Fähigkeit, auf die Umwelt einzuwirken und ihr selektiv zu entnehmen, was der Organismus benötigt. Drittens das basale Gefühl des Bedarfs, gleichsam ein appetitives Verhalten, das den Organismus nötigt und ihm Anstoß gibt zu handeln, wie er muss, um Bedürfnisse zu stillen und seine Offenheit gegenüber der Umwelt zu erhalten.

Die Fähigkeit des Austausches mit der Umwelt, einer Form der Kommunikation, in den Worten des Councils: ein Akt des commerce (des Austausches, des Handels mit der Umwelt), wird zum wesentlichen Merkmal der Ganzheit eines Organismus. Dabei komme der Atmung eine herausragende Bedeutung zu. Das Bedürfnis zu atmen, der *Lufthunger*, und die Fähigkeit ihrer Steuerung, die an das Atemzentrum im Gehirn gebunden ist, werden als ein wesentliches Merkmal von Leben gedeutet. Ihr Ausfall wird dann zu einem notwendigen, aber nicht alleine hinreichenden Kriterium der Todesfeststellung erklärt. ...

Erst wenn Bewusstsein *und* die Fähigkeit zum spontanen Atmen ausgefallen sind, ... fehlt die wesentliche Offenheit zur Umwelt, die einen lebenden Organismus charakterisiert. ... dann ... sei die Person tot.

(Stephan Sahm: „Hora incerta – zur neuen Rechtfertigung des Hirntods als Zeichen des Todes durch das President’s Council on Bioethics“, Zeitschrift für medizinische Ethik 58 (2012) S.173ff.)

- (S.3) Aber auch wenn man sie teilt, wird man von der phänomenologischen, der Ebene des unmittelbaren Erlebens her sagen dürfen oder müssen, dass der Prozess zum Tode bzw. das Geschehen im Umfeld des Todes in hohem Maße technisch „manipuliert“ wird. Damit kommt der Eindruck auf, dass der Tod erst durch die Organentnahme von Menschen verursacht wird. Tatsächlich liegt die Ursache des Todes aber auch dann in einem durch Krankheit oder Unfall bedingten „Schicksal“. Der Körper hat die Fähigkeit, eigenständig und ganzheitlich zu leben, bereits endgültig verloren, doch wird der Eintritt des endgültigen Todes des Lebensträgers durch menschliches Handeln verhindert und dieser erst mit und unter der Organentnahme endgültig zugelassen. Dennoch wird der Tod des Menschen damit nicht erst durch die Organentnahme verursacht, der Mensch durch sie nicht erst getötet.

(S.4) Für die Angehörigen ist es dabei insbesondere belastend, dass der Sterbeprozess nicht mehr in seiner Ganzheit bis zu seinem Ende erlebbar ist. Dies verhindert eine Sterbebegleitung bis zum „natürlichen“ Erlöschen des Lebens, ein Erleben des Todes und in der Regel auch ein Abschiednehmen vom Toten. Das kann bei ihnen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der seelischen Verarbeitung des plötzlichen Verlustes und der Trauer führen. Unbestreitbar sind auch die Frage nach einem menschenwürdigen Umgang mit Sterbenden und Toten und die Frage berührt, ob die dem Sterbenden in Liebe verbundenen Menschen ein Recht haben, seinen „natürlichen“ Tod zu erleben.

Die für die Angehörigen seelisch meist traumatisierend wirkende Situation verschärft sich dadurch, dass überwiegend sie selbst gemäß den Bestimmungen des TPG eine Entscheidung über die Organentnahme zu fällen haben. Daraus kann sich ein schwerwiegender seelischer und ethischer Konflikt ergeben zwischen den Bedürfnissen der Angehörigen, den geliebten Menschen bis zu seinem „natürlichen“ Ende zu begleiten und dann Abschied zu nehmen, und der Herausforderung, die Zustimmung zur Organentnahme zu geben. Ethisch gesehen stellt sich daher die Frage, inwieweit die Menschen, die mit dem potenziellen Organspender bis zum Tod in liebender Verbundenheit gelebt haben, aufgrund ihrer eigenen seelischen Bedürfnisse und ethischen Überzeugungen eine Organentnahme auch ablehnen dürfen. Daraus ergeben sich weitergehende Fragen, vor allem, ob eine Organentnahme auch gegen die Überzeugungen und Bedürfnisse der Angehörigen vorgenommen werden sollte, wenn der Wille des potenziellen Organspenders dem nicht entgegensteht. Diese Fragen stellen das näher zu erörternde Thema einer *ethischen Beratung* der Angehörigen bei Gesprächen über die Organentnahme dar.

(S.4) hat nach dem TPG ein Angehöriger die Entscheidung zu treffen und dabei „einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organspenders zu beachten“. Das Gesetz fordert in Fällen eines nur mutmaßlich ermittelbaren Willens des möglichen Organspenders nicht, dass der Angehörige nur gemäß dem mutmaßlichen Willen entscheidet. Er darf sich auch von eigenen Überzeugungen, Einschätzungen und Bedürfnissen leiten lassen;

(S.4) Für die Angehörigen ist es dabei insbesondere belastend, dass der Sterbeprozess nicht mehr in seiner Ganzheit bis zu seinem Ende erlebbar ist. Dies verhindert eine Sterbebegleitung bis zum „natürlichen“ Erlöschen des Lebens, ein Erleben des Todes und in der Regel auch ein Abschiednehmen vom Toten. Das kann bei ihnen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der seelischen Verarbeitung des plötzlichen Verlustes und der Trauer führen. Unbestreitbar sind auch die Frage nach einem menschenwürdigen Umgang mit Sterbenden und Toten und die Frage berührt, ob die dem Sterbenden in Liebe verbundenen Menschen ein Recht haben, seinen „natürlichen“ Tod zu erleben.

Die für die Angehörigen seelisch meist traumatisierend wirkende Situation verschärft sich dadurch, dass überwiegend sie selbst gemäß den Bestimmungen des TPG eine Entscheidung über die Organentnahme zu fällen haben. Daraus kann sich ein schwerwiegender seelischer und ethischer Konflikt ergeben zwischen den Bedürfnissen der Angehörigen, den geliebten Menschen bis zu seinem „natürlichen“ Ende zu begleiten und dann Abschied zu nehmen, und der Herausforderung, die Zustimmung zur Organentnahme zu geben. Ethisch gesehen stellt sich daher die Frage, inwieweit die Menschen, die mit dem potenziellen Organspender bis zum Tod in liebender Verbundenheit gelebt haben, aufgrund ihrer eigenen seelischen Bedürfnisse und ethischen Überzeugungen eine Organentnahme auch ablehnen dürfen. Daraus ergeben sich weitergehende Fragen, vor allem, ob eine Organentnahme auch gegen die Überzeugungen und Bedürfnisse der Angehörigen vorgenommen werden sollte, wenn der Wille des potenziellen Organspenders dem nicht entgegensteht. Diese Fragen stellen das näher zu erörternde Thema einer *ethischen Beratung* der Angehörigen bei Gesprächen über die Organentnahme dar.

(S.4) hat nach dem TPG ein Angehöriger die Entscheidung zu treffen und dabei „einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organspenders zu beachten“. Das Gesetz fordert in Fällen eines nur mutmaßlich ermittelbaren Willens des möglichen Organspenders nicht, dass der Angehörige nur gemäß dem mutmaßlichen Willen entscheidet. Er darf sich auch von eigenen Überzeugungen, Einschätzungen und Bedürfnissen leiten lassen

(S.7) Daher muss auch die Frage berechtigt sein, ob Angehörige aufgrund ihrer eigenen Bedürfnisse und begründeten ethischen Überzeugungen gegen den mutmaßlichen oder gar den eindeutigen Willen des möglichen Organspenders ihre Zustimmung zur Organentnahme verweigern dürfen. ...

Geht man davon aus, dass das Selbstbestimmungsrecht (Autonomie) der primäre oder gar einzige Inhalt der Menschenwürde in Art. 1.1 des GG ist, so käme jede Missachtung des Willens eines Menschen in Bezug auf die Organentnahme einer Missachtung seiner Persönlichkeitsrechte, ja seiner Menschenwürde gleich, wenigstens dann, wenn eine eindeutige Willensäußerung vorliegt. Diese These geht allerdings von einigen, gerade aus christlich-ethischer Sicht kritisch zu hinterfragenden Prämissen aus, erstens der Gleichsetzung von Menschenwürde mit autonomer Selbstbestimmung und damit einem individualistischen Menschenbild, zweitens einem uneingeschränkten Verfügungsrecht des Menschen über sein Leben und seinen Körper und drittens einer Wirksamkeit dieses Verfügungsrechts über den Tod hinaus.

Stellt man diese Prämissen in Frage, so stellen sich grundsätzliche ethische Fragen wie die, inwieweit der Wille eines Menschen über den Tod hinaus so wirksam ist, dass er ein uneingeschränktes Verfügungsrecht über den eigenen Körper impliziert, ob der Wille eines Menschen auch gegen den Willen seiner Angehörigen für diese verbindlich ist, wenn sie ihm in Liebe bis zum Tod verbunden sind.

...

(S.9) Daher sollte kein Mensch vorsorgend Entscheidungen über sein Lebensende fällen, ohne diese mit den in Liebe verbundenen Angehörigen besprochen und ihre Einstellung dazu angehört und bei seiner Entscheidung berücksichtigt zu haben, um möglichst eine einvernehmliche Regelung zu finden, ja man sollte auch bei Zustimmung der nächsten Angehörigen zu einer Organentnahme die eigene Entscheidung unter den Vorbehalt stellen, dass diese ihr in der konkreten Lebenssituation zustimmen in der Lage sind. In den Fällen, in denen eine Zustimmung des möglichen Organspenders vorliegt, diese den Angehörigen auch vorher bereits bekannt war, sie dieser Entscheidung aber in der konkreten und von ihnen in keiner Weise absehbaren belastenden Situation aus seelischen und moralischen Gründen nicht zustimmen können, entsteht für die Angehörigen eine ethische Konfliktsituation, in der sie abwägen müssen, ob es ihre unbedingte Pflicht ist, dem Willen des „Verstorbenen“ gemäß zu entscheiden, oder ob sie in dieser für sie schwierigen Situation auch ihren eigenen seelischen Bedürfnissen und ethischen Überzeugungen folgen dürfen. ...

Auch gibt es – nicht nur aus christlicher Sicht - gute Gründe, dass man die Rücksichtnahme auf den Willen der Toten nicht über die Sorge für die Lebenden stellt.

(Ulrich Eibach: „Organ- und Gewebespende – ethische und rechtliche Überlegungen zum beratenden Gespräch mit Angehörigen über Organentnahmen, erschienen in: Medizinrecht 23 (2005), S.64-70)

- (S.9f.) Bei den Beratungen zum Transplantationsgesetz ging mein Vorschlag dahin, dass Organe entnommen werden dürfen, wenn eindeutige Kriterien für den unwiderruflichen Tod des gesamten Gehirns vorliegen, ohne dass man damit behauptet, dass der gesamte Lebensträger tot sei. Das lehnten aber vor allem die Transplantationschirurgen und auch die Juristen ab, vor allem weil sie dann dem Verdacht ausgesetzt wären, dass sie den Menschen dann erst mit der Organentnahme töten. Ein mir gut bekannter Chirurg sagte: „Das Geschäft der Organentnahme ist für mich belastend genug, da will ich mich nicht noch mit dem Gedanken quälen, ob ich damit jemand töte!“ Und Juristen sagen: Wenn der Hirntod nicht der Tod des Menschen ist, dann dürfen wir keine Organe von Hirn toten entnehmen, denn dann wäre das Tötung von Menschen. Diese theoretische wie praktische Problematik ist bis heute nicht endgültig geklärt. ...

(S.10) Der Tod ist damit nur als „kognitiver Akt“ gegenwärtig, wird aber nicht unmittelbar auf der sinnlichen Ebene, sondern nur über Apparate vermittelt erlebt.

Die Angehörigen sind in diesen Fällen meist mit einem plötzlichen Tod konfrontiert. In dieser oft schockierenden und dramatischen Situation sollen sie zugleich mit der Frage belastet werden, ob sie einer Organentnahme zustimmen. Eine beabsichtigte Organentnahme verhindert eine Sterbebegleitung und das Erleben des Sterbens und Todes bis zu einem „natürlichen“ Ende und – in der Regel - ein dem folgendes Abschiednehmen. Dies kann die seelische Verarbeitung eines plötzlichen Todes erheblich beeinträchtigen und gibt zu der Frage Anlass, ob man Menschen in einer solchen Lebenssituation überhaupt mit der Frage nach einer Organentnahme behelligen darf. Sie zu verschweigen, stellt aber auch keine Möglichkeit dar. Ebenso wenig kann es menschlich und ethisch gerechtfertigt werden, sie gegen den Willen der Angehörigen vorzunehmen, wenigstens dann, wenn der Spender einer Organentnahme nicht ausdrücklich zugestimmt hat. ...

(S.10) Der Tod ist damit nur als „kognitiver Akt“ gegenwärtig, wird aber nicht unmittelbar auf der sinnlichen Ebene, sondern nur über Apparate vermittelt erlebt.

Die Angehörigen sind in diesen Fällen meist mit einem plötzlichen Tod konfrontiert. In dieser oft schockierenden und dramatischen Situation sollen sie zugleich mit der Frage belastet werden, ob sie einer Organentnahme zustimmen. Eine beabsichtigte Organentnahme verhindert eine Sterbebegleitung und das Erleben des Sterbens und Todes bis zu einem „natürlichen“ Ende und – in der Regel - ein dem folgendes Abschiednehmen. Dies kann die seelische Verarbeitung eines plötzlichen Todes erheblich beeinträchtigen und gibt zu der Frage Anlass, ob man Menschen in einer solchen Lebenssituation

überhaupt mit der Frage nach einer Organentnahme behelligen darf. Sie zu verschweigen, stellt aber auch keine Möglichkeit dar. Ebenso wenig kann es menschlich und ethisch gerechtfertigt werden, sie gegen den Willen der Angehörigen vorzunehmen, wenigstens dann, wenn der Spender einer Organentnahme nicht ausdrücklich zugestimmt hat. ...

(S.14f.) Es stellt sich dann noch die Frage, ob die Zustimmung eines Spenders zur Organentnahme immer besagt, dass ihm auch Organe entnommen werden dürfen. Von einem Menschenbild aus gesehen, in dem die Autonomie das ist, was das Menschsein ausmacht und die Autonomie der entscheidende oder gar als der alleinige Inhalt der Menschenwürde ausgegeben wird, wäre die Zustimmung des Spenders immer allein ausschlagend. Ihre Nichtbeachtung würde vielleicht sogar als Missachtung der Menschenwürde betrachtet. Man dürfte dann ohne weiteres gegen die eindeutige Einstellung der nächsten Angehörigen und ihre evidenten Bedürfnisse eine Organentnahme vornehmen. Die Angehörigen und ihre Bedürfnisse spielen dann keine Rolle. Ich habe Menschen kennengelernt, die daran sehr gelitten haben und deren Trauerprozess da-durch sehr belastet war, die ihren Verstorbenen Vorwürfe machten, dass sie ohne Rücksichtnahme auf die nächsten Angehörigen eine solche Entscheidung gefällt haben, und vor allem Menschen, die glaubhaft versichern konnten, dass wenn ihre Verstorbenen gewusst hätten, welche schwere Belastung das für sie ist, sie dem niemals zugestimmt hätten. ...

Alle Zustimmungen zur Organentnahme sollten daher unter den Vorbehalt gestellt werden, dass die dem Toten in Liebe verbundenen Menschen dem in der jeweiligen Situation wirklich zustimmen können. Ich weiß aus Erfahrung, dass viele Ärzte/innen, Pflegekräfte und selbst erfahrene Transplantationskoordinator/innen diese Ansicht teilen und entsprechend verfahren, obwohl das die meisten an einer Ethik der Autonomie orientierten Ethiker und Juristen anders sehen. Tragische Lebenssituationen sind aber oft nicht mit einer normativen Ethik oder gar dem Recht in menschlich zuträglicher Weise zu lösen, sondern nur durch Einfühlungsvermögen und Rücksichtnahme auf die betroffenen Menschen in einer konkreten tragischen Lebenssituation, also durch eine Form der Anteilnehmenden Wahrnehmung des anderen und – im Falle der Organspende – der Einordnung einer autonomen Entscheidung in die übergeordnete Dimension der von der Liebe bestimmten mitmenschlichen Beziehungen. In meiner Patientenverfügung (=PV) steht daher zu dem Absatz hinsichtlich der Organentnahme folgende Verfügung: „Ich stimme zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser PV der Organentnahme zu. Diese Zustimmung ist allerdings nur verbindlich, wenn meine nächsten Angehörigen, in erster Linie meine Ehefrau und dann auch meine Kinder in der konkreten Situation der Organentnahme ebenfalls zustimmen können. Ich untersage ausdrücklich, dass mein hier geäußertes Wille dann gegen den Willen und die Bedürfnisse meiner Angehörigen durchgesetzt wird.“

(S.7f.) Der Eintritt des Todes, man kann auch sagen der Endphase des Sterbens, wird aber unter den Bedingungen der Organentnahme mit aufwändigen medizin-technischen Mitteln manipuliert, durch die der natürlicherweise meist schnell eintretende Tod des Lebensträgers bis zur Organentnahme verhindert wird, um die Organe möglichst lebensfrisch entnehmen zu können. Es entsteht dadurch der irrige Eindruck, der Tod werde durch die Organentnahme erst verursacht, tatsächlich wird er aber bis dahin nur verhindert und dann erst endgültig zugelassen. Niemand wird durch eine Organentnahme erst getötet. Der Tod wird durch sie nicht verursacht, sondern durch Abbrechen lebenserhaltender intensivtherapeutischer Methoden nun erst zugelassen. Ohne sie wäre er, wenn der Hirn-tod eindeutig festgestellt ist, schon früher eingetreten. Das Tötungsverbot ist also dadurch nicht berührt. Bedingung ist allerdings, dass der Hirntod und damit der Tod des gesamten Gehirns, des Großhirns, des Mittelhirns, des Kleinhirns und des Stammhirns wirklich eingetreten ist.

Die Angst, es würden Organe von Menschen entnommen, die als Organismus aus sich heraus noch lebensfähig sind, ist unberechtigt, wenn die von der Bundesärztekammer festgelegten Kriterien zur Feststellung des Hirntods genau beachtet werden. Wenn die Kriterien nicht eindeutig gegeben sind und der Tod des gesamten Gehirns mit ihnen nicht eindeutig ermittelbar ist, müssen zusätzliche Methoden angewendet oder die Organentnahme unterlassen werden, denn dann könnte die Organentnahme ein Akt der Tötung, wenigstens der ursächlichen vorzeitigen Herbeiführung des Todes sein. Man kann aber nicht behaupten, dass – weil diese Möglichkeit bestehe – jede Organentnahme eine Form der Tötung sei. ...

(Ulrich Eibach: „Organentnahme und Organspende aus theologisch-ethischer und seelsorgerlicher Sicht“, Vortrag am 5. Bioethikforum der Evangelischen Kirche im Rheinland, Bonn, 21.9.2011)

- (S.31f.)

Was ist das Hirntodkonzept?

„Hirntodkonzept“ bezeichnet die Übereinkunft, dass der irreversible Ausfall der Gehirnfunktionen mit dem Tod des Menschen identisch ist. In Deutschland dient es seit 1997 medizinisch und rechtlich als unbedingte Voraussetzung zur Organentnahme bei hirntoten PatientInnen – auch wenn es nicht explizit im Transplantationsgesetz verankert ist. Der Gesetzgeber überantwortet es der Medizin, die Gleichsetzung von Hirntod und Tod eines Menschen zu begründen. Zwar muss als Voraussetzung zur Organentnahme „der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen“ festgestellt worden sein (§ 3 (1), 2 TPG). Zudem muss vorab der Hirntod festgestellt sein, der als „nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ bezeichnet wird, und ebenfalls nach

Verfahrensregeln zu diagnostizieren ist, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen (vgl. § 3 (2), 2 TPG). ...

Entsprechend stellt der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer in seinen „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ fest: „Mit dem Hirntod ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt.“ Warum der Ausfall des Gehirns mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen wäre, wird auch dort nicht begründet. Kann es auch nicht. Denn es ist nicht die Aufgabe der Medizin, den Tod zu definieren. Was als Tod – und Leben – verstanden wird, ist vielmehr eine kulturelle, eine religiöse, eine gesellschaftliche Frage. Die Medizin kann den Tod zwar feststellen, definieren kann sie ihn nicht. ...

Seither gilt in Deutschland die „erweiterte Zustimmungslösung“ als Kriterium der Organentnahme bei hirntoten PatientInnen: Jeder und jede sollte für sich frei und ohne Druck entscheiden können, ob er bzw. sie das Hirntodkonzept – also die Annahme, dass hirntote PatientInnen tot sind – für sich akzeptieren kann und unter diesen Bedingungen einer Organentnahme am Lebensende zustimmen möchte. ...

(S.38ff.)

Tabuthema Gewebespende

Wer der Organspende uneingeschränkt zustimmt, willigt damit auch in die Entnahme von Geweben ein. Der Mensch kann so zum Lieferanten von Knochenmehl, Haut und Sehnen werden – und es darf bezweifelt werden, dass sich alle potenziellen Spender dessen bewusst sind. Es ist nahezu unbekannt, dass gespendetes Gewebe ... gereinigt, aufbereitet und weiterverarbeitet wird. Knochen beispielsweise werden zu Knochenmehl gemahlen oder in gebrauchsfertige Formate zerstückelt. Das Endprodukt gilt de jure als Arzneimittel und wird Ärzten auf den üblichen Vertriebswegen zur Verfügung gestellt. ... die notwendige Differenzierung von Organ- und Gewebespende ...

dass Teile des eigenen Körpers als Arzneimittel auf den Markt kommen und damit gehandelt wird wie mit allen Arzneimitteln ... die Rede vom menschlichen Ersatzteillager ...

Zumal diese Praxis anders als bei der Organspende kaum der Vorstellung einer lebensrettenden „Spende“ entspricht, eines Geschenks also an eine einzelne, vielleicht vom Tode bedrohte Person. ...

Kein Zweifel: bei all dem handelt es sich um medizinisch nutzbringende Mittel, die dazu beitragen können, das Leiden Kranker zu mildern ...

wenn man denn davon ausgehen könnte, dass diejenigen, die ihre Zustimmung zur Organ- wie auch Gewebespende kundtun, wissen, welchen Verfahren und Praktiken sie eigentlich zustimmen. ...

(S.52f.)

Eine pragmatische Definition

Bevor Mitte des 20. Jahrhunderts die moderne Beatmungstechnologie entwickelt wurde, gab es die Vorstellung nicht, dass ein Mensch tot sein könne, obwohl sein Körper noch lebt. Menschen galten als tot, wenn ihr Herz stillstand und sie nicht mehr wiederbelebt werden konnten. Innerhalb von Minuten kam es dann zum Sauerstoffmangel im Gehirn, der das Absterben dieses Organs wie aller anderen Organe zur Folge hatte. Eine Trennung zwischen dem toten Menschen als Individuum und seinen noch lebenden Organen war weder faktisch möglich noch von medizinischem Interesse. Es war immer der ganze Mensch, der verstarb.

Das sollte sich mit der der Entwicklung der Beatmungstechnologie ändern. Bei PatientInnen, deren Atemfunktion im Gehirn aus Krankheits- oder Unfallgründen ausgefallen war, konnte man die Atmung dauerhaft maschinell ersetzen. Auf diese Weise ließ sich das Leben des/der PatientIn weiter aufrechterhalten. Es entstand jedoch ein neuer Krankheitszustand, das Coma dépassé. Menschen, die im irreversiblen Koma lagen, starben nicht – wachten aber auch nicht mehr auf. Für die Medizin stellte sich damit die Frage nach dem Behandlungsabbruch: Durfte man PatientInnen weiterbehandeln, die nie mehr erwachen, geschweige denn genesen würden, deren Sterben man vielmehr technisch unterbrochen hatte?

(JK: der Sterbeprozess ist – aus anderen Gründen als mit dem Ziel der Transplantation – künstlich unterbrochen worden, nun, nach der Feststellung des Hirntodes, soll/kann das Sterben zugelassen werden ODER es kann über Organentnahme gesprochen werden)

Hier brauchte es ein Kriterium, das den Abbruch der sinnlosen Beatmungstherapie gestattete, ohne, dass die MedizinerInnen dafür rechtlich belangt werden konnten. Zudem weckte das irreversible Koma neue Begehrlichkeiten der Transplantationsmedizin. ...

Um beide Probleme zu lösen, formierte sich an der Harvard Medical School 1968 eine Expertenkommission, die pragmatisch formulierte, was die Transplantationsmedizin in ihrer heutigen Form erst ermöglichte: das Hirntodkonzept. Das irreversible Koma sollte als neues Todeskriterium fungieren, damit die PatientInnen und ihre Angehörigen, wie es heißt, „von einer schweren Last befreit“ würden, aber auch die Beschaffung von Organen zur Transplantation eindeutig geregelt und erleichtert würde. Seither gilt nahezu weltweit der irreversible Ausfall der Gehirnfunktionen als der Tod des Menschen und bildet in vielen Ländern die rechtliche Voraussetzung zur Entnahme von Organen. ...

(S.55)

Neue Zweifel am Hirntodkonzept

Eben diese Gleichsetzung von Hirntod und Tod wird nun durch neue medizinische Erkenntnisse in Frage

gestellt. War die anthropologische Begründung des Hirntodkonzeptes seit jeher umstritten, wird in den neuen Studien auch das biologische Integrationsargument widerlegt. Sie zeigen, dass die Integrationsfähigkeit des Organismus mit dem Erlöschen der Hirnfunktionen keineswegs beendet ist. Durch mindestens 175 dokumentierte Fälle wurde allein bis 1998 wissenschaftlich belegt, dass bei hirntoten PatientInnen nicht kurzfristig der Tod eintritt. Zwischen Hirntod und Herzstillstand lag vielmehr ein Zeitraum zwischen einer Woche und 14 Jahren. ...

Zudem gibt es neue technische Verfahren der funktionalen Bildgebung, die Aktivitäten des Gehirns noch zu einem Zeitpunkt feststellen könnten, an dem der Hirntod schon vermeintlich sicher diagnostiziert ist. In der Fachliteratur werden etliche Fälle benannt, die klinisch zwar als hirntot diagnostiziert wurden, bei denen jedoch mit apparativer Diagnostik eine Durchblutung des Gehirns nachgewiesen werden konnte. Damit lässt sich nun auch medizinisch belegen, warum Hirntote bei der Organentnahme oft Reaktionen zeigen, die bei anderen bewusstlosen PatientInnen als Schmerz- und Abwehrreaktionen gedeutet werden: Blutdruck und Herzfrequenz steigen sprunghaft an, das Gesicht rötet sich, Schweißperlen treten auf, Arme und Beine werden bewegt. In der Schweiz und Großbritannien etwa werden OrganspenderInnen bei der Entnahme deshalb narkotisiert, in Deutschland nicht. Schmerzmittel zu geben hieße anzuerkennen, dass es sich bei Hirntoten nicht um Tote handelt, sondern um schwerkranke Sterbende. ...

Dass hirntote PatientInnen Arme und Beine bewegen können, ist schon lange bekannt. „Spinale Reflexe“ oder „Lazaruszeichen“ werden diese Bewegungen genannt. Laut DSO treten sie bei 75 Prozent aller Hirntoten auf. Hier handele es sich jedoch nicht um Lebens-, sondern um Todeszeichen, konstatiert die DSO und empfiehlt deshalb, zur „Optimierung des chirurgischen Eingriffs“ bei der Organentnahme das vegetative Nervensystem auszuschalten. Verhindert werden so jedoch nicht die möglichen Schmerzen der OrganspenderInnen, sondern nur ihre Bewegungen und körperlichen Reaktionen. Diese Maßnahme dient vielmehr der Beruhigung des assistierenden OP-Personals; denn für das Pflegepersonal – ebenso wie für viele ÄrztInnen und vor allem für die Angehörigen am Sterbebett – ist die lebendige Erscheinung der hirntoten PatientInnen unerträglich. Hirntote haben einen warmen, durchbluteten Körper, man misst ihre Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur etc.), sie werden ernährt und scheiden aus, sie können Fieber entwickeln, ihre Wunden heilen, hirntote Kinder können wachsen und allein bis 2003 wurden zehn Fälle von schwangeren hirntoten Frauen dokumentiert, die über Monate ihre Schwangerschaft aufrechterhalten konnten und von einem Kind entbunden wurden. Nicht von ungefähr sprechen viele von der „Unanschaulichkeit“ des Hirntodkonzepts. ...

(S.60f.) Niemand kann garantieren, dass hirntote Menschen – auch nach gewissenhaft und korrekt durchgeführter Diagnostik – absolut schmerz- und empfindungsfrei sind. Daher muss aus Sicht der Spender_innen verlangt werden, dass jede Explantation unter Vollnarkose (d.h. Bewusstseinsverlust, Schmerzausschaltung, Muskelentspannung) stattfinden muss. EU-weit wird es unterschiedlich gehandhabt, ob und wenn ja, in welchem Umfang Narkosemittel gegeben werden. Nach Aussagen der Bundesärztekammer ist eine vollständige Narkose in Deutschland nicht üblich. In der Regel werden nur muskelentspannende Medikamente gegeben, um die als unwillkürliche Nervenreflexe gedeuteten Bewegungen, die nicht vom Gehirn, sondern vom Rückenmark des Sterbenden ausgehen, zu verhindern, weil sie die Operation erschweren würden. Wenn es der psychischen Gesundheit der Angehörigen oder des medizinischen Personals diene, sei es aber auch in Deutschland möglich, die Spender_in vollständig zu narkotisieren, so Prof. Angstwurm, Neurologe und Mitglied verschiedener Kommissionen zum Thema Hirntod und Organtransplantation. ...

(S.62) Für das OP-Personal stellt sich dieser Konflikt noch erheblich deutlicher dar. Auch sie nehmen die zu Explantierenden optisch als lebendig wahr, müssen aber an ihnen eine Operation vornehmen, in der lebenswichtige Organe entfernt werden und in der durch die Explantation auch der wahrnehmbare Tod eintritt bzw. der/die Hirntote zu einer Leiche wird. Emotional erleben viele Pflegekräfte, aber auch Anästhesist_innen Organexplantationen als schwere Eingriffe in den Sterbeprozess bzw. als aktive Beteiligung an einem Tötungsvorgang. Das rationale Wissen, dass dieser Eingriff an einem/einer Hirntoten erfolgt und zugunsten eines anderen schwerkranken Menschen durchgeführt wird, oder der Hinweis auf die Rechtslage, die dieses Verfahren ausdrücklich erlaubt, mindert nicht den inneren Konflikt. Das medizinische Personal, das an Explantationen teilnimmt, muss permanent die eigene sinnliche und intuitive Wahrnehmung (die einen lebenden menschlichen Körper wahrnimmt) für ungültig erklären und zugleich auch jeden Zweifel an der Tragfähigkeit der Hirntoddefinition verdrängen, um das Entnahmeverfahren durchführen zu können.

(Evangelische Frauen in Deutschland e.V.: Arbeitshilfe zum Weitergeben „Organe spenden?“, 2013)

- (S.3) 1. Die historische Hirntod-Debatte

In der Wahrnehmung der meisten Menschen dürfte im Rahmen eines natürlichen Sterbeprozesses immer noch der Atem- und Herzstillstand mit dem endgültigen Tod verbunden werden. Der Herzstillstand hat unter natürlichen Bedingungen innerhalb von Minuten das Absterben des Gehirns zur Folge. Medizinische Entwicklungen wie die Technik der Wiederbelebung, die maschinelle Beatmung und Kreislaufunterstützungssysteme bis hin zur Herzlungenmaschine haben allerdings diese Grenze überwindbar gemacht.

Im Ergebnis dieser Entwicklung erschien es notwendig, eine neue Definition des Todeszeitpunktes zu finden, die z.B. das Beenden von vordergründig sinnlos erscheinenden Therapiemaßnahmen ermöglicht.

...

(S.4) 4.

Sterben ist ein Prozess, dessen Ende nicht eindeutig bestimmt werden kann.

Der Hirntod ist nicht der Endpunkt des Sterbens, sondern eine „Zäsur intra vitam“. Der Organspender stimmt damit einer künstlichen Lebensverlängerung bzw. Sterbeverlängerung zu. ...

(S.5) Weiterhin geben Studien mit fMRT und PET an hirntoten Patienten Anlass, an der Reliabilität der üblichen Hirntoddiagnostik zu zweifeln. Aus ethischen Gründen sollte eine Hirntoddiagnostik auf dem Stand der besten verfügbaren Technologie gesetzlich vorgeschrieben werden, also zumindest die Angiographie, in Zweifelsfällen auch fMRT oder PET. ...

(S.12) 8. Theologischer Diskurs – Abwägungen

Moraltheologisch kaum relevant ist die Explantation von Organen aus wirklich Verstorbenen, wenn diese aus humaner Absicht und zur Rettung eines Lebenden geschieht. Es ist allein die Organspende von noch nicht (endgültig) Gestorbenen, die schwerwiegende Fragen aufwirft. Und zwar deshalb, weil die Explantation von Organen in den Sterbeprozess des Spenders eingreift. Für die Transplantation werden ja gut durchblutete, lebendige Organe gebraucht, die letztendlich nur von noch nicht ganz gestorbenen Menschen entnommen werden können.

D.h.: um transplantationsfähige Organe zu erhalten, muss der Sterbeprozess zum einen verlängert werden, bis die Organe entnommen worden sind, und andererseits verstirbt der Spender dann nicht infolge eines „natürlichen“ Prozesses, sondern aufgrund der Organentnahme. Es ist erst der Herztod, der durch die Unterbrechung des Blutkreislaufes das Absterben aller übrigen Organe und damit den Gesamt-Tod einleitet.

Eine Möglichkeit, diesen beiden Problemen aus dem Wege zu gehen, besteht darin, den Sterbenden ab einen bestimmten Zeitpunkt, vor der Unterbrechung des Blutkreislaufes für tot zu erklären. Das geschieht nun in der Weise, indem das Absterben des Gehirns zum Gesamtod des Menschen erklärt wird.

Dafür gibt es einerseits gute Gründe, andererseits (wie weiter oben ausgeführt wurde) schwerwiegende Einwände.

Nach heutigem medizinischem Kenntnisstand sind mit dem Versagen des Großhirns alle geistigen Fähigkeiten des Menschen erloschen. Somit gilt als unbestreitbar, dass mit dem Hirntod ein entscheidender und unumkehrbarer Abschnitt im Sterbeprozess eingesetzt hat. ...

(S.34) Nun versterben allerdings von den rund 850 000 Menschen, die jährlich in Deutschland sterben, nur etwa 400 000 in Krankenhäusern. Von diesen wiederum erleiden etwa 4000 den „Hirntod“ (d.h. in der Reihenfolge des Organversagens ist es das Gehirn und nicht das Herz, das als erstes unwiederbringlich versagt). Und von diesen eignen sich nur die als Organspender, deren Organe nicht durch Verschleiß, Infektionen oder Tumore geschädigt sind. In der Regel sind das Opfer von Unfällen. „Die idealen postmortalen Organspender mit Schädelhirntrauma ohne Schäden an inneren Organen machen nur noch circa drei Prozent der Spender aus“, so Dr. Thomas Breidenbach von der Deutschen Stiftung Organtransplantation.

Es lässt sich nicht ausschließen, dass es der Pharmaindustrie, die maßgeblich an der Erhöhung der Transplantationsraten interessiert ist, noch um ein ganz anderes, bisher nicht öffentlich diskutiertes Ziel geht und zwar um die Ausweitung des gewerblichen Handels mit Gewebe-»Spenden«.

Wie auf dem amtlichen Organspendeausweisen zu lesen ist, wird bei der Spende zwischen Organen und Gewebe nicht unterschieden, obwohl bei der Vermarktung wesentliche Unterschiede bestehen. ...

(Rolf-Michael Turek: „Das neue Transplantationsgesetz“, Dezember 2012

<http://humorakademie.files.wordpress.com/2013/01/das-neue-transplantationsgesetz-a4.pdf>)

- (S. 24)

Schmerzempfinden bei Hirntoten – Narkose bei der Organentnahme ?

Zur Organentnahmeoperation ist ... auch keine Narkose erforderlich. Es werden allenfalls Medikamente verabreicht, die eine Erschlaffung der Muskeln erzielen und damit die im Rückenmark umgeschalteten Reflexe unterdrücken.

In der öffentlichen Diskussion wurde in der vergangenen Zeit angeführt, in der Schweiz würde bei der Organentnahme eine Narkose empfohlen und dies sei sogar gesetzlich verpflichtend. Das ist nicht richtig. Vielmehr gibt es eine Empfehlung der »Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW)«, die für die Organentnahme eine Gabe von sogenannten volatilen Anästhetika empfiehlt, mit dem ausdrücklichen Ziel, die Durchblutung der zur Entnahme vor-gesehenen Organe zu verbessern. ...

Zeichen von Leben – trotz „Hirntod“?

... zeigen sich gelegentlich bei Hirntoten Reaktionen, die sich mit der Vorstellung vom Tod vordergründig nicht in Einklang bringen lassen. So kann bei der Organentnahme plötzlich der Blutdruck ansteigen oder sich der Puls erhöhen; es kann zu Muskelzuckungen oder Hautrötungen kommen.

Empfinden Hirntote also doch Schmerzen?

Der Schein trügt. ... tierexperimentelle Untersuchungen ... beweisen, dass es sich hierbei lediglich um Reaktionen handelt, die durch das Rückenmark vermittelt werden.

Infolge einer äußeren Berührung kann es zu einem Rückenmarksreflex, beispielsweise zu einer unwillkürlichen Bewegung des Armes oder Beines, kommen. Da im Hirntod die hemmende Wirkung des Gehirns auf das Rückenmark fehlt, treten diese Reflexe oft verstärkt auf.

(S. 29)

Kann ein Hirntoter wieder erwachen?

Nein. Der zweifelsfreie Nachweis des eingetretenen Hirntodes beweist, dass alle Funktionen des Gehirns unwiederbringlich erloschen sind. Die Ursache hierfür ist ein Ausfall der Hirndurchblutung. Dies führt nach kurzer Zeit zum Absterben des Gehirns. Deshalb sind Aktivitäten des Gehirns oder gar ein Wiedererwachen aus dem Hirntod – ebenso wie jede Form von Bewusstsein nach Eintreten des Hirntodes – definitiv nicht möglich.

Gleichwohl gibt es anders lautende Medienberichte über einzelne Fälle. Hierbei handelt es sich ausnahmslos um Patienten, bei denen die Untersuchung nicht sachgerecht, nicht vollständig und/oder unter Missachtung der wesentlichen Voraussetzungen durchgeführt wurde. Keiner der behaupteten Fälle hat bisher einer wissenschaftlichen Überprüfung standgehalten.

... ist es in diesem Zusammenhang nie zu einer Organentnahme gekommen.;

(S. 31) Ist eine Erklärung zur Organspende möglich, wenn gleichzeitig eine Patientenverfügung existiert? Hierzu empfiehlt sich eine Formulierung wie folgt:

»Grundsätzlich bin ich zur Spende meiner Organe und Gewebe bereit. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können.

Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen

+ zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer

+ und zur anschließenden Entnahme der Organe.«

(Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: „Kein Weg zurück ...“, 2012, S.24)

<http://www.bzga.de/pdf.php?id=81af76d916533abe0489d7f74eefb780>

- S.22:

Der Hirntod lässt sich durch verschiedene Untersuchungen zweifelsfrei feststellen. Es handelt sich dabei nicht um eine Prognose über den zukünftigen Zustand des Patienten. Vielmehr stellt der Arzt fest, dass die Gehirnfunktionen bereits unwiderruflich erloschen sind. Damit ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen zweifelsfrei festgestellt.

Das unwiderrufliche Erlöschen der Gehirnfunktion wird entweder durch die Hirntoddiagnostik (direkter Nachweis des Hirntodes) oder durch das Vorliegen sicherer äußerer Todeszeichen wie Totenflecke oder Leichenstarre nach Herz-Kreislaufstillstand (indirekter Nachweis des Hirntodes) nachgewiesen.

(Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: „Gewebespende“, 2012,

<http://www..de/infomaterialien/organspende/?addinfo=1>)

- 3. Geht es vielleicht nicht um Organe, sondern um (handelbares) Gewebe?

(Es lässt sich nicht ausschließen, dass es der Pharmaindustrie, die maßgeblich an der Erhöhung der Transplantationsraten interessiert ist, auch um ein ganz anderes, bisher nicht öffentlich diskutiertes Ziel geht und zwar um die Ausweitung des gewerblichen Handels mit Gewebe-»Spenden«. Wie auf dem amtlichen Organspendeausweisen zu lesen ist, wird bei der Spende zwischen Organen und Gewebe nicht unterschieden, obwohl bei der Vermarktung wesentliche Unterschiede bestehen. Das

Gesetzentwurf weitet (von der Öffentlichkeit fast unbemerkt) gegenüber dem Transplantationsgesetz von 1997 die Spende auf Knochenmark sowie auf embryonale und fötale Organe, Gewebe und menschliche Zellen aus. Und hier eröffnet sich jenseits der Kontroversen um den „Hirntod“ ein ganz neues Feld: Während eine Organentnahme nur bei „hirntoten“ Sterbenden infrage kommt, können Gewebe auch noch von wirklich Verstorbenen entnommen werden. Das trifft dann theoretisch für alle etwa 850 000 jährlichen Sterbefälle in Deutschland zu, wenn eine Einwilligung (zur Organentnahme, die eng mit der Gewebeentnahme auf der Erklärung verknüpft ist) vorliegt.

Vor diesem Hintergrund lässt sich der Druck, einen Organ- und Gewebespendeausweis zu unterschreiben - wie jetzt mit dem neuen Transplantationsgesetz -, neu verstehen. Über den Aspekt der möglichen Entnahme und Vermarktung von Geweben wird im Moment weder öffentlich diskutiert noch aufgeklärt. Die berechtigte Vorsicht speist sich aus der Ahnung, dass manche Menschen vor einer Zustimmung zur Gewebeentnahme zurück schrecken würden, wenn sie über das ganze Ausmaß der dem Körper entnommenen „Ersatzteile“, deren Verarbeitungsprozeduren wie auch der Vermarktung aufgeklärt würden.

Es war die Süddeutsche Zeitung, die am 31. Mai 2012 darüber berichtet hatte, wie die entnommenen Körperteile bzw. das gespendete Gewebe in dem Deutschen Institut für Zell- und Gewebeersatz (DIZG) [1] gereinigt, aufbereitet und weiterverarbeitet werden.

„Knochen beispielsweise werden zu Knochenmehl gemahlen oder in gebrauchsfertige Formate gestückelt. Das Endprodukt gilt de jure als Arzneimittel und wird den Ärzten auf den üblichen Vertriebswegen zur Verfügung gestellt. Der aktuelle DIZG-Katalog hat ein entsprechendes Angebot: hochwertige Knochenchips, gemahlen mit der Spierings Bone Mill. Komplette Achillessehnen und Patellasehnen mit vorgeformten Knochenansätzen. Menschliche Haut, zellfrei und gefriergetrocknet in Größeneinheiten von einem Quadratzentimeter bis hin zu Gewebeflächen von 16 mal 24 Zentimetern.

Weichgewebe, knorpelfreie Oberschenkelknochenköpfe, Teile des Schienbeins in Span- und Keilform«[2].

Ganz im Sinne der Kommerzialisierung der Spende von Körperteilen wurde ein Entwurf des sogenannten Gewebegesetzes („Gesetz über Qualität und Sicherheit von menschlichem Gewebe und Zellen“) erarbeitet. Menschliches Gewebe wird in der Vorlage wie ein normales Arzneimittel aufgefasst, mit dem auch Handel getrieben werden kann. Die Sorge der Kritiker (Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser, pharmazeutische Industrie) angesichts des Gesetzentwurfs war, dass dann eine Gewebespende nicht den erreiche, der sie brauche, sondern den, der sie bezahlen könne.

Interessant für die Pharmaindustrie ist diese Sparte allein schon deshalb, weil sich bei Mangelgewebe, wie zum Beispiel Hornhaut, Spitzenpreise erzielen lassen. Wenn für die rund 4000 Menschen in Deutschland, die auf eine Hornhautspende warten, nur 2000 Spenden zur Verfügung stehen, so würden sich bei einer erhöhten Zustimmung zur Organ- und Gewebespende ein gewinnträchtiger Markt eröffnen. Und zwar allein deshalb, weil als „Spender“ auch die zur Verfügung stehen, die nicht auf einer Intensivstation aufgrund eines Hirnversagens versterben.)

(Rolf-Michael Turek; E-Mail 28.8.2013)

- DBK und ACK beziehen sich in ihrer Stellung zur Organspende weiterhin auf die gemeinsame Erklärung von 1990:
 „Die christlichen Kirchen kennen keine moralische Verpflichtung zur Organ- und Gewebespende, sehen in ihr gleichwohl eine Möglichkeit, über den Tod hinaus Nächstenliebe zu praktizieren; sie treten zugleich für eine sorgfältige Prüfung der Organverpflanzung im Einzelfall ein (Näheres siehe in: Gott ist ein Freund des Lebens .Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, hg .vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Gütersloh/Trier 1989 u.ö., 102–105; Organtransplantationen, Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Gemeinsame Texte 1, Bonn/ Hannover 1990).“
 („Christliche Patientenvorsorge“, 2011, Text S.25; <http://www.ekd.de/download/patientenvorsorge.pdf>)
- Jüdische Religion und die Frage der Organspende
 „Zur Frage, wann der Mensch tot ist, gibt die Halacha, die verbindliche jüdische Gesetzesauslegung, zwei Definitionen: Aussetzen der Atemtätigkeit und Aussetzen des Pulschlags. Dem Gehirntod wird in der Halacha keinerlei Bedeutung zugemessen. Hingegen sind nach unserem Standpunkt selbst ungesteuerte Reflexe des autonomen Nervensystems als Leben zu werten ... Bei der Transplantation von lebenswichtigen Organen, wie zum Beispiel dem Herzen, ist gemäß der jüdischen Vorschrift die Transplantation nur dann möglich, wenn die Funktion dieser Organe beim Spender wie beim Empfänger nicht mehr gegeben ist. Jede Transplantation dieser Organe, solange das Herz funktioniert, bedeutet nach jüdischer Auffassung einen doppelten Mord: Mord des Spenders – denn gemäß unserer Definition lebt er noch – sowie des Empfängers – denn die Entfernung seiner funktionstüchtigen Organe, auch wenn sie kurz vor dem Stillstand stünden, bedeutet Mord.“
 (Landesrabbiner Joel Berger, Zentralrat der Juden, Stellungnahme vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages 25.9.96;
 nach: Siegmund-Schultze: Organtransplantation, Rowohlt Hamburg 1999, S.248)
- Künstliches Herz soll Spenderorgan ersetzen;
 Ein neu entwickeltes Kunstherz ist in Paris erstmals einem Patienten eingesetzt worden. Die Operation mit dem Hightech-Kunstherzen wurde in aller Diskretion kurz vor den Weihnachtsfeiertagen im Pariser Georges-Pompidou-Krankenhaus durchgeführt. Der Patient, ein schwer herzkranker 75-jähriger Mann, lebt.;
 Es sei "bloß eine große Pumpe", meinte hingegen der 80-jährige Erfinder Alain Carpentier auf einer Pressekonferenz, auf der das von ihm entwickelte künstliche Organ vorgestellt wurde. Erstmals soll ein künstliches Herz nicht nur vorübergehend, sondern für viele Jahre das Original ersetzen. Schon bisher gab es Maschinen und Kunstherzen, die es ermöglichten, die Zeit bis zu einer Transplantation eines Spenderherzens zu überbrücken. Neu ist an Carpentiers "intelligenter" Hightech-Pumpe, dass sie dank einer Batterie mindestens fünf Jahre funktionieren kann. Mit den eingebauten Sensoren und der Elektronik soll sie sich zudem an die unterschiedlichen körperlichen Leistungen anpassen können. Das soll aber nicht der einzige "bahnbrechende" Vorteil sein: Der Mantel des künstlichen Organs besteht aus einem biosynthetischen Material, das die Risiken einer Abstoßung durch Immunreaktionen vermeidet. Das mache eine entsprechende kostspielige medikamentöse Behandlung überflüssig, heißt es. Noch hat das Carpentier-Herz eine Dimension, die es vor allem für Männer mit einem größeren Thorax geeignet erscheinen lässt.
 (taz 3.1.2014 S.18 -)
- Anzahl der Organspender in Deutschland 2013 im Vergleich zum Vorjahr um 16% eingebrochen; 876 Spender – niedrigster Wert seit Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes 1997; gespendete Organe 3034 – minus 14%;
 (Freie Presse Chemnitz 16.1.2014S.1)

- **Ist wirklich „in der Schweiz bei der Organspende (Organentnahme) eine (Voll-)Narkose verbindlich / gesetzlich vorgeschrieben“, wie das in vielen Publikationen und im Internet zu lesen ist?**

Kurze und deutliche Antwort: NEIN!

In der Schweiz gibt es kein Gesetz, das eine Vollnarkose bei der Organentnahme vorschreibt. Und wenn eine Allgemeinanästhesie bei verstorbenen (hirntoten) Personeneingesetzt wird, dann nicht mit dem Ziel der Schmerzausschaltung, sondern allein um „zu verhindern, dass während der Organentnahme Reflexe aus dem Rückenmark (spinale Reflexe) zu Spontanbewegungen und zum Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz führen“.

Ich hatte folgende Anfrage an das Schweizer Bundesamt für Gesundheit BAG geschickt:

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den meisten Veröffentlichungen, die ich als (Fach-)Publikationen oder aus dem Internet kenne, wird sinngemäß mitgeteilt, dass „in der Schweiz bei der Organentnahme eine (Voll-)Narkose verbindlich - per Gesetz - vorgeschrieben“ sei, mit der Begründung, mögliche Schmerzempfindungen auszuschließen. Auf der Internetseite des BAG lese ich das anders: "keine Narkose". Wie sieht die Praxis im Operationssaal in der Schweiz tatsächlich aus?

Gibt es zur Narkose bei Organentnahme eine gesetzliche Regelung?

Und wenn Narkose häufig oder immer eingesetzt werden sollte, mit welcher medizinisch-fachlichen Begründung geschieht dies?

Ich würde gern mit "echten Schweizer Argumenten" argumentieren können!

Mit freundlichen Grüßen

Joachim Krause (krause.schoenberg@t-online.de)

Das Schweizer BAG hat mir nach intensiven Recherchen am 17.1.2014 folgende Antwort zukommen lassen

Sehr geehrter Herr Krause

Besten Dank für Ihre Anfrage, die wir Folgendermaßen beantworten:

In der Schweiz schafft das Transplantationsgesetz die rechtliche Grundlage für die Transplantationsmedizin (hier ein link aus unserem Portal zu den rechtlichen Grundlagen der Transplantationsmedizin <http://www.bag.admin.ch/transplantation/00694/index.html?lang=de>).

Die Aussage, dass in der Schweiz bei einer Organentnahme eine (Voll)Narkose gesetzlich verbindlich ist, ist nicht korrekt. Die Frage der Narkose bei einer Organentnahme ist im Transplantationsgesetz nicht geregelt.

Ziel einer (Voll)Narkose (=Allgemeinanästhesie) bei lebenden Personen ist die Schmerzausschaltung, die Aufhebung des Bewusstseins, die Dämpfung vegetativer Funktionen bzw. Reaktionen (Bsp. Blutdruckanstieg) und eine Muskelrelaxation während eines chirurgischen Eingriffs. Diese Ziele können durch die kombinierte Applikation verschiedener Medikamente erreicht werden. Zur Einleitung oder Aufrechterhaltung einer Allgemeinanästhesie können Inhalationsanästhetika eingesetzt werden. Zudem werden bei einer Allgemeinanästhesie präoperativ zur Sedation einleitend auch Beruhigungsmittel verabreicht.

Bei einer Organentnahme ist die Person verstorben und daher funktionieren die zu blockierenden Rezeptoren im Gehirn nicht mehr. Deswegen kann eine Allgemeinanästhesie nicht im klassischen Sinne wirken. Sie kann bei verstorbenen Personen aber verhindern, dass während der Organentnahme Reflexe aus dem Rückenmark (spinale Reflexe) zu Spontanbewegungen und zum Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz führen.

Zur Vermeidung spinaler Reflexe empfiehlt in der Schweiz die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften in ihrer medizinisch-ethischen Richtlinien "Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen (2011)" bei der Organentnahme die Verabreichung von Inhalationsanästhetika (<http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-queiltige-Richtlinien.html>).

Für Informationen zum Vorgehen in der Praxis, können Sie sich an die Transplantationszentren in der Schweiz wenden (<http://www.bag.admin.ch/transplantation/00696/02573/02958/index.html?lang=de>).

Freundliche Grüße

Dr. Elvira Del Prete

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

Seilerstrasse 8, CH-3003 Bern

Tel. +41 31 324 78 88

Fax +41 31 322 62 33

mailto:elvira.delprete@bag.admin.ch

<http://www.bag.admin.ch/>

- **(Organentnahme bei verunglückten deutschen Touristen in Österreich???)**

Widerspruchsregister

In Österreich darf einem potenziellen Spender ein Organ, Organteil oder Gewebe nur dann entnommen

werden, wenn zu Lebzeiten kein Widerspruch abgegeben wurde.

Zur wirksamen Dokumentation eines Widerspruchs wurde das Widerspruchsregister eingerichtet. Neben dem dokumentierten Widerspruch im Widerspruchsregister werden auch andere Formen der Entscheidung bezüglich einer postmortalen Organ- bzw. Gewebespende respektiert (etwa ein bei den Ausweispapieren gefundenes Schreiben oder ein bezeugter mündlicher Widerspruch im Kreise der Angehörigen).

Das Widerspruchsregister ist primär für die österreichische Wohnbevölkerung eingerichtet worden, die Abfrage-Identifikation erfolgt hauptsächlich über die österreichische Sozialversicherungsnummer. Personen, die sich nur kurzzeitig in Österreich aufhalten (Urlaub, Kongress, Familienbesuch), wird empfohlen, ihre persönlichen Willensbekundungen schriftlich bei den Ausweispapieren zu deponieren (z. B. Zustimmung: »Ich will Organspender sein«; Ablehnung: »Ich will kein Organspender sein«). Dieser erklärte Wunsch wird im Fall des Ablebens respektiert. Darüber hinaus wird ein Gespräch mit den Angehörigen gesucht.

Falls Sie sich in das Widerspruchsregister ein- bzw. wieder austragen lassen wollen, können Sie die entsprechenden Formulare downloaden oder bei uns anfordern. Ein- und Austräge im Widerspruchsregister können ab einem Alter von 14 Jahren unterfertigt werden. Für etwaige Namens- oder Adressänderungen verwenden Sie bitte das Änderungsformular.

Formulare mit Originalunterschrift bitte an die GÖG/ÖBIG,
Widerspruchsregister, Stubenring 6, A-1010 Wien.

Kontakt: Susanne Likarz, Tel.: 01/515 61, wr(at)goeg.at

Formular für Erwachsene für die Aufnahme in das österreichische Widerspruchsregister:

http://www.goeg.at/cxdata/media/download/wr_aufnahme_erwachsene_ab_14.pdf

(Quelle: <http://www.goeg.at/de/Berichte-Service/Widerspruch.html>)

- Österreich

In Österreich gilt die Widerspruchsregelung. Die gesetzliche Grundlage dafür bietet seit 1957 das Krankenanstaltengesetz.

Das österreichische Transplantationsrecht gilt auch für Ausländer, unabhängig von ihrem Herkunftsort. Deswegen sieht das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen als zentrale Widerspruchsstelle auch die Aufnahme von Ausländern in die (Nicht-)Spenderdateien vor.

(Wikipedia: <http://de.wikipedia.org/wiki/Organspende#.C3.96sterreich>)

- Übersichtsartikel:

Spanien, Italien, Österreich

Im Urlaub unfreiwillig Organspender?

Das gilt im Ausland in Sachen Organspende

Berlin. Bei einem Unfall im Urlaub sein Leben zu verlieren ist eine schreckliche Vorstellung. Allerdings lohnt es sich, vor dem Urlaub über das Thema Unfall nachzudenken. In vielen Ferienländern könnten Urlauber sonst unfreiwillig zum Organspender werden. Von Tanja Walter

In Deutschland ist die Organspende klar geregelt: Noch zu Lebzeiten muss man seine Zustimmung erteilen, wenn man nach dem Tod alle oder einzelne Organe spenden möchte. Im nahen europäischen Ausland jedoch gelten andere gesetzliche Regelungen. Deutsche können dort zu Organspendern werden, obwohl sie sich dazu nie bereit erklärt haben. Denn Grundlage für den Umgang mit einem potenziellen Spender sind nicht die Regelungen im Herkunfts-, sondern im Aufenthaltsland.

In vielen Ländern wird der Wille vorausgesetzt

Spanien, Italien und Österreich – der Deutschen liebste Reiseziele – verfahren bei der Entnahme von Organen nach der sogenannten "Widerspruchsregelung". Sie lässt zu, dass bei jedem Toten nach Eintritt des Hirntods, Organe entnommen werden dürfen. Das gilt auch bei Touristen. Wer das nicht möchte, der sollte vor der Urlaubsreise entsprechende Vorkehrungen treffen und seinen Widerspruch unzweifelhaft bekunden. Denn rein rechtlich haben Angehörige in diesen Ländern auch im Ernstfall kein Widerspruchsrecht. Wer also vor den Erholungsferien in Sachen Organspende für sich keine Entscheidung getroffen hat, für den wird sie bei einem Unfall vom Personal im Krankenhaus getroffen. Glück hat, wer nach Belgien, Norwegen oder Finnland fährt, dort behalten Angehörige ihr Widerspruchsrecht.

In Frankreich ist jeder Organspender

Noch anders geschieht es in Ländern wie Dänemark, Großbritannien oder den Niederlanden. Nach der dort geltenden "erweiterten Zustimmungslösung" muss der Verstorbene zu Lebzeiten einer Entnahme zugestimmt haben. Hat er das nicht, müssen es die Angehörigen entscheiden.

In Frankreich geht der Gesetzgeber grundsätzlich immer vom Willen zur Organspende aus, es sei denn, man hat zu Lebzeiten widersprochen. Die Besonderheit bei der sogenannten "Informationsregelung":

Zwar müssen die Angehörigen hier vor der Organentnahme benachrichtigt werden. Sie können sie jedoch nicht mit einem Einspruchsrecht verhindern.

So kann man vorbeugen

In Deutschland gilt abweichend von all diesen Ländern die Entscheidungslösung, nach der jeder seine Bereitschaft zur Organspende in regelmäßigen Abständen prüfen und dann schriftlich auf einem

Organspendeausweis dokumentieren soll. Was viele allerdings nicht wissen: Einen solchen Ausweis sollte man nicht nur besitzen, wenn man sich als Spender zur Verfügung stellt. In dem kleinen Zusatzpass wird auf gleiche Weise dokumentiert, wenn man lediglich der Entnahme bestimmter Organe zustimmt oder eine Spende grundsätzlich ablehnt. Das entbindet im Fall der Fälle sowohl in Deutschland, als auch im Ausland vor allem die Angehörigen davon, in einer ausgesprochen schwierigen Situation eine vorschnelle Entscheidung über Dinge zu treffen, die unumkehrbar sind.

"Die Erfahrung zeigt, dass gerade dann, wenn Ausländer in einen Unfall verwickelt sind, versucht wird mit den Angehörigen Kontakt aufzunehmen", sagt Dr. Marita Völker-Albert, Sprecherin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Gleichwohl empfiehlt sie bei jedem Urlaub eine in Englisch oder der jeweiligen Landessprache abgefasste Erklärung bei sich zu tragen, die eine klare Aussage zu den eigenen Vorstellungen nach dem Tod Auskunft gibt. Diese rät Völker-Albert in der Brieftasche mit sich zu führen.

Solche vorgefassten Schriftstücke kann man zum Beispiel auf der Seite der BZgA in neun verschiedenen Sprachen downloaden. In Österreich kann man sich kostenlos in das "Widerspruchsregister gegen Organspende" aufnehmen lassen. Im Falle einer Organentnahme, wird dort vorher geprüft, ob der Hirntote auf dieser Liste zu finden ist. Eine Aufnahme empfiehlt das österreichische Forschungs- und Planungsinstitut im Gesundheitswesen allerdings nicht bei kurzzeitigen Aufenthalten im Land. In jedem Fall rät die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung jedem, mit seinen Angehörigen über den eigenen Willen zu sprechen, unabhängig davon, ob ein Urlaub ansteht oder nicht.

(Quelle: <http://www.rp-online.de/leben/gesundheit/medizin/im-urlaub-unfreiwillig-organspender-aid-1.3553650> 9. Juli 2013 | 08.47 Uhr)

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:**
 Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet ein übersetztes Beiblatt zum Organspendeausweis in 24 Sprachen an.
 Grundsätzlich gilt immer die Regelung des jeweiligen Landes. In der Regel werden im Todesfall aber die Angehörigen nach dem mutmaßlichen Willen der verstorbenen Person befragt. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die gesetzlichen Regelungen in Europa. Einen Überblick dazu finden Sie hier <http://www.organspende-info.de/sites/all/files/files/Gesetzliche%20Regelungen%20in%20Europa.pdf> (PDF 53 kB).
 In Europa haben danach laut Eurotransplant 2011 als gesetzliche Regelungen für die Entnahme von Organen zur Transplantation:
 5 Länder eine Zustimmungslösung
 22 Länder eine Widerspruchslösung
 1 Land (Deutschland) eine Entscheidungslösung
Zustimmungslösung:
 Der Verstorbene muss zu Lebzeiten, z.B. per Organspendeausweis, einer Organentnahme zugestimmt haben. Liegt keine Zustimmung vor, können die Angehörigen über eine Entnahme entscheiden. Entscheidungsgrundlage ist der ihnen bekannte oder der mutmaßliche Wille des Verstorbenen.
Widerspruchslösung:
 Hat der Verstorbene einer Organentnahme zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen, z.B. in einem Widerspruchsregister, so können Organe zur Transplantation entnommen werden. In einigen Ländern haben die Angehörigen ein Widerspruchsrecht.
Entscheidungslösung:
 Jede Bürgerin und jeder Bürger soll die eigene Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende auf der Grundlage fundierter Informationen prüfen und schriftlich festhalten. In Deutschland stellen die gesetzlichen und privaten Krankenkassen ihren Versicherten derzeit noch alle zwei Jahre einen Organspendeausweis zur Verfügung, verbunden mit der Aufforderung, seine persönliche Entscheidung in diesem Dokument schriftlich festzuhalten. Dabei kann die Entscheidung sowohl für oder gegen eine Organ- und Gewebespende getroffen werden oder ganz auf eine Entscheidung verzichtet werden. (<http://www.organspende-info.de/organspendeausweis/beiblaetter>)
- Die Not treibt Flüchtlinge aus Syrien dazu, Organe zu verkaufen. Es sind schon so viele Spendernieren, dass die Preise auf dem Schwarzmarkt fallen.;
 Früher waren es vor allem mittellose Palästinenser, die ihre Organe verkauften. Dann kam der Krieg in Syrien, mit ihm kamen die Flüchtlinge. Jetzt konkurrieren die Gruppen. Und die Preise fallen.
 "Bei Nieren haben wir inzwischen viel mehr Anbieter als Bestellungen", sagt Abu Hussein. Er und vier weitere Anwerber des "Big Man" hätten in den letzten zwölf Monaten etwa 150 Nieren vermittelt. Andere Banden machten angeblich ebenso gute Geschäfte.
 Schätzungen von Organhandel-Experten zufolge werden weltweit pro Jahr 5000 bis 10 000 illegale Nierenverpflanzungen vorgenommen. "Viele unserer Produkte gehen ins Ausland, etwa an den Persischen Golf", behauptet Abu Hussein. Doch auch in den USA und Europa habe Big Man inzwischen Abnehmer.

7000 Dollar hat er für seine Niere bekommen. ...

(Der Spiegel 46-2013 S.117ff. - <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-120780563.html>)

- Die türkische Polizei ist nach einem Zeitungsbericht bei der Bekämpfung des illegalen Organhandels im Internet auf Spender gestoßen, die ihre Nieren mit dem Hinweis auf ihr gesundes Landleben anpriesen. Im Netz sei mit der frischen Luft in der anatolischen Provinz geworben worden, berichtete die Zeitung *Habertürk* am Montag und schrieb: "Dorf-Nieren zu verkaufen." Spender aus insgesamt acht Provinzen hätten aus Geldnot ihre Nieren im Internet angeboten. Die Preise liegen bei 55.000 Euro pro Niere. (afp)

(taz 3.12.14 S.10 - <http://www.taz.de/1/archiv/print-archiv/printressorts/digi->

[artikel/?ressort=au&dig=2013%2F12%2F03%2Fa0064&cHash=99be44d1b0fa0e45726d5f8fc6a64c87](http://www.taz.de/1/archiv/print-archiv/printressorts/digi-?ressort=au&dig=2013%2F12%2F03%2Fa0064&cHash=99be44d1b0fa0e45726d5f8fc6a64c87))

- China will sich von der Praxis verabschieden, Organe exekutierter Strafgefangener zu transplantieren. Doch der Handel mit Nieren, Lebern und Lungen floriert noch immer.; Heißt das, ausländische Patienten mit entsprechend dickem Portemonnaie kommen in China tatsächlich an neue Organe? Wer dies überprüfen will, muss nur ein bereitgestelltes Formular auf der Cntransplant-Website ausfüllen - etwa mit den Daten eines fiktiven 47-jährigen Patienten namens Hartmut Schmidt, der eine neue Niere braucht, aber noch bei so guter Gesundheit ist, dass er in Deutschland wenig Chancen auf eine baldige Transplantation hat.

Nur Stunden später antwortet ein Arzt der chinesischen Agentur, es sei "kein Problem hier", eine neue Niere zu bekommen, nur der Preis sei aufgrund der Knappheit etwas gestiegen: 350 000 Dollar, inklusive Klinikkosten und Unterbringung. Falls der Patient einen eigenen Spender mitbringe, gestalte sich die Sache deutlich billiger: 55 000 Dollar.;

Spenderorgane sind in China extrem knapp. Zwar liegt das Land, was die absolute Zahl von Nieren- und Lebertransplantationen betrifft, weltweit auf Platz zwei, hinter den USA. Inzwischen verzeichnen die zuständigen Stellen in der Regierung aber einen Abwärtstrend: Während 2004 noch mehr als 12 000 Nieren und Lebern verpflanzt wurden, waren es im vorigen Jahr nur noch knapp 7900.

Offiziellen Schätzungen zufolge warten rund 1,5 Millionen Chinesen auf eine Transplantation - weniger als ein Prozent der Patienten dürfen in China auf ein neues Herz, eine Niere oder Leber hoffen.;

Für einen ersten medizinischen Check solle er einfach nach Peking fliegen, wo er auf Wunsch am Flughafen abgeholt werde: "Informieren Sie mich ein paar Tage vor Ihrem Flug." Die Kosten für die Untersuchungen lägen bei 3500 Dollar, Hartmut Schmidt solle sie bar begleichen: "Die Geldübergabe an mich erfolgt, wenn Sie im Hotel sind.;"

International geächtet ist die chinesische Methode der Organbeschaffung: Noch heute stammen mehr als die Hälfte aller Nieren, Lebern oder Lungen, die transplantiert werden, von exekutierten Häftlingen. Insgesamt wurden in China seit 1969 nach zurückhaltender Schätzung mehr als 100 000 Organe getöteten Häftlingen entnommen.;

Aus dieser Schmutzdecke will China jetzt raus: Mehrmals verkündete der frühere Vize-Gesundheitsminister Huang Jiefu bereits, man wolle die "Abhängigkeit" von den Organen Exekutierter beenden. Langfristig bleibt China auch gar nichts anderes übrig, denn die Zahl der Hinrichtungen geht zurück. Zudem sind Strafgefangene häufig mit Hepatitis B infiziert.

Bisher folgten den chinesischen Versprechungen oft keine Taten. Die jüngste Ankündigung jedoch hat den Segen von höchster Stelle: Die chinesische Gesundheitsministerin Li Bin erklärte, dass China ab Mitte nächsten Jahres gar keine Organe hingerichteter Häftlinge mehr verwenden wolle. Auch der Organhandel solle unterbunden werden.;

Wie kommt China aber nun zu Spenderorganen, wenn die Hauptquelle dafür versiegt? Wenn aus den Gefängnissen kein Nachschub mehr kommt?

Als 2010 erstmals die bürgerbasierte Organspende in einem Pilotprojekt propagiert wurde, gab es zunächst klägliche Ergebnisse. Ganze 63 Organspender wurden im ersten Jahr rekrutiert. Die Sache nahm erst Fahrt auf, als das Rote Kreuz die Angehörigen von Verstorbenen im Gegenzug für eine Organspende finanziell zu unterstützen begann; mehrere tausend Dollar erhalten die Familien. In den ländlichen Regionen Chinas, wo die meisten Spender rekrutiert werden, ist das ein Vermögen. Viele Menschen dort leben unter der Armutsgrenze, mit einem Einkommen von rund 280 Euro im Jahr. So kann die Erfolgsmeldung von Ministerin Li Bin, wonach man dieses Jahr bereits 3175 Organe von 1161 verstorbenen Spendern verzeichnen könne, nicht wirklich überzeugen. "Angehörigen Geld für Organe zu bezahlen", sagt TTS-Präsident Delmonico, "das widerspricht den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation und der TTS."

(Der Spiegel 48-2013 S.140ff. - <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-122579530.html>)

- Eine erste umfassende Konvention des Europarats über den Kampf gegen den Organhandel könnte schon 2014 in Kraft treten. Der ständige Ausschuss der parlamentarischen Versammlung soll den Entwurf der Konvention am Freitag in Wien verabschieden. Die wichtigsten Bestimmungen darin: Es wird unter Strafe gestellt, menschliche Organe unter Zwang oder gegen Geld zu entnehmen und damit illegalen Handel zu treiben. Auch illegale Implantationen bei zahlungskräftigen Patienten sollen bestraft werden. Alle Länder können der Konvention beitreten. Das Ministerkomitee der Staatenorganisation mit 47 Mitgliedsländern soll in einem letzten Schritt die Konvention noch in diesem Jahr verabschieden. Sie

tritt in Kraft, sobald fünf Länder sie ratifiziert haben, von denen drei Europaratmitglieder sein müssen. Klar ist in dem Text, dass in erster Linie Organhändler und Chirurgen, die sich an diesen illegalen Praktiken beteiligen, bestraft werden sollen. Den Regierungen wird allerdings überlassen, wie sie mit Menschen umgehen, die aus bitterer Not ihre Organe gegen Geld entnehmen lassen. Gleiches gilt für diejenigen, die sich Organe "kaufen".
(taz 22.11.2014 S.18)

- **Organspende aktuell**
(Quelle: Die Zeit 6.2.2014 S.37)
Zahlen für 2013 Deutschland

Organ	Verpflanzte Organe von verstorbenen Spendern	Lebend-spender	Patienten auf der Warteliste (Stand Ende 2012)	Maximale Zeit zwischen Entnahme und Verpflanzung (Std.)	Funktionierende Organe nach 5 Jahren in Deutschland in Prozent
Niere	1547	726	7645	24	74
Leber	801	86	1815	12	54
Herz	313	0	972	6	64
Lunge	371	0	459	6	49
Bauchspeichel-drüse	128	0	28	12	67
Dünndarm	6	0	0	6	
(Summen)	(3166)	(812)	(10919)		
Verstorbene Deutsche als Organ-spender	2010: 1315; 2013: 900				
Verstorbene Spender pro 1 Mill. Einwohner	Deutschland 11; Ungarn 13, Luxemburg 15, Niederlande 15, Slowenien 22, Österreich 22, Belgien 27, Kroatien 32				

- ein 61-jähriger Libanese hat in Spanien mittellosen Immigranten 40.000 Euro für eine Transplantation von Teilen ihrer Leber geboten; der Mann und vier mutmaßliche Helfer wurden festgenommen
(Freie Presse Chemnitz 13.3.14 S.8)
- Ein schwedischer Arzt hat vier Frauen mit transplantierten Gebärmüttern Embryos eingesetzt. Das teilte Mats Brännström, Gynäkologe an der Universität Göteborg, mit. Den Frauen seien zuvor eigene Eier entnommen worden, die vor der Einpflanzung künstlich befruchtet worden seien. "Aufgrund von Tierstudien und unserer Vorarbeit sind wir optimistisch, dass eine Schwangerschaft klappen wird", sagte der Mediziner. Nach maximal zwei Schwangerschaften werde den Probandinnen die Gebärmutter wieder entfernt;
Jede der Frauen, bei der das Experiment glückt, bekommt nach Angaben des Arztes eine kleine Dosis an Medikamenten. Damit will er vermeiden, dass der Körper den Uterus abstößt. Die Frauen verloren entweder ihre Gebärmutter durch Krebs oder wurden ohne Uterus geboren. Eins von 4.500 Mädchen weltweit kommt ohne Gebärmutter zur Welt.
(taz 7.3.14 S.18)
- Als Reaktion auf die bundesweiten Organvergabeskandale will die Bundesärztekammer ihre Politik gegenüber alkoholkranken Patienten verschärfen: Beim Zugang zu lebensrettender medizinischer Versorgung sollen Menschen mit alkoholbedingter Leber-Zirrhose "für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz einhalten", bevor sie auf die Warteliste für ein Spenderorgan aufgenommen werden dürfen. Das galt bereits bisher. Jedoch: Nachgewiesen werden soll die Abstinenz nicht mehr im Arzt-Patienten-Gespräch, sondern nun auch durch "Laborparameter zur Beurteilung des Alkoholkonsums". Konkret: durch Untersuchungen von Urin und Haaren, und zwar "bei jeder ambulanten Vorstellung des Patienten".
Das geht aus dem Entwurf für eine geänderte "Richtlinie für die Wartelistenführung zur Lebertransplantation" hervor, die die "Ständige Kommission Organtransplantation" (StäKO) der Bundesärztekammer in erster Lesung verabschiedet hat.;
Gegen die Richtlinienpolitik der Ärztekammer zu Alkoholkranken gibt es seit Jahren verfassungsrechtliche Bedenken, weil so eine ganze Patientengruppe von medizinischer Versorgung

faktisch ausgeschlossen wird. "Die Bundesärztekammer verfolgt weiterhin die Politik, lebensunwertes Leben zu definieren, das nicht gerettet werden dürfe", sagte der Münsteraner Juraprofessor Thomas Gutmann

(taz 25.2.14 S.9)

- Der Skandal um manipulierte Patienten-Wartelisten hat das Vertrauen der Bevölkerung in die Organspende nachhaltig erschüttert. In den westdeutschen Ländern sei die Zahl der Spender auf dem niedrigsten Stand seit Gründung der Deutschen Stiftung Organtransplantation vor 30 Jahren ... In den ersten 9 Monaten spendeten bundesweit nur noch 649 Menschen nach ihrem Tod Organe. Im vergleichbaren Zeitraum waren es im vergangenen Jahr 675, im Jahr 2012 noch 829. (Freie Presse Chemnitz 4.11.14 S.1)
- Australischen Ärzten ist es gelungen, ein Herz zu transplantieren, das nicht mehr geschlagen hat, bisher konnten nur Herzen von Hirntoten verpflanzt werden, die mit technischer Hilfe funktionsfähig waren; Operation in Sidney bisher 3x erfolgreich durchgeführt; zwei Erfindungen ermöglichten es, Herzen zu verpflanzen, die nicht mehr schlagen: eine Konservierungslösung für das Organ und eine Herz-Transport-Box, in der es in einen sterilen Kreislauf eingebunden wird, der es schlagen lässt und warm hält (Freie Presse Chemnitz 25.10.14 S.10)
- Sex, Nieren, Eizellen, Leihmütter – alles ist für Geld zu haben, die Regeln für diese Geschäfte mit dem Körper aber sind schwammig. Oder sie fehlen völlig. ... Für einen gut verdienenden Europäer oder Amerikaner mit einer schweren Krankheit sind gesunde Körperteile nur ein paar Mausklicks entfernt. Der deutsche Journalist Willi Germund hat vor Kurzem in einem Buch geschildert, wie er sich in Mexiko die Niere eines jungen afrikanischen Spenders einsetzen ließ. Organhandel ist in Deutschland zwar verboten, aber Fälle wie der von Germund werden toleriert. Der Journalist konnte seine Erlebnisse unbehelligt in Talkshows schildern. ... Der Markt für Körperteile wächst ständig. Im Libanon beispielsweise sinken die Preise für Nieren gerade, weil immer mehr verzweifelte Flüchtlinge Organe zum Verkauf anbieten. Zwischen 800 und 1500 Euro bekommen sie dafür. Vor Kurzem berichteten Vertreter der irakischen Regierung, dass auch die Terrororganisation "Islamischer Staat" (IS) in großem Umfang mit menschlichen Organen handle. Ärzte, die sich an den nötigen Operationen nicht beteiligen wollten, sollen getötet worden sein. ... Doch der Blick auf den Körper hat sich geändert. Früher war er Schicksal. Die Schönen und die Kräftigen hatten bessere Chancen im Leben, damit hatte man sich abzufinden. Wer krank war, musste sich arrangieren, Frauenbiografien wurden durch die Zahl der Schwangerschaften bestimmt. Dann kamen die Pille und andere Fortschritte in der Medizin. Im 20. Jahrhundert haben sich die Menschen im wohlhabenden Teil der Welt konsequent von ihren physischen Voraussetzungen emanzipiert. Damit wurde jeder zunehmend selbst dafür verantwortlich, ob er gesund bleibt, gut aussieht und jugendlich wirkt. Nicht nur Glück und Gene entscheiden darüber, sondern Disziplin, Bildung und, vor allem: das Einkommen. Botox, Schönheitschirurgen und gute Ernährung muss man sich leisten können und wollen, Gesundheit ist käuflich und deshalb zunehmend ein Statussymbol. ... (Die Zeit 1.4.15 S.4 - <http://www.zeit.de/2015/14/koerper-kommerzialisierung-essay/komplettansicht>)
- Katholische Deutsche Bischofskonferenz: Handreichung „Hirntod und Organspende“, 27.4.15, Broschüre, 40 Seiten, Bestellung: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Kaiserstr. 161, 53113 Bonn, Tel. 0228-103-111 <http://www.dbk-shop.de/de/hirntod-organspende.html> (dort auch Download)
- Evangelisch-Lutherische Landeskirche Sachsens, Handreichung „Organ- und Gewebespende“, Januar 2015, Broschüre, 40 Seiten, http://www.evls.de/doc/LKA_Organspende_web.pdf
- **Woher kommen Chinas Nieren?**
Etwa 10.000 Organe werden in China jedes Jahr transplantiert. Gemessen an der Zahl, liegt das Land damit nach den USA weltweit an zweiter Stelle. Nicht verwunderlich also, dass der Schweizer Pharmakonzern Novartis in diesem Jahr eine dreijährige Beobachtungsstudie zu Nierentransplantationen in China begonnen hat, das ein großer Markt ist. Dafür sucht das Unternehmen 500 Patienten, denen eine Niere neu transplantiert wurde. Es möchte untersuchen, wie die Probanden auf das Präparat Myfortic reagieren, das die körpereigene Immunabwehr gegen ein Transplantat unterdrückt.
Solche Beobachtungsstudien dienen oft auch dem Marketing, weil ein Pharmakonzern das untersuchte Medikament später überzeugender bewerben kann. Die Herkunft der Organe für die Patienten der Novartis-Studie wirft allerdings Fragen auf: Noch 2013 stammte der Nachrichtenagentur Reuters zufolge, die sich auf Angaben der chinesischen Regierung bezog, mehr als die Hälfte aller in China transplantierten Organe von hingerichteten Strafgefangenen. ...
Tatsächlich waren mit der Erklärung von Hangzhou große Hoffnungen verbunden. Die chinesische Gesundheitsministerin persönlich versprach seinerzeit, China werde ab Mitte 2014 keine Organe von hingerichteten Häftlingen mehr verwenden. Doch China ließ den großen Versprechungen keine ebenso großen Taten folgen. Im Frühjahr 2014 wandten sich führende Funktionäre der Transplantation Society aus den USA und Australien in einem offenen Brief an den chinesischen Präsidenten Xi Jinping und

beklagten die fortdauernde Korruption und den Missbrauch im chinesischen Transplantationssystem. Die chinesische Führung versucht bereits seit 2010, ein Transplantationssystem aufzubauen, das internationalen Ansprüchen genügt. Grund dürfte auch sein, dass zahlreiche Gefangene mit Hepatitis B infiziert sind. Ein Pilotprojekt, das unter den Bürgern von elf Provinzen darum warb, die Organe verstorbener Angehöriger zu spenden, lieferte im ersten Jahr aber klägliche Ergebnisse: Nur rund 60 Spender waren zu verzeichnen. Erst seit das chinesische Rote Kreuz spendewillige Angehörige mit großzügigen Geldbeträgen lockt, wurde das Programm in der Bevölkerung besser angenommen – und 2013 auf ganz China ausgeweitet. In diesem Jahr soll es bis August immerhin 1.590 Spender gegeben haben. ...

versprach Huang Jiefu, Leiter des chinesischen Transplantationskomitees, Ende 2014 erneut, dass von Januar 2015 an keine Organe von Hingerichteten mehr verwendet würden. ...

mehr als 95% der in China transplantierten Organe stammten vor 10 Jahren von hingerichteten Gefangenen ...

etwa 10000 Organe werden in China jährlich transplantiert

(Die Zeit 29.10.15 S.26 - <http://www.zeit.de/2015/44/novartis-organtransplantation-china>)

- Organspende?

Der Neurochirurg Dag Moskopp und die Lungentransplantierte Insa Krey über die Frage, wie tot ein Hirntoter ist – und was Angehörigen helfen könnte ...

Herr Moskopp, Sie behandeln unter anderem Menschen mit schweren Hirnverletzungen oder Hirnblutungen. Und manchmal hilft alles nichts mehr.

Dag Moskopp: Ja. Eine Intensivstation ist wie eine Brücke von einer lebensgefährlichen Verletzung oder Erkrankung zurück ins Leben. Als Arzt betrete ich diese Brücke mit dem Anspruch, diesen Menschen zu retten. Manchmal muss ich mitten auf der Brücke erkennen, dass es das andere Ufer nicht gibt, dass es sinnlos ist weiterzugehen. Pro Jahr stelle ich bei etwa 20 Patienten den Hirntod fest, das heißt, die Funktionen von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm sind vollständig, zweifelsfrei und unbehebbar erloschen.

Warum machen Sie eine Hirntoddiagnostik? Wegen einer möglichen Organspende?

Moskopp: Nein, sondern primär der Klarheit wegen. Es ist ge-boten, jemandem Ruhe zu gewähren, wenn die Seele den Körper verlassen hat. Dazu bedarf es der Feststellung des Hirntodes. Erst dann darf die Frage nach einer Organspende gestellt werden.

Wie diagnostizieren Sie den Hirntod?

Moskopp: Es gibt eine Richtlinie, und wenn man Details daraus vernachlässigt, kann man nicht von Hirntod sprechen. Unter anderem gehört dazu: Es untersuchen zwei Fachärzte mit langjähriger Erfahrung in der intensivmedizinischen Behandlung schwerst hirnerkrankter Patienten. Der eine darf dem anderen nicht weisungsbefugt sein. Wenn einer zweifelt, gilt das. Beide Ärzte sind nicht im Transplantationsteam. Und der Patient muss zum Beispiel normalen Blutdruck haben, keine Entzündung des Nervensystems, er darf nicht unterkühlt sein, keine Drogen konsumiert haben. Sonst sind die Voraussetzungen zur Fest-stellung des Hirntodes nicht gegeben.

Was testen Sie?

Moskopp: Zum Beispiel, ob ein Mensch auf Schmerzreize in der Nase reagiert; ob die Pupillen sich verengen, wenn man einen Lichtstrahl darauf richtet; ob der Patient wirklich keinen Impuls zum Luftholen mehr hat. Fehlen diese Reflexe, deutet das auf einen Ausfall des Hirnstamms hin. Weil das alles nur eine -Momentaufnahme sein kann, müssen die Tests nach einer de-finierten Zeit wiederholt werden. Oder man nutzt apparatemedizinische Zusatzuntersuchungen. ...

Moskopp: Man hat 2013 die Angehörigen von 402 Hirntoten gefragt, warum sie einer Organspende nicht zustimmten. Nur ein Prozent der Leute sagte, sie vertrauten dem Hirntodkonzept nicht. In den meisten Fällen hatte sich der Patient früher gegen eine Organspende ausgesprochen, oder die Angehörigen wussten nichts über seine Haltung....

Herr Moskopp, welches Gegenargument hören Sie häufig?

Moskopp: Auf Veranstaltungen geht die Diskussion meist dahin, dass niemand „Tod“ definieren könne. Stimmt, das kann niemand, denn der Tod tritt nicht fallbeilartig ein. Es dauert lange, bis auch die letzte Knochenzelle oder Bindegewebszelle inaktiv wird und zerfällt. Auch ein Arzt, der bei einem Menschen außerhalb einer Intensivstation den Herztod feststellt, macht irgendwo einen Schnitt. Und zwar am Punkt der Unumkehrbarkeit. Das ist wie bei einem, der vom Zehnmeterurm springt: Wenn er oben abgesprungen ist, gibt es kein Zurück mehr, er wird unten ankommen. ...

Moskopp: Damit sagen Sie aber auch, dass unser Wesen vom Gehirn gesteuert ist. 1990 haben die evangelische und die katholische Kirche in einer gemeinsamen Erklärung gesagt: Ein hirn-toter Mensch könne nie mehr eine Beobachtung machen oder eine Wahrnehmung haben, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen; deshalb bedeute der Hirntod ebenso wie der Herztod den Tod eines Menschen. Heute wird das plötzlich alles wieder infrage gestellt, auch in der evangelischen Kirche. *Es gibt doch das geistliche Wort des scheidenden Ratsvorsitzenden Nikolaus Schneider: Christen und Christinnen können und dürfen der Organspende zustimmen.*

Moskopp: Aber die Evangelischen Frauen in Deutschland e. V. haben – offenbar mit gutem Ansinnen – 2013 eine sehr problematische Stellungnahme veröffentlicht, die dringlich und der Sache angemessener überarbeitet werden sollte. ...

Könnte man auf dem Organspendeausweis dazuschreiben, dass man eine Vollnarkose möchte bei der Organentnahme?

Moskopp: Hirntote können im Gehirn keine Schmerzreize mehr empfangen. Bei einer Organentnahme ist aber immer auch ein Anästhesist dabei, der alles koordiniert – zum Beispiel das Abklemmen der Gefäße. Und der Anästhesist führt das biologische Wesen, das da liegt, so, dass auch keine Reaktionen auftreten, die an Stress erinnern könnten, wie etwa erhöhter Herzschlag oder Schwitzen. Aber wenn jemand eine Narkose wünscht, würden wir das machen. Es wäre von der Sache her nicht erforderlich, das Anliegen ist aber menschlich verständlich.

Darf man Menschen moralisch kommen? Nach dem Motto: Du würdest deine Organe nicht spenden wollen – würdest du dann auch selbst keines annehmen, solltest du eines brauchen?

Krey: Wenn ich nicht spenden will, dann muss ich auch konsequent sein und sagen: Sollte es mir selbst schlecht gehen, werde ich auch keine Spende wollen. ...

Krey: Ja! Ich habe im Bekanntenkreis zwei Familien, die sich für die Organspende eines Angehörigen entschieden haben, aber sie sagen heute: Wie das im Krankenhaus gelaufen ist, dass wir keine feste Ansprechperson hatten, wie dann der Arzt mit uns zwischen Tür und Angel gesprochen hat, der war überfordert, wir waren überfordert – diese Situation war unwürdig.

(Chrismon 11-2014 S.28 - <http://chrismon.evangelisch.de/artikel/2014/organspende-22534>)

- Seit Jahren wird erforscht, ob Organe Von Schweinen auch Menschen eingesetzt werden könnten. Ein Langzeitversuch zeigt ermutigende Ergebnisse.
BETHESDA - Dank eines speziellen Wirkstoffcocktails hat ein Schweineherz im Körper eines Affen gut zweieinhalb Jahre geschlagen – so lange wie nie zuvor. 945 Tage lang arbeitete das in den Bauchraum des Pavians implantierte Organ, wie US-amerikanische und deutsche Forscher berichten. ... Das größte Problem dabei sind bisher die heftigen Abstoßreaktionen bei spezieisfremden Implantaten. Diese Reaktionen hat das Team um Muhammad Mohiuddin von den National Institutes of Health (NIH) in Bethesda (US-Staat Maryland) nun bei fünf Pavianen vergleichsweise lange verhindern können. Den zwei bis drei Jahre alten Affen wurden Herzen genmodifizierter, sechs bis acht Wochen alter Schweine eingesetzt. Im Schnitt arbeiteten die Organe 298 Tage. Sie waren im Bauchraum der Affen an deren Blutversorgung angeschlossen, pumpten aber, ohne deren normale Herzfunktion zu ersetzen.
(Freie Presse Chemnitz 11.4.2016 S.A4)
- Seite 8 – Karl Waldeck, Akademiedirektor
... Ich will zudem eine einschlägige Statistik vom Juni diesen Jahres als – nicht neue – Problemanzeige anführen: In einer Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung antworteten auf die Frage: Man kann ja Organ- und Gewebespende werden, wenn man sich bereit erklärt, nach dem Tod seine Organe, z.B. für Nieren-, Leber-, oder Herzverpflanzungen oder seine Gewebe zur Verfügung zu stellen. Was halten Sie generell von Organ- und Gewebespende? Stehen Sie dem eher positiv oder eher negativ gegenüber? – Eher positiv 81 %, Eher negativ 9 %, Neutral 10 %. 81 Prozent haben »generell« eine positive Einstellung zur Organ- und Gewebespende; allerdings nur 32 Prozent der Befragten einen Organspendeausweis ausgefüllt. ...

Seite 65

... Teilnehmerin: In diesem Zusammenhang möchte ich auch nochmal erwähnen: Bei einem Patienten, der zwar nicht Organspender ist, bei dem trotzdem der Hirntod festgestellt worden ist, beenden die Krankenkassen das Verhältnis zum Patienten genau in diesem Moment. Wenn jetzt einer kommt und sagt: Ich möchte aber nicht, dass die Geräte abgestellt werden, dann wird einem die Privatrechnung zugestellt. Und dieser Patient, wo der Hirntod festgestellt worden ist, ist noch elf Tage weiter behandelt worden, beatmet, fiebersenkend, antibiotische Behandlung und da waren 27.000 Euro fällig, die mussten die Angehörigen bezahlen und bei der Gerichtsverhandlung wurde das mäßigend auf 10.000 Euro heruntergesetzt. Das heißt also, viele wissen natürlich auch nicht, dass mit dem Hirntod auch die Behandlung oder vielmehr die Kosten nicht mehr übernommen werden. Da muss man auch ethisch schauen, sind die Angehörigen jetzt schon in der Lage Abschied zu nehmen, wenn man in dem Moment jetzt sagt »hirntot«. Denn dann müssen die Geräte abgestellt werden, weil ansonsten ja das Krankenhaus die Kosten tragen muss oder die Angehörigen. Da läuft praktisch die Parkuhr. ...

Seite 68

... Teilnehmerin: Ich wollte etwas zu dem »Anderen Organspendeausweis« sagen und zwar zu der Ankreuzmöglichkeit, dass man die zu Explantierenden bis in den OP hinein begleitet. Das finde ich eigentlich unglaublich. Denn wer ist mit »eine stellvertretende Person« gemeint? Das müsste ja nicht nur eine OP-Schwester sein. Auch eine Seelsorgerin wäre doch absolut überfordert, bei einer Explantation dabei zu sein. Mal abgesehen davon, dass das nie im Leben erlaubt werden Würde im OP. Das finde ich total irreführend und auch nicht in Ordnung in dem Ausweis. Das muss erklärt werden, um Missverständnissen vorzubeugen.

Dr. Wollrad (Evangelisches Zentrum für Männer und Frauen): Es gibt ja den Fall, dass z.B. bei einem

Kaiserschnitt der Ehemann mit in den OP darf. Den eigentlichen Eingriff kann er nicht sehen – es werden entsprechende Vorhänge aufgebaut, er schaut nicht auf den OP-Tisch – aber er darf z.B. den Kopf seiner Frau halten. Das ist möglich. Unsere Idee war analog dazu zu sagen, natürlich je nachdem, Was die Angehörigen auch verkraften oder wenn die Seelsorgenden sagen, es wäre für sie vorstellbar, dass eine Person mit in den OP geht und genau diese Situation vorfindet, dass es abgehängt wird aber er oder sie die Möglichkeit hat, stellvertretend für die Angehörigen den Kopf zu halten. Warum ist das so ausgeschlossen?

Teilnehmerin: Weil das eine hohe Stresssituation für das OP-Team ist. Da leiden selbst die erfahrensten Profis drunter und das ist Hochstress. Das würde denjenigen tagelang verfolgen, der das nicht gewohnt ist, der das ganze Setting nicht kennt. Das finde ich äußerst problematisch. ...

Seite 70ff. – Margot Papenheim, Evangelische Frauen in Deutschland

Kampagne für einen anderen Organspendeausweis

... + Die Unanschaulichkeit des Hirntodes

Wer jemals einen Menschen im Sterben begleitet hat, weiß, dass Sterben ein Prozess ist. In diesem Prozess ist das Erlöschen der Hirnfunktionen mit dem Ausfall des Atemzentrums ein – auch intensivmedizinisch – nicht mehr umkehrbares Ereignis. Für Angehörige bedeutet das, dass sie sich – im Falle einer Einwilligung zur Organentnahme – von ihrer oder ihrem Lieben verabschieden müssen, während die Haut noch warm ist, das Herz schlägt, die Brust sich atmend hebt und senkt. Erst nach der Explantation, die oft viele Stunden nach der Hirntoddiagnose abgeschlossen ist, sind die Todeszeichen sichtbar, die wir sinnlich wahrnehmen können: Der Körper ist kalt und leblos, es ist kein Herzschlag zu spüren.

Dieses Unbehagen macht auch Pfleger innen auf der Intensivstation zu schaffen –Vielen von ihnen leuchtet die Behauptung, das seien nur »scheinbar lebende«, in Wirklichkeit aber tote Menschen, nicht ein. Untersuchungen zufolge empfindet knapp die Hälfte der Pflegenden die Pflege von Patient_innen mit diagnostiziertem Hirntod als belastend. Denn die Versorgung einer hirntoten Person bis zur Explantationsoperation unterscheidet sich in weiten Teilen nicht von der Versorgung einer schwer hirntoteten Person. Zudem müssen Pflegenden und behandelnde Ärzt_innen unmittelbar nach Feststellung des Hirntodes und Freigabe der Explantation die Zielrichtung ihrer Tätigkeit ändern: vom Wohl der/des zu Behandelnden beziehungsweise zu Pflegenden zur Erhaltung und Optimierung der Organe im Interesse der Empfänger innen – Was individuell als schwerer Konflikt mit den Maßgaben des beruflichen Ethos erlebt werden kann. Darum wollen wir eine Regelung im TPG, dass niemand verpflichtet ist, an spendeoptimierender Pflege und Explantation hirntoter Patient_innen mitzuwirken. + Medizinische Zweifel

Das Unbehagen angesichts der Unanschaulichkeit des Hirntodes kann nicht einfach als »irrational« weggeredet werden. Auch medizinische Forschungsergebnisse lassen die Gleichsetzung von Hirntod und Tod als fragwürdig erscheinen. Können Wir von »Toten« sprechen, wenn künstlich beatmete Hirntote Infektionen durch Fieber bekämpfen oder auf Schmerzreize mit Blutdruckanstieg reagieren? Wenn hirntote Kinder Wachsen und sogar ihre Geschlechtsentwicklung fortsetzen und hirntote Männer Erektionen haben können? Wenn Schwangerschaften hirntoter Frauen über Monate aufrechterhalten und diese dann von gesunden Kindern entbunden werden können.

Nehmen wir die auch im naturwissenschaftlichen Bereich zunehmende Raum greifende Erkenntnis, dass Hirntote keine Leichen, sondern sterbende Menschen sind, für wahr, dann bedeutet das: Bei der Explantation von Organen von Hirntoten werden diese Organe einem sterbenden Menschen entnommen. ...

Der Ausweis ist anders, weil er auf die Bedeutung einer Organspende für die Angehörigen aufmerksam macht. Die Möglichkeit, der Organentnahme nach Hirntod unter der Bedingung einer Begleitung (durch eine_n Angehörige_n oder, sicher eher, eine andere Person) in den OP zuzustimmen, wirkt dem – in manchen Fällen traumatisierenden – Gefühl von Angehörigen entgegen, ihre Liebsten letztlich doch beim Sterben allein gelassen zu haben. Zu wissen, dass ihr oder ihm bei der Entnahmeoperation ein Mensch den Kopf gehalten hat, der nur für ihn oder sie da war und keine anderen Interessen hatte, könnte bei der Trauerverarbeitung helfen. Und es würde dem Verdacht mancher entgegenwirken, dass bei der Entnahmeoperation nicht angemessen würdevoll mit den Organspender innen umgegangen wird.

Seite 76ff. – Plenumsdiskussion auf der Tagung des Evangelischen Juristenforums

... Reinhard Merkel, Philosoph:

Man darf aber die Dinge, die hier stattfinden, nicht mit Euphemismen vernebeln. Wir würden eine Grundnorm dieser Gesellschaft antasten: Dass niemand zugunsten Dritter getötet werden darf – selbst wenn er seine Einwilligung gegeben hat. Diese Grundnorm ist auch Strafrechtlich geschützt. Die Tötung auf Verlangen ist verboten.

Ich möchte einmal wissen, wie die Evangelische Kirche mit dem Problem Sterbehilfe umginge, wenn sie durchsetzen könnte, dass der Hirntote, der zwar angeblich lebt und nach der Organentnahme durch den Arzt ganz sicher tot ist, dass dieser also getötet werden darf, wenn er vorher seine Einwilligung gegeben hat.

Damit komme ich zu meinem Zweiten Punkt. Dass diese Art der Organentnahme eine Tötung auf Verlangen ist – denn wenn der Spender Vorher gelebt hat und hinterher tot war, dann ist der Akt, der diese beiden Zustände kausal verbunden hat, eine Tötung gewesen – daran kommt man nicht recht vorbei. Was Sie dann aber auf jeden Fall zwingend und vollständig abschaffen müssten, ist die Organexplantation bei kleinen Kindern. Meinetwegen mag man ja sagen, dass der Erwachsene mit dem Argument der Verfügung über das eigene Sterben einwilligen dürfe, wenn ihm mit tödlicher Folge als noch Lebendem ein Organ entnommen werden soll. Aber ganz sicher darf das niemand für Dritte, die ihrerseits nicht einwilligungsfähig sind. Selbstverständlich dürfen Eltern nicht in die Tötung ihrer Kinder einwilligen.

Ich bin aber insofern auf Ihrer Seite, als man in der Frage des Todes ehrlich sein soll. Nur bin ich dann auch konsequenter Weise ehrlich im Hinweis auf die Folge, die es hat, Wenn der Hirntod als Tod des Menschen nicht akzeptiert wird: Dann müssen wir die Organtransplantation verbieten. ...

Margot Papenheim: ... Was die Frage »Wer darf dann darüber entscheiden?« betrifft, würde ich die Grenzen anders ziehen. Da ist nicht die Frage Eltern über Kinder, sondern grundlegender die Frage: Darf es so eine weitgehende Regelung geben, dass Angehörige diese Entscheidung treffen? Ich hatte vorhin die Zahlen genannt: 12 Prozent. Das heißt de facto, dass nur in 12 von 100 Fällen die Entscheidung der oder des Sterbenden vorliegt bei der Entscheidung über die Entnahme von Organen. In 8 von 100 Fällen entscheiden die Angehörigen und in einem Viertel der Fälle ohne den geringsten Anhaltspunkt – das sind DSO-Zahlen, die kann man nachlesen –, was die oder der Verstorbene gewollt hätte. Das ist in der Tat ein relativ großer Skandal, ebenso wie ich es für einen Skandal halte, dass die Entscheidung Organe zu spenden in unserer Gesetzgebung von 16-Jährigen getroffen werden kann. Sie dürfen sich als 16-Jährige keinen Zahn ziehen und kein Nabelpiercing machen lassen ohne Zustimmung der Erziehungsberechtigten, Wohl aber die nicht mehr anfechtbare Entscheidung zur Organspende treffen. ...

Merkel: ... Also: die Mediziner haben festzustellen, ob die Kriterien des Hirntods im Einzelfall erfüllt sind. Aber ob das dann der Tod des Menschen ist, ist keine medizinische Frage. In diesem Fall hat der Gesetzgeber sich gedrückt im Transplantationsgesetz, das kann man so sagen. Wohl gab es eine Neigung zu sagen, der Hirntod sei als menschlicher Tod plausibel. Aber so richtig getraut, das reinzuschreiben, haben sie sich nicht. Also haben sie eine Zweifache Umschreibung gemacht, das haben wir gehört: Erstens, keine Entnahme vor vollständigem Erlöschen aller Hirnfunktionen; und Zweitens keine Entnahme vor dem Tod des Menschen. Dass beides aber deckungsgleich sei, ergibt sich aus dem Gesetz nicht. Das zu konstatieren hat der Gesetzgeber dann tatsächlich halb unentschlossen und meines Erachtens ganz unplausibel den Ärzten zugeschoben. ...

Ferbert: ... Ich hatte ja selber gesagt, dass ein breiter gesellschaftlicher Konsens erforderlich ist. Trotzdem glaube ich, muss der Arzt, wenn er den Kittel anzieht, nicht seine Meinung zu den Konzepten ablegen und nur noch den Reflexhammer nehmen. Der Gesetzgeber hat diese Richtlinie nicht im Bundestag abgestimmt, aber sehr wohl hat es Monate gedauert, bis der Entwurf, den wir erstellt haben, Vom Bundesgesundheitsministerium und Vom Justizministerium Wieder Zurückkam. Beide Ministerien haben da mitgearbeitet. Es ist kein Gesetz in dem Sinn, aber es war nicht nur die Bundesärztekammer, sondern die hat schon auch die Politik mit einbezogen. ...

Herr Roth: Ich bin ärztlicher Mitarbeiter einer neurologischen Klinik und ich möchte aus der Praxis berichten. Es ist ganz wichtig, dass wir diese Definition des Hirntodes haben für uns als Mediziner. Warum? Weil wir trennen müssen Zwischen Organexplantation und Hirntod. Der Hirntod bedeutet, der Patient ist in dem Moment tot. Was bedeutet das? Wir beenden die Therapie, und zwar aktiv. Wir stellen die Beatmungsmaschine ab, wir setzen die Medikamente ab, wenn wir den Hirntod festgestellt haben. Das wird immer verknüpft, dass der Hirntod etwas mit Organexplantation zu tun hat. Das hat er primär erstmalgar nicht.

Für eine Reihe von Patienten kommt dann ein definitiver und klarer Schlusstrich, sowohl für uns als Ärzte, auch als Pflegepersonal, auch für die Angehörigen, für die dann ganz klar und eindeutig ist: Jetzt ist der Patient gestorben, indem wir den Hirntod festgestellt haben und indem die Richtlinien, so wie sie sind in Deutschland, relativ streng und klar sind. ...

Merkel: ... Wenn die Ärzte nicht wissen, dass der Hirntod als Tod des Menschen gesellschaftlich akzeptiert wird, dann entnehmen sie keine Organe mehr. ... Wir sollten ganz vorsichtig sein mit dem Antasten einer solchen gesellschaftlichen Grundnorm. Dass niemand getötet werden darf zugunsten Dritter. Wie wollen Sie denn die Sterbehilfediskussion noch ernsthaft führen? Zu seinen eigenen Gunsten kann der Schwerstleidende auf Verlangen nicht getötet werden, aber Zugunsten Dritter, als Organspender, soll er getötet werden dürfen? Das ist alles nicht konsistent durchzuhalten. ...

Ferbert: ... Sobald die künstliche Beatmung eingestellt wird, tritt der Tod des Gesamtorganismus ein. Da bleibt das Herz stehen, es stellen andere Organe ihre Funktion ein. ... Das dauert, das wissen wir ziemlich genau, etwa drei Minuten, denn drei Minuten kann das Herz ohne Sauerstoff auskommen. Da gibt es noch Sauerstoffreste im Blut, da schlägt das Herz noch. Aber nach drei Minuten ohne Sauerstoffzufuhr ist der Patient gestorben. Es können vielleicht auch mal fünf Minuten sein, aber in diesem kurzen Zeitbereich bewegt sich das. ...

(epd-Dokumentation 10. Januar 2017

Hirntod und Organspende – Impulsvorträge und Diskussion. Tagung des Evangelischen JuristenforUmS, Kassel, 19. April 2016

Zwischen Leben und Tod – grundlegende Aspekte der Organspende. Tagung der Evangelischen Akademie Hofgeismar, Kassel, 14. September 2016)

- Rund 82 Prozent der Deutschen sind einer Umfrage zufolge grundsätzlich offen für eine Organspende: 30 Prozent der 14- bis 64-Jährigen wären »bestimmt« und weitere 21 Prozent »wahrscheinlich« zur Spende von Organen bereit, heißt es. 31 Prozent der Befragten gaben demnach an, dass sie »eventuell« nach ihrem Tod Organe Spenden würden. Nur knapp jeder Fünfte würde dies »bestimmt nicht« Oder »wahrscheinlich nicht« tun. Die Barmer Krankenkasse befragte 1000 ihrer Versicherten im Alter von 14 bis 64 Jahren. Dabei habe sich gezeigt, dass Menschen eher zur Organspende bereit sind, wenn sie sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt hätten, hieß es. (Sonntag11.6.17 S.2)
- Transplantation von Händen
 ... Das Kind hatte mit zwei Jahren eine von Bakterien ausgelöste Blutvergiftung erlitten, die unter anderem zu Nierenversagen und dem | Verlust der Hände, von Teilen der Unterarme und der Füße führte. Als | ihr Sohn vier Jahre alt war, spendete die Mutter ihm eine Niere. Später wurden dem Jungen über eine Spenderliste Hände zugewiesen. Über den Spender ist nichts bekannt. - Eineinhalb Jahre lang bereiteten Ärzte, Kinderpsychologen und Sozialarbeiter den kleinen Zion Harvey auf die schwierige Operation und die langwierige Behandlung vor. Aus medizinischer Sicht war vor allem die Verbindung der kleinen Nerven und Blutgefäße eine Herausforderung. Die OP dauerte dann auch fast elf Stunden. In den Wochen und Monaten nach der Transplantation trainierte der Junge seine neuen Hände. Nach und nach nahm er immer mehr Reize über die neuen Gliedmaßen wahr und konnte Sie bald immer besser bewegen und einsetzen. Inzwischen geht es für Zion Harvey darum, sich wieder in Sein soziales Umfeld einzugliedern und auch zur Schule zu gehen. Der positive Verlauf der Hand-Transplantation bei einem Kind sei eine Premiere, schreiben die Autoren. Schon häufiger sei es gelungen, ganze Gliedmaßen zwischen eineiigen Zwillings-Kindern zu übertragen. Noch nie seien jedoch Extremitäten zwischen nicht verwandten Kindern erfolgreich übertragen worden. Ein solcher Versuch sei zuletzt mit dem Tod eines Jugendlichen gescheitert. Der Fall des zehnjährigen Jungen lässt sich in eine ganze Reihe von spektakulären Transplantationen stellen, zu denen Ärzte mittlerweile in der Lage sind. Schon im Jahr 2000 hatten Sie einem erwachsenen Mann neue Hände verpflanzt. Drei Jahre später transplantierten Ärzte in Wien erstmals eine Zunge. Einer Französin wurden bereits Mund und Nase eines toten Spenders übertragen und im Jahr 2014 erhielt ein 21-jähriger Südafrikaner einen neuen Penis. Wenige Monate später zeugte er ein Kind. (Freie Presse Chemnitz 24..7.17 S.A4)

FAKTEN – QUELLEN – ZUSAMMENHÄNGE – MEINUNGEN

zu den Themenbereichen

Hirnforschung und Willensfreiheit, Verhalten, Bewusstsein
--

Sammlung 1 (bis 2005) ab Seite 59

Sammlung 2 (2005 bis 2018) ab Seite 90

FAKTEN – QUELLEN – ZUSAMMENHÄNGE – MEINUNGEN

zu den Themenbereichen

**Hirnforschung und Willensfreiheit,
Verhalten, Bewusstsein**

**Sammlung 1
bis 2005**

Inhalt

<u>1. ausführliche Exzerpte aus dem Buch:</u>	
Geyer, C.; Hrsg.: Hirnforschung und Willensfreiheit, Suhrkamp Frankfurt/Main 2004	60
<u>2. Einleitung</u>	76
<u>3. Einstiege</u>	76
<u>4. Geschichte des Leib-Seele-Problems</u>	76
<u>5. Aufbau, Entwicklung und Funktion des Gehirns</u>	78
<u>6. Hirnforschung</u>	80
<u>7. bildgebende Messverfahren in der Hirnforschung</u>	81
<u>8. Der Libet-Versuch</u>	82
<u>9. freier Wille</u>	82
<u>10. Schuldfähigkeit</u>	83
<u>11. Roth, Singer u.a.</u>	84
<u>12. kritische Kommentare</u>	84
<u>13. falsche Signale und Deutungen aus dem Gehirn</u>	85
<u>14. Gott im Gehirn</u>	86

1. Geyer, C.; Hrsg.: Hirnforschung und Willensfreiheit, Suhrkamp Frankfurt/Main 2004

in () Seitenangabe

(9) Unser Leben ist eine Illusion. Das ist der lapidare Befund, mit dem Neurowissenschaftler die Szene aufmischen.... „In Wirklichkeit“ denke niemand, sondern das Gehirn spiele ein Spiel der Neuronen, bei dem das Selbst kein Wörtchen mitzureden habe... Zu diesen Illusionen gehört das Selbst selbst und die ganze Art, wie es seine Lebenswelt erlebt – also nicht nur sein Denken, sondern auch sein Fühlen und Wollen, sein Glauben, Hoffen und Lieben.

(9) Um die Möglichkeit oder Unmöglichkeit von Freiheit ringt die Geistesgeschichte seit je.

(10) Physiologie und Neurologie im Verbund mit innovativen anatomischen Konzepten (wichtige) Beiträge zur Lokalisationswissenschaft geleistet

darauf aufbauend große therapeutische Erfolge

immer einige Hirnforscher, die aus dem experimentellen Ausschnitt, in welchem sich ihnen der Mensch zeigte, Fundamentalaussagen über die menschliche Natur ableiten wollten

wollte Elite, Kriminalität und Psychopathie an der zellulären Struktur der Hirnrinde festmachen

(11) Hirnforscher als unerschrockene Einheitswissenschaftler, die mit ihren experimentellen Waffen noch einmal einen Umsturz in der Anthropologie wagen möchten

(11) Thema bringt volle Säle... Am Eingang ist die Tafel angebracht: „Der freie Wille ist eine Illusion. Eltern haften trotzdem für ihre Kinder.“

(11) ... längst desillusioniert?

Sind wir nicht lange vor den Neuronen bereits durch das Schicksal und das Milieu determiniert worden?

(12) Kant: „Selbst der hartnäckigste Skeptiker gesteht, dass, wenn es zum Handeln kommt, alle sophistischen Bedenklichkeiten wegen eines allgemein täuschenden Scheins wegfallen müssen. Ebenso muss der entschlossenste Fatalist, der er ist, solange er sich der bloßen Spekulation hingibt, dennoch, sobald es ihm um Weisheit und Pflicht zu tun ist, jederzeit so handeln, als ob er frei wäre ...“

So steht es also um uns: Wenn die Praxis kommt, kneift die Theorie ... gemäß Kant: Was in der Praxis gilt, gilt in der Theorie noch lange nicht. Nun aber, da die Hirnforscher auf den Plan treten, steht es anders. Nun ist es keine Theorie, die die Praxis in Frage stellt, sondern die Praxis selbst; keine Metaphysik, sondern Physik und Chemie, keine Spekulation, sondern das exakte Experiment. ...

Als Praxis tritt jetzt die experimentell beglaubigte Perspektive der Hirnforschung auf, als Theorie fungiert die als verstiegen entlarvte (falsche, illusionäre JK) Perspektive der Lebenswelt.

(13) grundsätzliche Argumente gegen Libet-Versuch:

- Strukturierung des experimentellen Befunds durch die Situation des Experiments
- Abbildung des untersuchten Organismus auf das Reflexmodell von Reiz und Reaktion
- Entkopplung der beobachteten Funktion von einer Genese der langen Dauer
- Erklärung der Befunde mit dem Vokabular der (illusionären JK) Lebenswelt
- damit aber spricht kein noch so exakter Befund für sich selbst, sondern ist abhängig von einem Deutungsschema; Experimente müssen jederzeit reproduzierbar sein
 - damit bleibt jeder Befund ein theoretisches Produkt
 Theorie steht gegen Theorie
- Libet 1999: „dass die Existenz eines freien Willens mindestens eine genauso gute, wenn nicht bessere wissenschaftliche Option ist als ihre Leugnung durch die deterministische Theorie

(14) Erlebens-Perspektive „Ich kann auch anders“ gegen Laborperspektive „Freiheit ist eine Illusion“

(14) Entlastungseffekt: die tausend Gründe, die täglich durch den Kopf gehen, lassen sich nun als neuronale Kausalbeziehungen übersetzen

(15) neben Feuer, Wasser, Luft und Erde platziert sich die Nervenzelle als Urgrund des Seins ... nicht Leidenschaften und Interessen sind wichtig, sondern das hochaufgelöste Magnetresonanzbild ... unstetes Leben aus allem Zeitlichen und Unklaren herausreißen und in den Bereich des Notwendigen, des Kristallinisch-Gesetzmäßigen überführen

(16) „Wir können unseren freien Willen nicht wegdenken“

Stellen Sie sich vor, Sie haben in einem Restaurant die Wahl zwischen Kalb- und Schweinefleisch und sollen sich entscheiden ... Wenn man dem Kellner sagte: „Sehen Sie, ich bin Determinist ... ich werde einfach warten und sehen, was ich bestelle ...“

(16) die Laborperspektive (ich selbst als unfreie Funktion autopoietischer Nervennetze) gewinnt keinerlei Anschaulichkeit; da erscheint nichts unvereinbar

(17) extreme Denksportaufgabe, „die Kathedrale von Chartres, den Code Civil oder die Machetennarben der Opfer von Ruanda als „reine Epiphänomene neuronaler Prozesse“ zu deuten

(17) Searle: Determinismus und Willensfreiheit sind nicht verträglich; „Die These des Determinismus behauptet, dass allen Handlungen kausal hinreichende Bedingungen vorhergehen. Die These der Willensfreiheit behauptet, dass manchen Handlungen keine hinreichenden kausalen Bedingungen vorhergehen. Wenn man Willensfreiheit so definiert, dann ist sie die Negation des Determinismus.“ Searle besteht auf „Lücken“, die sich zwischen Überlegen, Entscheiden und Handeln ergeben. Typischerweise empfindet man die Gründe, die für eine Entscheidung den Ausschlag gaben, nicht als kausal hinreichend im Sinne eines Erzwingens dieser Entscheidung. Dieses Lückenbewusstsein nennt Searle Freiheit ... Es heißt nicht „A verursachte B“ sondern „Ein Selbst S vollzog die Handlung H und handelte dabei wegen des Grundes G“

(18) schon die Dualisten John Eccles und Sir Karl Popper machten gegen den Epiphänomenalismus den Einwand geltend, dass er allem zuwiderläuft, was wir über die Evolution wissen ... die Prozesse der bewussten Rationalität sind ein so wichtiger, überdies biologisch so kostspieliger Teil unseres Lebens ... mit den Prinzipien der Evolution unvereinbar, wenn ein Phänotyp dieser Größenordnung überhaupt keine funktionale Rolle im Leben und für das Überleben des Organismus spielen würde
Annahme, dass bewusste Prozesse funktional so leer laufen wie ein Blinddarm ...

(19) Zusammen mit Gerhard Roth dominieren die Thesen Wolf Singers die öffentliche Debatte

(19) erste Versuche, den „neurobiologischen Gottesbeweis“ zu führen

(20ff) Prinz:

EEG Potentialmessungen (Reiz, Vorbereitungspotential, Reaktion – Zeitmessungen)

bildgebende Verfahren: man kann sehen, welche Strukturen im Gehirn an bestimmten Prozessen beteiligt sind

es gibt Strukturen, die für Handlungen, aber auch für Wahrnehmungen gleichzeitig zuständig sind (z.B. Versuchsperson, die einer anderen bei einer Handlung nur zuschaut; Bereiche beteiligt, die an der Vorbereitung von Handlungen mitwirken

„Wir tun nicht, was wir wollen, sondern wir wollen, was wir tun.“ (Prinz)

Experimente von Libet 1979, die dem Alltagsverständnis unseres Handelns widersprechen. Wir glauben, dass wir, wenn wir handeln, uns erst entscheiden und dann tätig werden. Ich als mentaler Akteur kommandiere meinen physischen Körper: Ich tue, was ich will.

Die Wissenschaft erklärt unser Handeln aber anders. der Interpretation des Libet-Versuchs zufolge findet eine Entscheidung früher im Gehirn als im Bewusstsein einer Person statt. Das kann nur bedeuten, dass unser bewusster Willensimpuls so etwas wie ein Ratifizieren einer Entscheidung ist, die das Gehirn schon getroffen hat: Ich will, was ich tue.

Allerdings muss man beachten, dass die Libet-Situation einen sehr engen Zeitrahmen hat. Und wie weit man von dieser Situation auf andere Situationen schließen kann ist noch eine offene Frage.

Sind die Libet-Experimente ein Hinweis darauf, dass wir durch unsere Gehirne determiniert sind?

Ja, aber um festzustellen, dass wir determiniert sind, bräuchten wir die Libet-Experimente nicht. Die Idee eines freien menschlichen Willens ist mit wissenschaftliche Überlegungen prinzipiell nicht zu vereinbaren.

Wissenschaft geht davon aus, dass alles, was geschieht, seine Ursachen hat und dass man diese Ursachen finden kann. Für mich ist es unverständlich, dass jemand, der empirische Wissenschaften betreibt, glauben kann, dass freies, also nichtdeterminiertes Handeln denkbar ist. ...

Wenn wir wissenschaftlich denken, ist die(se) dualistische Position unhaltbar. Die Wissenschaft liebt Monismus und Determinismus ...

Naturwissenschaften und Geisteswissenschaften kommen nicht zusammen, da die meisten Überlegungen zu einer Philosophie des Geistes alltagspsychologische Intuitionen als Fundament nehmen. Gerade die wären aus der Sicht des Naturwissenschaftlers zu hinterfragen.

Philosophen: meine Wahrnehmung der Außenwelt ist vermittelt und kann richtig oder falsch sein, aber wenn ich über mein Seelenleben rede, bin ich unmittelbar bei mir selbst □ das was ich über mich weiß, kann nicht falsch sein (keine Wahrnehmung, keine Vermittlung dazwischen);

Gegenbeispiele: multiple Persönlichkeiten – entwickeln (z.B. nach frühkindlicher Traumatisierung) verschiedene „Ichs“ ...

Unsere Willensfreiheit gilt auch in der Alltagspsychologie als eingeschränkt (Charaktereigenschaften, Alkoholkonsum) ...

Hat man (damit) schon verstanden, wie das Ganze funktioniert ...?

Nein. Die Biologen können erklären, wie die Chemie und die Physik des Gehirns funktionieren. Aber niemand weiß bisher, wie es zur Ich-Erfahrung kommt und wie das Gehirn überhaupt Bedeutungen hervorbringt.

(27ff) Birbaumer:

An die Stelle des „Ich“ rutschte der „Neokortex, an die Stelle des „Es“ das „limbische System“ und an Stelle des „Über-Ich“ der „mediale Präfrontalkortex“ ... Verhalten, vollständig determiniert von der Elektrophysiologie der Hirnmechanik“. Freier Wille und Verantwortung sind eine Illusion unseres Gehirns, welches die Ursachen für ein Verhalten fälschlich zeitlich vor die Handlung verlegt, obwohl die Entscheidung schon längst ohne jede Mitwirkung von Bewusstsein oder Entscheidungsprozessen davor gefallen ist Libet-Experiment, bei dem langsame Hirnpotentiale lange vor dem Bewusstwerden der Entscheidung für eine Handlung auftraten und somit die Handlung und Entscheidung bereits längst vor jeder bewussten Entscheidung „determiniert“ ist. ...

Jeder vernünftige Mensch stimmt mit uns Hirnforschern darin überein, dass die gemeinsame Endstrecke allen Verhaltens und Denkens im Gehirn liegt (wo sonst?), aber eben nur die Endstrecke. Davor liegt eine lange Geschichte sozialer Vorgänge, welche in einer schwer zu quantifizierenden Art und Weise auf unser Gehirn einwirken. Das Gehirn wirkt als eine Art Filtersystem eingebettet in die sozialen und historischen Prozesse ...

Das „Wo“ sagt aber wenig zum „Was“

(30) Wolf Singer (Dir. des Max-Planck-Instituts für Hirnforschung Frankfurt/Main):

Verschaltungen legen uns fest: Wir sollten aufhören, von Freiheit zu sprechen

Die Aufklärung der neurologischen Grundlagen höherer kognitiver Leistungen ist mit epistemischen Problemen behaftet.. Eines folgt aus der Zirkularität des Unterfangens, das Explanandum und Explanans eins sind. Das Erklärende, unser Gehirn, setzt seine eigenen kognitiven Werkzeuge ein, um sich selbst zu begreifen, und wir wissen nicht, ob dieser Versuch gelingen kann. Ein weiteres Problem rührt daher, dass sich unser Gehirn evolutionären Prozessen verdankt, die nicht notwendigerweise zur Ausbildung eines kognitiven Systems führten, das unfehlbar ist.

Wir können nur erkennen, was wir beobachten, denkend ordnen und uns vorstellen können...

Unsere kognitiven Funktionen beruhen auf neuronalen Mechanismen, und diese sind ein Produkt der Evolution. Nun deutet wenig darauf hin, dass die evolutionären Prozesse daraufhin ausgelegt sind, kognitive Systeme hervorzubringen, welche die Wirklichkeit so vollständig und objektiv wie nur irgend möglich zu erfassen vermögen. Im Wettbewerb um Überleben und Reproduktion kam es vorwiegend darauf an, aus der Fülle im Prinzip verfügbarer Informationen nur jene aufzunehmen und zu verarbeiten, die für die Bedürfnisse des jeweiligen Organismus bedeutsam sind. Wie die hohe Selektivität und Spezialisierung unserer Sinnesorgane ausweist, betrifft dies nur einen winzigen Ausschnitt der uns inzwischen bekannt gewordenen Welt. Organismen, die sich in andere ökologische Nischen hineinentwickelten, interessieren sich notgedrungen für andere Eigenschaften der Welt und haben ihre Sinnesorgane entsprechend angepasst. Zusätzlich zu dieser Optimierung der Signalaufnahme kam es darauf an, die verfügbare Information möglichst schnell in zweckmäßige Verhaltensreaktionen umzusetzen... Umfassende Weltbeschreibungen sind dem kaum dienlich. ...

Unsere Sinnessysteme sind zwar hervorragend angepasst, um aus wenigen Daten sehr schnell die verhaltensrelevanten Bedingungen zu erfassen, aber sie legen dabei keinen Wert auf Vollständigkeit und Objektivität. ... bilden nicht getreu ab, sondern rekonstruieren ... bedienen sich des im Gehirn gespeicherten Vorwissens ... zwei Quellen: im Laufe der Evolution erworbenes Wissen (im Genom verwaltet, in Architektur und Arbeitsweise von Gehirnen wirksam) ... zu Lebzeiten durch Erfahrung erworbenes Wissen ... Gehirne nutzen dieses Vorwissen, um Sinnessignale zu interpretieren und in größere Zusammenhänge einzuordnen. Unsere als objektiv empfundenen Wahrnehmungen sind das Ergebnis solcher konstruktiver Vorgänge. ... Zudem lassen sich durch technische Sensoren Informationsquellen erschließen, die unseren natürlichen Sinnen nicht zugänglich sind ...

wissenschaftliche Erkenntnis ... führt oft zu Erklärungen, die unanschaulich sind oder für die Intuition unplausibel ...

Sorge, Denken könne auch nicht verlässlicher oder objektiver sein als Wahrnehmen ...

Attribute unseres Menschseins, die sich uns aus der Ersten-Person-Perspektive erschließen. unsere Gefühle, Wahrnehmungen und Selbsterfahrungen. ... Phänomene, die nur wir selbst wahrnehmen können, die erst durch unser Erleben in die Welt kommen. Glück, Schmerz, Leid, Stolz, Schmach und Kränkung sind nicht, wenn sie nicht erfahren werden. Und gleiches gilt für die Inhalte unserer Wertungen, für moralische Urteile und ethische Setzungen. ...

Diese immateriellen Phänomene erleben wir als ebenso real wie die Erscheinungen der dinglichen Welt ... sie sind uns allen gleichermaßen vertraut, weshalb wir Bezeichnungen für sie erfinden konnten, auf die wir

uns einigen können. Wir sprechen von freiem Willen und wissen, was wir darunter zu verstehen haben ...

Wir erfahren uns als freie und folglich als verantwortende, autonome Agenten.

Es scheint uns, als gingen unsere Entscheidungen unseren Handlungen voraus und wirkten auf Prozesse im Gehirn ein, deren Konsequenz dann die Handlung ist. Diese Überzeugungen erwachsen aus der Erfahrung, dass wir uns unserer eigenen Empfindungen, Wahrnehmungen, Erinnerungen, Absichten und Handlungen gewahr sein und auf diese Einfluss nehmen können ... mentale Prozesse können vor dem inneren Auge Revue passieren und wir können sie zu Objekten unserer Wahrnehmung machen ... geistige oder psychische oder seelische Phänomene erleben wir als Realitäten einer immateriellen Welt, an deren Existenz unsere Selbsterfahrung jedoch ebenso wenig Zweifel aufkommen lässt wie unsere Sinneswahrnehmungen an der Existenz der dinglichen Welt.

Wir begreifen uns also als beseelte Wesen, die an einer immateriellen, geistigen Sphäre teilhaben, deren Erscheinungen nur der subjektiven Erfahrung zugänglich sind.

Zugleich aber, und hier tritt der Konflikt auf, wissen wir uns mit der gleichen Gewissheit als der materiellen Welt zugehörig. Wir rechnen uns zu den Organismen, die ihr In-der-Welt-Sein einem kontinuierlichen evolutionären Prozess verdanken.

alle Komponenten dieses Prozesses Naturphänomene, die sich aus der Dritten-Person-Perspektive, also aus der Perspektive eines (äußeren JK) Beobachters, objektivieren und beschreiben lassen ...

Ausgangsbedingungen, Naturgesetze, Ausdifferenzierung zu Pflanzen und Tieren .. Wir gehen davon aus, dass es im Prinzip möglich ist, all diese Phänomene im Rahmen naturwissenschaftlicher Beschreibungssysteme fassen und erklären zu können.

Zu diesen von der Position eines Beobachters aus beschreibbaren Eigenschaften von Organismen gehört auch deren Verhalten ...

Wir haben kein Problem mit der Einsicht, dass tierisches Verhalten vollkommen determiniert ist, dass die jeweils folgende Aktion notwendig aus dem Zusammenspiel zwischen aktueller Reizkonstellation und unmittelbar vorausgehenden Gehirnzuständen resultiert...

Die zunehmende Verfeinerung neurobiologischer Messverfahren hat nunmehr die Möglichkeit eröffnet, auch die neurologischen Mechanismen zu analysieren, die höheren kognitiven Leistungen komplexer Gehirne zugrunde liegen. ... psychische Vorgänge ... werden zu objektivierbaren Verhaltensleistungen, die aus der Dritten-Person-Perspektive untersucht und beschrieben werden können. ... auch solche Leistungen, die uns bereits aus der Ersten-Person-Perspektive vertraut sind: Wahrnehmen, Vorstellen,, Erinnern, und Vergessen, Bewerten, Planen und Entscheiden, Fähigkeit, Emotionen zu haben ...alle im Sinne kausaler Verursachung auf neuronale Prozesse zurückführen ...

dass die kognitiven Funktionen mit den physiko-chemischen Interaktionen in den Nervennetzen nicht gleichzusetzen sind, aber dennoch kausal erklärbar aus diesen hervorgehen ...

dieser Sichtweise steht die von unserer Selbsterfahrung genährte Überzeugung gegenüber ... geistige Dimension von der dinglichen Welt unabhängig und verschieden ... erfahren unseren Willen als frei, als jedweden neuronalen Prozessen vorgängig. ... empfinden unser Ich den körperlichen Prozessen gewissermaßen gegenübergestellt ... empfinden uns in der Lage, unsere Stimmungen zu beherrschen, uns über Handlungsdeterminanten hinwegzusetzen ... Uns erscheint unser wahrnehmendes, wertendes und entscheidendes Ich als eine geistige Entität, die sich der neuronalen Prozesse allenfalls bedient, um Informationen über die Welt zu gewinnen und Beschlüsse in Taten umzusetzen ... Gefühl, dass wir es sind, die diese Prozesse kontrollieren.

Dies aber ist mit den deterministischen Gesetzen, die in der dinglichen Welt herrschen, nicht kompatibel.

Wir haben offenbar im Laufe unserer kulturellen Geschichte zwei parallele Beschreibungssysteme entwickelt, die Unvereinbares über unser Menschsein behaupten. Inkompatibilität zwischen Selbst- und Außenwahrnehmung ...

Neurowissenschaften liefern zunehmend überzeugendere Beweise dafür, dass sich tierische und menschliche Gehirne fast nicht unterscheiden, dass ihre Entwicklung, ihr Aufbau und ihre Funktionen den gleichen Prinzipien gehorchen. Da wir, was tierische Gehirne betrifft, keinen Anlass haben zu bezweifeln, dass alles Verhalten auf Hirnfunktionen beruht und somit den deterministischen Gesetzen physiko-chemischer Prozesse beruht, muss die Behauptung der materiellen Bedingtheiten von Verhalten auch auf den Menschen zutreffen.

dualistische Erklärung: es gibt in der Tat ontologisch verschiedene Welten, eine materielle und eine immaterielle, der Mensch hat an beiden teil und wir können uns nur nicht vorstellen, wie sich die eine zur anderen verhält;

dualistische Positionen können weder durch Nachdenken noch durch Experimentieren bewiesen oder falsifiziert werden; müssen geglaubt werden;

dualistische Weltmodelle bleiben die Antwort auf die Frage schuldig, wann im Lauf der Evolution oder der Individualentwicklung das Geistige vom Materiellen Besitz ergreift und sich zu erkennen gibt ... trifft angesichts der Kontinuität evolutionärer und ontogenetischer Prozesse auf unüberwindliche Schwierigkeiten; als Ausweg bliebe der Panpsychismus, die Annahme, alles sei beseelt ...

wenn geistige Entität auf materielle Prozesse einwirkt (Handeln), muss Energie ausgetauscht werden – wenn es aber über Energie verfügt, ist es nicht immateriell, und damit doch den Naturgesetzen unterworfen; und wie informiert sich das Geistige über die Welt draußen? wenn wir die Augen schließen, sind wir blind, unser Geist braucht neuronale Mechanismen in der Wahrnehmung

Lösungen: entweder unsere Selbsterfahrung trägt (wir sind nicht, wie wir uns wähnen) oder unsere naturwissenschaftlichen Weltbeschreibungen sind unvollständig, oder unsere kognitiven Fähigkeiten sind zu begrenzt, um hinter dem scheinbaren Widerspruch das Einende zu erfahren

Evolution als kontinuierlicher Prozess

die molekularen Bausteine von Nervenzellen haben sich im Laufe der Evolution kaum verändert (Nervenzellen von Schnecken funktionieren nach dem gleichen Prinzip wie die Nervenzellen der Großhirnrinde des Menschen) – gilt für molekulare Bestandteile ebenso wie für Mechanismen der Signalübertragung innerhalb der Zellen und die Kommunikation zwischen ihnen; was unsere kulturelle Evolution ermöglichte, beruht auf der quantitativen Vermehrung einer bestimmten Hirnstruktur, unsere geistigen Fähigkeiten sind durch die besondere Leistungsfähigkeit unserer Gehirne in die Welt gekommen

Areale im Gehirn, die für sehr unterschiedliche Aufgaben zuständig sind, weisen nahezu gleiche Feinstruktur auf; die Vernetzung der Areale ist wichtig

in einfachen Gehirnen gelangt Information auf „kurzem Weg“ von den primären sensorischen Arealen (Verarbeitung der Signale von Sinnesorganen) zu den motorischen Hirnrindenarealen (Reaktionen, Bewegungsabläufe programmiert);

bei höher organisierten Tieren (Ratten, Katzen, Hunde) weitere Verarbeitung in Zwischenstufen (eine Nervenzelle der Großhirnrinde empfängt 10000 bis 20000 verschiedene Eingangsverbindungen, die meisten kommen aus anderen Großhirnrindenzellen, die Hirnrinde beschäftigt sich also vorwiegend mit sich selbst □ Metarepräsentation innerer Zustände so vorzustellen (?))

Vorstellung, dass es eine alles koordinierende Instanz („ICH“) in einem Zentrum sitzt, wo alle Verarbeitungsergebnisse des Gehirns zusammenkommen und interpretiert werden;

ABER unsere Intuition irrt sich auf dramatische Weise: es gibt keine solche Kommandozentrale!

Modell: viele Neuronen synchronisieren für kurze Zeit ihre elektrischen Signale, wird erst dann als Empfindung oder Wahrnehmung bewusst, wenn das in der Großhirnrinde stattfindet und eine bestimmte Intensität erreichen, und denen wir Aufmerksamkeit schenken

freier Wille?

Zuschreibung von Autonomie und Freiheit durch andere Menschen schon seit der Kleinkinderzeit (Annahme, die durch Erziehung über Generationen tradiert wird)

hirninterne Abwägungsprozesse laufen unbewusst ab: wir nehmen nur das Ergebnis wahr (können dieses evtl. noch mit anderen, ebenfalls bewussten Argumenten abwägen und gegebenenfalls modifizieren) und interpretieren es als unsere eigene Entscheidung

bemerkenswert, dass wir dennoch zwischen freien und unfreien Akten entscheiden (für erstere sind wir bereit, Verantwortung zu übernehmen, für letztere machen wir mildernde Umstände geltend)

Alles Wissen, über das ein Gehirn verfügt, residiert in seiner funktionellen Architektur, in der spezifischen Verschaltung von vielen Milliarden Nervenzellen. Zu diesem Wissen zählt nicht nur, was über die Bedingungen der Welt gewusst wird, sondern auch das Regelwerk (Verarbeitung); Unterscheidung zwischen angeborenem und durch Erfahrung erworbenem Wissen: ersteres in der Evolution erworben, in den Genen gespeichert, drückt sich in der genetisch determinierten Grundverschaltung der Gehirne aus; das zu Lebzeiten hinzukommende Wissen führt dann zu Modifikationen dieser angeborenen Verschaltungsoptionen; frühe Prägungen programmieren dabei die Vorgänge im Gehirn fast so nachhaltig wie genetische Faktoren;

auch erst durch Einbettung in die Kultur erworbene Fertigkeiten haben ihre neuronale Grundlage, intrapsychische Vorgänge wie Mitleid, schlechtes Gewissen beruhen auf der Aktivierung wohldefinierter neuronaler Strukturen;

für die Funktionsabläufe in den neuronalen Netzwerken spielt es keine Rolle, ob Verschaltungsmuster durch genetische Instruktionen oder durch kulturelle Prägungsprozesse ihre spezifische Ausbildung erfuhren, ob die Aktivität der Neurone durch gewöhnliche Sinnesreize oder soziale Signale erfolgte

unser Selbstbild, unsere Wertvorstellungen usw. sehr früh geprägt, gehören ganz selbstverständlich zur Grundausstattung (JK)

Gehirne sind darauf ausgelegt, fortwährend nach den je optimalen Verhaltensoptionen zu suchen; verarbeiten viele Variablen (aktuell verfügbare Signale aus der Umwelt und dem Körper, gesamtes gespeichertes Wissen, emotionale und motivationale Bewertungen); Erregungsmuster in miteinander vernetzten Hirnarealen werden miteinander verglichen; ein Erregungsmuster setzt sich durch; stabiler Zustand, der für den Beobachter erkennbar als Handlungsintention oder Handlung in Erscheinung tritt; vorgängige Erregungsmuster legen weiteren Verlauf (weitgehend) fest

zwingende Erkenntnis, dass neuronale Vorgänge in der Großhirnrinde nach immer gleichen Prinzipien ablaufen und dass sowohl bewusste als auch unbewusste Entscheidungen auf Prozessen in dieser Struktur beruhen; warum aber räumen wir dann den bewussten Entscheidungen einen anderen Status ein als den unbewussten?

bewusste Vorgänge unterscheiden sich von den unbewusstenvornehmlich dadurch, dass sie mit Aufmerksamkeit belegt, im Kurzzeitspeicher festgehalten, im deklarativen Gedächtnis abgelegt und sprachlich gefasst werden können.

es scheint, als sei das Gehirn darauf angelegt, Kongruenz zwischen den im Bewusstsein vorhandenen Argumenten und den aktuellen Handlungen bzw. Entscheidungen herzustellen. gelingt das nicht, werden sie ad hoc erfunden

eine Person begeht eine Tat, offenbar bei klarem Bewusstsein, voll verantwortlich; zufällig Tumor in Strukturen des Frontalhirns entdeckt, der für soziale Regeln benötigt wird – Nachsicht in der Beurteilung
Der gleiche Defekt kann auch unsichtbare neuronale Ursachen haben (genetische Dispositionen, dadurch Verschaltungen, die das Speichern sozialer Regeln erschweren
„Keiner kann anders, als er ist.“

humanere Beurteilung von Mitmenschen, die das Pech hatten, mit einem Organ volljährig zu werden, dessen funktionelle Architektur ihnen kein angepasstes Verhalten erlaubt

An der (bisher geübten) Praxis würde die differenziertere Sicht wenig ändern; Gesellschaft darf nicht davon ablassen, Verhalten zu bewerten; muss weiterhin versuchen, durch Erziehung, Belohnung und Sanktionen Entscheidungsprozesse zu beeinflussen; evtl. sich durch Freiheitsentzug schützen;
nur die Argumentationslinie wäre eine andere; ersetzt die konfliktträchtige Zuschreibung graduierter „Freiheit“ und Verantwortlichkeit durch bewusste und unbewusste Prozesse und eröffnete damit einen vorurteilsloseren Raum für Bewertung und Beurteilung von abweichendem Verhalten

(G66) Gerhard Roth (Prof. für Verhaltensphysiologie Uni Bremen)

Neurowissenschaft dringt in Bereiche vor, die zu den Kernbestandteilen der Philosophie gehören, wie Erkenntnistheorie ... befasst sich gar mit Fragen der Moral, Ethik, Willensfreiheit

Themen und Probleme, zu denen Hirnforschung als experimentelle Naturwissenschaft gar nichts sagen *kann* und *darf* ?
Grenzüberschreitung ?

macht in unzulässiger Weise das Gehirn zum Subjekt geistiger oder emotionaler Zustände ...(?)
der tiefe Unterschied zwischen *Ursachen* im Bereich des Naturgeschehens und *Gründen* des Handelns im Bereich des Menschen übersehen ?

viele Philosophen und manche philosophierenden Neurobiologen: Beziehung zwischen Gehirn und Geist/Psyche ist eng im Bereich einfacher Wahrnehmungen und motorischer Akte; aber bei komplexen kognitiven und psychischen Zuständen sind keine eindeutigen Bezüge zu erkennen; Willensfreiheit besitzt danach einen gewissen Freiheitsraum, wenn es um „Wichtige“ Entscheidungen geht Libet: „Veto-Fähigkeit“ gegenüber ansonsten bewegungsdeterminierenden Hirnprozessen

kann man durch eine Kombination verschiedener Verfahren wie Elektroenzephalographie (EEG) oder Magnetenzephalographie (MEG), die beide hohe Zeitauflösung haben, mit der funktionellen Kernspintomographie (fMRI), die eine hohe Ortsauflösung besitzt, untersuchen, was im Gehirn passiert, *bevor* eine Versuchsperson ein bestimmtes Wahrnehmungserlebnis hat. Prozess des Bewusstwerdens von Wahrnehmungsinhalten benötigt zwischen 200 und 1000 Millisekunden ... dass zwischen neuronalen und mentalen Prozessen keineswegs „nur“ eine strikte Parallelität herrscht, sondern dass dem bewussten Erleben notwendig und offenbar auch hinreichend unbewusste neuronale Geschehnisse *vorausgehen*

„Wenn in den und den Hirnzentren die und die neuronalen Prozesse abgelaufen sind, dann entsteht zu einem angebbaren Zeitpunkt in meinem Gehirn der und der Erlebniszustand.“

Selbstzuschreibung der Handlung

“Nicht mein bewusster Willensakt, sondern mein Gehirn hat entschieden.“

„starker“ Begriffe der Willensfreiheit:

Willenshandlung einer Person wird (zumindest teilweise) durch den bewussten Willen und unabhängig von kausal wirkenden Einflüssen bestimmt (mentale Verursachung von Handlungen); Person ist verantwortlich,

weil sie unter identischen inneren und äußeren Umständen (vor allem im Gehirn) auch eine andere als die von ihr vollzogene Handlung hätte ausführen können

man kann durch sehr kurze und damit unbewusste Reize oder Magnetstimulation eine Person dazu bringen, etwas zu tun, was sie dann als *von ihr zuvor gewollt* bezeichnet;
auf bestimmte Erregungsmuster folgen *immer* bestimmte Bewegungen;

dass unsere Handlungsintentionen häufig den tatsächlichen Handlungen *nachträglich* angepasst werden

radikaler reduktionistischer Materialismus: neuronale Hinweise gleichsetzen mit dem subjektiven Zustand

a) es gibt im Gehirn „innere“ Zustände, die extern nicht zugänglich sind
b) diese „inneren“ Zustände sind unabdingbar an extern zugängliche Gehirnzustände gebunden
sofern wir unter Willensfreiheit ein bestimmtes beobachtbares Verhalten verstehen, dann dürfen Hirnforscher sagen: Es gibt keine Willensfreiheit im starken Sinne!

Unterschied zwischen Ursachen und Gründen? für Dualisten gibt es 2 Arten von Verursachungen, eine stofflich-kausale und eine mentale

Wir handeln aus Ursachen, aber wir erklären dieses Handeln mit Gründen.

(86) Geyer

„Es gibt keine Willensfreiheit“

bei Roth: nur bei klar fassbarem Verhalten (fühlen, glauben, wollen sind so nicht objektivierbar)

bei Singer: wegen Verfeinerung der Messverfahren auch für Erinnern, Vergessen, Bewerten, Planen, Emotionen haben

Freiheitserfahrung sei eine frühkindlich internalisierte „Illusion“

(92) Helmrich

Versuchsaufbau bei Libet u.a.:

Aufeinanderfolge des Aufbaus eines Bereitschaftspotentials (kann sich in 2-3 Sekunden aufbauen und wieder abflauen) und den Reaktionen bei Versuchspersonen (sollen an einem Versuchsapparat innerhalb eines Zeitintervalls von max. 3s einen Knopf drücken);

dabei wird noch „gemessen“, wann die Versuchsperson subjektiv den Willensakt erlebt und wann die Muskelaktivität (Fingerdruck) erfolgt;

Entscheidungsspielraum: wählen, irgendwann innerhalb der vorgegebenen 3s Knopf zu drücken;

Ergebnis: stets gleiche Reihenfolge: zuerst entstand Bereitschaftspotential, dann erlebten

Versuchspersonen ihren Willensakt (JETZT drücken!), dann Muskeln aktiv + Knopfdruck;

Roths Schlussfolgerung: Gehirn hat sich vor dem Willensakt schon entschieden!

andere Erklärung: die eigentliche Entscheidung, bei einem Experiment innerhalb von 3s mit einem Finger einen Knopf zu drücken, wird bereits gefällt, wenn sich die Person bereiterklärt, an dem Experiment teilzunehmen; Ablauf geübt und im Gehirn gespeichert;

der letzte Willensruck für den Knopfdruck ist nur der Exekutivakt; kleine Teilentscheidung, es geht nicht mehr um das OB, sondern nur noch um das WANN (und das eingengt auf 3s);

Ladendieb kann noch zurückziehen, viel mehr Spielraum bei Fälschung der Steuererklärung ...

(98) Lüderssen

Singer: „Wir bilden uns den „freien Willen“ schlicht ein“.

nur soziales Konstrukt, nur tradiert, frühere Menschen einmal irgendwie entwickelt, dann nur noch von Älteren an ihre Kinder weiter gegeben – S. würde sagen: „so würde ich das sehen“

(103) Kröber

Roth würde sagen: die ganze Person trifft die Entscheidung, aber sie sei nicht frei, weil die Entscheidung aus dem Unbewussten kommen weil nämlich das limbische System die Entscheidung treffe, und die unbewusste Entscheidung des limbischen Systems sei die determinierte Resultante aller biographischen Erfahrungen dieser Person;

Sprachspiele der biologischen Hirnforscher, dass bestimmte anatomische und funktionelle Strukturen sozusagen beseelt werden und in die Position eines Homunculus hineinwachsen; im finalen Showdown gewinnt das limbische System schließlich sogar gegen das Gesamtgehirn und die ganze Person; keiner behauptet, dass wir beliebig, sozusagen zufällig und stets überraschen entscheiden. Das wären schreckliche Menschen, deren Entscheidungen unvorhersehbar rein willkürlich und also gegen alle Erwartungen fallen würden. Wir können und möchten Entscheidungen immer nur in einem bestimmten vorgegebenen Rahmen von Möglichkeiten treffen; beziehen uns auf äußere und innere Vorbedingungen; unerheblich, dass es für jeden möglichen Zustand vor und nach der Entscheidung ein somatisches Korrelat gibt;

ganz ohne Zweifel organische Korrelate ... auch für die zunehmende Fähigkeit, emotionale Impulse zu bremsen, zu gestalten und gegebenenfalls aufzuschieben. Bisher kam keiner auf die Idee, daraus eine zunehmende Minderung der Willens- und Entscheidungsfreiheit abzuleiten;

Neigung mancher Hirnforscher, nun auch als Hirndeuter aufzutreten, unter Demonstration vieler bunter Bilder zu verkünden, dass die Willensfreiheit widerlegt und auch die strafrechtliche Verantwortlichkeit eine Fiktion sei;

ein recht weiter Weg von den Bildern aus dem PET, dem funktionellen Positronen-Emissions-Tomographen bis hin zur Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit;

Der ständige Rückgriff auf das bekannte Libet-Experiment beleuchtet bereits die Fragwürdigkeit der Argumentation. ... Experiment leidet darunter, dass es gar keine rationalen oder emotionalen Entscheidungsgründe für das Heben des einen oder anderen Armes gab;

Du glaubst nur, du selber hättest die Entscheidung getroffen. In Wahrheit hat dein limbisches System die Entscheidung getroffen ... weil die Entscheidung schon fiel, als sie dir noch gar nicht bewusst war. Aha, und diese geheimen Werkstätten, in denen die Entscheidung geschmiedet wurde, sind nicht ich?

(111) Johannes Fried

es ergeben sich nach meinem gegenwärtigen Kenntnisstand wenigstens 16 Veränderungsfaktoren, die im Erinnerungsprozess wirksam werden können und die der Historiker zu beachten hat, um seine entsprechenden Zeugnisse angemessen zu beurteilen ... verzichten auf einen 17. Faktor, nämlich die immer wieder neu „aktualisierte“ Verrechnung aller Faktoren durch das Hirn ... aufzählen:

visuelle Eindrücke, Episoden und Worte

- 1) die sich aktiver Teilnahme am Geschehen verdanken oder passivem Zuschauertum
- 2) sich an intuitiven Erzählmustern orientieren
- 3) oder sich durch Wiederholung einprägen
- 4) die Wahrnehmung konditionierende Wissensvorgaben (die sich als Engramme manifestieren)
- 5) Anzahl und Dichte der Geschehnisse, die das Gedächtnis verarbeiten muss
- 6) Zeugen wählen aus
- 7) und konstruieren daraus eine Geschichte als geschlossenes Ganzes
- 8) mit sich selbst im eigenen Beteiligt- und Ergriffensein
- 9) wesentliche Elemente können durch Wiederholungen kanonisiert und auf Dauer gestellt werden
- 10) Kontaminationseffekte
- 11) Teleskopie
- 12) Überschreibungen
- 13) Inversionsbereitschaft (Früheres später und Späteres früher setzen)
- 14) jedes Erinnern abhängig von Augenblick, in dem es geschieht
- 15) Erinnertes wird gemäß der aktuellen Abrufsituation manipuliert
- 16) Gewissheitssyndrom

(140) Markus Völkel

Ein zentraler gegenwärtiger Machtdiskurs ist der „Gehirndiskurs“.

(143) Friedrich Wilhelm Graf

Nicht nur die Geschichtswissenschaft wankt daran, sich im neurobiologischen Paradigma auf neue Füße zu stellen. Auch in der Theologie steht man dem neuronalen Turn aufgeschlossen gegenüber. Es gibt eine Neurotheologie – und dies schon seit längerem. ... Ende des 19. Jh. William James ... James „praktisch-biologische“, populär-darwinistische Theorie, dass Religion im gelungenen Fall die „Selbstbehauptung des Lebens“ fördere und als „Anpassung an die Umgebung und das Ganze des Daseins“ der Gesundheit diene, erweise bestenfalls den psychohygienischen Nutzen religiösen Glaubens, aber nicht die Wahrheit seiner Inhalte ...;

jeder menschliche Bewusstseinsakt hat eine neurophysiologische Grundlage, auch religiöses Erleben ... aber führen Versuche, religiöse Gefühle in bestimmten Hirnarealen zu lokalisieren, zum besseren Verstehen von Glaubensvorstellungen? ... Ermöglichen sie Aussagen über die Existenz oder Nicht-Existenz Gottes? ... ;

wenn Menschen singen „Ein feste Burg ist unser Gott“ oder die „Internationale“ – werden in Magnetresonanzbildern auch solche Unterschiede sichtbar? Oder visualisiert der Brain-scan-Forscher nur die mit dem Singen verbundenen neuronalen Prozesse, unabhängig vom Inhalt des Gesungenen?;

wer religiöse Bewusstseinszustände durch hirnbildgebende Verfahren erfassen will, betreibt neurologisch orientierte Religionsforschung, aber keine Theologie;
 neurotheologischer Medienguru Radiologe Andrew Newberg: Kernspinuntersuchungen an drei Franziskaner-Nonnen und acht meditierenden buddhistischen Mönchen; wenn sie sich in mystischer Ekstase nahe bei ihrem Gott fühlten oder im Nirwana, zogen sie an einer Schnur, woraufhin ein schwach radioaktives Kontrastmittel in die Venen tröpfelte und Durchblutungsmuster im Gehirn sichtbar machte; bei erfüllter Gottesnähe herrschte in den für Körperwahrnehmung zentralen Scheitellappen der Großhirnrinde weithin Funkstille. Diese „Deaffizierung“ deutet Newberg als Reizblockade, die die normale Unterscheidung zwischen Innen und Außen, Selbst und der Welt aufhebe, also elementares Einswerden mit „Gott „ oder mit dem „Kosmos“ erzeuge ... „neurobiologischer Gottesbeweis“ ... Unser Nervensystem sei schon immer auf die Begegnung mit „transzendenten Mächten“ programmiert ... „neuronaes „Gottesmodul“ ... „Religionsgen“ ...;

seit 1970 deuten Nervenärzte Trancezustände besonders Frommer als Zeichen für Schläfenlappenepilepsien ...;

kanadischer Neuropsychologe Micael A. Persinger: gelber Religionsempfangshelm, in den Magnetspulen montiert waren ... einige Probanden deuteten die empfangenen Signale als erschütternde Bekundungen einer übersinnlichen Macht ... andere als offenbarungsgleich Begegnung mit ihrem persönlichen Schutzengel ... oder sahen sich gar vom altbösen Feind verfolgt ;
 Persinger meint, Gott als bloßes Hirngespinnst entlarvt zu haben

(148) Bettina Walde

kaum ein Philosoph vertritt heute noch die Auffassung, es gäbe einen freien Willen ... diese Position lässt sich nur schwer mit der Vorstellung in Einklang bringen, dass alles Weltgeschehen determiniert sei ... Erfahrungswissen, dass jedes Ereignis durch irgendein anderes hervorgerufen wird ... durch Quantenphysik ad acta gelegt? Nein. Dort wird zwar der mechanistische Determinismus aufgegeben, nicht aber der probabilistische: es gibt ja immer noch statistische Vorhersagen für das Auftreten von Ereignissen ... selbst wenn man sagen könnte, wie sich die quantenmechanische Unbestimmtheit auf der makroskopischen Ebene fortsetzt, wären wir damit noch nicht bei der Freiheit. Es fehlte immer noch das Wissen, wie Willensentscheidungen durch charakterliche Dispositionen, Überzeugungen und Wünsche bestimmt werden ...

Die Vorstellung, dass wir in der Lage sind, als handelnde Individuen Kausalketten in Gang zu setzen, vertritt unter den Philosophen längst nur noch eine kleine Minderheit ... wenn (nämlich) Ihre Entscheidungen neue Kausalketten in Gang setzen, unter exakt gleichen Bedingungen aber auch anders hätten ausfallen können, dann sind sie de facto nicht weit von einem Zufallsereignis entfernt. Denn eine Entscheidung kann dann ja ganz offensichtlich nicht durch frühere Intentionen und Überzeugungen bestimmt sein. Aber Zufall ist ja gerade nicht das, was wir mit „Freiheit“ meinen. ...

Libet-Versuch zeigt nur, dass die unmittelbare Steuerung einer bestimmten Teilklasse von Handlungen unbewusst erfolgt ... daraus zu folgern, dass wir gar keine Entscheidungen frei trafen, ist unzulässig ... solche Willensentscheidungen, die wir im Alltag treffen, Fragen nach der Verantwortung unseres Handelns ... sämtliche Handlungen, bei denen Absicht und Ausführung zeitlich weit auseinander liegen (von langer Hand geplantes Verbrechen oder Berufswahl, Partnerwahl sind was anders als Fingerschnipsen) ... bei Libet-Versuch wird lediglich schon vorher gebildete Absicht ausgebildet ... zeigt allein, dass einmal gebildete und bereits vorhandene Intentionen auf unbewusstem Wege tatsächlich Folgen zeigen ...; man kann einer Person unter Hypnose bestimmte Anweisungen geben, die sie dann auch unter Hypnose durchführt mit der festen Überzeugung, sie selbst beschlossen und gewollt zu haben ... zeigt nur, dass unter bestimmten eng begrenzten Bedingungen Handlungen auf falsche Weise mit dem Gefühl der Urheberschaft verknüpft sind ... man darf die Resultate nicht unkritisch auf Entscheidungen und Handlungen übertragen, die unter ganz anderen Bedingungen ablaufen ... die meisten Handlungen im Alltag haben meist einen viel größeren zeitlichen Abstand zwischen Absicht und Handlung ... und sind nicht nur auf die Durchführung konkreter motorischer Abläufe bezogen;

alternative Definitionen von Freiheit, die nicht in Widerspruch zu empirischen Studien geraten? ... ja, schwächere Lesarten dieses Begriffes ... „Frei handeln heißt, dass man gemäß seinen Überzeugungen und Wünschen handelt.“ ... empirisch überprüfbar? ... theoretisch ja. man müsste zeigen, dass sich gewisse mentale Größen (Wünsche, Überzeugungen, Absichten, Handlungen) als klar abgrenzbare Prozesse im Gehirn abbilden lassen

(153) Reinhard Oliver

Methoden der direkten Beobachtung des Gehirns sind begrenzt: EEG, Elektrode, Kernspintomographie, Rückschlüsse aus Ausfallerscheinungen ... mit der Elektrode wird an einem oder mehreren Neuronen die individuelle Aktivität registriert ... die anderen Methoden liefern mehr oder weniger genaue Lokalisierung erhöhter Aktivität, aber weit über dem neuronalen Level ... ;

die Berücksichtigung nur der Orte maximaler Aktivität ignoriert, dass das Gehirn als Ganzes tätig ist, und greift Teilaspekte heraus, deren Einordnung man nicht kennt. Seit wann sagt der das Wichtigste, der am lautesten spricht? ...;

Beobachtung greift in das Geschehen ein ... dazu zählen die Begleitumstände eines Experiments. Ein mit einer Elektrode angestochenes Neuron degeneriert

Tiere werden für Experimente oft monatelang trainiert ... schließlich wird eine hochkünstliche Situation gemessen ...;

in all diesen Experimenten wird ... nur zielgerichtetes Verhalten untersucht und autonomes aufgrund der Einweisung auf zielgerichtetes umgepolt ...;

Experimente zielen auf zu einfache Situationen ... sollen zu komplizierte Sachverhalte klären ;

(158) Thomas Buchheim

Dadurch, dass ich mit dem Gehirn denke, denkt aber doch noch nicht das Gehirn statt meiner.;

Wolf Singer: „Unterschiedlich sind lediglich die Herkunft der Variablen und die Art ihrer Verhandlung: Genetische Faktoren, frühe Prägungen, soziale Lernvorgänge und aktuelle Auslöser, zu denen auch Befehle, Wünsche und Argumente anderer zählen, wirken stets untrennbar zusammen und legen das Ergebnis fest.“;

... denn durch irgendwelche Faktoren muss schließlich all unsere Tätigkeit festgelegt werden, sonst wäre sie ein Zufallsprodukt und nicht eine Entscheidung der Person.;

Fortsetzung Singer: „... gleich, ob sich die Entscheidungen mehr unbewussten oder bewussten Motiven verdanken, Sie bestimmen gemeinsam die dynamischen Zustände der „entscheidenden“ Nervennetze.“; Denn es ist erstens nicht so, dass es keinen Unterschied macht, ob Motive bewusste oder unbewusste Motive sind; die instinktive Ablehnung eines Gegenübers oder „falsche Chemie“ zwischen Personen ist etwas ganz anderes als der bewusste und absichtlich genährte Hass auf jemanden. Zweitens sind es eben nicht die „Nervennetze“, die entscheiden, wenn eine Person entscheidet. Und drittens ist nicht jede Festlegung einer sich aus den Motiven ergebenden Tätigkeit des Organismus überhaupt eine „Entscheidung“. Niemand entscheidet sich, zu träumen oder zu husten, obwohl in beiden Fällen natürlich das Gehirn eine große, um nicht zu sagen: entscheidende Rolle zu spielen hat.;

Es ist also ... jederzeit die *Qualität* der Motive, Bedürfnisse, Argumente, sozialen Prägungen usw, die für die Zusprechung der Freiheit einer Tätigkeit ausschlaggebend sind, nicht aber die Frage, ob es überhaupt durch irgendwelche Determinationen dahin gekommen ist, dass jemand so handelt, wie er handelt. Dass der Mensch, wenn er etwas kann, auch anders kann, bezieht sich ... nicht auf das schon Herbeigeführte, sondern allein auf das Ausstehende in seinem Handeln.;

Gehirne (allein JK) haben keine Gedanken ...Frei aber kann nur ein Wesen sein, das denken kann

(166) Eberhard Schockenhoff

erstmal von Plato entwickelte Unterscheidung von Ursachen und Gründen ... Auf die Frage „Warum floh Sokrates nicht aus dem Gefängnis?“ sind zwei Arten von Antworten denkbar ...

A) weil seine Sehnen und Knochen sich nicht bewegten (Ursachen, erklären physikalischen Zusammenhang)

B) erforscht Gründe: weil er den Gesetzen des Staates gehorchen wollte ... Gründe „bestimmen“ menschliche Handlungen, aber sie „verursachen“ sie nicht. Was menschliche Handlungen von physikalischen Ereignissen unterscheidet, ist die Struktur ihrer Intentionalität. Menschen handeln um der Ziele willen, die sie durch ihr Handeln erreichen wollen.

(171) Reinhard Brandt

der Hase rennt und rennt und trifft am Ende immer auf den Igel, der ihm zuvorkam ...

so sieht die neue Hirnforschung das Verhältnis zwischen dem Geist und den Zellen und Synapsen in ihrem Gehirn: der Geist rennt und rennt, und die Gehirnzellen können genüsslich ausrufen: „Wir sünd all da!“. Mit raffinierten Horchgeräten und Kernspintomographen hören die Forscher das homerische Gelächter der Zellen über den verwirrten Geist und den Willen der Menschen, die sich frei und selbständig dünken und doch nur ausführen, was im grauen Netzwerk der Zellen zuvor festgelegt wurde. Der Geist gleicht einer Fliege, die auf einem Wagenrad sitzt und sich einbildet, das Rad zu bewegen. ;

Menschen und Forscher sehen nicht „die Sonne“ (selbst), sondern einen hellen runden Fleck, der sich bewegt, kann sie nur aufgrund von sinnlichen Informationen und begrifflichen Konzepten (Mythen, Theorien) erschließen und erkennen ... ein Stab, der im Wasser steht, erscheint und als gebrochener Stab ... aber was wir sehen, ist nur eine graue, gebrochene Linie ... Was ein Stab ist, sagt uns der Verstand;

Blickt ein Neurologe ins Feld, sieht er keinen Igel oder Hasen, sondern bestimmte Formen und Farben und Bewegungen, die er, ein igel- und hasengewohnte Abendländer, richtig erkennt. Vielleicht hielt er den Hasen zuerst für ein Kaninchen ... und ließ sich korrigieren ... Im Labor sieht er etwas Graues, das sich weich und feucht anfühlt und stumm ist; als wissenschaftlicher Spezialist erkennt er dieses Etwas als Gehirn; mit seinen Apparaten identifiziert er Zellen und Synapsen, immer im Zusammenspiel von Sinnesinformationen und hochspezialisierten Erkenntnisleistungen. ... Berichte über Ergebnisse ... verzerren und vereinfachen die Situation ... aber: von *sehen* der Zellen und ihrer Vernetzungen kann nicht die Rede sein (deutungsbedürftig wie Sonne oder Stab JK);

(177) Otfried Höffe

Libet Experiment 1985 ... eigentlich wollte Libet die Existenz der Willensfreiheit aufzeigen ... untersuchte das willkürliche Auslösen minimaler Bewegungen ... er erwartete, dass dem Beginn der Prozesse im Gehirn, dem Aufbau eines so genannten Bereitschaftspotentials, ein „Willensruck“ vorausgehe, ... tatsächlich das Gegenteil: dem Willensruck ging schon ein elektrisches Bereitschaftspotential voraus ...

andere neurologische Erkenntnisse ... vor Beginn von Handlungen laufen im Gehirn Prozesse ab, die vom Handelnden dann als „willentlich selbst verursacht“ berichtet werden;

wer sagt: erst Bereitschaftspotential, erst danach Willensruck, setzt dreierlei voraus ... behauptet erstens zeitliche Reihenfolge, zweitens Nichtumkehrbarkeit und drittens *deswegen*: der Willensruck findet statt, WEIL zuvor ein Bereitschaftspotential aufgebaut wurde ... wer Ereignisfolge als objektiv behauptet, setzt (nach Kant) eine Ursache-Wirkungs-Beziehung, mithin Kausalität, voraus;

Kant, Lehrstück von der Dritten Antimonie ... konstatiert zwei grundlegend verschiedenen

Gesetzmäßigkeiten: kausalitätsgeprägte Gesetze der Natur und die fürs Handeln zuständigen Gesetze der Freiheit ... stellt deren frontalen Gegensatz fest ... gibt zunächst dem Kritiker der Freiheit insofern recht, als jedes Ereignis, einschließlich jeder Handlung, sich auf Ursachen hinterfragen lässt. Man kann weder die Ursachenfrage von sich weisen noch deren Nichtbeantwortbarkeit belegen. Folglich ist jedes Ereignis potentiell determiniert. Wer aus diesem *methodischen* Determinismus aber

jenen *dogmatischen* Determinismus ableitet, der die Freiheit für unmöglich erklärt, unterschlägt eine methodische Einschränkung: Ereignisse sind nur soweit determiniert, wie „man sich im Umkreis möglicher Erfahrung bewegt“. Außerhalb der Erfahrung dagegen bleibt die Freiheit zumindest denkmöglich ...;

nur weniges im Gehirn ist direkt beobachtbar, das meiste ist erst zu deuten ... das Gehirn als Ganzes zu erfassen und nicht nur Orte maximaler Aktivität ... „Orte des Schweigens“ können wichtig sein ... die Experimente betreffen Kurzvorgänge, während fast alle psychischen Prozesse langfristig sind (Jahre bis zu Entscheidungen) ...;

Kant: jemand wird unter Androhung der Todesstrafe aufgefordert, ein falsches Zeugnis gegen einen ehrlichen Mann abzulegen ... zwei Verhaltensweisen möglich und einsichtig ... die Entscheidung für das, was er tun „soll“ darin erkennt er die Freiheit, die ihm ohne das moralische Gesetz unbekannt geblieben wäre

(183) Hans-Peter Krüger

Hirnforscher verneinen die Frage, ob ihnen dort – im Inneren des Gehirns – ein Anhaltspunkt für Seelisches begegnet sei

(JK Gagagrín sagte auch (als Naturwissenschaftler), dort – oben – sei ihm GOTT nicht begegnet);

Singer: phänomenologische „Selbsterfahrung und neurobiologische Fremdbeschreibung“ als „zwei konfliktträchtige Erkenntnisquellen“ (Innen- und Außen-„Sicht“ JK); aber insofern beide vom Gehirn ermöglicht werden, unterlägen wir der „Zirkularität“, dass das Gehirn sowohl das Erklärende (Explanans) als auch das der Erklärung Bedürftige (Explanandum) in einem sei.;

Urteile der Hirnforschung beruhen auf beobachteten Zusammenhängen zwischen den am Gehirn gemessenen neuronalen Aktivitäten einerseits und dem gleichzeitig von außen beobachteten Verhalten des Probanden andererseits;

„Selbstbeschäftigung“ des Gehirns (der neuronalen Aktivitäten der Großhirnrinde) ... ohne die selbstreferenzielle Funktionsweise des Gehirns gäbe es nicht die für menschliche Lebewesen charakteristische Plastizität in ihrer vergleichsweise problematischen (weder instinktsicheren noch einfach reflexbedingten) Verhaltensbildung;

Roth: schwierig die behauptete kausale *Wirkungsarmut für andere* ... und das noch generationenübergreifend ...;

Beschränkung der Hirnforschung auf „individuelle erlebbare Zustände“ ... alle religiösen (philosophischen JK), und sonstigen überindividuellen geistigen Zustände unberücksichtigt ... aber gerade überindividuelle Gedächtnisinhalte in der menschlichen Entwicklung wichtig (Monumente und Dokumente, Archive, Netzwerke); soziokulturelle Phänomene;

Ohne strukturelle Kopplung zwischen „Subjekt“ (bewusstem Erleben) und „Geist“ (soziokulturelle Position in der Ausübung sprachlich-selbstreferenzieller Mentalität) überhaupt gibt es keine spezifisch menschlichen Lebewesen.;

(194) Lutz Wingert

Roth: „Wir sind determiniert.“

John Rawls. „Lotterie der Natur“

Singer: „schicksalhafte Entwicklung“

folgt man der deterministischen Auffassung, entpuppen wir uns keinesfalls als Marionetten ... gewisse natürliche Autonomie ... unser Verhalten ist nicht stets reflexhaft, es ist nicht durchweg stimulusgebunden, vielmehr von endogenen Prozessen des Organismus gesteuert, die kognitive und bewertende Funktionen erfüllen;

Libet-Versuch: Vergleich mit einem Torwart, der schon vor dem bewussten Registrieren des Torschusses zu reagieren beginnt

frei ist man in seinem Tun, wenn man auch anders handeln könnte, gesetzt den Fall, man hätte einen Grund dafür, anders zu handeln. ...;

Gründe sind (nicht nur) mitlaufende, rationalisierende Kommentare eines naturhaft-deterministischen Handlungsgeschehens ... können mein Handeln verändern (ich poltere nicht los, weil ich erkenne, dass der Rempler extrem kurzsichtig ist) ...

der Weg von den Aktivitätsmustern der Nervenzellen hin zu Handlungen und Gedanken reicht nur zu der grobkörnigen Feststellung, dass die untersuchte Person etwas denkt oder tut. Es führt nicht zu der Angabe, was gedacht oder getan wird.... wenn man die (wirklichen) Gründe nicht kennt, kann man die zu einer bestimmten Handlung zugehörige Bewegungseinheit gar nicht „sehen“ (Kopfkratzen und Weiterreden und gleichzeitiger Griff nach einer Wasserflasche);

Gründe sind Antworten in Reaktion auf zweifelnde Fragen, was man für wahr halten oder was man tun soll. ... müssen Wünsche, Absichten und Überzeugungen in Verbindung setzen mit deren Wahrheits- und Erfüllungsbedingungen in der Welt (Neuronale Zustände können sich mit etwas von ihnen Verschiedenem nicht in Beziehungen bringen (Realisierbarkeit oder Wahrheit prüfen JK)

das menschliche Gehirn ist überwiegend mit der internen Erregungsverarbeitung beschäftigt ... unser Denken über die Welt ist ein ziemliches Stück weit von der Welt losgelöst ...

natürlich geschieht (bei allen geistigen Prozessen) etwas Materielles im Kopf. Die organische Natur (des Gehirns JK) begrenzt und ermöglicht Freiheit – die soziale Welt übrigens auch. Die kognitiven Prozesse und Leistungen sind in dem Sinn von neuronalen Prozessen abhängig, dass sie nicht ohne diese möglich sind. Aber dass etwas nicht ohne etwas anderes vorkommen kann, bedeutet nicht, dass es damit zusammenfällt. Ebenso wenig müssen die Eigenschaften eines lebenden Systems durch die Eigenschaften seiner Teile festgelegt sein. Die Abhängigkeit unseres bewussten geistigen Lebens von etwas, das in der Sprache und mit den Erkenntnismitteln der Naturwissenschaft erfasst werden kann, steht außer Frage. Aber eine umgekehrte Abhängigkeit scheint ebenso zu bestehen. Die Reifungsprozesse des menschlichen Gehirns hängen ersichtlich auch von der Erziehung des Heranwachsenden und damit von der Interaktion zwischen Menschen ab (Kaspar Hauser, Wolfskinder, „Erziehungsversuche“ ohne Sozialkontakte JK). ... Erziehung ein sprachlicher und sozialer Prozess ...;

Gefahr, die Grenzen der naturwissenschaftlichen Erkenntnismittel mit unseren menschlichen Erkenntnisgrenzen gleichzusetzen ...

(205) Helmut Mayer

Libet-Versuch: zwar hätten wir noch ein Zeitfenster von ungefähr 100 Millisekunden, um ein bewusstes Veto gegen die (bereits eingeleiteten JK) Handlungsanbahnungen einzulegen, aber mehr bleibt vom „freien Willen“ nicht übrig ...;

Versuch: kleine Handbewegung bewusst ausführen, einen rasch kreisenden Zeiger vor sich, Stellung zum Zeitpunkt des Entschlusses merken, dieser Zeitpunkt lag 300 bis 500 ms nach dem Aufbau des Bereitschaftspotentials im Gehirn;

Libet: „Das Gehirn „entscheidet“, eine Handlung auszulösen oder ein solches Auslösen zumindest vorzubereiten, bevor es irgendeine mittelbare bewusste Wahrnehmung davon gibt, dass diese Entscheidung gefallen ist.“

Annahme: Gleichzeitigkeit zweier Ereignisse (Bewusstwerden der Handlungsentscheidung, bewusstes Wahrnehmen der Zeigerstellung);

Frage: Wie lange brauchen die visuellen Signale der Zeigerstellung, um dort anzukommen, wo die Handlungsentscheidung ... bewusst wird?

nicht jede Handlung ist von einem Wunsch, Drang, Willen begleitet ;

aus einem beobachtbaren Verhalten kann man nicht sicher schließen, was im verborgenen Inneren abläuft; mein Schmerz ist nur mir zugänglich;

(das Gehirn (allein) kann nicht fühlen, Schmerzen haben, ... – das kann nur das Ganze ICH JK)

(218) Gerhard Roth

was wäre gewesen, wenn der Libet-Versuch gezeigt hätte, dass der Willensruck dem Bereitschaftspotential vorausgeht ? Hätten viele sich dann nicht gern auf diesen naturwissenschaftlichen Beweis für die Willensfreiheit berufen?;

kognitive Prozesse, mit denen wir Gründe erwägen, uns entscheiden oder unser Handeln durch Gründe rechtfertigen, durch Prozesse im Gehirn (vornehmlich im Frontalhirn) realisiert;

wir Menschen haben seit früher Kindheit gelernt, unsere Handlungsweisen möglichst plausibel zu erklären (Erklärungen müssen nicht mit tatsächlichen Motiven und Ursachen identisch sein);

das Gehirn „determiniert die Entscheidung“ oder „es nimmt die subjektiv empfundene Entscheidung vorweg“;

Der Schuldbegriff des Strafrechts ist ... unabdingbar an die Annahme einer Willensfreiheit im Sinne des

„Unter-denselben-physiologischen-Bedingungen-willentlich-andershandeln-Könnens“ gebunden.;

“Wir sind diese Zustände“ (neuronale Bedingtheit subjektiver Erlebniszustände)

(223) Holk Cruse

Der Streit ums Gehirn ist ein Streit ums Erleben. Was wir erleben, ist eine zeitlich versetzte Kopie der Aktivitäten des Erlebens-Konstruktors Gehirn. Was wir erleben, sind nicht die Daten, die die Sinnesorgane,

etwa das Auge, dem Gehirn liefern. Vielmehr werden diese Daten zuvor im Zentralnervensystem verrechnet. In diese Berechnungen gehen ganz wesentlich Annahmen ein, die nicht aus den Sinnesdaten gewonnen werden, sondern aus der –phylogenetischen und ontogenetischen –Vorgeschichte des Individuums zu erklären sind. Erst das Resultat dieser „Berechnungen“ wird schließlich erlebt. ;

Interpretation der Sinnesdaten nach den Regeln, die nach Erfahrung am besten dazu passen;

Was wir subjektiv erleben, ist ein Konstrukt des Gehirns, also auch das Erleben dessen, was wir als freien Willen bezeichnen. Damit ist nichts darüber ausgesagt, ob dieser Erlebnishalt der Realität entspricht oder nicht ...;

zwei einfache Experimente:

a) man kann Menschen in bestimmten Gehirnbereichen (dem sog. Thalamus) künstlich so reizen, dass sie einen Finger bewegen; danach befragt, ob sie diese Bewegung geplant und gewollt haben, verneinen sie dies erwartungsgemäß

b) man kann die gleiche Fingerbewegung auch durch Reizung in einem anderen Gehirnbereich (dem motorischen Kortex) auslösen; in diesem Experiment behaupten die Versuchspersonen erstaunlicherweise, dass sie die Bewegung willentlich ausgeführt hätten; (subjektives JK) Erleben einer freien Entscheidung, obwohl von außen ausgelöst

Es wird niemand bestreiten, dass das Funktionieren unseres Nervensystems chemisch-physikalischen Naturgesetzen unterliegt;

Philosophen ... Gründe ...wobei mit Gründen etwas gemeint ist, das neuronal nicht repräsentiert werden könne ... Gehirne folgten lediglich Kausalketten ... ;

ähnlich unglückliche Behauptung, als wenn ein Naturwissenschaftler sagt, Liebe sei nichts anderes als das Zusammenwirken bestimmter Hormone ...;

wo nicht alle Aspekte bewusst werden, scheint eine Entscheidung plötzlich aufzutauchen ... Erklärungslücke ... Gehirne füllen Erklärungslücken durch Konstruktion plausibler Erfindungen ... optische und kognitive Illusionen ... Annahme liegt nahe, dass das Gehirn in der hier beschriebenen Erklärungslücke das Konstrukt eines freien Willens einführt;

wie kann es sein, dass in einem aus Nervenzellen bestehenden System unter bestimmten Bedingungen das Phänomen des subjektiven Erlebens sich entwickelt? ... vielleicht ähnlich unspektakulär zur Kenntnis zu nehmen, wie das Fehlen einer besonderen vis vitalis bei Lebewesen (unter bestimmten Bedingungen ist Materie eben lebendig)

(235) Gerd Kempermann

Der Mensch ist ganz durch seine Gene und ganz durch seine Umwelt bestimmt. ...

Auch unser Gehirn verändert sich lebenslang durch Aktivität.;

Der Informationsgehalt des Genoms reicht um Zehnerpotenzen nicht aus, um den Schaltplan des Gehirns zu seinen Myriaden von Verknüpfungen zu bestimmen. Der Organismus und sein Gehirn entwickeln sich buchstäblich selbst, und diese Selbstorganisation ist das eigentliche Rätsel des Lebens. ... Von der Befruchtung an ist die Entwicklung eine Interaktion zwischen Genom und Umwelt. Umwelt ist hierbei alles außerhalb des Genoms, inklusive aller Bestandteile der gleichen Zelle. Für neun Monate ist die Gebärmutter die prägende äußere Umwelt.;

Der freie Wille gehört wie die Menschenwürde in die Kategorie der Konstrukte, die Zuschreibungen sind.;

Bericht über einen Mann, der pädophile Neigungen entwickelte, die so restlos wieder verschwanden, wie sie aufgetaucht waren, nachdem er an einem Hirntumor operiert worden war.;

auch weniger augenfällige Ursachen als ein Tumor könnten „geistige“ Phänomene bewirken;

soziales Elend und unzeitiger Tod können bei Schizophrenie und Depression durch Verabreichen von Medikamenten (Chemie JK) verhindert werden;

eine der typischsten „Geisteskrankheiten noch im 19. Jahrhundert war die „progressive Paralyse“ (in Symptomen der Schizophrenie ähnlich); die ihr zugrunde liegende Syphilis wurde mit Antibiotika behandelbar, die „Geisteskrankheit“ verschwand, weil wir eine Infektion zu behandeln lernten

(240) Christian Schwägerl

Gehirn: eine Milliarde flackernder Nervenzellen, die mit jeweils bis zu Zehntausend Verbindungen verknüpft sind, etwa 500.000 Kilometer Leitungen, ein galaktisches Konzert von Gen- und Proteinaktivität ...

Gehirn als äußerst wandelbares Organ, das sich durch Erfahrung und eigenes Handeln ständig strukturell verändert;

Kritiker der Hirnforschung ignorieren (oft) das humane Potential der Neurobiologie, Menschen Bewusstsein, Autonomie und Entscheidungsfähigkeit zurückzugeben – Fähigkeiten also, die wegzudefinieren den Biologen vorgeworfen wird ...;

Regenerationskraft ... Verwandlungsfähigkeit des Gehirns, seine „Plastizität“ ... dieser konstruktive Prozess ermöglicht dem Menschen einen Willen, der so frei ist wie bei keinem anderen Organismus auf der Erde.

Zugleich gibt es aber biologische, gehirnarhitektonische, evolutiv und biographisch gewachsene Grenzen des freien Willens. Der Gegensatz von biologischem Prozess und freiem Willen, von unbewussten chemischen Reaktionen und Selbstbewusstsein, ist daher konstruiert. Je schärfer die Biologie die neuronalen Prozesse beschreibt, desto stärker werden diese als ermöglichende Kräfte von Lernen,

Abwägen und freiem Willen hervortreten anstatt als einschränkende Determinanten, von denen ... Singer ...und Roth schreiben.;

fragwürdig auch die Sichtweise, die Ergebnisse der Gehirnforschung bedeuteten letztlich, dass auch die höchsten geistigen Leistungen des Menschen „nur“ eine Sache von Atomen, also der Materie, seien. ... dass das menschliche Selbstbewusstsein auf drei Milliarden Jahren biologischer Evolution gründet ... in seiner ungeheuren Komplexität entgegen der Neigung des Kosmos zur Entropie entstanden ist könnte dies vielmehr Bewunderung ... hervorrufen ... wenn das Geistige nicht ein plötzliches Geschenk des Himmels ist, sondern den feuchten Tälern des Evolutionsgeschehens entwachsen konnte, warum sollte dies ein abschätziges „nur“ verdienen? Ein molekular arbeitendes Selbstbewusstsein muss nicht von minderer Qualität sein gegenüber einem ätherischen Selbstbewusstsein.;

„schlechte Philosophie“ (Habermas) von Naturwissenschaftlern ist nicht besser als schlechte Naturwissenschaft von Philosophen.

(245) Karl Clausberg und Cornelius Weiler

Gehirn: ein gigantisches Einzellerparlament en miniature mit ständig wechselnden Koalitionen und Oppositionen, dessen Arbeit und Entscheidungen wir am Fernseher unseres Bewusstseins zu verfolgen versuchen, ohne wirklich eingreifen zu können ?;

Bewusstsein nur eine nachgeschaltete Begleiterscheinung neuronal , aber auch z.B. hormonell ausgelöster Verhaltensweisen;

„funktionelle Hirnbildgebung“, die in den letzten Jahren wieder zunehmend zu einer strukturellen geworden ist, hat es erstmals ermöglicht, Hirnstoffwechselprozesse lebender Menschen direkt darzustellen; ist immer noch Anatomie des menschlichen Gehirns;

natürlich ist der jeweilige Aktivitätszustand von Gehirnen auch durch ihre unmittelbare GESCHICHTE bestimmt. Gehirne sind aber wegen der Zahl der einzelnen Elemente und noch mehr wegen deren unzähligen Verbindungen und durch die Fähigkeit zur Plastizität außerordentlich komplexe Systeme mit inhärentem Vermögen, unvorhergesehen oder offen zu reagieren. Eine eventuelle Determinierung ist auch mit neuesten neurowissenschaftlichen Techniken derzeit nicht annähernd begründbar.

„Seeing is believing“ lautet ein Wahlspruch der neuen Bildgebungsverfahren ... muss auch als Bedrohung verstanden werden

(250) Michael Hagner

Schuldfähigkeit und freier Wille;

manche Hirnforscher gehen davon aus, dass es spezifische, genetisch oder durch Verletzung bedingte Hirnläsionen (Schädigung, Verletzung, Störung JK) gibt, die eine Prädisposition für verbrecherische Aktivitäten darstellen und damit Frage nach Schuldfähigkeit aufwerfen – danach wäre jeder Mensch ohne Schädigung verantwortliches Subjekt und schuldfähig;

andere Hirnforscher gehen davon aus, dass alle Menschen nicht schuldfähig sind, weil das Gehirn ihnen trügerischerweise vorspielt, verantwortlich zu sein;

im ersten Fall schränkt also nur das defizitär arbeitende Gehirn die Willensfreiheit ein, im anderen ist es der Determinator schlechthin;

tatsächlich geht die überwiegende Mehrzahl der Hirnforscher seit mehr als hundert Jahren davon aus, dass menschengespezifische Qualitäten wie Denken, Sprache oder Verantwortungsbewusstsein auf spezifischen Eigenschaften des Gehirns beruhen, die sich in der Evolution ausgebildet haben; „Ausdruck der höchsten tierischen Organisation“;

Die Evolution hat überhaupt erst die Freiräume zur Verfügung gestellt, die die Menschen (und nicht Gehirne) mit der Ausbildung kommunikativer und kultureller Fähigkeiten (die von keiner Evolution geplant waren) bespielen.;

zusätzlich zu biologischer Evolution beim Menschen besondere Formen soziokultureller Interaktionen und Organisationen;

Denken setzt Symbole der Wirklichkeit voraus und kombiniert diese Symbole nach Gesetzen, die dieser Symbolwelt inhärent sind; weder die Symbole dieser Welt noch die Logik ihrer Kombinationen sind durch neuronale Strukturen festgelegt; den Nervenzellen ist es völlig egal, ob der Irakkrieg als berechtigt angesehen wird oder nicht ...

Libet-Experiment: man braucht Personen, die sich frei-willig (!) auf den Versuch einlassen; dann mit den Ergebnissen zu begründen, dass es keinen freien Willen gibt, ist zumindest gewöhnungsbedürftig;

(255) Martin Stingelin

Roth: „Manche Menschen, darunter Hirnforscher, sind der Meinung, unser Gehirn sei das komplizierteste System des Universums.“;

(261) Gerhard Kaiser

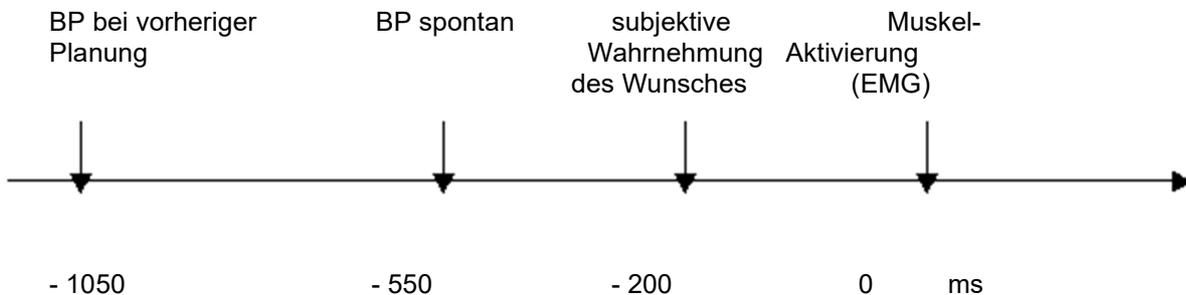
so führte ein konsequenter Determinismus im Bereich des Urteilens zu absurden Konsequenzen, denn dann fielen das Prinzip trial and error, alle Argumentationsregeln, alles Wissen und alle Wissenschaften, also auch Hirnforschung, in sich zusammen. Es wäre determiniert, wie sich der Determinismus durchsetzt, und es wäre auch determiniert, wie wir darauf reagieren

(268) Benjamin Libet (Text von 1999, Originalarbeit 1982)

Freien Willenshandlungen geht eine spezifische Veränderung im Gehirn voraus, das „Bereitschaftspotential“ (BP), das 550 Millisekunden (ms) vor der Handlung einsetzt. Menschliche Versuchspersonen wurden sich der Handlungsintention 350 bis 400 ms nach Beginn von BP bewusst, aber 200 ms vor der motorischen Handlung. Der Willensprozess wird daher unbewusst eingeleitet. Aber die Bewusstseinsfunktion kann den Ausgang immer noch steuern; sie kann die Handlung durch ein Veto verbieten. Willensfreiheit ist daher nicht ausgeschlossen. Diese Befunde stellen Beschränkungen für mögliche Ansichten darüber dar, wie der freie Wille funktionieren könnte; er würde eine Willenshandlung nicht einleiten, würde aber den Vollzug der Handlung steuern. Die Befunde haben auch Implikationen für Ansichten über Schuld und Verantwortung. ...; Sind wir vollständig durch die deterministische Natur physikalischer Gesetze bestimmt? Ein von Gott auferlegtes unausweichliches Schicksal erzeugt ironischerweise einen ähnlichen Endeffekt. In beiden Fällen wären wir im Grunde raffinierte Automaten, wobei unsere bewussten Gefühle und Intentionen ohne kausale Kraft nur als Epiphänomene aufgesetzt wären. Oder sind wir in gewisser Weise unabhängig beim Treffen von Entscheidungen und beim Handeln, und nicht vollständig durch die bekannten physikalischen Gesetze determiniert?

Messung langsamer elektrischer Veränderungen an der Kopfhaut;

Oszilloskop-Uhr: ein Lichtfleck bewegt sich an der Peripherie des Bildschirms einmal in 2,56 Sekunden im Kreis herum; Messung des Zeitpunktes für das Erscheinen des bewussten Willens, jetzt zu handeln; 40 Versuche nacheinander an 9 Versuchspersonen;



Elektromyogramm (EMG) des plötzlich aktivierten Muskels;

tatsächlich stehen etwa 100 ms zur Verfügung, in denen die Bewusstseinsfunktion das Endergebnis noch verändern könnte (Veto);

„Der bewusste Wille beeinflusst also das Ergebnis des Willensprozesses, auch wenn letzterer durch unbewusste Gehirnprozesse eingeleitet wurde. Der bewusste Wille könnte den Prozess blockieren oder verbieten, so dass keine Bewegung auftritt. ... auch wenn die Versuchsperson in den letzten 100 bis 200 ms ihr „Veto“ einlegte, gab es vorher ein starkes BP (die Versuchsperson bereitete eine Handlung vor); trotz Veto-Möglichkeit kein Prozess des freien Willens; die Person würde sich nur einer unbewusst eingeleiteten Entscheidung bewusst; würde aber ihre Handlungen nicht bewusst steuern;

Veto hat nur Kontrollfunktion; ihm muss keine spezifische neuronale Aktivität vorausgehen;

Die Rolle des bewussten freien Willens wäre also nicht, eine Willenshandlung einzuleiten, sondern vielmehr zu kontrollieren, ob die Handlung stattfindet. Wir können die unbewussten Initiativen zu Willenshandlungen als ein „Hochsprudeln“ im Gehirn verstehen. Der bewusste Wille entscheidet dann, was stattfindet und was abgebrochen wird.

Diese Art von Rolle für den freien Willen stimmt tatsächlich mit religiösen und ethischen Mahnungen überein. Diese befürworten gewöhnlich, dass man „sich selbst unter Kontrolle hat“. Die meisten der zehn Gebote geben die Anweisung, dass man etwas *nicht* tun soll.;

Das bloße Auftreten einer Handlungsabsicht unterliegt keiner bewussten Kontrolle; nur die Vollendung in einer motorischen Handlung kann bewusst kontrolliert werden. Deshalb würde ein religiöses System, das eine Person heftig dafür tadelt, dass sie bloß eine mentale Absicht oder den Impuls hatte, etwas Inakzeptables zu tun, auch wenn diesem Drang nicht nachgegeben wird, eine physiologisch unüberwindliche Moral und psychologische Schwierigkeit erzeugen. ... würde so gut wie alle Personen zu Sündern machen. In diesem Sinne könnte eine solche Ansicht eine physiologische Basis für die „Erbsünde“ bereitstellen!; Da ... der Vollzug einer Handlung bewusst gesteuert werden kann, sollte es legitim sein, dass man Personen aufgrund ihrer Handlungen für schuldig und verantwortlich hält.;

freie Entscheidungen und Handlungen sind praktisch nicht vorhersagbar (Unschärfeprinzip der Quantenmechanik, Chaostheorie), könnten aber trotzdem in Übereinstimmung mit Naturgesetzen stehen und deshalb determiniert sein;

zwei Ansichten, wie der bewusste Wille die Funktion des Gehirns beeinflussen kann:

- Verletzungen der deterministischen physikalischen Gesetze nicht messbar, weil die Handlung des Geistes auf einer Ebene liegen, die von der Quantenmechanik zugelassen wird
- Verletzungen im Prinzip erkennbar; Einfluss auf relativ wenige Neuronen, dann Verstärkung

Meine Schlussfolgerung zur Willensfreiheit, die wirklich frei im Sinne der Nicht-Determiniertheit ist, besteht dann darin, dass die Existenz eines freien Willens zumindest eine genauso gute, wenn nicht bessere wissenschaftliche Option ist als ihre Leugnung durch die deterministische Theorie.

(Denken ist Handeln im Vorstellungsraum JK)

bis hier:

**Quelle: Geyer, C.; Hrsg, Hirnforschung und Willensfreiheit,
Suhrkamp Frankfurt/Main 2004**

(in () Seitenzahlen

ab hier weitere Zitate und Quellen aus Sammlung 1:

2. Einleitung

- (8ff) Wir leben in der physischen Welt. Und unser eigener Leib ist Teil dieser physischen Welt. Aber wir sind nicht nur Teil der physischen Welt, wir erleben uns auch als seelisch-geistige Wesen: Wir nehmen unsere physische Umwelt wahr, wir empfinden körperliche Zustände wie Schmerz, Lust oder Hunger, wir fühlen uns erleichtert, traurig, glücklich oder voller Hass, erinnern uns ..., stellen uns ... Dinge vor, wollen etwas ... entscheiden uns,
Solche inneren Zustände wie Wahrnehmungen, Empfindungen, Gefühle, Gedanken, Meinungen, Vorstellungen, Wünsche, Absichten, Träume werden von nun an kurz mentale Zustände genannt. ... Jeder erlebt seine eigenen mentalen Zustände direkt und unmittelbar in einer ihn privilegierenden Innenperspektive, während den anderen nur sein „äußeres“ Verhalten und seine Mitteilungen über sein Innenleben direkt zugänglich sind.
A) Beim menschlichen Verhalten sind keine nicht-physischen Ursachen im Spiel. Es ist ein gehirngesteuertes, kausal lückenloses physisches Geschehen. (Materialismus, Naturalismus)
B) Wie können Gefühle ... Wünsche ... Absichten ... unser Verhalten lenken, wenn wahr ist ... dass dieses Verhalten lückenlos physisch verursacht ist?
C) Jeder von uns seit Kindesbeinen damit vertraut gemacht, sich selbst und andern psychische Zustände zuzusprechen und das eigene Verhalten wie das anderer damit zu erklären ... (Erziehung: Du willst ...; andere lenken unser Verhalten)
D) Ohne Gehirn erleben wir nichts
(77ff)
E) Menschliches Verhalten ist ausschließlich ein durch das Gehirn gesteuertes physisches Geschehen im Organismus
(123ff)
F) Mentale Zustände sind in Wirklichkeit Zustände des Gehirns; eigentlich nimmt das Gehirn eigene Zustände wahr
(Holm Tetens: Geist, Gehirn, Maschine, Reclam 1994)
- (3,13) Neurophilosophen und Neurotheologen
(Gehirn & Geist, Dossier 1/2003: Angriff auf das Menschenbild)

3. Einstiege

- gedachte Linie:
ein Extrempunkt: Ich bin heute völlig frei hier
zweiter Punkt: Ich bin völlig gebunden
- Situation: Wir stellen uns vor, es stünde nun endgültig fest, dass es keinen freien Willen gibt
Wie geht es mir damit ? (6 Tische: Angst, gleichgültig, Bescheidenheit, Ärger, Widerstand, anderes (jeder diskutiert mit Gleichgesinnten)
(Tagung EAMeiß 10/05)

4. Geschichte des Leib-Seele-Problems

- Willensfreiheit ?
- Streit-Thema seit 2500 Jahren
- jetzt Thema der Medien in großer Breite (Zeit, Spiegel, FAZ, Brigitte ...)
- viele von uns arbeiten beruflich mit Menschen (Erziehung, Bildung, Rehabilitation ...)
(dort appellieren wir: Mach mal! Du willst doch! Verantwortung übernehmen! ...)
- forensischer Psychiater (als Gutachter über Schuldfähigkeit von Straftätern entscheiden)
- es geht um neue Einsichten der Biologie;
Reaktionen sehr unterschiedlich: das kann doch nicht wahr sein! Nachdenklichkeit ...
(Peter Vogel, EA Meiß 10/05)
- (14) Nachdem Gott Himmel und Erde geschaffen hatte und er sich der Krone der Schöpfung zuwandte, genügte es ihm nicht, allein den Körper des Menschen aus Erde zu formen. Es fehlte noch etwas, das dem tongeborenen Leib erst die Ähnlichkeit nach seinem Bilde verleihen sollte. Da hauchte Gott Adam seinen Atem ein – den Lebensgeist.

Dieser biblische Bericht ist eines der ältesten schriftlichen Zeugnisse für ein Bewusstsein der seltsamen Ehe von Leib und Seele ...;

Israeliten glaubten nicht daran, dass Leib und Seele getrennte Einheiten seine, auch wenn der Schöpfungsmythos das vielleicht nahe legte. Für sie waren beide untrennbar miteinander verbunden. Im Hebräischen stehen Wörter wie nefesh, Seele, immer auch für den belebten Körper und Blut; ruach meint sowohl den Atem, den Gott dem Menschen einhauchte, wie den tatsächlichen Atem, und laev schließlich bezeichnet das Herz wie auch die Quelle der Emotionen und Gedanken. Das Wort Gehirn kommt überhaupt nicht vor.;

(im Altertum dachten die Menschen mit den Nieren, den Därmen und selbstverständlich mit dem Herzen.

(Biologie heute SII, Schroedel Hannover 1997, S. 304))

Plato: Leib und Seele zwei verschiedenen Dinge; Leib vergänglich, Seele unsterblich, im Körper nur zeitweilig gefangen;

Aristoteles: Leib und Seele als zwei Aspekte einer Natur;

Descartes: res cogitans und res extensa; nahm an, es gäbe neben der Welt der Physik noch jene immaterielle Wels der res cogitans

Spinoza: Leib und Seele sind keine Substanzen, sondern nur Eigenschaften einer Substanz, die man Gott oder Natur nennen kann;

... dass SEELE, BEWUSSTSEIN oder GEIST Begriffe aus der Alltagspsychologie sind, die im Laufe der Geschichte (und in jedem individuellen Einzelleben JK) mit verschiedensten Bedeutungsnuancen aufgeladen wurden und .. heute die Diskussion mehr erschweren ...;

(Reinhard Breuer Hrsg.: Das Rätsel von Leib und Seele, DVA Stuttgart 1997)

- Erasmus von Rotterdam

1524 veröffentlichte er *Vom freien Willen*, ein Werk mit dem der Bruch mit Luther besiegelt wurde.

Während Erasmus die These aufstellte, Gott habe dem Menschen die freie Entscheidung beispielsweise zwischen dem Guten und dem Bösen gegeben, argumentierte Luther mit der Erbsünde und der Gnade Gottes

Existenz der Sünde und der 10 Gebote als Hinweis auf Willensfreiheit

Als sich Erasmus mit der Schrift über den "Freien Willen" (1524) von Luther distanzierte, antwortete Luther mit der Schrift über den "Unfreien Willen" (1525).

de libero arbitrio (vom freien Willen) de servo arbitrio (vom unfreien Willen)

Dieser Streit um den freien Willen ist nicht neu. Er wurde bereits vor 480 Jahren zwischen dem großen humanistischen Gelehrten Erasmus von Rotterdam und Martin Luther, dem noch jungen Reformator, ausgetragen. Dabei spielte damals das Wort „Gehirn“, um das es heute vor allem geht, keine Rolle, wohl aber das Wort „Gott“. Erasmus vertrat unter Berufung auf die Bibel und die übergroße Mehrheit der Kirchenlehrer und Theologen die Auffassung, Gott habe dem Menschen einen freien Willen gegeben, mittels dessen der Mensch sich auch ohne Gottes Gnade dem Heil ein wenig zuwenden oder vom Heil abwenden könne und darum trage der *Mensch* die Verantwortung für seinen Unglauben und sein Unheil und nicht Gott. Luther hingegen vertrat in seiner Schrift „Vom unfreien Willen“ (De servo arbitrio) von 1525 unter Berufung auf die Bibel und einen einzigen Kirchenlehrer, nämlich Augustin, und einen – noch dazu umstrittenen – Theologen, nämlich Wyclif, die Auffassung, der Mensch könne ohne Gottes Gnade *nichts* tun, um sich dem Heil zuzuwenden, sondern es liege allein an Gott, ob einem Menschen der Glaube zuteil werde oder nicht.

(Quelle: Internet ???)

- Seele in der Bibel als das belebende Prinzip des Körpers verstanden, das aus dem Körper selbst nicht ableitbar ist, das ihm vielmehr von Gott „eingehaucht“ wurde und das ihn zu einer beseelten und damit lebendigen Leiblichkeit macht (Gen 2,7, Ps104,30);
seit Descartes: Körper als Maschine, die von der Geistseele regiert wird;
wie ein Pianist sich des Klaviers bedient;
seit Darwin: die materielle Welt trägt alle Prinzipien ihres Werdens und ihrer „Höherentwicklung“ zu komplexeren Formen in sich selbst „Selbstorganisation“); bis hin zum Selbstbewusstsein;
nicht mehr (eigenständiger) „Geist“, sondern „Bewusstsein“ als Folge komplexer Gehirnstrukturen;
Singer: letztlich den reduktionistischen Ansatz auf alle relevante Ebenen lückenlos ausdehnen; auch Verhaltensphänomenen, psychische und mentale Funktionen, durch neuronale Kommunikationsprozesse erklären;
Soziobiologie (Wilson, Dawkins): der Organismus als Überlebensmaschine für die Gene, auch das Gehirn auf dieses Ziel hin programmiert;
im Grunde sei der Mensch in seinem gesamten seelisch-geistigen Leben eine „Marionette“ seiner materiellen Natur, wenn nicht nur seiner Gene;
(Ulrich Eibach: „Gott“ nur ein „Hirngespinst“? EZW 172, 2003)
- Liste der Determinationsthesen ist lang:
für Unabänderlichkeit sorgte früher das Schicksal, dann die Göttliche Vorherbestimmung, seit dem 18.Jh. Formen von «Natur», das „Unbewusste“, das (soziale) Milieu
(Le Monde diplomatique 5/05 S.20)

- ideologischer Behaviorismus der 1920er Jahre (Mensch Produkt seiner Umwelt); Ende der 70er Jahre: Zwillingsforschung: alles vererbt; (bdw 9/96 S.54ff)
- schon die Atomisten rätselten, wo in einer Welt, in der Ursache auf Ursache folgt, Platz für einen freien Willen sein könne; derselben Linie folgte im 19. Jahrhundert Laplace (Dämon); heute zieht keine altmodische Gottheit die Fäden hinter den Kulissen, kein Dämon, ... nein, die Gene sind es, die Umwelt, die Sozialisation, das Unbewusste und neuerdings die Verschaltungen unseres Gehirns (Die Zeit 13.9.01 S.37)

5. Aufbau, Entwicklung und Funktion des Gehirns

- Zufluss an Informationen über die Sinnesorgane etwa 10^9 bis 10^{11} bit/s; nur etwa 15 bis 20 bit/s gelangen in unser Bewusstsein (Biologie heute SII, Schroedel Hannover 2000, S.321)
- Gehirn: während der Schwangerschaft 250.000 Neuronen pro Minute gebildet, bei der Geburt 1 Billion; nach der Geburt bilden sich Fortsätze an den Neuronen (Dendriten), übersät von Dornen, auf denen jeweils Synapsen sitzen, über diese Kontakte empfängt das Neuron Signale anderer Zellen; (GEO Wissen 1/1999 S.38)
- dreieinhalb Pfund hoch spezialisierten, grauen Zellgewebes, elektrisches Gebrabbel von 100 Mrd. Neuronen; Großhirnrinde, 1,5 bis 4 mm dicke zerfurchte Schicht, die sich wie eine Badekappe über das gesamte Großhirn stülpt (Spiegel/02 S.148)
- (22 ff) Wissen Sie eigentlich, welche beachtlichen Leistungen Sie gerade (beim Lesen) vollbringen?
virtuos steuert Gehirn die Hände, die Buch aufnehmen, blättern; Augen blicken schnell und präzise auf die gewünschte Stelle, mühelos organisiert das Wahrnehmungssystem die Zeichen und Farbfläche als Symbole mit Sinn und Bedeutung, während Sie den Inhalt aufnehmen, können Sie nebenbei noch Kaffee trinken oder Zwischenfragen beantworten ...;
Gehirne sind nicht getrennt in Hardware und Software; kein zentraler Speicher; in den Einheiten, die „rechnen“, werden auch Gedächtnisinhalte gespeichert; Gehirn wird in seiner Struktur ständig umgebaut; raffinierte Verknüpfung der Elemente in Netzwerken; Verarbeitung parallel organisiert; sämtliche Teile der Netzwerke können sich gegenseitig beeinflussen; nicht das Bild vom „Experten“ sondern das vom „Lernenden Kind“ zutreffend; (GEO Wissen Intelligenz und Bewusstsein, 3/1992)
- 10 Milliarden Nervenzellen (Gehirn?); (bis zu?) 10.000 Synapsen pro Nervenzelle (S.: Verbindungen zwischen Nervenzellen, übertragen Signale);
- Nervenzelle = Neuron, besteht aus Zellkörper = Soma, und einem langen Fortsatz, dem Axon bzw. Neuriten (kann über 1 m lang sein); vom Soma gehen kürzere, meist verzweigte Fortsätze aus, die Dendriten; auch der Neurit endet in zahlreichen Verästelungen; sie münden in bläschenförmigen Aufweitungen, den Synapsenendknöpfchen; die an den Oberflächen anderer Nervenzellen liegen; solche Verbindungsstellen zwischen Neuronen heißen Synapsen; ein Neuron kann bis zu 10000 Synapsen haben ...
maximale Zahl der Nervenzellen am Ende der Embryonalentwicklung; Jugendalter: intensives Wachstum der Neuriten und Dendriten und Ausbildung der Synapsen; (Biologie heute SII, Schroedel Hannover 1997, S. 304)
- Gehirn arbeitet ständig, selektive Aufnahme von Informationen, ist unterschiedlich aufmerksam; wenn das Organ Gehirn gestört ist, beeinflusst das auch unsere Wahrnehmung und unser Handeln; das ICH verändert sich massiv, wenn das GEHIRN angegriffen wird; das ICH sitzt vor allem im Frontalhirn (Frontallappen), dieser Teil des Gehirns ist zuletzt entstanden (Rüdiger von Kummer, Tagung EAMEißen 10/05)
- Neuronen (Nervenzellen) besitzen verschiedene Fortsätze, welche die Kommunikation mit benachbarten Neuronen ermöglichen; Empfangsteil mit bis zu tausend kurzen Fortsätzen, den Dendriten; ein längerer Fortsatz (Neurit); besitzt ein „inneres Leitungskabel“, das Axon, das Informationen auch über größere Strecken zu anderen Neuronen weiterleitet; Weiterleitung von Informationen damit auf Einbahnstraßen; dort, wo Dendriten oder Neuriten an andere Zelle andocken, der nur etwa 1/1000 mm breite synaptische Spalt; der elektrische Impuls an den Dockstellen wird selten elektrisch, fast immer rein chemisch weitergegeben (chemische Botenstoffe, Transmitter);

ausgereiftes menschliches Gehirn; Mensch besitzt etwa eine Billion (??? Mrd.?) Nervenzellen mit ungefähr einer Trillion (Billion?) Verbindungen zu ihren Nachbarzellen; 30 Mrd. Nervenzellen ???, etwa 100 Billionen Synapsen (10^{14} ???) (Walter van Laack, dieDrei 2/05 S.31, 3/05 S.25)

- Amygdala (Mandelkern) liegt in beiden Hirnhälften im unteren Schläfenlappen und übermittel ihre Signale an weitere „Gefühlsregionen“; (Spiegel 7/2005 S.28ff)
- (40ff) der größte Teil des Cortex assoziative Gebiete, komplexe Informationsverarbeitung; Scheitellappen Körper- und Raumwahrnehmung und Erkennen und Verarbeiten von Symbolen; Schläfenlappen komplexe visuelle und auditorische Wahrnehmung einschließlich Sprachverstehen; Stirnlappen einschließlich präfrontaler Cortex Handlungssteuerung, -planung, -bewertung; am unteren Innenrand des Schläfenlappen Hippocampus (organisiert Wissensgedächtnis); ist Teil des limbischen Systems (H., präfrontaler Cortex, vorn und hinten liegender cingulärer Cortex, Mandelkern, Hypothalamus und Kerne des Thalamus (Reinhard Breuer Hrsg.: Das Rätsel von Leib und Seele, DVA Stuttgart 1997)
- am 19. Tag nach der Befruchtung der Eizelle entwickelt sich die so genannte Neuralplatte; erstes Nervengewebe entsteht; die Neuralplatte ändert ihre Form, wird zur Neuralleiste, schließlich zum Neuralrohr; am 26. Tag zeigt sich am Kopfe des Rohrs eine Verdickung; das Gehirn entsteht; eigentlich ein Explosion, gefolgt von einer Völkerwanderung; die Mehrzahl der Gehirnzelle, die wir im Leben brauchen werden, entsteht bereits in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, also bis zur 19. Woche; mehr als eine halbe Million Neuronen werden in einer einzigen Minute gebildet; die neuen Zellen bestehen aus einem länglichen Körper mit 2 haarähnlichen Fortsätzen, wandern von ihrer Entstehungsstelle im Inneren des Kopfes nach außen; einige Milliarden Telefone (100 Mrd?) , aber noch nicht angeschlossen; jetzt beginnt die Hauptarbeit: Neuronen nehmen miteinander Kontakt auf, Synapsen bilden sich (bis ins 2. Lebensjahr hinein); in Spitzenzeiten entstehen 1,8 Millionen neue Synapsen pro Sekunde; Verknüpfungen zunächst viel zu zahlreich und aufs Geratewohl angelegt (Motto: Beseitigung bei Nichtgebrauch; Synapsen, die selten oder nie aktiviert werden, verkümmern und sterben ab); in der frühen Kindheit und Jugend büßt das Gehirn täglich etwa 20 Mrd Synapsen ein; einige Verbindungs-„Leitungen“ werden stabil isoliert (mit Myelin verkleidet); zuerst ältere Teile des Nervensystems, die unbewusste Prozesse wie Atmung, Kreislauf, Verdauung regeln; z.B. Hautzellen vernetzen sich mit Zellen im Großhirn, wo in der 2. Schwangerschaftshälfte eine erste „Landkarte“ des Körpers entsteht; wird durch Berührungsreize ausgemessen; ab 24. Woche Gehör, ab 28. Woche Reichen; NEU: nach dem Ende der Kindheit durchläuft das Hirn des Menschen noch einmal einen drastischen Wachstums- und Regenerationsschub, der dem als Embryo ähnelt; ab 6.Jahr bis 11 ½ neuen Synapsen; werden erneut ausgedünnt und die überlebenden Bahnen werden mit Myelin isoliert; Gehirn wird bis zum 20. Jahr total umgebaut (Pubertät!); (bild der wissenschaft 2/06 S.23ff)
- wenn wir einen Entschluss fassen, ist vor allem das limbische System im Zentrum des Gehirns aktiv; dort verarbeiten mehrere Hirnregionen Gefühle und geben Dingen und Situationen eine emotionale Färbung; Mandelkern: Einschätzung von gut oder schlecht; Basalganglien (links und rechts vom limbischen System): Belohnungssystem; Nucleus caudatus: bei Vertrauen aktiv; im Großhirn entscheidet der vordere Teil mit (Präfrontalcortex) (bdw 9/05 S.16ff)
- Wahrnehmen und Speicher von bewusst aufgenommenen Daten finden im Gehirn am gleich Ort statt (Spiegel 18/2003 S.150ff)
- 100 Mrd Neuronen (Zeit 10.3.05 S.37)
- Roth: Die Hauptaufgabe des Gehirns ist, ein Verhalten zu erzeugen, mit dem ich als Mensch in meiner spezifischen Umwelt – der natürlichen und der sozialen – gut überleben kann... Gehirn tastet die Umwelt blitzschnell ab und prüft, was in der jeweiligen Situation wichtig ist fragt im Gedächtnis nach vergleichbaren Erfahrungen... plant ein Verhalten das für mein Überleben hilfreich ist (bdw 10/98 S.71)
- Roth: wie viele Neuronen tatsächlich im Gehirn arbeiten: 14 Milliarden; die über fast eine Trillion Synapsen miteinander verbunden sind (Spiegel 52/04 S.116ff)
- (31) Roth: jede der rund 50 Mrd. Nervenzellen in der Großhirnrinde ist mit jeweils 1000 bis 10.000 anderen verbunden; 500 Billionen Verbindungen innerhalb der Großhirnrinde; millionenfach mehr als Ein- und Ausgänge (nach außerhalb);

Großhirnrinde spricht im Wesentlichen mit sich selbst
(Gehirn & Geist, Dossier 1/2003: Angriff auf das Menschenbild)

6. Hirnforschung

- (193ff) neurophysiologische Hirnforschung;
die Hirnvorgänge sind Resultat sowohl genetischer Anlage wie auch sozialen Lernens;
Dabei ist das Hirn keine nach der frühen Kindheit fixierte Masse, ... Vielmehr zeigt es eine
erstaunliche Plastizität, Regenerationskraft und Verwandlungsfähigkeit, und zugleich erweist es sich
für unsere Selbst- und Weltwahrnehmung als erstaunlich stabil. Durch neue Anforderungen können
im Gehirn zeitlebens neue Neuronenverbindungen aufgebaut, andere aber auch abgebaut werden;
neurophysiologische Hirnforschung ... großartige Erkenntnisse geschenkt ... neue bildgebende
Verfahren erhöhter Sauerstoff- und Nährstoffverbrauch von Neuronen bei erhöhter geistiger
Tätigkeit ... in aktivierten Hirnarealen messbar ... so lassen sich auch Bewusstseinszustände mit
Aktivitäten verschiedener Gehirnbereiche korrelieren. Uns ist indes nur bewusst, was mit der
Großhirnrinde verbunden ist, und auch dies nur zu einem kleinen Teil; die Prozesse außerhalb
davon sind unbewusst;
... unbestreitbar: sämtliche Psychischen Vorgänge stehen in enger Verbindung mit den
elektrochemischen Vorgängen zwischen den Nervenzellen im Gehirn, und diese funktionieren nach
den Naturgesetzen der Physik;
(Hans Küng: Der Anfang aller Dinge, Piper München, 2005)
- (66) Neuroprothesen, weniger als 1 mm dünne Platin-Iridium-Drähte; ins Nervengewebe
eingesetzt, elektrische Reize geben Impulse oder blockieren überschießende Aktivität;
Schmerzblockade, Parkinson-Zittern, Überwindung der Innenohrtaubheit (viele Elektroden
übertragen Laute auf den Hörnerv)
(Gehirn & Geist, Dossier 1/2003: Angriff auf das Menschenbild)
- Hirnforschung leistet Erstaunliches, auch in der Prothetik;
"Manifest" von 11 führenden deutschen Hirnforschern (Gehirn und Geist 6/04 S. 30):
+ neue Untersuchungsmethoden sind notwendig, um weiter zu kommen
+ das WO (Tomographie, fMRT) sagt noch nichts über das WIE kognitiver Leistungen (zeigt nur,
WO die Neuronen etwas mehr Sauerstoff verbrauchen)
+ nach welchen Regeln das Gehirn arbeitet, wie Früheres einfließt und Zukünftiges geplant wird,
verstehen wir noch nicht einmal in Ansätzen
(Hans-Ludwig Kröber, Tagung EAMeißen 10/05)
- Wie muss man sich FREIHEIT gedacht haben, um von der Hirnforschung erschreckt und
ernüchtert werden zu können?
a) freier Wille durch nichts bedingt, völlig unabhängig, ganz neue Kausalketten fangen an (wäre ein
Wille, der zu niemandem gehört, keine Lebensgeschichte, vollkommen zufällig, unbelehrbar,
unkontrollierbar; Verantwortung nicht möglich; nicht Erfahrung von Freiheit, sondern ein Alptraum);
b) Wille als nicht-physisches (weltliches, „natürliches“, körperliches) Phänomen; keine materielle
Basis (Bedingtheit); (aber tausendfach belegt: es gibt keine psychologische Veränderung ohne
physiologische Veränderung!);
c) Allwissenheit der (meiner) Erfahrung; (aber: Nichts an unserer Erfahrung ist ohne Uhrwerk
dahinter, auch wenn wir das meiste davon gar nicht wahrnehmen);
(Peter Bieri, 7. Berliner Junitagung für Forensische Psychiatrie, 27.6.03, Handout, auch Spiegel 2/05
S.124f)
- 1889 NervenZELLEN identifiziert
1921 erster Botenstoff im Hirn isoliert (Acetylcholin)
1924 erstes EEG
1957 Entdeckung der Synapsen
1974 PET
(Spiegel 4/05 S.176ff)
- Methode, bei der Patienten allein durch ihre eigenen Hirnströme, die mittels aufgeklebter
Elektroden vom Schädel abgeleitet werden (EEG), einen Cursor über einen Computermonitor
steuern und damit ... selbständig Texte schreiben können;
ähnlich andere Methode: glasummantelte Elektroden direkt in Gehirnbereiche eingesetzt, die für
Steuerung von Bewegungen zuständig sind
(Spiegel 19/2000 S.135ff)
- 100 Mrd Nervenzellen, die sich an 100 Billiarden (Billionen! S.193) Schaltstellen verschalten
(S.193 im Hirn);
Gehirn: mehr als 10.000 unterschiedliche Eiweißstoffe sind in jeder einzelnen Hirnzelle aktiv, mehr

als in jeder anderen Körperzelle;
(Spiegel 42/03 S.190ff)

- (27) wir nehmen nur das bewusst wahr, was mit Aktivitäten in den „assoziativen Gebieten“ der Großhirnrinde (des Cortex) einhergeht; elementare Prozesse außerhalb der Großhirnrinde bleiben dem Bewusstsein völlig unzugänglich, auch wenn diese Hirnbereiche gleichzeitig aktiv sind (Gehirn & Geist, Dossier 1/2003: Angriff auf das Menschenbild)

7. bildgebende Messverfahren in der Hirnforschung

- (199) Über das „wo“ im Gehirn gibt die fMRT – oft recht grobe – Auskunft, aber nicht, „wie“ kognitive Leistungen durch neuronale Mechanismen zu beschreiben sind. Aus den bunten Mustern allein, die Tomographen aus der Hirnaktivität des Menschen erzeugen, lassen sich nie dessen Gefühle und Gedanken ablesen. Und was die „sehr indirekten“ Messmethoden der Gehirnareale betrifft, so sei das „in etwa so, als versuche man die Funktionsweise (und das Programm JK) eines Computers zu ergründen, indem man seinen Stromverbrauch bei verschiedenen Aufgaben misst.“; (209) die faszinierenden Bilder vom Gehirn geben also zunächst nur Auskunft, WO Denken, Wollen, Fühlen stattfinden, nicht aber, WIE Denken, Wollen und Fühlen zustande kommen, und erst recht nicht, WAS die Inhalte dieses Denkens, Wollens und Fühlens sind. Wer die neuronalen Erregungsmuster betrachtet, sieht keineswegs einem Menschen beim Fühlen, Denken und Wollen zu. Eine Landkarte ist noch keine Landschaft, ein Kartograph kein Geograph, erst recht noch kein Wanderer. ... wenn wir die Farbmuster sehen, erklingt weder Musik noch sehen wir Bilder ...; (Hans Küng: Der Anfang aller Dinge, Piper München, 2005)
- (82) diagnostische Kernspintomographie, heute auch Magnetresonanztomographie (MRT) genannt; PET: Injektion oder Inhalation radioaktiver Isotope erforderlich; radioaktiv markiertes Wasser H₂(15)O; bei verstärktem Blutfluss in einer Region auch höhere Radioaktivität; allerdings dauert es eine Weile; Messdauer heute wenige Sekunden; aber zu lange, wenn man kognitive Prozesse studieren will, die sich im Millisekundenbereich abspielen
funktionelle MRT ist zeitlich präziser (elektrisch geladener Wasserstoff-Atomkern rotiert = Spin; erzeugt dabei schwaches Magnetfeld; im Magnetfeld des Tomographen richten sich die H-Kerne aus; werden mit Hochfrequenzstrahlung ausgelenkt; kippen bei Abstellen der Strahlung zurück und geben dabei Energie ab); unterschiedlich Gewebe verhalten sich unterschiedlich – anatomische Strukturen können abgebildet werden
mit MRT können auch Änderungen im Sauerstoffgehalt des Blutes nachgewiesen werden (beruht auf magnetischen Eigenschaften des Hämoglobins);
keines der Verfahren misst neuronale Prozesse direkt;
Kontrastschärfe der Bilder täuscht irreführende Genauigkeit vor; das ganze übrige Gehirn ist auch aktiv, die untersuchten Bereich nur ein bisschen mehr aktiv (Signalschwankungen bei fMRT wenige Prozent des Gesamtsignals); man geht von einem theoretischen Modell aus, subtrahiert von den Ergebnissen der Messungen den Normalzustand (Berechnungen) und mittelt über mehrere Messungen (z.B. 30 in einem Versuchslauf); der Untergrund wird grau dargestellt, der „Unterschied“ knallig farbig
(Gehirn & Geist, Dossier 1/2003: Angriff auf das Menschenbild)
- NMR Kernresonanz-Spektrographie
- EEG seit 1926;
MRT Magnet-Resonanz-Tomographie; sehr starker Magnet in einem Ring (10.000fache Stärke des Erdmagnetfeldes); Körper als Empfänger und Sender von Radiowellen (deshalb „Resonanz“); H-Atome des Körpers werden im Magnetfeld ausgerichtet (kleine Kompassnadeln); zusätzlich Drehbewegung (Spin); alle Atome schwingen mit gleicher Frequenz; Lage wird von außen verändert, dann kippen die Atome wieder zurück und senden dabei; schichtweise (Schnittdicke 5 mm), feinste Strukturen erkennbar;
Krankheitsbilder: veränderte *Struktur (Funktionsstörungen)*, z.B. Epilepsie, hier nicht zu erkennen, z.B. EEG geeignet);
BOLD-Kontrast (Blood Oxygen Level Dependent); hier auch Funktion erkennbar; gesteigerte Gehirntätigkeit = erhöhte Sauerstoffmenge, Blutzufuhr; das O₂-reiche Blut hat andere magnetische Eigenschaften als O₂-armes Blut; Gehirnaktivität beeinflusst MRT-Signal;
fMRT misst nicht die Gehirnaktivität direkt, sondern die Durchblutung;
Reize geben: ob und was passiert im Gehirn? ; mehrmals gleicher Reiz, dann Messen der Differenz zu den Ruhephasen; das übrige Gehirn ist auch aktiv, wird aber im Bild grau ;
wir erfahren mit bildgebenden Verfahren, WO die Funktion sitzt, aber NICHTS über den INHALT (Rüdiger von Kummer, Tagung EAMeiß 10/05)
- (47ff) PET Positronen-Emissions-Tomographie: dem Blut wird ein Positronen aussendendes Isotop (z.B. 15-O) in Verbindung mit Wasser oder Zucker zugeführt; gerät in Gebiete mit besonders

intensivem Stoffwechsel im Gehirn, Detektoren, die ringförmig um den Kopf angebracht sind, registrieren Gammastrahlung, Computer berechnet dreidimensionales Bild der Hirnaktivität, benötigt bei Auflösung im Millimeterbereich bis zu 90 Sekunden;

NMR Kernresonanz-Spektroskopie: in einem starken Magnetfeld richten sich viele Atomkerne parallel zu den Feldlinien aus, senden nach Störung mit einem Radiowellensignal Hochfrequenzsignale aus, die Aufschluss über Art und Position des Kerns liefern –damit genaue anatomische Darstellungen von Gehirnen möglich;

beim funktionellen NMR werden Schwankungen im Sauerstoffgehalt in Abhängigkeit von der Stoffwechselaktivität erfasst, Bilder zeigen, wo im Gehirn die neuronale Tätigkeit lokal erhöht ist (Reinhard Breuer Hrsg.: Das Rätsel von Leib und Seele, DVA Stuttgart 1997)

- fMRI funktionelle Kernspintomographie dokumentiert nur den Blutfluss und nicht (wie elektrophysiologische Messungen) die tatsächliche neuronale Aktivität; scannt Gehirn dreidimensional, sehr hohe Ortsauflösung; elektrophysiologische Methoden wie EEG und MEG, wenn Informationen über die zeitlichen Abläufe im Gehirn gefragt sind (bdw 9/05 S.16ff)
- (29) Magnetencephalographie (MEG); die Aktivität einzelner Synapsen, Zellen oder Zellverbände werden mit Mikroelektroden registriert, die vor Ort platziert werden (Gehirn & Geist, Dossier 1/2003: Angriff auf das Menschenbild)

8. Der Libet-Versuch

- einfaches Bewegungsmuster, dessen Ablauf schon lange gespeichert ist; Habermas: „in der „nackten Entscheidung, den rechten oder linken Arm auszustrecken, sich so lange keine Handlungsfreiheit manifestiert, wie der Kontakt zu Gründen fehlt, die beispielsweise einen Fahrradfahrer dazu motivieren können, nach rechts oder links abzubiegen.“ (Walter van Laack, dieDrei 2/05 S.31, 3/05 S.25)
- (52) L. beobachtete mit einem Elektroencephalogramm die Hirnaktivität der Probanden; Libet selbst sah immer noch ein winziges Schlupfloch zur Willensfreiheit – indem er nämlich ergänzend bemerkte, dass ein Mensch eine derart zerebral (im Gehirn JK) vorbereitete Handlung ja in letzter Sekunde noch stoppen könne. Die Freiheit des Willens bestünde dann darin, dass dieser eine eigentlich physiologisch bereits vorprogrammierte Handlung aktiv hemmen könnte. Entscheidungsfreiheit qua Vetorecht also. (Gehirn & Geist, Dossier 1/2003: Angriff auf das Menschenbild)

9. freier Wille

- Roth: Man muss genau unterscheiden zwischen subjektiver Freiheit und Handlungsautonomie des gesamten Menschen ... erstere ist schlichtweg eine Illusion, letztere halte ich für gegeben. Autonomie ist die Fähigkeit, als *ganzes* Wesen, samt Gehirn und Körper, Bewusstsein und Unbewusstem, aus der individuellen Erfahrung heraus aktiv zu werden; evolutionäre Vergangenheit, frühkindliche Erfahrungen spielen mit; subjektiver Wille zum Handeln ist nicht frei, aber erziehbar (Die Zeit 13.9.01 S.37)
- Thomas Metzinger: Gegen die These vom freien Willen als Illusion gibt es zwei richtig schlechte Argumente, die populär und politisch immer korrekt sind: „Das wäre ja schrecklich!“ und „Aber ich fühle doch, dass ich frei bin!“ (Die Zeit 13.9.01 S.37)
- - Grundfeste unserer Identität?
- Begründung für Verantwortung und Schuldfähigkeit?
- Teil unserer Autonomie?
- objektivierbarer Tatbestand (ich – andere)?
- ein Gefühl?
- Illusion?
- fruchtbare Illusion (nicht zufällig, die wir brauchen)? (Kummer: JA!)
- Willensfreiheit:
- Freiheit, dem eigenen autonomen Willen entsprechend alternativ zu handeln (Wahlmöglichkeit)
- Motiv für die Handlung ist für Außenstehende nachvollziehbar, verständlich, prinzipiell einsehbar
- Beginn einer neuen Kausalkette ohne (vorgängige) Determination (Kant, schwer vorzustellen)

- Willensfreiheit? bei Kindern, Spielern, Süchtigen, Verliebten, Hirnverletzten, Selbstmordattentätern, Mutter, die ihr Kind verhungern lässt ???
- Beschränkung der Willensfreiheit:
äußerer Zwang, psychologischer Druck, Gehirnwäsche, Werbung, Geldgier, Krankheit (Bewusstseinsstörung), Narkotika, Suchtmittel, Prägung durch Kindheit oder Religion (Rüdiger von Kummer, Tagung EAMeißen 10/05)
- wenn äußere Zwänge wirklich weg sind, entscheide ich frei-willig;
Jeder Mensch ist bestimmt, nicht determiniert;
(Hans J. Schneider, Tagung EAMeißen 10/05)
- „Besonnenheit“ besser geeignet als „Freiheit“?
(Hans-Ludwig Kröber, Tagung EAMeißen 10/05)
- Man ist frei in seinem Wollen bzw. Tun, wenn man auch anders wollen bzw. handeln könnte, gesetzt den Fall, man hätte einen Grund, anderes zu wollen bzw. anders zu handeln
(Le Monde diplomatique Januar 2006 S.5)
- Unser Wille ist frei, wenn er sich unserem Urteil darüber fügt, was zu wollen richtig ist. Und der Wille ist unfrei, wenn Urteil und Wille auseinanderfallen – das ist der Fall beim Unbeherrschten, den seine übermächtigen Wünsche überrennen und zu einer Tat treiben, die er bei klarem Verstand verurteilt;
Der Kontrast zum Determinismus ist der Indeterminismus.
Der Kontrast zu Freiheit ist nicht Determinismus, sondern Zwang.
(Bieri, Spiegel 2/05 S.125)
- Wir nennen einen Menschen frei, der überlegen kann und dessen Handlungen einen Bezug zu seinen Überlegungen haben. Dabei müssen die Überlegungen die Handlungen gar nicht direkt kausal verursachen. Aber wenn ein Mensch überlegen kann, heißt das doch, dass es Alternativen gibt und die Entscheidung damit noch offen ist. ... Natürlich bin ich nicht absolut frei, meine Lebensgeschichte beeinflusst mich und vieles andere mehr.
Roth: Im menschlichen Gehirn gibt es zunächst einmal einen unbewussten Bereich. In dem werden Dinge abgehandelt, bei denen man nicht überlegen muss, die also automatisch ablaufen. Es gibt aber auch große Bereiche unserer Großhirnrinde, die aktiv werden, wenn die Dinge nicht von vornherein klar liegen, sondern abgewogen werden müssen. Gehirn lädt alle vergleichbaren bisherigen Problemfälle in dieses Bewusstsein hinein ... dann werden anhand der gesamten Erfahrung komplexe Argumente abgewogen ... Das ist unendlich kompliziert und überhaupt nicht vorauszuberechnen. Und dieses Nicht-Voraussagenkönnen unseres eigenen Handelns erleben wir im Alltag als Freiheit. Trotzdem folgt der ganze Ablauf offenbar strikt den Naturgesetzen.
(bdw 3/05 S.75)
- Schockenhoff: Plato berichtet, dass sein Lehrer Sokrates nicht aus dem Gefängnis flieht, weil er seinem Gewissen folgen und die Gesetze des Staates achten will;
Roth: er wäre geflohen, wenn er andere Gene gehabt oder seine Mutter ihn anders erzogen hätte
(Spiegel 52/04 S.116ff)
- Mittelstraß: Der Spielraum unseres Denkens und Handelns ist nicht in jeder Hinsicht festgelegt. Ob es den freien Willen gibt oder nicht gibt, ist nicht die entscheidende Frage, sondern die Frage ist allein, wie wir Spielräume dieser Art ausfüllen
(bdw 9/96 S.54ff)

10. Schuldfähigkeit

- Bundesgerichtshof: „Der innere Grund des Schuldvorwurfs liegt darin, dass der Mensch auf freie, verantwortliche, sittliche Selbstbestimmung angelegt und deshalb befähigt ist, sich für das Recht und gegen das Unrecht zu entscheiden.“
(bdw 3/05 S.75, Spiegel 52/04 S.116ff)
- normgemäßes Handeln als Fähigkeit, nicht augenblicksbezogen zu reagieren;
Psychiater soll feststellen, ob Täter gesund oder krank ist, Rest ist Sache der Juristen;;
klassische Strafrechtsschule:
orientiert an der TAT; Strafe soll punktuell das verletzte Recht wiederherstellen; Schwere der Strafe = Schwere der Tat; Täter nach Verbüßung der Strafe frei
moderne Strafrechtsschule:
orientiert am TÄTER; Prävention, Resozialisierung; „Gefährlichkeit“ der Person (evtl. auf Dauer wegsperren);
(Hans-Ludwig Kröber, Tagung EAMeißen 10/05)
- wir (forensischen Psychiater) prüfen bei einem Angeklagten, ob er denkend Kontrolle über seinen Willen auszuüben vermochte, oder ob er zum Zeitpunkt der Tat in dieser Tätigkeit beschädigt war. Im ersten Fall schreiben wir ihm Verantwortung zu, im anderen nicht.
(Peter Bieri, 7. Berliner Junitagung für Forensische Psychiatrie, 27.6.03, Handout)

- fMRI funktionelle Kernspinnresonanztomographie, einzelne Bilder und zeitlicher Verlauf von Erregungsänderungen im Gehirn wird aufgezeichnet; NATURE 2005: gesteigerte Aktivität im Stirnlappen beim Lügen
(Le Monde diplomatique Januar 2006 S.5)

11. Roth, Singer u.a.

- Roth: Das Unbewusste hat mehr Einfluss auf das Bewusste als umgekehrt; das Unbewusste entsteht zeitlich weit vor den Bewusstseinszuständen; und das bewusste Ich hat wenig Einsicht in die Grundlagen und Wünsche seiner Handlungen;
Harald Welzer: Das Unbewusste entlastet uns von vielem. Und diese Entlastung ermöglicht eigentlich erst Freiheit.
Roth: Genauso sieht das auch die Neurobiologie: Das Gehirn versucht, alles vom Bewusstsein ins Unbewusste zu packen. Unbewusste Vorgänge gehen schneller, sind routinemäßig, automatisiert. Das meiste, was wir tun, tun wir unbewusst ... Bewusstsein ist für das Gehirn etwas, was tunlichst zu vermeiden ist. ...
Die revolutionäre Einsicht für die Neurowissenschaften liegt darin, dass die Kommunikation und Interaktion das Gehirn formen, oft in Minutenschnelle. Das Ich entsteht aus dieser Interaktion, genauso wie Gene durch Umwelteinflüsse aktiviert werden. ...
Welzer: You never use the same brain twice.
Roth: Alle Säuglinge bringen etwas Protopsychisches mit auf die Welt. Aber das eigentlich Seelische entwickelt sich erst in der Interaktion zwischen Mutter und Kind. ... später Vater, Geschwister, Gesellschaft ...
Welzer: Vielleicht *ist* die Seele sogar *in* der Interaktion. ... Kommunikativität gehört zu unserer Grundausrüstung. Und vieles schein *zwischen* den Subjekten stattzufinden, nicht einfach *in* ihnen.
...
Roth: Die entscheidende Zäsur kommt erst mit der kindlichen Sprachentwicklung nach zweieinhalb Jahren.
(Die Zeit 23.2.06 S.36)
- Singer hält die Idee des freien Willens für ein kulturelles Konstrukt
(Spiegel 1/2002 S.154)
- Roth: Bewusstsein ist eine Folge, nicht die Ursache von Gehirnprozessen
(bdw 9/96 S.54ff)
- naturalistischer Determinismus der Soziobiologen und Neurophysiologen;
"Ich" nicht Ursache, sondern Begleitgefühl einer Handlung;
(Ulrich Eibach: „Gott“ nur ein „Hirngespinst“?, EZW 172, 2003)
- „Ich bin, also denke ich“;
Geist ist das Produkt der Gehirnaktivität;
zweite kopernikanische Wende!;
das ICH wird generiert in unserem Gehirn;
inkonsequent: die Illusion ist lebensdienlich; ich (v.K.) versuche, Verantwortung wahrzunehmen in dieser Welt
(Rüdiger von Kummer, Tagung EAMeißen 10/05)
- Roth: „Menschen können im Sinne eines persönlichen Verschuldens nicht für das, was sie wollen oder wie sie sich entscheiden“. Das gilt unabhängig davon, ob ihnen die einwirkenden Faktoren bewusst sind oder nicht, ob sie schnell entscheiden oder lange hin und her überlegen.
(Hans-Ludwig Kröber, Tagung EAMeißen 10/05)
- Geist, Bewusstsein und das Denken mit all seinen Facetten werden von Wissenschaftlern meist zum Produkt unseres Gehirns erklärt, zu einem Epiphänomen, ähnlich einem Sekret, etwa den Absonderungen einer Schweißdrüse.
(Walter van Laack, dieDrei 2/05 S.31, 3/05 S.25)

12. kritische Kommentare

- zwei Extreme:
 - ICH (Seele) als Gespenst außerhalb des Naturzusammenhangs
 - völlig determinierte Welt (oft auch in der Religion so verstanden!)
- Wille gehört auf die Ebene der Entscheidungen von (ganzen) Menschen, nicht auf die der Atome oder der Experimente;
sich auf „Seelisches“ zu beziehen, ist nicht das Beziehen auf ein Gespenst, sondern es geht um

lebendige Menschen;

“Der Mensch ist Teil der Natur“ – aber „Natur“ ist nicht gleich dem, was die Naturwissenschaft zu sagen weiß:

Geisteswissenschaften verhandeln Aspekte des Menschseins, die in den Naturwissenschaften nicht untersucht werden (können);;

was wiegt KANTs Kritik der reinen Vernunft? es gibt keine Kausalbeziehung zwischen dem materiellen Substrat eines Bildes und seiner Aussagen als Kunstwerk;

“Das wissen wir noch nicht genau, aber es muss so sein“ ist ein Glaubenssatz;

(Hans J. Schneider, Tagung EAMeißen 10/05)

- Beethoven, Klaviersonate Nr. 14 cis-Moll op.27.2 „Mondscheinsonate“
 - + Schallwellen bestimmter Frequenz, Amplitude und Rhythmik in einem Raum
 - + Rillen auf einer CD
 - + eine musikwissenschaftliche Beschreibung der Sonate
 - + eine längere Folge von Zeichen (Noten) in einem Heft
 - + ein trainiertes Bewegungsmuster in den Fingern, Händen und Armen des Pianisten
 - + ein bestimmter Erregungs- und Aktivierungszustand der Saiten eines Steinway-Flügels
 - + eine Folge von Reaktionen meines Innenohres auf Schallwellen
 - + das Feuern von Neuronen in bestimmten Hirnregionen
 - + das Feuern von Neuronen im Kopf des Pianisten
 - + das Erinnern der Musik der Sonate im Kopf, ohne dass außerhalb ein Ton zu hören ist
 - + ein tiefer, auch zu bebildender Gefühlszustand, der gleichwohl das Denken anregt
 - + wie geht jemand mit all dem um, der taub ist („Musik“?)

Welcher dieser Sachverhalte verursacht oder erklärt alle anderen?
- Es sind eigentlich nur Singer und Roth
- (Hans-Ludwig Kröber, Tagung EAMeißen 10/05)
- Betrachten wir ein Gemälde.
 - Wir können es als physikalischen Gegenstand beschreiben (Größe, Gewicht JK)
 - können Materialien beschreiben (Rahmen, Leinwand, verwendete Farben, verwendete Werkzeuge JK)
 - können von gestellten Thema sprechen
 - über den Stil des Malers reden,
 - uns anregen lassen von Schönheit und Ausdruckskraft
 - über den Handelswert reden
 - (wie erlebt ein Blinder unser Gespräch?)
 - keine der Beschreibungen ist näher an der Wirklichkeit als die anderen; wir haben unterschiedliche Systeme der Beschreibung für unterschiedliche Zwecke entwickelt, keines ist einem anderen ohne Rücksicht auf den Zweck, also absolut, überlegen;
 - wenn jemand das Bild zerlegte, um herauszufinden, was es darstellt (aussagt, bedeutet JK) –wir würden ihn für verrückt halten; es geht nie gut, wenn Fragen, die sich auf einer Beschreibungsebene stellen, auf einer anderen beantwortet werden sollen;
 - auch beim Menschen gibt es eine physiologische Geschichte (dazu gehört auch das neurobiologische Geschehen); und es gibt eine psychologische Geschichte, in der er als Person beschrieben wird (in der 2. Perspektive wird ihm vieles zugeschrieben, was in der 1. Geschichte nicht Thema sein kann, weil sie dafür gar nicht die begrifflichen Mittel hat: Wille, Überlegungen, Entscheidungen);
 - man sucht in der materiellen Zusammensetzung eines Gemäldes vergebens nach Darstellung und Schönheit, und im selben Sinne sucht man in der neurobiologischen Mechanik des Gehirns vergebens nach Freiheit oder Unfreiheit;
 - man kann weder das Motiv noch die ästhetischen Qualitäten eines Gemäldes verändern, ohne seine materielle Beschaffenheit zu verändern. Die thematischen und ästhetischen Eigenschaften sind von den materiellen abhängig (so kann sich auch) das psychologische Profil einer Person nur dann verändern, wenn sich ihr neurobiologisches Profil verändert, wenngleich diese Geschichten ihrer jeweils eigenen Logik folgen ... Jeder, der ein Aspirin nimmt, glaubt daran;
 - ... als spräche man in der physikalischen Geschichte über ein Gemälde plötzlich von seinem Thema (Peter Bieri, in: Spiegel 2/05 S.124f)

13. falsche Signale und Deutungen aus dem Gehirn

- elektrischer Reiz im Gehirn, Mann hebt den Arm, auf Frage: ICH wollte das !
- Krankheiten, z.B. Tumor im Gehirn; Mann sieht weiße Mäuse (die es nicht gibt ...)
- Illusionen, die für die Betroffenen real sind!
- warum soll dann meine Ich-Wahrnehmung im Normalzustand „richtig“ sein? (Rüdiger von Kummer, Tagung EAMeißen 10/05)

- (61) Mediziner suchen bei einer Epileptikerin mit Elektroden nach dem „epileptischen Herd, dem winzigen Bereich, in dem das krankhafte Neuronengewitter beginnt; als die Ärzte bestimmte Stellen im vorderen Bereich der linken Hirnhälfte reizen, fängt die Patientin unvermittelt zu lachen an; gefragt WARUM? „Ihr seid so komisch“; ein andermal Stimulation, während Patientin ein Bild mit einem Pferd betrachtet, diesmal Begründung: „Das Tier ist so lustig!“; findet immer einen Grund für ihr Lachen, und ist felsenfest von der Stimmigkeit überzeugt (Gehirn & Geist, Dossier 1/2003: Angriff auf das Menschenbild)

14. Gott im Gehirn

- Begriff Neurotheologie 1984 von dem amerikanischen Theologen Ashbrook geprägt; Neurotheologie untersucht, wie die Gehirnaktivitäten und deren evolutionäre Grundlagen mit Religiosität und Spiritualität zusammenhängen; Verhältnis von Gott und Gehirn (und, über, vor, in oder aus dem zu lesen?); eine bestimmte Form der Epilepsie ist häufig mit extremen religiösen Ausrichtungen korreliert; „Schläfenlappen-Persönlichkeit“; bleibt auf relativ kleine Hirnregionen im Schläfenlappen beschränkt, besonders in der linken Hirnhälfte; oft gehen Anfälle einher mit dem Erlebnis göttlicher Gegenwart, direkter Kommunikation mit Gott; Michael Persinger (Kanada) kann mittels transzerebraler Magnetstimulation Gottes-Erlebnisse förmlich induzieren; hat in 20 Jahren mehr als 1000 Personen in einer reizabgeschirmten Kammer einen umgebauten Motorradhelm aufgesetzt; mittels drei bis vier darin integrierten Magnetspulen, die um die Schläfen- und Scheitellappen gruppiert waren, künstlich fluktuierende Magnetfelder horizontal durch den Schädel geleitet; schwach (1-5 Mikrottesla, vergleichbar Strahlung eines Computerbildschirms); Versuchsdauer 30 Minuten und länger; 80% berichteten anschließend von spirituellen, als übernatürlich gedeuteten Empfindungen (Körper vibriert, schwebt, lebhafte Erinnerungen, Stimmen, Befehle, JEMAND wird leibhaftig gespürt); Schlaf- und Sauerstoff- und Glukose-Mangel, Angstzustände und Depressionen können vergleichbare Effekte bewirken; Andrew Newberg (USA); mi SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) Momentaufnahmen der Hirnaktivität von meditierenden tibetanischen Buddhisten und franziskanischen Nonnen; radioaktive Substanz wurde injiziert, wenn Versuchspersonen signalisierten, dass der Zustand der religiösen Einheit erreicht sei; es zeigt sich Aktivierung des präfrontalen Kortex hinter der Stirn, dann Deaktivierung des Orientierungs-Assoziations-Areals (Spiegel 7/2005 S.28ff)
- Die Existenz Gottes an der Hirnstruktur festzumachen ist ebenso naiv wie die Aussage des ersten Kosmonauten im Weltraum, er habe dort keinen Gott getroffen
- Singer: Er könne „bei der Erforschung von Gehirnen nirgendwo ein mentales Agens wie den freien Willen oder die eigene Verantwortung finden“ (Die Zeit 13.9.2001, S.37)
- Neurobiologen schieben betende Nonnen in den Kernspintomographen, Ärzte studieren die gesundheitsfördernde Wirkung von Gebeten, Molekularbiologen suchen nach dem „Gottes-Gen“
- (6) Ramachandran (Kalifornien); Ende der 90er Jahre entdeckt: eine Region im Gehirn, die allem Anschein nach in enger Verbindung mit spirituellen Gedanken steht; nannten das hinter dem linken Ohr liegende Areal „Gottes-Modul“; „es gibt eine neuronale Basis für religiöse Erfahrungen“; Patienten mit Temporallappenepilepsie (TLE): wenn der epileptische Fokus in einem Areal hinter dem linken Ohr liegt, berichten die Betroffenen oft von „spirituellen Visionen“; Paulus, Johanna von Orleans TLE?
wir sind gewissermaßen geschaffen, an Gott zu glauben! wie tief die religiösen Gefühle sind, hängt nach Ramachandran von der natürlichen elektrischen Aktivität im Temporallappen ab oder von der Bereitschaft, sich auf spirituelles Erleben einzulassen;
- (7) Andrew Newberg (USA): untersucht Bewusstseinszustand, von dem Gläubige fast aller Religionen berichten: dem Gefühl, eins zu werden mit dem Universum; 8 meditierende Buddhisten, zogen in tiefster Versenkung an einer Schnur, daraufhin über Infusion Zufuhr einer radioaktiven Substanz in die Vene, zeigt über verstärkten Blutfluss an, wo das Gehirn gerade besonders aktiv ist; Messung der Verteilung der Radioaktivität (Single Photon Emission Computed Tomography SPECT); überraschende Entdeckung: eine Region in den Scheitellappen, das „Orientierungs-Assoziations-Areal“ (OAA) war besonders inaktiv!; Aufgabe dieser Region ist es, Grenze klar zu machen, wo unser Körper endet und die Außenwelt beginnt;
- (8) Michael Persinger (Kanada); helmartiges Gerät auf den Kopf gesetzt, erzeugt schwaches Magnetfeld über 20 Minuten, besonders über der Scheitellappenregion; 4 von 5 Probanden beschrieben Empfindungen als übernatürlich (Gegenwart eines höheren Wesens, Berührung Gottes, Eindruck, den Körper zu verlassen) (Gehirn & Geist, Dossier 1/2003: Angriff auf das Menschenbild)

15. Lösungen

- Bestenfalls können Hirnphysiologen aufgrund der ungeheuren Komplexität der physiologischen Prozesse und Interaktionen im „System Gehirn“ in Anlehnung an die „Chaosforschung“ zur Erkenntnis vorstoßen, dass der Begriff „Kausalität“ und damit die Vorstellung von einer linear kausalen Determination zu ihrer Beschreibung überhaupt nicht hinreichen. Ob auf dieser Basis Freiheit empirisch gesehen möglich bzw. nur denkbar ist, muss offen bleiben.
(Ulrich Eibach: „Gott“ nur ein „Hirngespinnst“?, EZW 172, 2003)
- Singer: „gehe ich abends nach Hause und mache meine Kinder dafür verantwortlich, wenn sie irgendwelchen Blödsinn angestellt haben, weil ich natürlich davon ausgehe, dass sie auch anders hätten handeln können“;
Roth: Man muss genau unterscheiden zwischensubjektiver Freiheit und Handlungsautonomie des gesamten Menschen ... erstere ist schlichtweg eine Illusion, letztere halte ich für gegeben. Autonomie ist die Fähigkeit, als *ganzes* Wesen, samt Gehirn und Körper, Bewusstsein und Unbewusstem, aus der individuellen Erfahrung heraus aktiv zu werden;
evolutionäre Vergangenheit, frühkindliche Erfahrungen spielen mit;
subjektiver Wille zum Handeln ist nicht frei, aber erziehbar
(Die Zeit 13.9.01 S.37)
- (28) Roth: Steuerung von Handlungen durch das limbische System; neuronale Grundlage dessen, was man die „Handlungsautonomie des Individuums“ nennen kann, nämlich die Steuerung unserer Handlungen durch eigene Erfahrung.
(Gehirn & Geist, Dossier 1/2003: Angriff auf das Menschenbild)
- (55) Kröber zu Roth: Das limbische System, so Roth, sei der Inbegriff der lebenslang gemachten emotionalen Erfahrungen eines Menschen – und diese dominierten mithin die wichtigen Entscheidungen. Dabei bleibt unbestritten, dass diese Emotionen sich auf reale Erlebnisse beziehen, an die sich der Betreffende durchaus auch erinnern mag (die also Spuren im Gedächtnis, im Gehirn hinterlassen haben JK). Die Erfahrungen aus den Erlebnissen legt er (besser: liegen JK) seinen Überlegungen und schließlich den Entscheidungen zu Grunde.
(Gehirn & Geist, Dossier 1/2003: Angriff auf das Menschenbild)
- (44ff) Michael Pauen (Philosoph, Magdeburg);
Dualismus: strittige Frage: können geistige Vorgänge etwas verursachen?
a) geistige Vorgänge begleiten materielle Aktivitäten nur und beeinflussen sie nicht (epiphänomenalistischer D.)
b) geistige Vorgänge können in Willensakten auf neuronale Vorgänge einwirken (Popper, Eccles, Descartes; interaktionistischer Dualismus)
(JK: wenn sich über Gehirnströme gezielt Computer steuern lassen, sollte auch eine Entscheidung im Gehirn passiert sein!; Aufmerksamkeit kann die Aktivität in bestimmten Gehirnbereichen verstärken !)
zum einen ist schwer zu erklären, wie nichtmaterielle Vorgänge Einfluss auf materielle Aktivitäten nehmen können; es kommt hinzu, dass neben dem Prinzip der Energieerhaltung auch die weit verbreitete Vorstellung von der „kausalen Geschlossenheit“ der materiellen Welt verletzt würde; diese Schwierigkeiten lassen sich umgehen, wenn man geistige Vorgänge als eine neue Art von Prozessen in der materiellen Welt betrachtet, etwa als „bewusste mentale Felder“. Diese könnten sich zu neuronalen Aktivitäten so verhalten wie Magnetfelder zu den elektrischen Strömen in einer Spule. keine nicht-materiellen Substanzen ... nur noch Unterscheidung geistiger und neuronaler Vorgänge ... Position mit einem wissenschaftlichen Weltbild vereinbar ... allerdings müsste die völlig neue Art von Wechselwirkungen noch empirisch nachgewiesen werden ... bisher keinerlei Anhaltspunkte;
Identitätstheorie (Mitte 19. Jh.): Bewusstseinsvorgänge identisch mit physischen Vorgängen; erklärt die Unterschiede zwischen Gehirn und Bewusstsein damit, dass hier zwei unterschiedliche Formen des Zugangs vorliegen. Erfolgt der Zugang aus der Innenperspektive der ersten Person ... dann sprechen wir von Vorgängen im Bewusstsein. Nehmen wir dagegen derselben Aktivität gegenüber die Außenperspektive der dritten Person ein, dann können wir diese als neuronalen bzw. allgemein als materiellen Vorgang beschreiben ... zwei Seiten derselben Medaille ... für den Identitätstheoretiker sind beide Beschreibungen gleichrangig, keine ist „wahrer“ oder wissenschaftlich respektabler als die andere (JK: hier Klaviersonate Beethoven?) ... aus der Sicht der Identitätstheorie ist schließlich auch leicht zu verstehen, warum geistige Vorgänge etwas verursachen können – schließlich sind sie identisch mit Vorgängen im Gehirn, die ihrerseits zweifellos in der Lage sind, andere materielle Vorgänge zu beeinflussen;
Gedankenexperiment: Mary, eine geniale Neurobiologin, besitzt alle denkbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse über menschliche Farbwahrnehmung, aber sie hat noch nie Farben gesehen, sie sitzt in einer farblosen Umgebung, nimmt Umwelt nur über einen Schwarz-Weiß-Monitor wahr; Frage:

weiß Mary dank ihres Wissens auch, wie es ist, bewusste Farbempfindungen zu haben, würde sie etwas Neues erfahren, wenn sie ihr Gefängnis verließ? Zweifellos Ja – neurobiologische Erkenntnisse erlauben keine umfassenden Rückschlüsse auf Bewusstseinsprozesse (die Innensicht JK);

Konsequenzen scheine schwerwiegend: wenn unsere geistigen Aktivitäten mit Hirnprozessen gleichzusetzen sind, die Naturgesetzen folgen, kann von Freiheit nicht mehr die Rede sein. Unsere Handlungen würden dann nicht von uns selbst bestimmt, sondern von jenen Gesetzen.

Bevor man dieser Argumentation zustimmt, sollte man sich vor Augen führen, dass Freiheit an zwei Bedingungen geknüpft ist. Einerseits würden wir ein Tun nie als frei bezeichnen, wenn wir von außen dazu genötigt werden. Freiheit setzt also *Autonomie* voraus. Andererseits muss Freiheit aber auch gegen den bloßen Zufall abgegrenzt werden. Wenn ein rein zufälliges Feuern von Nervenzellen Herrn P. veranlasst, zu Fuß zu gehen (statt mit dem Fahrstuhl zu fahren JK), reden wir nicht von einer freien Handlung, sondern von einem zufälligen Geschehen. Offenbar erwarten wir von einer freien Handlung, dass sie sich einer Person zurechnen lässt. Zur Freiheit gehört also auch *Urheberschaft*. Beiden Kriterien können wir gerecht werden, wenn wir „Freiheit“ mit „Selbstbestimmung“ übersetzen. Diese Übersetzung ist weit mehr als ein Spiel mit Worten; sie verdeutlicht etwas, das in der Diskussion um die Willensfreiheit häufig übersehen wird: Freiheit benötigt eine Person, ein „Selbst“, das sich bestimmt. Doch dann kann nicht jede Form der Determination die Freiheit beeinträchtigen. Wenn dieses „Selbst“ sich bestimmt, wird die Freiheit nicht eingeschränkt – die Festlegung durch das „Selbst“ ist gerade das, was eine freie Handlung von einer bloß zufällig entstehenden Aktivität unterscheidet.

Veranschaulichen lässt sich dieses durch den Vergleich mit einer parlamentarischen Demokratie. Die Interessen und Gewohnheiten der Bürger entsprechen dabei den Motiven und dem Charakter der Person, die Beschlüsse des Parlaments den Willensakten. Wann würden wir Entscheidungen des Parlaments als frei bezeichnen? Offenbar spielen auch hier die beiden genannten Bedingungen eine entscheidende Rolle: eine freie Entscheidung darf weder durch äußeren Zwang noch durch bloßen Zufall zustande gekommen sein, vielmehr muss sie von den Interessen und Wünschen der repräsentierten Staatsbürger abhängen (Und ihre Traditionen und Erfahrungen berücksichtigen JK). Würde sich das Parlament nicht an diesen Interessen orientieren, dann würde man nicht mehr von Freiheit, sondern von bloßer Willkür sprechen.

Doch zurück zu individuellen Willensakten. Was ist das „Selbst“, von dem die Rede war? Man darf sich hier nicht eine Art inneres Objekt, eine Seele oder wieder einen Homunculus vorstellen, der unsere Geschicke lenkt. Gemeint ist vielmehr ein Kern von wichtigen Persönlichkeitsmerkmalen und Überzeugungen, die einen Menschen kennzeichnen. Wenn ich überzeugt bin, dass Diebstahl verwerflich ist, und aufgrund dieser Überzeugung alle Waren an der Kasse bezahle, dann ist diese Handlung das Produkt eines freien Willensaktes.

Diese Sicht steht im Gegensatz zu einer nicht nur in der philosophischen Tradition verbreiteten Auffassung: Ihr zufolge sind Freiheit und Determination unvereinbar (nicht vereinbar mit Freiheit sind aber Zwang und Zufall s.o. JK). Diese Auffassung ist jedoch unplausibel, weil eine schlechthin nicht determinierte Handlung auch nicht von den Überzeugungen, Wünschen und sonstigen Eigenschaften des Urhebers abhängig sein kann. ...

Wenn eine bestimmte Überzeugung Grundlage eines freien Willensaktes ist, dann kann die Willensfreiheit nicht dadurch bedroht werden, dass diese Überzeugung eine neuronale Grundlage hat. Das Gegenteil ist der Fall: Indem der neuronale Vorgang ein zentrales Persönlichkeitsmerkmal realisiert (zum Tragen kommen, wirksam werden lässt JK), verschafft er unseren Wünschen und Überzeugungen erst Wirksamkeit in der physischen Realität – er bildet also eine Bedingung für selbstbestimmtes Handeln ...

Aufgabe für Neurowissenschaften ... müssen zeigen, ob einzelne Handlungen tatsächlich von zentralen Persönlichkeitsmerkmalen bestimmt werden oder ob sie doch von äußeren Faktoren abhängen ...

Nach unserer Definition von Selbstbestimmung müssen zentrale Persönlichkeitsmerkmale nicht in jedem Falle bewusst werden. Auch wenn Handlungen von vorbewussten Prozessen ausgelöst werden, könnte unser Tun immer noch selbstbestimmt sein – dann nämlich, wenn diese vorbewussten Prozesse ihrerseits von wichtigen persönlichen Merkmalen abhingen (Gehirn & Geist, Dossier 1/2003: Angriff auf das Menschenbild)

- Umwelt und Erfahrung entscheiden darüber, welche Nervenzellen wachsen und welche verkümmern, welche Nervenverbindungen angeregt werden und wie die Architektur unseres Gehirns beschaffen ist, die am Ende so einzigartig ist wie unser Fingerabdruck. (Die Zeit 10.2.05 S.31)
- (200) (Manifest):
Mit Hilfe neuer Methoden seien bedeutende Fortschritte erzielt worden:
- einerseits auf der obersten Ebene: Erforscht wurden Funktionen und Zusammenspiel größerer Hirnareale; die speziellen Aufgaben der Großhirnrinde und der Basalganglien (Schaltstellen für

Muskelkoordination) und so eine thematische Aufteilung des Gehirns nach Funktionskomplexen: Sprache verstehen, Bilder erkennen, Töne wahrnehmen, Musik verarbeiten, Handlungen planen, Gedächtnisprozesse und Erleben von Emotionen;

- andererseits auf der untersten Ebene: wir verstehen heute weithin die Vorgänge auf dem Niveau einzelner Zellen und Moleküle: Ausstattung der Nervenzellenmembranen mit Rezeptoren, Funktion von Neurotransmittern, Ablauf von intrazellulären Signalprozessen, Entstehung und Weiterleitung neuronaler Erregung;

- aber NICHT auf der mittleren Ebene: Wir wissen „erschreckend wenig“, was innerhalb von ... Verbänden von Zellen geschieht: „Völlig unbekannt ist, was abläuft, wenn Hunderte Millionen oder gar eine Milliarde Nervenzellen miteinander reden“;

Das alles läuft auf ein Nichtwissen gerade auf der entscheidenden Ebene der Hirnaktivitäten hinaus. „Nach welchen Regeln das Gehirn arbeitet; wie es die Welt so abbildet, dass unmittelbare Wahrnehmung und frühere Erfahrung miteinander verschmelzen; wie das innere Tun als „seine“ Tätigkeit erlebt wird und wie es zukünftige Aktionen plant, all dies verstehen wir nach wie vor noch nicht einmal in Ansätzen.“;

„Wie entstehen Bewusstsein und Ich-Erleben, wie werden rationales und emotionales Handeln miteinander verknüpft, was hat es mit der Vorstellung des „freien Willens“ auf sich? Die großen Fragen der Neurowissenschaften zu stellen, ist heute schon erlaubt – dass sie sich bereits in den nächsten zehn Jahren beantworten lassen, ist allerdings eher unrealistisch.“

((Hans Küng: Der Anfang aller Dinge, Piper München, 2005)

Bezug auf: „Das Manifest. Über Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung“, Zeitschrift Gehirn und Geist, Heft 4/2004, S.12ff.; unterzeichnet u.a. von Singer und Roth)

- Wenn mir etwas begegnet, wenn ich eine Erfahrung mache, dann behalte ich das in meiner Erinnerung. „Erfahrungen machen“, das heißt tatsächlich doch nichts anderes, als bestimmte Erlebnisse im Gedächtnis anzusammeln. Ihre Spur bleibt so in mir bewahrt, die Fülle der Erfahrungen bestimmt mich und mein Verhalten der Umwelt gegenüber im Lauf meines Lebens mehr und mehr und legt mein Verhalten so in zunehmendem Maß fest. Das ist ein wesentlicher Teil davon, was wir als eine Reifung, als die allmählich erfolgende „Ausprägung“ einer Persönlichkeit mit zunehmendem Lebensalter erkennen. Diese Entwicklung ist unvermeidlich gleichbedeutend mit einer gewissen Erstarrung. Ein Kind ist, innerhalb der Grenzen seiner Veranlagungen, ein offenes Feld vielfältiger Möglichkeiten für die Zukunft ... Leben besteht daraus, dass man sich unter dem Einfluss der Umwelt und der von ihr ausgehenden Erfahrungen für bestimmte einzelne Möglichkeiten entscheidet und auf sie festlegt.
(Hoimar von Ditfurth: Kinder des Weltalls, dtv München 1983, S. 226 ff)

FAKTEN – QUELLEN – ZUSAMMENHÄNGE – MEINUNGEN

zu den Themenbereichen

Hirnforschung und Willensfreiheit, Verhalten, Bewusstsein

Sammlung 2

begonnen 2005 abgeschlossen mit Stand von Januar 2018

- Konrad Lorenz bemerkt, dass der liebe Gott den Menschen auf zwei Beine stellte und nun die Hand von ihm genommen hat, um zu sehen, ob er steht.
automatisches Reagieren auf Reize (in Erbanlagen programmiert), bei zunehmender Fülle von Reizen Überforderung, im Zweifelsfall Verlassen auf eigene Erfahrungen;
ein Zentralproblem, das uns unser Bewusstsein eingetragen hat, ist das widerstrebende Erleben unserer Ratlosigkeit an den Rändern des Begreiflichen;
es ist nicht nur absurd zu meinen, dass ein Evolutionsprodukt, das bis dato gerade überlebt hat, dazu gemacht wäre, den Kosmos zu erfassen; es ist unsinnig zu glauben, dass es das, was wir nicht denken, nicht geben könne; und es ist nicht nur überheblich, es ist gefährlich, weil es dazu verleitet, fortgesetzt auch dort in die Welt einzugreifen, wo man sie sicher noch gar nicht versteht;
Beschränkungen: wir sind nicht in der Lage, auch nur zwei Zahlenreihen gedanklich zu verfolgen, zum Beispiel links die Passanten und rechts vorbeiziehende Autos zu zählen; unsere Lösungsstrategien suchen stets nach regelhaft deterministischen und hinweisabhängigen Zusammenhängen von positiv linearer Funktionalität; alle nicht regelhaft probabilistischen und hinweisunabhängigen Zusammenhänge negativer und rekursiver Wechselbeziehungen fallen zunächst durch den Rost;
die älteren Geschwister des Bewusstseins: Gefühle, Emotionen, Glaubenssätze;
die Zahl der Personen, mit welchen wir intim verkehren, Biografien, Sorgen und Wünsche teilen, ist sehr beschränkt, im Mittel sieben, aus solchen Siebener-Gruppen setzen sich nun unsere Gesellschaften zusammen
(Rupert Riedl: Zufall, Chaos, Sinn; Kreuz Stuttgart 2000, S.71,89ff,101,104,132)
- Leib-Seele-Problem: Zusammenhang - ohne Zweifel kann eben schon ein Gläschen Rebensaft die Seele verwandeln, wie deren Bedürfnisse den Leib zu jenem Gläschen führen können;
Dualismus: wir erleben ihn als Leib und Seele, als Form und Funktion, als Welle und Korpuskel, als Struktur und Information; das aber ist ein „kognitiver Dualismus“, also einer unseres Auffassens, nichts deutet darauf hin, dass diese Welt zweigeteilt sein könnte
(Rupert Riedl: Zufall, Chaos, Sinn; Kreuz Stuttgart 2000)
- (188) Schon bei Platon, dem Lehrer des Aristoteles, und von ihm her auch bei Augustinus und vor allem bei Descartes findet sich ... ein zugespitzter DUALISMUS: Der Mensch wird verstanden als eine antagonistische Einheit von Geist (res cogitans) und Körper (res extensa), von Freiheit und Gesetzmäßigkeit, was eine physisch-psychische Verknüpfung schwierig macht. Andererseits stellt auch der pantheistische MONISMUS eines Spinoza, der nur eine einzige, göttliche Substanz mit zwei Attributen, Ausdehnung und Denken, annehmen will, keine Lösung dar.;
- (189) Die psychische Entwicklung kann heute aufgrund der Integration genetischer, psychologischer und ethnologischer Theorien erklärt werden. Aus diesem Grund wird der Ausdruck „Seele“ – verstanden als Träger (Substrat) psychischer Vorgänge und Erscheinungen oder auch als aristotelische „Form“ (Entelechie) des Leibes – als naturwissenschaftlicher Begriff kaum noch verwendet. Statt dessen spricht man von „Psyche“ und diese meint kein vom Leib unterschiedenes Lebensprinzip, sondern allgemein die Gesamtheit bewusster und unbewusster emotionaler („seelischer“) Vorgänge und geistiger

(intellektueller) Fähigkeiten.;

(190) Pannenberg: „Es gibt keine dem Leibe gegenüber selbständige Wirklichkeit „Seele“ im Menschen, ebenso wenig aber auch einen bloß mechanischen oder bewusstlos bewegten Körper. Beides sind Abstraktionen. Wirklich ist nur die Einheit des sich bewegenden, sich zur Welt verhaltenden Lebewesens Mensch.“;

Es ist weder die Seele noch nur das Gehirn, sondern der eine ganze Mensch, der atmet, erlebt, empfindet, denkt, will, leidet, handelt: das „Ich“ , eine „Person“.

Leib und Psyche, Gehirn und Geist sind also immer gleichzeitig gegeben und bilden ... eine psychosomatische Einheit.;

Körperliches und Psychisches sind demnach nie – nicht einmal im Traum – isoliert zu haben.;

Viele körperliche und psychische Eigenschaften (oder zumindest Dispositionen) werden, an die elterlichen Chromosomen gebunden, jedem Individuum schon in die Wiege mitgegeben.;

Jedem Bewusstseinszustand liegt von daher ein psycho-physischer Prozess zugrunde: keine geistige Tätigkeit ohne ein neuronales Substrat.;

(192) Einerseits: Der Mensch ist umweltgesteuert, geprägt durch äußere Einflüsse, abhängig von Bedingungen, ist vielfältig konditioniert und somit in seinem Verhalten weithin voraussagbar. ...

Aber ... Zweifellos formt die Umwelt den Menschen und seinen Willen. Aber zugleich formen der Mensch und sein Wille auch die Umwelt, insofern er der Umwelt als autonomes System gegenübertritt.

Andererseits: Als stammesgeschichtlich gewordenes Gebilde ist der Mensch genetisch vorprogrammiert. Er ist in seinen Verhaltensformen, Handlungsweisen, Reaktionen von ererbten Programmen angetrieben und gesteuert. Die Erbanlagen sind für das Individual- und Sozialverhalten von grundlegender Bedeutung.

Aber ... Das Angeborene wirkt nicht als ein völlig bestimmender Faktor, als unabwendbares Geschick ...;

(193) aus der stammesgeschichtlichen Forschung ergibt sich, dass der menschliche Geist nicht vom Himmel fiel, sondern ein Evolutionsprodukt darstellt. Wir stellten fest: Das menschliche Gehirn ist nicht einzigartig; manche geistigen Fähigkeiten des Menschen haben Vorstufen bei den Menschenaffen.

Setzen wir also voraus: Ohne Gehirn gibt es keinen Geist und ohne die Aktivität bestimmter Hirnzentren keine geistige Leistung.;

(194) Die Hirnvorgänge sind Resultat sowohl genetischer Anlage wie auch sozialen Lernens

(Hans Küng: Der Anfang aller Dinge, Naturwissenschaft und Religion, München 2005)

- (24) Uns Menschen ist – in einem abgemessenen Rahmen – die Freiheit zur Selbstbestimmung gegeben, und mit ihrer Hilfe und in diesen Grenzen verwandeln wir die Natur.

(179) Zahl der Sinne des Menschen

Alltagsverständnis 5: Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen;

dazu: Wärme empfinden; Gefühl für die eigene Körperlage; wir können Gleichgewicht halten;; wir merken, ob wir beschleunigt oder gebremst werden; wir registrieren Drehungen (bei geschlossenen Augen); wir sind schmerzempfindlich; (135) Zahlensinn;

SEHEN ausführlich ab (121)

HÖREN ausführlich ab (186);

(198) Mir scheint ..., dass wir die Welt im Kopf nicht konstruieren, sondern rekonstruieren.

(280) Portmann: „Umweltgebunden und instinktgesichert – so können wir in vereinfachender Kürze das Verhalten des Tieres bezeichnen. Das des Menschen mag demgegenüber weltoffen und entscheidungsfrei genannt werden.“

(286f) Alternative „Angeboren oder erfahren?“;

Einsicht, dass wir nur mit den Sinnen und anderen Organen auf die Umwelt reagieren können, die uns dank der Hilfe von Genen geliefert worden sind. Und diese Gene sind im Laufe der Evolution entstanden und dabei natürlich durch die Umwelt beeinflusst worden, in der sich unser Leben abgespielt hat. Die Alternative „Gene oder Umwelt“ ist also praktisch wie prinzipiell sinnlos wie die berühmte Frage, wer zuerst da war, das Ei oder die Henne

(294) Neuronen gefunden, die für das Imitieren zuständig sein könnten ... heißen Spiegelneuronen, ... sind nicht nur aktiv, wenn wir etwas tun – etwa einen Ball werfen -, sondern auch wenn wir sehen, wie andere dies tun. Die Spiegelneuronen scheinen darüber hinaus sogar Impulse zu feuern, wenn wir uns nur vorstellen, die Handlung zu vollziehen, also den Ball zu werfen. Spiegelneuronen spielen sicher beim menschlichen Spracherwerb eine Rolle. Sie finden sich aber auch im Gehirn von Schimpansen auch ein Affe kann wissen, was ein anderer, von ihm beobachteter Affe empfindet ...

Die beste Erziehung kommt dadurch zustande, dass Eltern als Vorbilder dienen.;

(302) Sehen als Deutungsvorgang (was für eine Bedeutung hat das für mich, nicht: wie sieht es exakt aus);

(359) wenn man normal ausgestattete Mäuse in den ersten drei Wochen ihres Lebens ohne Licht aufwachsen ließ, blieben sie für den Rest ihres Lebens praktisch blind. Ihr visuelles System braucht Erfahrungen, um reifen zu können. Gehirne benötigen sowohl Gene als auch Umwelt ...;

(363) Augustinus (354-430): Man ist nicht, sondern wird und bildet sich. „Ich bin in meinem Erinnern“;

(373) Für Aristoteles diente unser höchstgelegenes Organ (Gehirn JK) eher zur Kühlung des Körpers, und das Denken wollte er lieber dem Herzen überlassen.;

(389) Im Computer ist der Speicherplatz für das Wort „Gott“ viel kleiner als der für das Wort „Staubkorn“

...

dass die Gehirne weniger mit Informationen und mehr mit Bedeutungen arbeiten;
Eine Zahlenkolonne wie 1801194726101946 zu behalten, wird vielen Menschen vermutlich einige Mühe bereiten. Für den Autor des Buches überhaupt nicht (sein Geburtstag und der seiner Frau);

(391) Das Gedächtnis verschafft mir in der Gegenwart Zugang zum Vergangenen.;

(391) Versuch: Aktivierung von bestimmten Bereichen im Nervengewebe mit winzigen Stromimpulsen;
Patient sah sich in vergangene Zeiten zurückversetzt, Hütte, die er vor Jahren bewohnt hatte, Freund tritt ein, noch mit Schnee bedeckt, eisiger Wind,

Augustinus: drei Zeiterfahrungen ... „Gegenwart von Vergangenen, nämlich Erinnerung; Gegenwart von Gegenwärtigem, nämlich Augenschein; Gegenwart von Künftigem, nämlich Erwartung.“;

die als gegenwärtig erlebte Zeitspanne dauert 3 Sekunden (Länge gereimter Verse, Dauer musikalischer Phrasen);

(394f) Arten von Gedächtnis

+ deklaratives Gedächtnis (Gedicht aufsagen, gelerntes Wissen)

+ prozedurales Gedächtnis (Fahrrad fahren, automatisierter Bewegungsablauf)

+ implizites Gedächtnis (unbewusst vorhanden, Grundkenntnisse aus der sinnlichen Erfahrung
„Meerwasser ist salzig“, Eis ist kalt)

+ episodisches Gedächtnis (wichtige Ereignisse aus dem eigenen Leben)

+ erleichtertes Erinnern („priming“; mit schon ähnlich erlebten Erfahrungen zurecht kommen);

(420) Bewusstsein spielt sich zwar im Gehirn ab, ist aber nur einem Subjekt zugänglich, mir; mein Erleben von Freude, von Schmerz können nicht Gegenstand einer Wissenschaft sein, die sich dadurch definiert, dass sie nur erkundet, was wiederholbar (reproduzierbar) ist, so genau sie dies auch unternimmt ... Meine Freude oder mein Leiden sind einmalig, und so entzieht sich das Bewusstsein den Biowissenschaften wenigstens teilweise;

(424ff) Es gibt Neurobiologen oder Neurophilosophen, die reklamieren, dass Bewusstsein durch ein Gehirn generiert wird (und somit durch Emergenz zustanden kommt). Die anderen meinen, es sei eine Qualität, (die objektiv und außerhalb von uns existiert und JK) die Gehirne so wahrnehmen wie Augen das Licht (Verwandlung von Transzendenz in Immanenz) ... Manche denken, hier handle es sich nur um eine Illusion, die allerdings den Vorteil hat, auf neurobiologische Fakten zurückgeführt werden zu können.;

(428) „Bewusstsein“ damit meinen wir die Art und Weise, in der Menschen und die höheren Lebewesen die wesentlichen Tätigkeiten ihres Lebens verrichten (JK: gerade nicht, die fürs Überleben wichtigen elementaren Lebensvorgänge laufen automatisch ab und bleiben unbewusst!);

(428ff) zum LIBET-Versuch

die Genauigkeit der Zeitangaben auf der „Lichtpunktuhr“ bei LIBET lag bei 0,2 Sekunden;

Wann wird eine innere Bereitschaft bewusst? Wann wird ein äußerer Reiz bewusst erlebt?

Experimentelle Messungen zeigen, dass nach Reizungen der Haut zunächst so genannte evozierte Potentiale in der Hirnrinde entstehen. Wenn man diese Potentiale nicht durch Reiz auf der Haut, sondern durch elektrische Impulse in den Gehirnzellen selbst auslöst, spüren die Betroffenen erst dann etwas, wenn diese Stimulierung länger als eine halbe Sekunde dauert. (Die Haut braucht nicht solange gereizt zu werden, bis wir etwas fühlen.) Offenbar haben wir ein bewusstes Erlebnis erst dann, wenn die Hirnrinde eine halbe Sekunde lang stimuliert worden ist. Das Verrückte ist nun, dass das bewusste Erleben so in die Vergangenheit zurückprojiziert wird, wie die Stimulation der Hirnrinde selbst in den Körper projiziert wird.

Der Versuch: Bei Probanden wurde eine Hand direkt und die andere indirekt (über die Hirnrinde) gereizt. Gefragt wurde, wo die Personen zuerst etwas spürten. Rechts? Links? Oder in beiden Händen gleichzeitig?

Das Ergebnis: Selbst wenn die Stimulation der Haut an der linken Hand zum Beispiel erst 0,4 Sekunden nach einer Stimulation der Hirnrinde einsetzte, die einer Reizung der rechten Hand äquivalent war, sagte der Proband: „Links zuerst“. Es dauert 0,5 Sekunden, bis die Hirnreizung bewusst erlebt wird, Der Empfindung des Hautreizes gelingt es, sich innerhalb von nur einer Zehntelsekunde vor die der Hirnstimulation zu setzen.

Das subjektive (bewusste) Erleben wird zeitlich so zurückdatiert, als sei das Bewusstsein zu dem Zeitpunkt eingetreten, zu dem das evozierte Potential angezeigt wird. Dies tritt ungefähr 0,02 Sekunden nach der Reizung der Haut ein, während es 0,5 Sekunden dauert, bis sich das Bewusstsein für den Reiz (im Gehirn ausgelöst? JK) einstellt. Bewusstsein braucht eine halbe Sekunde elektrische Aktivität.;

Das Bewusstsein – ICH – kann eine Handlung nicht beginnen, etwas in mir – ES – kann aber beschließen, dass sie nicht durchgeführt wird. Der freie Wille entwirft sich nicht selbst aus einem zu füllenden Nichts, er wählt vielmehr aus einer angebotenen Fülle aus und operiert insofern näher am evolutionären Prinzip der natürlichen Selektion, die auch noch in eine andere Richtung benutzt werden kann.;

Torwart, Tennisspieler agieren schon längst, bevor sie wissen, was sie tun;

Grundgesetz der BRD beginnt mit einem Veto: Die Würde des Menschen ist unantastbar.;

wenn wir sprechen: Die Wirklichkeit geht den nicht unbedeutenden Bruchteil einer Sekunde unserer

bewussten und aufmerksamen Wahrnehmung von ihr voraus ... ES spricht aus uns heraus, und wir haben alle Mühe, um nur das herauszulassen, was passend ist.;
 Die synchronen Muster (in Neuronenverbänden JK) werden nicht von uns, sondern für uns gebildet ... macht uns bereit und erlaubt uns, unser Vetorecht auszuüben ...
 (Ernst Peter Fischer: Die Bildung des Menschen - was die Naturwissenschaften über uns wissen; Ullstein Berlin 2006)

- (48) der Physiker Pascal Jordan leitet die menschliche Freiheit aus der quantenphysikalischen Unbestimmtheit her. ... erreicht aber allenfalls einen Begriff der Freiheit VON, nicht aber den Begriff der Freiheit FÜR;
 (209) Oliver: Beobachtung greift in das Geschehen ein. Dieser quantentheoretische Grundsatz gilt ebenso unerbittlich für das Gehirn ... dass schließlich eine hochkünstliche Situation gemessen wird ... Die Experimente zielen auf zu einfache Situationen, und dafür sollen sie zu komplizierte Sachverhalte klären ... Alle Experimente, auch das über die Willensfreiheit, betreffen Kurzvorgänge ... Aber fast alle psychischen Prozesse sind langfristig. Ein Entschluss kann Jahre brauchen zu seiner Entwicklung. ... Nicht nur Entscheidungen, auch Einsichten sind gehirntern formuliert, bevor sie abgelesen werden können ...;
 (211) Wolf Singer: Wenn eingeräumt wird, dass das bewusste Verhandeln von Argumenten auf neuronalen Prozessen beruht, dann muss es neuronalem Determinismus in gleicher Weise unterliegen wie das unbewusste Entscheiden, für das wir dies zugestehen.;
 genetische Gründe oder Gründe der Erziehung, die gleich mächtig in die Programmierung von Hirnfunktionen eingehen ...
 (213f) Gerhard Roth: Ergebnisse des LIBET-Versuchs; erhebliche Zweifel an der Existenz eines freien Willens als eines mentalen Verursachers, der selbst nicht materiell verursacht ist;
 vom Gehirn zu behaupten, es treffe Entscheidungen (vielleicht wäre es unverfänglicher zu sagen: „es determiniert die Entscheidungen“ oder „es nimmt die subjektiv empfundene Entscheidung vorweg“);
 (215) Wingert: Gründe sind mitlaufende Kommentare eines naturhaft-deterministischen Handlungsgeschehens;
 (216f) (Gehört das Gehirn – oder bestimmte Teile wie das limbische System - nicht zum ICH? JK)
 Buchheim: Dadurch, dass ich mit dem Gehirn denke, denkt aber doch nicht das Gehirn statt meiner.;
 dass die freien Tätigkeiten nicht nur bewusst (wie Singer meint), sondern bei Bewusstsein auch bejaht (zustimmend beurteilt), also absichtlich oder gewollt seien, während die anderen, wie z.B. das Träumen, zwar bewusst, aber nicht bejaht, oder aber, wie das Schwitzen, nicht einmal bewusst sind;
 (217) Höffe: Die für Kant entscheidende Willensfreiheit, die vielzitierte Autonomie des Willens ... Frei ist der Wille, sofern er sich das Gesetz (nomos) selber gibt. Da „selbst“ auf griechisch „autos“ heißt, spricht Kant von Auto-nomie ... Die Frage der Willensfreiheit entscheidet sich jedenfalls nicht an einer atomaren Handlung, sondern an der Art des zugrundeliegenden Gesetzes ... (da sich LIBET damit nicht beschäftigt, befasst er sich auch nicht mit Willensfreiheit JK); Roth sagt gegen Kant: „Autonomie ist mit Willensfreiheit unverträglich.“;
 (219f) Habermas: Das biologisch so kostspielige Geistige als ein bloßes mit dem Überleben nicht befasstes Epiphänomen ansehen zu sollen, erscheint ihm aber angesichts der ... kostenbewussten evolutionären Buchführung höchst unwahrscheinlich;
 Die Komplexität des menschlichen Gehirns erlaubt so etwas wie eine wechselseitige Perspektivenübernahme, ein Sich-in-den-anderen-Hineinversetzen und die wechselseitige Teilhabe am Symbolsystem des Anderen. Diese Leistung wird aber wie andere optische, akustische oder haptische Perzeptionen in materialen Strukturen hirnhysiologisch niedergelegt.;
 (221) Herbert Helmrich:
 Ladendieb entwendet Gegenstand aus Regal, hört hinter sich Geräusch, liest „interessiert“ das Kleingedruckte und legt den Gegenstand zurück --- zwei Bereitschaftspotentiale für gegenteilige Handlungen? Korrektur der Aktionspotentiale? „dass der Aufbau der Bereitschaftspotentiale, der sich in gut einer halben Sekunde vollzieht ... den schnellen freien Umentscheidungen jeweils folgen kann“ ;
 der Mensch, der sich zur Abgabe einer unrichtigen Steuererklärung entschlossen hat, hat voraktivierte Bereitschaftspotentiale, der Wille, eine falsche Erklärung abzugeben, überdauert ... verbindet alles zu einem Gesamtverhalten; der potentielle Steuersünder kann sich jederzeit frei umentscheiden, eine ehrlich Erklärung abzugeben; die Existenz von unbewussten Bereitschaftspotentialen macht ihn nicht unfrei;
 (226) Kröber: Du glaubst nur, du selber hättest die Entscheidung getroffen. In Wahrheit hat dein limbisches System die Entscheidung getroffen. Warum nicht, fragt man zurück? Weil die Entscheidung schon fiel, als sie dir noch nicht bewusst war. Aha, und diese geheimen Werkstätten, in denen die Entscheidung geschmiedet wurde, sind nicht ich? Und wenn tatsächlich eine Entscheidung stärker in meinen emotionalen Vorerfahrungen begründet sein sollte als in rationalen Erwägungen – was besagt dies für die Willensfreiheit? Gar nichts.;
 (227) völlig ungleiche, nämlich sowohl bewusste als auch unbewusste Entscheidungen ... warum dann nicht auch freie und unfreie Entscheidungen?;
 (229) Nach Singer ist es ... möglich, dass kulturelle und soziale Einflüsse determinierend auf das neuronale Substrat wirken. Dann aber ist mit Geyer zu fragen:

Wenn sie als Kultur und Soziales aber gleichwohl – wie Singer nicht bestreitet - in der Lage sind, auf die rein materiell aufgefasste neuronale Verschaltung zu wirken, dann hat sich die These von der energetischen Impotenz des Geistigen auf verblüffende Weise selbst erledigt.;

(229) (wenn Motive und Gründe nur nachgereicht werden, wer ordnet sie jeweils einander zu? nachträgliche Entschuldigungen, aber wofür? JK)

(251) Dualistenfraktion ... „Geist und Materie wie Pianist und Klavier“ (Popper, Eccles, von Ditfurth); Gretchenfrage ist die nach dem Wie und Wo der behaupteten Interaktion zwischen Geist und Materie ... müssten plausibel machen, dass bei ihrem sich auf quantenmechanischer Ebene vollziehenden Geist-Gehirn-Interaktionismus der Energieerhaltungssatz nicht tangiert ... wird;

(257) die verstärkte Durchblutung einer bestimmten Gehirnregion, die sich in erhöhter Radioaktivität an diesem Ort niederschlägt (sichtbar gemacht in bildgebenden Verfahren JK), wird dabei zum Indiz für eine erhöhte Aktivität eben dieser Hirnregion. Leider ist es so, dass Synapsen ... erregend oder hemmend wirken können. In beiden Fällen verstärkte Stoffwechselaktivität, ... aber unklar, ob hier Vorgänge initiiert oder blockiert werden;

(260) (viele der Neurotheologen wie) Ramachandran, Persinger ... rücken die religiösen Erfahrungen in einen pathologischen Kontext, in den z.B. die American Psychiatric Association bis 1994 ohnehin und offiziell einen starken religiösen Glauben einsortierte;

(260f) Soziobiologie: Universalien (Grundmodule) in allen Religionen:

a) Mystik, die eine eigene innere Erfahrung mit Gott bezeichnet

b) Ethik bzw. Moral, die ausgehend von einem bestimmten Menschen- und Weltverständnis auf eine bestimmte soziale Praxis und eine bestimmte Nutzen-Kosten-Repräsentation der Sozialbeziehungen abzielt

c) Mythen, die z.B. als Ursprungs- oder anthropologische Mythen vorkommen und eine Welterklärungs- und Legitimationsfunktion für die konkrete Religion haben

d) Rituale, die als symbolische Aufladungen von Handlungen oder Gegenständen zu verstehen sind. Sie sollen das Böse abweisen (apotropäische Riten) das Volk reinigen (kathartische Riten) oder Lebensphasen interpretierend begleiten (Passage-Riten);

es wird angenommen, dass diese Universalien sich im Laufe der Evolution herausgebildet haben und durch eine natürliche Selektion geformt, optimiert und genetisch fixiert wurden. Sie sollen einen evolutiven Mehrwert im Sinne einer Fitnessmaximierung für eine konkrete Gruppe bewirken Religiosität als biologisch funktionales Phänomen; Neurobiologie müsste nun die neurobiologischen Korrelate der behaupteten Module usw. dingfest machen;

(im weiteren detaillierte und kritische Darlegungen zu den einzelnen Universalien JK);

(275) Die Symphonie des Denkens wird von einem hirnpfysiologischen Orchester aufgeführt, das mit nicht weniger als zehn Milliarden, vielleicht sogar einhundert Milliarden Musikern (sprich Neuronen) bestückt ist, von denen jeder mit circa zehntausend Orchesterkollegen (im Klartext über Synapsenschaltungen) kommunizieren, musizieren, interagieren kann. ... das Vorhandensein eines Dirigenten, also einer alles bestimmenden Kommandozentrale, wird beim gegenwärtigen Kenntnisstand von nahezu allen Neurowissenschaftlern bestritten ... vielleicht liefert der mediale präfrontale Cortex für das Selbstkonzept so etwas wie das Minimaldirigat. ;

(280) evolutionäre Erkenntnistheorie: „überlebensadäquat“ (-tauglich JK) ist nicht „wahrheitsadäquat“;

(290) Anselm von Canterbury: Credo ut intelligam (ich glaube, damit ich verstehe); der Mensch ist, gerade in der Verfolgung seiner intelligiblen Interessen ... auf irgendeine Form theistischer, atheistischer oder agnostischer, jedenfalls also „gläubiger“ Selbst- und Weltinterpretation verwiesen;

(296) Ich glaube ... an die grundsätzliche Erkennbarkeit der Welt

Ich glaube ... an einen Sinn der Weltgeschichte im Ganzen und meiner selbst im Einzelnen

Ich glaube ... an Menschlichkeit und Güte

(Ulrich Lüke: Das Säugetier von Gottes Gnaden, Evolution-Bewusstsein-Freiheit, Herder Freiburg 2006)

- US-Genetiker Dean Hamer hat aus mehr als 2000 DNA-Proben jenes Gen isoliert, das seine Träger religiös ansprechbarer macht als andere Menschen (Buch: Das Gottes-Gen) (Der Sonntag 12.11.06)
- Herzspezialist Krucoff (USA) will beweisen, dass Fürbitten positiven Effekt auf die Heilung haben; Studie mit 750 Patienten an 9 Kliniken; Ergebnis: den Patienten, für die intensiv gebetet wurde, ging es besser als solchen, für die nur wenig oder gar nicht gebetet wurde; Michael von Brück (München): bezieht sich auf die Hirnforschung, geistige und körperliche Ebene sind zwei Aspekte derselben Wirklichkeit (Der Sonntag 21.5.06)
- Veröffentlichung USA 2001: Studie mit sensationellem Ergebnis, Frauen würden nach einer künstlichen Befruchtung häufiger schwanger, wenn für sie gebetet würde, Schwangerschaftsrate verdoppelt sich; Recherche ergab: der Leiter der Studie hatte sie gar nicht gemacht, erst 1 Jahr danach davon erfahren und sie redaktionell betreut; seit 2005 distanziert sich die Columbia-Universität von der Studie und dem zweiten Autor (bdw 2/2006 S.110)

- Gerhard Vollmer:
 (19ff) Dualismus oder Monismus?
 Wechselwirkungen zwischen Geist und Materie, wie kommen sie zustande?
 Obwohl viele Dualisten sich zum Interaktionismus bekennen, sind hierzu überhaupt noch keine ernsthaften, d.h. hinreichend präzisen oder gar empirisch prüfbar, Vorschläge gemacht worden; den Monisten beschäftigen vor allem die Verschiedenheiten der beiden Aspekte als erklärungsbedürftig. Am weitesten verbreitet ist heute ein gemäßigter Materialismus unter der Bezeichnung „Identitätstheorie“. Hier werden Geist, Seele, Bewusstsein, als Funktionen des Zentralnervensystems, insbesondere des Gehirns aufgefasst ... man kann das Leib-Seele-Problem im Dualismus wie im Monismus als „Geist-Gehirn-Problem“ präzisieren. Das Hauptproblem einer solchen Identitätstheorie ist die Frage:
 Was ist die strukturelle Besonderheit jener neuronalen Prozesse, die mit psychischen Erlebnissen verbunden sind (gegenüber solchen, die nicht von psychischen Erlebnissen begleitet sind?);
 Interaktionismus: Descartes, Popper, Eccles, von Ditfurth;
 (26) evolutionistischer Identismus: Geist als Gehirnfunktion ist eine neu auftretende Systemeigenschaft, zu der es keine Vorstufen zu geben braucht (u.a. Lorenz, Riedl); Ein System kann Eigenschaften aufweisen, die keines seiner Untersysteme – auch nicht in Vorstufen – aufweist;
 (27) zahllose Experimente bestätigen die identische Vermutung, dass jedem geistigen Zustand oder Vorgang ein materieller entsprechen müsse, da er ja letztlich mit einem solchen identisch sei.;
 (29) dass der Dualismus eine wissenschaftliche Anomalie darstellt; denn nirgendwo – außer in der dualistischen Psychologie – wird in dieser Weise zwischen einem System und seinen Eigenschaften und Funktionen getrennt. In allen Wissenschaften wird eine Eigenschaft, ein Zustand, ein Vorgang einem realen Gegenstand zugeordnet als eine Eigenschaft von etwas, ein Zustand von etwas, ein Vorgang an etwas. Bewegung ist Bewegung eines Körpers, Energie ist Energie eines Systems ... niemand käme auf die Idee, Bewegung, Energie ... als eigenständige Wesenheiten anzusehen. Wie verdinglichen niemals Eigenschaften, Zustände, Prozesse von Systemen – nur der Dualist tut das mit den Eigenschaften ... des Zentralnervensystems ...
 irreführender Ausdruck „Leib-Seele-Problem“, sprechen wir doch auch nicht von einem „Körper-Bewegungs-Problem“ ...;
 Wird der Geist als nicht-materielle Wesenheit oder Substanz aufgefasst, so bedeutet jeder Interaktionismus eine Verletzung des Satzes von der Erhaltung der Energie! Denn jede Wechselwirkung muss zumindest für den materiellen Partner (Neuronen; Gehirn) mit einem Energieübertrag verknüpft sein.;
 (31) subjektive und objektive, innere und äußere, psychische und physische, geistige und materielle Zustände und Prozesse seien völlig verschieden, unvergleichbar ...
 wir können diese Verschiedenheit projektiv deuten, dann sind subjektive und objektive Zustände und Prozesse nur verschiedene Aspekte ein und desselben objektiven Vorgangs;
 Die Unvereinbarkeit der Aspekte besteht nur auf der Ebene der Erscheinungen; sie allein rechtfertigt noch nicht die Behauptung, dass das Urbild nicht ein einziges, einheitliches und widerspruchsfreies sein könne;
 (33) einen APFEL kann man sehen und fühlen (und riechen und schmecken); der optische und der haptische Eindruck des Apfels sind auch inkommensurabel; Farbe und Form sind ja ganz verschiedene Qualitäten, trotzdem schreiben wir diese verschiedenen Eigenschaften ein und demselben Objekt zu und deuten sie als Projektionen auf unsere verschiedenen Erlebnis-„Ebenen“;
 Eine Wolke kann man von innen und von außen erleben;
 Elektronen zeigen Teilchen- und Wellencharakter;
 scheinbar inkommensurable Eigenschaften projektiv gedeutet und auf „höherer“ Ebene aufgelöst;
 (34) Die Identitätstheorie fordert gar keine neue Substanz, ist bekannt (Neuronen, Moleküle, Atome, Elementarteilchen, allg. Materie im physikalischen Sinne);
 neu und unbekannt ist dagegen die Struktur, die Vernetzung, die Verschaltung dieser Elemente (Struktur hier: Gesamtheit aller Wechselwirkungen, Beziehungen, Relationen der Bauelemente zueinander);
 (35) Substanz und Struktur – keine dieser beiden Komponenten ist der anderen irgendwie übergeordnet, beide sind für das System kennzeichnend, für seine Eigenschaften konstitutiv, für seine Funktion wesentlich; Kenntnis des einen ersetzt niemals Kenntnis des anderen;
 zum Verständnis dieses Systems müssten wir seine Struktur durchschauen;
 (37) Identitätstheorie: Bewusstseinsvorgänge sind nicht Epiphänomene physikalischer Vorgänge; vielmehr unterscheiden sich physikalische Vorgänge mit Innenaspekt auch physikalisch von solchen ohne Innenaspekt;
 es war offenbar in der Evolution von Vorteil, solche neuronalen Strukturen auszubilden, die gleichzeitig mentale Prozesse ermöglichen. Der mentale Charakter dieser Strukturen ist nicht ein zufälliges Nebenprodukt, sondern gerade eine typische, eine wesentliche Eigenschaft dieser Strukturen;
 (Herrenalber Texte 23: Wie entsteht der Geist?, Karlsruhe 1980)
- Benedikt Grothe, Prof. für Neurobiologie LMU München:
 Publikationen über eine neue Art des Lügendetektors (USA): mit Hilfe von bildgebenden Verfahren zur Messung neuronaler Aktivität Falschaussagen nachweisen (90%ige Sicherheit);

fMRI (functional magnetic resonance imaging);

die sehr einfache Prämisse: Mehr (erhöhte Aktivität an einem Ort im Gehirn, Durchblutung, Stoffwechsel) ist besser, mehr ist entscheidend;

tatsächlich aber gehen heute einige Kollegen davon aus, dass in den so genannten „höheren Zentren“ unseres Gehirns spezifische Verarbeitungsprozesse sogar eine Verminderung der Gesamtaktivität bewirken; dann würde gelten: weniger ist mehr;

eine euphorisch geführte Kampagne einiger Vertreter der Neurowissenschaften (Betonung auf „einige“), letztlich nicht seriös; sie basiert auf mangelhafter Darstellung der Grenzen der modernen neurowissenschaftlichen Methoden, dem weiten Interpretationsspielraum, den die durch sie gewonnenen Ergebnisse erlauben, ...

Die modernen Messmethoden ermöglichen uns faszinierende Einblicke in die Aktivität unseres Gehirns. Derzeit sind die nicht-invasiven Methoden nur geeignet, Korrelate neuronaler Aktivität zu messen (z.B. fMRI), oder sehr spezifische und in ihrer Bedeutung nicht wirklich verstandene Phänomene, wie beispielsweise Synchronizität neuronaler Entladungen (z.B. EEG). Was die gemessenen Aktivitäten aber letztlich bedeuten, wie sie mit den Gedanken und Intentionen des Probanden in Verbindung stehen, das bleibt ungewiss.;

wir sind Beobachter, die vieles in Beziehung setzen, aber wenig verstehen können;

(Das Parlament 2./8.1.2007 S.9)

- US-Neurologen haben ein Gehirnimplantat entwickelt, mit dem vollständig Gelähmte einen Cursor auf dem Bildschirm oder eine Armprothese bewegen können; 4 Millimeter kleiner Hirnsensor mit Druckluftpistole bei geöffnetem Schädel wenige Millimeter unter die Hirnoberfläche geschossen; durch Loch in der Schädeldecke überträgt der Chip per Kabel Befehle aus dem Gehirn an einen Computer, der die Signale verarbeitet und übersetzt; bisher stimmen nur etwa 80% der Bewegungen mit den Wünschen des Patienten überein (bdw 12/06 S.13)
- Persinger setzte Versuchspersonen Helm auf und konnte mit Hilfe von Magnetfeldern mystische Erfahrungen hervorrufen; schwedische Forscher wiederholten den Versuch – auch ohne Magnetfeld berichteten die meisten Teilnehmer von spirituellen Erfahrungen (Gotteserfahrung also wohl mehr ein Ergebnis des Glaubens); dass bis zum heutigen Tag keine Forschung mit funktionellen bildgebenden Verfahren Ergebnisse gebracht hat, mit denen sich zwischen konkurrierenden psychologischen Theorien eine Entscheidung treffen lässt; bildgebende Verfahren, verraten sie, was wir gerade denken? Auf jeden Fall – wenn es sich um einfache Dinge handelt; dass man aus dem Gehirn-Scan herauslesen kann, ob eine Versuchsperson ein Gesicht oder ein Haus anschaut, ob der Proband zwei Zahlen addieren oder subtrahieren will, ob er die linke oder die rechte Taste drücken will,; Probleme: viele neuronale Prozesse spielen sich auf so kleinem Raum ab, dass man sie mit konventionellem MRT nicht direkt nachweisen kann; extreme Verteilung der Gedankenprozesse auf verschiedene Hirnbereiche; keine direkten Rückschlüsse auf die neuronale Aktivität; gemessen wird nämlich nicht das Neuronenfeuer selbst, sondern so genannte BOLD-Signale (blood oxygen level dependent) ... wie aber sind Blutfluss, Sauerstoffverbrauch und neuronale Aktivität verkoppelt? (bdw 1/2007 S18ff „Die 7 Rätsel der Hirnforschung“)
- mystische Erfahrungen lassen sich nicht auf eine Hirnregion eingrenzen; also kein „Gottes-Modul“?; bei 15 Nonnen zeigte sich im Kernspintomographen mindestens ein Dutzend verschiedener Hirnareale aktiv (Aufgabe: Erinnern an das stärkste spirituelle Erlebnis) (ZEIT 7.9.06 S.45)
- wichtiger Teil der Gedächtnisbildung in Tiefschlafphasen; was das Gehirn am Tag aufgenommen hat, wird zunächst im Hippocampus zwischengespeichert, im Schlaf verlagert das Hirn die Gedächtnisinhalte in feste Erinnerungsspeicher im Neokortex (ZEIT 9.11.06 S.40)
- Nobelpreisträger Kandel: Gehirn und Körper sprechen immer miteinander, rund um die Uhr. wenn wir miteinander sprechen, ändern sich unsere Gehirne (Taz 1.7.06)
- (Buch: Eugen Drewermann: Atem des Lebens 1: Die moderne Neurologie und die Frage nach Gott; Gehirnforschung und Gottesglaube; 44 Euro)
- Spiegelneuronen werden immer dann aktiv, wenn wir Handlungen und Empfindungen von anderen Menschen beobachten; sie schwingen sozusagen mit und sorgen für eine innere Simulation des beobachteten Vorgangs, das ähnelt der Resonanz von Gitarrensaiten; das heißt, Neuronen feuern nicht nur, wenn ich mich schneide, sondern auch, wenn ich sehe, wie sich

ein anderer schneidet;

menschenfreundliches Prinzip: Resonanz und Kooperation; gegenseitige Anerkennung, emotionale Resonanz, Schaffung gemeinschaftlicher Projekte;

der innerste Antrieb der Biologie ist nicht der Kampf, sondern die Kooperation, die Beziehungsaufnahme (taz 28.10.06)

- Jede Begegnung (zwischen Menschen) löst eine Art neuronales Duett der Gehirne aus. Besonders wichtig sind dabei die so genannten Spiegelneuronen. Sie feuern, wenn wir jemand anderes beobachten, wie er sich am Kopf kratzt oder eine Träne aus dem Gesicht wischt. Das neuronale Aktivitätsmuster imitiert dabei das, was wir sehen, als wären wir selbst die Handelnden. Auf diese Weise können wir uns mit dem inneren Zustand des anderen identifizieren.;
die Evolution hat zumindest alle Säugetiere mit diesem Mechanismus ausgestattet; je komplizierter die Gruppenstruktur, desto entwickelter sind die Schaltkreise im Gehirn, in denen sich soziale Intelligenz abspielt. Ohne sie hätten wir vermutlich nicht die Fähigkeit, uns differenziert in Gruppen zu bewegen und zu kooperieren.
ist unser soziales Talent also genetisch bedingt? Nicht nur. Soziale Intelligenz kann man üben, es scheint, dass diese Schaltkreise im Gehirn ständig dazu lernen wollen;
(Spiegel 36/2006 S.146ff)
- während Sie die Finger ausstrecken und nach meiner Tasse greifen, feuern in Ihrem Gehirn bestimmte Nervenzellen; in meinem Gehirn feuern nun die gleichen Nervenzellen wie bei Ihnen – als ob ich zugriffe;
die Spiegelneuronen erklären unser soziales Miteinander; wir brauchen sie, um uns in andere Menschen einzufühlen, ihre Absichten zu erkennen;
von den Kommando-Nervenzellen im Vorderhirn scheinen 30% Spiegelneuronen zu sein;
bezogen auf alle Hirnzellen machen sie nur wenige Prozent aus;
einige der Neuronen feuern auch, wenn eine andere Person mit einer Nadel gepikst wird, echte Empathiezellen;
so gesehen sind Spiegelneuronen unsere Grundlage für Moral und Ethik;
Fähigkeit zur Imitation;
(Spiegel 10/2006 S.138ff)
- Einnahme LSD-ähnlicher Pilzwirkstoff Psilocybin; vollständige mystische Erfahrung: entgrenzt, Zeit und Raum versanken, Gefühle von tiefer Ehrfurcht, Freude und Liebe überwältigte; viele berichten von einer direkten, persönlichen Erfahrung mit der jenseitigen Welt; für jeden dritten Teilnehmer war der Versuch das aufwühlendste spirituelle Abenteuer seines bisherigen Lebens;
so vielleicht auch die neurobiologischen Grundlagen von spirituellen Erfahrungen und religiöser Ekstase besser zu verstehen
(Spiegel 33/2006 S.133)
- pro Sekunde prasseln 11 Millionen Sinneseindrücke auf uns ein, die von ebenso vielen Sinneszellen im Körper ins Gehirn geschickt werden (Druck des Sessels im Rücken, Ticken der Uhr, Nachgeschmack des Brötchens ...); unser Bewusstsein schafft es gerade einmal, 40 Sinneseindrücke gleichzeitig zu verwalten, der Rest muss dem Autopiloten im Kopf überlassen werden;
im ventromedialen präfrontalen Kortex werden die Gefühle, die im limbischen System entstehen, mit den rationalen Erwägungen der Großhirnrinde verknüpft; ohne diese Verknüpfung (so Damasio) ist der Mensch wie gelähmt, jede Entscheidung brauche einen emotionalen Anstoß, aus purem Verstand heraus könne der Mensch nicht handeln
(Spiegel 15/2006 S.158ff)
- wenn Sie etwas von diesem Artikel im Gedächtnis behalten, dann hat dieser Artikel die Anatomie ihres Gehirns verändert;
es gibt im Gehirn keine steuernde Zentrale; eher Verarbeitung der Informationen in einem dezentralen Netzwerk; aber wie wird aus den spärlichen neuronalen Signalen das Muster, das sich zu einem bedeutungsvollen Bild zusammenfügt?;
selbst, wenn biochemische Vorgänge das begründen, was wir Subjektivität nennen, so bleibt letztere doch Subjektivität;
(taz 20.5.06)
- geistige Aktivität, soziale Kontakte, körperliche Bewegung lassen neue Nervenzellen sprießen; neue Nervenzellen ersetzen nicht einfach die alten; sie haben eine eigene Aufgabe, z.B. das Lernen neuer Gerüche;
Neurogenese: Neubildung von Nervenzellen erfolgt bis ins hohe Alter;
zu funktionstüchtigen Neuronen wachsen sie aber nur heran, wenn man ihnen was bietet: Lernreize, geistige Herausforderung, körperliche Betätigung; sonst gehen sie schnell wieder zugrunde;
neben der Produktion neuer Nervenzellen wichtig für das Bewältigen neuer Herausforderungen: Verstärkung alter Synapsen (Sekunden), Ausbildung neuer Synapsen(-Verknüpfungen) (Stunden);
(Spiegel 20/2006 S.164ff)
- (105) Sinne des Menschen: neben Sehen, Tasten, Schmecken, Riechen, Hören – Fähigkeit, feine Temperaturunterschiede zu erfühlen, Gleichgewichtssinn, die kinetischen Sinne, die den Schlagarm des

Tennisspielers feinsteuern und anderes mehr;
manche Tiere haben elektrische Sinne, Magnetsinn (Magnetitkristalle bei Tauben, Bienen und Forellen gefunden)

(Ludwig Schultz, Hermann-Friedrich Wagner (Hrsg.): Die Welt hinter den Dingen, WILEY-VCH Weinheim, 2006)

- Wenn Sie einem Neurobiologen begegnen, der allen Ernstes behauptet, es gebe keinen freien Willen, dann erzählen Sie ihm doch folgende Geschichte:
Ein Mann geht in ein Restaurant. Der Kellner bringt ihm die Karte und nach einem Meinungsaustausch über das Wetter fragt der Kellner: „Wünschen Sie Kalbfleisch oder Schweinefleisch?“. „Wissen Sie“, sagt der Gast, „ich bin Neurobiologe. Ich glaube nicht an den freien Willen. Ich werde einfach warten und sehen, was ich bestelle.“
Die Geschichte macht auf ironische Weise darauf aufmerksam, dass auch derjenige, der die Möglichkeit des freien Willens in Abrede stellt, indem er sich weigert, eine Entscheidung zu treffen, seinen freien Willen ausübt – ob er will oder nicht.;
Die Erbitterung und das Feuer, mit dem die Debatte um den freien Willen geführt wird, gehen über den normalen Wissenschaftsdisput weit hinaus. Denn beim freien Willen handelt es sich nicht um eine Marginalie, sondern um den harten Kern menschlichen Selbstverständnisses. Der freie Wille ist die Grundlage der Aufklärung und Voraussetzung jeder Ethik. Ohne die Verantwortung des Einzelnen für seine Handlungen gäbe es weder Gut noch Böse, weder Schuld noch Einsicht.;
Im Überschwang ihrer neu gewonnenen Bedeutung und im Aufmerksamkeitszog der Medien verlor die Neurobiologie die Bodenhaftung. Sie wollte zur Leitwissenschaft für die gesamte Gesellschaft aufsteigen; ja, sie wollte die wahre Geistes-Wissenschaft werden und in der Nachfolge von Kopernikus, Darwin und Freud das alte Welt- und Menschenbild umstürzen und auf eine neue Grundlage stellen.;
Es fällt auf, dass sich der Streit immer wieder auf die Interpretation eines einzigen Experiments bezieht, das vor mehr als 25 Jahren von dem amerikanischen Neurophysiologen Benjamin Libet gemacht worden ist. ...
Libet legt Wert darauf, als „experimenteller“ Neurophysiologe bezeichnet zu werden ... entstammt der empirischen Schule Karl Poppers und John Eccles, in der gilt, dass nur ein sauber durchgeführtes und von jedermann nachprüfbares Experiment einen exakten Wissenschaftler auszeichnet. Nichts verachtet Libet mehr als Kollegen, die sich nicht der Mühe des Experiments unterziehen, sondern wild drauflos spekulieren und sich mit unbewiesenen Annahmen zu großen Wissenschaftlern aufplustern ... seine Messergebnisse waren verblüffend. Die Hirnströme verstärkten sich jeweils 350 bis 400 Millisekunden, bevor einer Versuchsperson der Wille, die Hand heben zu wollen, bewusst wurde. Diesen elektrischen Ausschlag im Messprotokoll bezeichnet Libet ... als Bereitschaftspotenzial (BP). Er zog daraus die Schlussfolgerung: „Das Gehirn leitet zuerst den Willensprozess ein.“ Erst danach wird die Versuchsperson sich ihres Handlungsdranges bewusst. Libets Ergebnisse wurden von anderen Wissenschaftlern in den 1990er Jahren experimentell überprüft und bestätigt ...
Festzuhalten ist: Die verstärkte neuronale Aktivität im Gehirn, die mit den Elektroden gemessen wird, bezeichnet Libet neutral als „Aktion des Gehirns.“ Er überfrachtet seine Beobachtung nicht semantisch, wie dies manche seiner Interpreten tun, wenn sie behaupten, das im Gehirn aufgebaute BP sei identisch mit der folgenden Handlungsentscheidung. Libet sagt nur: Es gibt eine Zunahme neuronaler Aktivität. Wofür diese steht – für einen aus dem Körper „aufsprudelnden“ Impulswunsch oder eine autonome Vor-Entscheidung des Gehirns -, ist aus dem BP nicht zu ersehen. ... aus dem Experiment abzuleiten, dass der freie Wille eine Illusion sei, ist nur richtig, wenn man den zweiten Teil des Libetschen Experiments unter den Teppich kehrt oder als vernachlässigbar abqualifiziert. Genau das haben die deutschen Neurobiologen Gerhard Roth und Wolf Singer getan, die Benjamin Libet sonst gern als Kronzeugen für ihre Thesen aufrufen ... Libet stellte fest, dass der bewusste Wille etwa 150 Millisekunden vor der motorischen Handlung auftaucht. Genügend Zeit also, das Gesamtergebnis des Willensprozesses zu beeinflussen. ... Genau hier tritt das Libetsche „Veto“ auf den Plan. Die Versuchspersonen sind in der Lage, die Ausführung des zunächst unbewusst eingeleiteten und dann ins Bewusstsein gekommenen Willens zu stoppen, „wenn die geplante Handlung als sozial inakzeptabel angesehen wird oder nicht im Einklang mit der eigenen Gesamtpersönlichkeit oder mit den eigenen Werten steht.“ Anders ausgedrückt: Ein Wunsch steigt auf, tritt ins Bewusstsein und wird abgewehrt, Diese Abwehrleistung, das Veto, ist nach Libet der Beweis für den freien Willen. Er initiiert keinen Willensprozess; er kann jedoch das Resultat steuern, indem er den Willensprozess aktiv unterdrückt und die Handlung selbst abbricht oder indem er die Handlung ermöglicht (oder auslöst)“.
(GeoWissen Heft 35, 2005; „Sünde und Moral“, Beitrag von Wolfgang Michal: „Wir sind so frei“ - S.36ff)
- „Die Gedanken sind frei, wer kann sie erraten“ (Volkslied 13. Jahrhundert);
(Süddeutsche Zeitung 25.7.07 S.16)
- keine Freiheit ohne Verantwortung; aber auch keine Freiheit ohne Notwendigkeit
(taz 27.8.07; Leserbrief)

- Roman Walker Percy 1971: Klinik in den USA: soll der Mensch die Möglichkeit haben, einen Knopf zu drücken, der zu einem Gefühl von gelöster Zufriedenheit führt?
(Zeit 30.8.07 S.34)
- Interview mit Hirnforscher Gerhard Roth;
Vermutlich habe ich ein starkes Geltungsbedürfnis ...;
der Spielraum, in dem ein Mensch überhaupt empfinden, sich verhalten, sich verändern kann, ist bei der Geburt bereits in beträchtlichem Maße umrissen;
das Automatisierungsstreben unseres Gehirns ist zugleich eine der besten und schlechtesten Erfindungen der Evolution – Routinevorgänge ohne nachdenken zu müssen, aber wir kommen so von unseren schlechten Gewohnheiten nicht mehr weg;
Wie das ICH entsteht (Stufen der Persönlichkeitsentwicklung):
+ Genetische Disposition (20 bis 50 % Erbanlagen)
+ vorgeburtliche Prägungen (ab der 6. Schwangerschaftswoche)
+ frühkindliche Prägungen (bis zum 4. Lebensjahr)
+ bewusste soziale Prägungen (Erziehung; etwa bis zum 20. Lebensjahr)
+ sekundäre Charakterzüge (Ausprägung von Verhaltensmustern durch positive Gefühle)
+ rationales Wissen (ein Leben lang)
(Spiegel 35/2007 S.124)
- Hirnforscher Markowitsch:
Ich bin das Produkt meiner Vergangenheit; der freie Wille ist eine Illusion;
Philipp Reemtsma:
Der höchste Ausdruck von Freiheit drückt sich in dem Luther-Satz aus: Hier stehe ich, ich kann nicht anders(, Gott helfe mir, Amen)
(Spiegel 31/2007 S.117)
- Editorial:
Auch von der Illusion, Herrscher über unser Denken zu sein, müssen wir uns vermutlich verabschieden. Viele Entscheidungen hat unser Gehirn längst getroffen, Urteile gefällt, ehe wir uns dessen bewusst werden. Dabei gaukelt uns unser Denkorgan geschickt vor, das habe schon alles seine Richtigkeit. Das menschliche Gehirn ist ein Meister darin, seine Vorurteile nachträglich moralisch zu untermauern.
Beitrag von Wolf Singer:
10 hoch 11 Nervenzellen;
können nahezu alle Erkenntnisse, die an den Nervensystemen von Tieren gewonnen werden, auf das menschliche Gehirn übertragen werden;
Die Hirnforschung überspannt von den Human- und Sozialwissenschaften über die Physiologie und Psychologie bis hin zur Physik und Informatik ein gewaltiges Disziplinenspektrum;
da die Funktionen des Gehirns nicht nur von den genetisch vorgegebenen Verschaltungsstrukturen bestimmt, sondern diese Architektur von der Umwelt entscheidend beeinflusst wird ...;
das menschliche Gehirn entwickelt sich bis etwa zum 20. Lebensjahr. Während dieser Zeit werden neuronale Verschaltungen durch Ausbildung neuer Verbindungen und die Vernichtung bereits angelegter Nervenbahnen ständig verändert. Diese Auf-, Ab- und Umbauprozesse werden nicht mehr nur von den Genen, sondern von der Aktivität der Neuronen selbst gesteuert.;
Die Grundannahme der Hirnforschung ist, dass sich die Funktionen des Gehirns naturwissenschaftlich beschreiben und erklären lassen müssen, da neuronale Prozesse den Naturgesetzen unterworfen sind; dies legt wiederum nahe, dass mentale Prozesse wie das Bewerten von Situationen und das Planen des je nächsten Handlungsschrittes auf neuronalen Wechselwirkungen beruhen, die ihrer Natur nach bestimmten Gesetzen folgen, in der Sprache der Wissenschaft also „deterministisch“ sind: Der jeweils nächste Zustand ist die notwendige Folge des jeweils unmittelbar vorausgegangenen. Sollte sich das Gesamtsystem in einem Zustand befinden, für den es gleich mögliche Folgezustände gibt, deren Eintreten ähnlich wahrscheinlich ist, so können minimale Schwankungen der Systemdynamik den einen oder anderen Schritt favorisieren. Es kann also wegen der unübersehbaren Zahl der Einflussfaktoren nicht vorausgesagt werden, für welchen Schritt sich das System „entscheiden“ wird. Es kann völlig neue, bislang noch nie aufgesuchte Orte in einem Zustandsraum mit unzähligen Dimensionen besetzen – was dann als kreativer Akt in Erscheinung tritt. Jeder der kleinen Schritte, die aneinandergesetzt die Entwicklungsbahnen des Gesamtsystems ausmachen, beruht auf neuronalen Wechselwirkungen, die im Prinzip festen Naturgesetzen folgen.;
Hirnforschung ... Anstoß für eine überfällige Rezeption naturwissenschaftlicher Erkenntnisse durch die Humanwissenschaften;
(ZEIT, Beilage September 2007, zur ZEIT-Wissenedition)
- (189) Zusammenfassung:
Wenn wir nämlich glauben, dass es wahr ist, dass Gott alles vorherweiß und vorausordnet, dann kann er in seinem Vorherwissen und Vorherbestimmen weder getäuscht noch behindert werden; ferner kann nichts geschehen, wenn er selbst es nicht will zugleich kann es nach dem Zeugnis der gleichen Vernunft keinen „freien“ Willen im Menschen oder in einem Engel oder in irgendeinem Geschöpf geben ...;

(45) dass der Glaube auf die unsichtbaren Dinge gerichtet ist ... muss alles, was geglaubt wird, verborgen werden;

so verbirgt Gott seine ewige Gnade und sein Erbarmen unter ewigem Zorn, Gerechtigkeit unter Ungerechtigkeit ...;

(49f) der menschliche Wille ... wie ein Reittier, wenn Gott es bestiegen hat, will und geht es, wohin Gott will ... wenn der Teufel aufgestiegen ist, will und geht es, wohin der Teufel will, und es liegt nicht in seinem Willen, zu welchem Reiter es läuft, sondern die Reiter selbst kämpfen darum ...;

(55) der Mensch hat nach seinen Möglichkeiten und seinem Eigentum das Recht, sie nach freiem Willen zu benutzen, zu tun und zu lassen; obwohl auch dies allein durch Gottes freien Willen gelenkt wird, wohin es ihm gefällt;

in bezug auf Gott oder in Dingen, die sich auf Erlösung oder Verdammnis beziehen, keinen freien Willen, sondern er ist Gefangener, Unterworfener und Sklave entweder des Gotteswillens oder des Teufelswillens;

(77) Erasmus von Rotterdam, Definition: „Nun aber verstehen wir ... unter dem Willen die Kraft des menschlichen Willens, durch die sich der Mensch an das anpassen kann, was zum ewigen Heil führt, oder auch davon sich abwenden kann“

(137) Wenn Gott also alles bewegt und lenkt, bewegt und handelt er notwendigerweise auch im Satan und Gottlosen ... dass Gott nicht schlecht handeln kann, wenn er auch durch die Bösen Böses bewirkt ... er benutzt die Bösen als Werkzeuge, die der Gewalt und Wirkung seiner Macht nicht entgehen können;

(143) wenn er auch in seiner Weisheit dieses Böse zu seinem Ruhme und unserem Heile gut benutzt;

(173) dass es zwei Reiche in der Welt gibt, die sich gegenseitig heftigst bekämpfen; in dem einen herrscht Satan ... (Fürst dieser Welt) ... im anderen Reich herrscht Christus ... in dieses werden wir nicht versetzt durch unsere Kraft, sondern durch die Gnade Gottes

(Quellen, Ausgewählte Texte aus der Geschichte der christlichen Kirche; Martin Luther (Vom verknechteten Willen), EVA Berlin 1964)

- (positive) Emotionen sind wichtig fürs Lernen;
Begriffe, die mit positivem Bild-Hintergrund gelernt wurden, waren später besser abrufbar;
Gerhard Roth wird nicht müde, den Zusammenhang zwischen „Fühlen, Denken, Handeln“ (so ein Buchtitel) zu erklären;
Roth: etwa 0,1 % dessen, was unser Gehirn aktuell tut, wird uns bewusst
(bdw 10/2007 S.21, 32)
- vor gut 10 Jahren sensationelle Entdeckung: Hirnzellen, die Bewegungen steuern, reagieren auch auf deren puren Anblick;
elektrische Signale einzelner Zellen im Großhirn von Rhesusaffen wurden abgeleitet: im prämotorischen Kortex gab es Zellen, die nicht nur feuerten, wenn der Affe seine Arme selbst bewegte, sondern auch, wenn er eine Person oder Artgenossen bei genau dieser Bewegung beobachtete; dieser „Echoeffekt“ trat nur auf, wenn der Affe eine zielgerichtete Bewegung (z.B. Griff nach einer Banane) sah; es lag auf der Hand, diese Neuronen als „Spiegelneuronen“ zu bezeichnen, da sie die Handlungen und Intentionen des anderen anscheinend widerspiegeln.
ABER:
einzelne Spiegelzellen wurden bisher nur bei Affen dingfest gemacht;
die meisten Studien zum Spiegelneuronensystem des Menschen verwenden bildgebende Verfahren wie Kernspintomographie; hier nur Auflösung im Millimeter- bis Zentimeterbereich (gemittelte Aktivität von Hunderttausenden von Neuronen);
1999 ein einzelner Versuch an einer Patientin; Mikroelektroden eingepflanzt; im „Schmerzzentrum“ des Großhirns feuerten Neuronen nicht nur, wenn die Patientin in den Finger gestochen wurde, sondern auch, wenn sie zusah, wie sich der Arzt in den Finger stach - vermutlich das erste und bisher einzige wissenschaftlich identifizierte menschliche Spiegelneuron!; wenn die „angezapften“ Zellen mit elektrischen Strömen stimuliert wurden, spürte die Patientin nichts (Funktion ist wohl nur in einem Getriebe aus großen Zellverbänden gegeben);
Und diese Zellen sollen auch noch für Nachahmung, Sprache, und Kultur verantwortlich sein? die Rhesusaffen haben diese Fähigkeiten nicht;
(bdw 11/2007 S.30ff)
- Klonforscher gefragt: Wie weit prägen Gene ein Wesen? Darüber haben wir ziemlich genaue Vorstellungen. Zu 30 bis 35 % sind die Gene dafür verantwortlich, was wir sind und was wir tun. Der Rest ist durch die Umwelt geprägt.
(Die Zeit 15.2.07 S.56)
- Es gibt doch Spiegelneuronen beim Menschen! 34 einzelne Neuronen mit Elektroden aufgespürt, waren für bestimmte motorische Handlungen zuständig, reagierten aber auch, wenn solche Handlungen auf Videos gezeigt wurden; wurden beim Zusehen entweder erregt oder gehemmt
(bdw 1-2008 S.10)
- Rechte oder linke Taste drücken?
Wenn unser Bewusstsein scheinbar autonom eine Entscheidung fällt, sind die Würfel oft längst gefallen

– im Unterbewusstsein. Der Zeitvorsprung des Unterbewussten beträgt dabei selbst bei einfachen, reflexhaft anmutenden Entscheidungen häufig nicht Millisekunden, wie bislang angenommen, sondern teils mehrere Sekunden ... (Arbeitsgruppe um den Hirnforscher John-Dylan Haynes von der Berliner Charité) ... Um die Zeitverzögerung zu messen, hatten die Forscher Probanden gebeten, entweder mit der rechten oder mit der linken Hand einen Schalter zu betätigen; derweil durchleuchtete ein Magnetresonanztomograf das Gehirn. ... konnte Haynes anhand typischer Durchblutungsmuster hinter der Stirn teilweise schon sieben Sekunden zuvor erkennen, ob der Proband rechts oder links wählen wird.

(Spiegel 16-2008 S.141)

- 37-jähriger Forscher John-Dylan Haynes; anhand der Aktivität zweier Hirnregionen kann er voraussagen, ob Versuchspersonen einen Knopf mit der rechten oder mit der linken Hand drücken werden. Und diese Aktivität beginnt, zehn Sekunden bevor die Probanden sich bewusst entscheiden!
Gibt es also tatsächlich keinen freien Willen? Entscheidet unser Gehirn quasi an unserem Bewusstsein vorbei? So einfach macht es sich Haynes nicht. Der Slogan „Freiheit oder Gehirn“ ist ihm viel zu plump. Denn erstens sei das Gehirn ja Teil unserer Person; und zweitens müssten die Hirnprozesse konsistent sein mit all unseren Überzeugungen und Werten ...
Haynes hat mit modernen Methoden das berühmte Experiment von Benjamin Libet fortgeführt, das seit über 20 Jahren die Debatte um den freien Willen prägt ...
Versuch: Während seine Probanden in einem Kernspintomografen lagen, sollten sie sich entscheiden, entweder mit der rechten oder mit der linken Hand einen Knopf zu drücken. Damit sie sich den Zeitpunkt dieser Entscheidung merken konnten, zeigte ihnen Haynes keine Uhr, sondern schnell wechselnde Bilder mit verschiedenen Buchstaben, Probanden mussten sich den Buchstaben merken, der zum Zeitpunkt der Entscheidung gerade eingeblendet war ...
neuronale Aktivitätsmuster erfasst, die mit der Entscheidung in Verbindung standen; kann für individuelle Versuchsperson geeicht werden;
Mustererkennung förderte zwei Hirnbereiche zutage, in denen die Entscheidung vorbereitet wurde (das Brodmann-Areal 10 im frontopolen Kortex und eine Region im parietalen Kortex);
aus den Aktivitätsmustern dieser Areale ließ sich mit einer 60-prozentigen Wahrscheinlichkeit ableiten, welchen der beiden Knöpfe eine Versuchsperson später drücken wird – und zwar bereits 7 Sekunden bevor die Versuchsperson die bewusste Entscheidung traf!
Hinkt das Bewusstsein also um 7 Sekunden hinterher? Nein, um noch viel mehr. Der Kernspintomograf zeigt die Hirnaktivitäten mit einer Verzögerung von 3 bis 4 Sekunden, tatsächlich also sind diese Areale bereits etwa 10 Sekunden aktiv, bevor die Entscheidung als bewusst erlebt wird.
60% liegt nur knapp über einem Zufallstreffer von 50% ...? Das ist ein Wert, den wir über alle 14 Probanden gemittelt haben, wenn wir uns auf den Einzelfall konzentrieren, können wir eine viel höhere Wahrscheinlichkeit erreichen;
Der Befund von Libet ist nicht nur bestätigt, sondern mächtig verschärft;
Haynes:
„Ich interpretiere unsere Studie so: Eine Kaskade von unbewussten Prozessen fängt an, eine Entscheidung vorzubereiten, lange bevor diese ins Bewusstsein dringt.“
Doch wer entscheidet denn da nun? Der Mensch denkt, das Gehirn lenkt? ...
„Mein Gehirn, das bin ja ich ...“ Unsere Gedankentätigkeit sei mit einem Eisberg vergleichbar. „Was uns bewusst ist, ist nur dessen Spitze. 90% liegen unter Wasser – das sind die unbewussten Prozesse in unserem Gehirn. Aber die Spitze gehört ja zum Eisberg dazu, beide bilden eine Einheit.“ Es sei ein Missverständnis, zu meinen, nur weil etwas unbewusst ablaufe, sei es zufällig und nicht begründbar.
„Alle unsere Handlungen sind die Überlagerungen von Tausenden kleinen Ursachen – Erfahrungen in Kindheit und Beruf, unsere Kultur, die Menschen, mit denen wir uns umgeben, die Medien, die wir zu Rate ziehen,... auch unbewusste Prozesse folgen einer Logik. Doch diese können wir bei uns selber nicht beobachten. Und die bewussten Gründe, die wir dafür angeben, stimmen oft nicht.“;
Haynes will seinen Versuch ergänzen: wenn sein Programm ihm anzeigt, dass der Proband sich unbewusst für die rechte Hand entschieden hat, will er ihn auffordern, die linke zu nehmen;

Benjamin Libet 1983: „Offenbar „beschließt“ das Gehirn, die Handlung zu initiieren, bevor ein mitteilbares subjektives Bewusstsein vorliegt, dass ein solcher Beschluss gefasst worden ist. ... Ich sage nur, dass der freie Wille nicht den freiwilligen Akt initiiert. Die Handlung beginnt unbewusst – aber immerhin werden wir uns dessen bewusst, bevor wir sie tatsächlich ausführen. Uns bleibt immer noch Zeit, um die geplante Bewegung vor der tatsächlichen Ausführung zu stoppen.“
(DIE ZEIT 17.4.08 S.37)

- Anderer Versuch von Haynes und Kollegen:
legten gesunde Probanden in einen Kernspintomografen und wiesen diese an, sich zu entscheiden, ob sie zwei Zahlen, die ihnen gleich gezeigt würden, lieber addieren oder subtrahieren wollten. Ergebnis: In 71% der Fälle konnten die Forscher die Absicht der Testpersonen erkennen, noch bevor diese die Zahlen überhaupt zu sehen bekamen ... die geheimen Absichten des Gehirns waren sichtbar gemacht;

Langleben (Philadelphia):

Studenten sollten einmal die Wahrheit sagen, ein andermal sollten sie lügen;

im Kernspintomografen: beim Lügen waren sämtliche Areale, die bei wahren Aussagen aktiviert wurden, ebenfalls aktiv, zusätzlich noch weitere Areale; die Lügensignale als Zeichen eines Kampfes gedeutet, der im Kopf der Probanden stattfindet; das Gehirn kann sich nur für die Lüge entscheiden, wenn es die Wahrheit aktiv unterdrückt

(Spiegel 14-2008 S.132ff.)

- Nervenzellen, die Handlungen einleiten, aber auch auf die Handlungen und Absichten eines anderen Individuums reagieren, heißen Spiegelneuronen; 2007 Studie präsentiert: es gibt sie auch beim Menschen; 34 einzelne Spiegelneuronen in den Gehirnen mehrerer Epilepsie-Patienten mit Elektroden dingfest gemacht; einige reagierten mit Steigerung der Nervenaktivität, andere schraubten sie herunter; eine dritte Gruppe reagierte komplex: beim Handeln wurden Zellen erregt, beim Beobachten gehemmt (bdw 1-2008 S.10)

- **Erbgut in Auflösung**

Das Genom galt als unveränderlicher Bauplan des Menschen, der zu Beginn des Lebens festgelegt wird.

... In Wirklichkeit sind unsere Erbanlagen in ständigem Wandel begriffen;

das Erbgut eines jeden ist in beständigem Umbau begriffen. Die Folge: Jeder Organismus, jeder Mensch, selbst jede Körperzelle ist ein genetisches Universum für sich;

das Genom ist kein stabiler Text;

die jüngsten Erkenntnisse zeigen mehr denn je, dass der Mensch ein Produkt genetischer Prozesse ist. Aber auch, dass diese Prozesse mit vielen Freiheitsgraden ausgestattet sind. Sie bilden ein offenes System, in dem keineswegs alles vorbestimmt ist;

genaue Analysen zeigen nun: keine Zelle gleicht der nächsten;

Umweltbedingungen können sich im Erbgut niederschlagen, und auch eineiige Zwillinge sind nicht, wie bisher angenommen, identische Kopien voneinander;

Unzutreffend ist auch die bisherige Überzeugung, jedes Gen existiere in der Regel nur zweimal im Erbgut (einmal im väterlich, einmal im mütterlich ererbten Satz der Chromosomen). In Wahrheit

unterliegen zahlreiche Erbinformationen einem Vervielfältigungsprozess und existieren in bis zu 16 Kopien in einem Zellkern. Bei mindestens 1500 menschlichen Genen wurden bisher solche

Kopievarianten (CNVs = copy number variants) entdeckt; jeder Mensch weist sein eigenes CNV-Profil auf; CNV-Muster unterscheidet sich selbst in den Körperzellen eines bestimmten Menschen von dem anderer Zellen;

vervielfältigen sich so etwa Gene für die Produktion von Signalstoffen oder für deren

Empfängermoleküle, verändern sich die Kommunikationssysteme des Organismus; CNVs beeinflussen die Genaktivität;

das Wechselspiel im Menschengenom vermag nicht nur die individuellen Eigenheiten des Einzelnen zu erklären, es produziert auch das genetische Sortiment, aus dem die Evolution den Menschen weiter

formt. Das macht einen weiteren verstörenden Befund verständlich: Die Spezies homo sapiens unterliegt offenbar einer Turboevolution. Hunderte Bereiche im Erbgut haben sich weit schneller gewandelt als bei

anderen Primaten. ... dass die Zivilisation seit Beginn der Jungsteinzeit die menschliche Evolution um das 100-fache beschleunigt haben muss;

noch bevor die Frage beantwortet werden konnte, was in unserer DNA uns menschlich mache (im Unterschied etwa zur DNA von Schimpansen), stand die nächste Frage im Raum: Was in meiner DNA macht mich zu mir?; alles deutet auf eine bestürzende Antwort hin: Ich bin viele;

zumindest physisch erscheint der Mensch nicht länger als Individuum, sondern als Verband egoistischer Zellkolonien. Bei bis zu 10 % aller Erbanlagen – und vielleicht weit mehr – ist entweder nur die

mütterliche oder nur die väterliche Variante aktiv („autosomale monoallelische Expression“); davon sind besonders häufig Gene betroffen, die im Verlauf der Menschwerdung einer beschleunigten Evolution

unterlagen, und solche mit wichtiger Funktion im zentralen Nervensystem;

selbst die biologische Identität des Individuums steht wohl zur Disposition; „Ich mag die Idee, dass wir Mosaiken sind“;

Auch soziale und materielle Außenfaktoren können einen Menschen auf dem Umweg über die Biologie prägen – indem sie seine Genfunktionen verändern. Durch sogenannte epigenetische Prozesse können

offenbar Stress oder Folter, Ernährungsmangel oder Liebesentzug bis in den Zellkern hinein wirken; auch die Biowissenschaftler rätseln nun über the dark matter of the genome, die dunkle Materie des

Erbguts. Finden könnten sie das dunkle Geheimnis in jenem Teil des Erbguts, den sie bisher als Müll abgetan haben, als „Junk-DNA“. Relevant waren für sie nur jene wenigen Prozent des Genoms, die als

Gene herkömmlicher Definition die nötigen Informationen für den Aufbau der Eiweiße in den Zellen enthalten. Der Rest galt als evolutionärer Schrott; inzwischen hat sich herausgestellt, dass diese

vermeintliche Müllhalde des Genoms wichtige biologische Funktionen erfüllt. In ihr verbirgt sich offenbar

der gesamte hochkomplexe Steuerungsapparat, der die Aktivität der Gene reguliert und koordiniert; vor allem sogenannte microRNAs, eine bis vor kurzem unbekannte Klasse von Erbinformationen, regeln

eine Vielzahl von Entwicklungs- und Krankheitsprozessen
(DIE ZEIT 12.6.08 S.33f.)

- Büro für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag hat einen Bericht zum Stand der Neurologie erstellt hat (16/7821), in dem es um die Bewertung der Thesen zur „Determination geistiger Vorgänge durch neuronales Geschehen im Gehirn und zum illusionären Charakter der Willensfreiheit“ geht;
Bis auf weiteres hat die Hirnforschung nicht genug Beweise, um die bisher gültige Auffassung eines „freien Willens“ zu revidieren; nicht ausreichend durch empirische Daten gestützt;
(Das Parlament 19.5.08 S.16)
- Lernen bei Kindern; frühes Lernen besonders bedeutsam; Lerngeschwindigkeit nimmt mit zunehmendem Alter ab; Hirnareale, die nicht schon früh gefordert werden, degenerieren und sind später nur schwer aktivierbar; beim Lernen organisiert die Gehirnrinde regelhfte Erfahrungen landkartenförmig; ähnliche Erfahrungen = nahe beieinander liegende Nervenzellen, Häufiges = durch mehr Nervenzellen repräsentiert; Lernen = Ausbildung stabiler Verbindungen zwischen den Nervenzellen; füreinander entwickelndes Gehirn sind Bildschirme sehr wenig hilfreich; führen zu einer Verarmung von wichtigen Erfahrungen; Kinder brauchen beim Lernen alle Sinne, nicht nur Denken und Gedächtnis müssen angesprochen werden, sondern auch Anfassen, Riechen, Schmecken; Gefühle spielen beim Lernen eine extrem wichtige Rolle
(taz 27.6.08)
- Aristoteles ... aus der Sektion geschlachteter Tiere schließt der Philosoph, das Gehirn sei der „blutloseste“ und „kälteste“ Körperteil und diene vor allem der Kühlung, das Denken und die Seele dagegen verortet er im Herzen (wir nehmen uns noch heute die Dinge „zu Herzen“); Benjamin Libet (zum Ergebnis seines Versuchs – Gehirn wird schon 0,3 Sekunden vor einem bewussten Entschluss aktiv): „Die Handlung beginnt zwar unbewusst – aber uns bleibt immer noch Zeit, sie vor der Ausführung zu stoppen.“
(ZEIT 3.4.08 S.38)
- 1 Billion Links verweisen im Internet nach groben Schätzungen von einer Webseite auf eine andere – im menschlichen Gehirn gibt es etwa tausendmal so viele Verbindungen
(ZEIT 17.1.08 S.34)
- (6f.)
Die bisherigen Grenzen für das Verständnis der biologischen Grundlagen mentaler Leistungen und Vorgänge und damit die wesentlichen Herausforderungen für die Forschung liegen auf der sogenannten mittleren Ebene der Neuronenverbände. Hier werden die durch die Sinnesorgane in das Gehirn geleiteten Reize in Information und sinnhafte mentale Inhalte (Emotionen, Begriffe, Gedanken) übersetzt. Die Zusammenarbeit der neuronalen Netze bildet die Ebene, auf der sich letztlich Bewusstsein konstituiert. Trotz der Fortschritte bei der Charakterisierung verschiedener Neuronenverbände oder auch einer verbesserten Beschreibung ihres Zusammenwirkens (z.B. bei bestimmten Wahrnehmungsvorgängen) ist man von einem tatsächlichen Verständnis, wie Neurone Bewusstsein realisieren, noch weit entfernt. Neben dem Verständnis der Kooperation von Neuronen in neuronalen Netzwerken bilden die Hirnplastizität, d.h. die Veränderung von Hirnstrukturen über die Zeit (wie sie etwa für Lernprozesse charakteristisch ist), und die interindividuelle Varianz des Hirnaufbaus die zentralen Fragen der gegenwärtigen Hirnforschung. ...
Neben dem wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt an sich sowie den bisherigen und möglichen zukünftigen Interventionsmöglichkeiten in das menschliche Gehirn haben vor allem weitreichende erkenntnistheoretische und philosophische Thesen führender Neurowissenschaftler zu den Möglichkeiten einer naturwissenschaftlichen Erklärung geistiger Prozesse in den vergangenen Jahren für öffentliche Aufmerksamkeit gesorgt. Diesen Thesen zufolge würden die Erkenntnisse der modernen Neurowissenschaften zu einer Umwälzung des menschlichen Selbstverständnisses, d.h. unserer Vorstellungen von Subjektivität und personaler Identität, von Selbstbewusstsein, Willen und Handlungssteuerung führen.
Der im vorliegenden Bericht unternommene Durchgang durch die Diskussion zwischen Neurowissenschaften, Philosophie und Kulturwissenschaften zeigt allerdings, dass weitreichende Thesen zur Determination geistiger Vorgänge durch neuronales Geschehen im Gehirn und zum illusionären Charakter der Willensfreiheit bisher empirisch nicht hinreichend gestützt sind. ...
... ist vorläufig kein Anlass für eine grundsätzliche Revision unserer Alltagsauffassung von Schuld und Verantwortung, freiem Willen sowie des strafrechtlichen Schuldbegriffs gegeben.

(22ff.)

das menschliche Gehirn besteht aus etwa 10^{10} Neuronen oder Nervenzellen...

Die Nervenzellen bestehen aus dem Zellkörper und aus Zellfortsätzen, die zusammen mit der Zellmembran der Erregungsbildung und Erregungsausbreitung dienen. Das Axon mit seinen Verzweigungen leitet als der „efferente“ Fortsatz einer Nervenzelle die Informationen zu anderen Zellen weiter, während die restlichen „afferenten“ Fortsätze der Zelle, die Dendriten, zusammen mit der Membran des Zellkörpers überwiegend der Informationsaufnahme (von anderen Neuronen) dienen. Das

Axon trägt an seinen Enden besonders ausgebildete Strukturen, die Synapsen, über die die einzelnen Zellen miteinander in Verbindung stehen. Synapsen enthalten Transmittersubstanzen, die bei einer elektrischen Erregung freigesetzt werden, den interzellulären Spalt zwischen dem Ende einer „sendenden“ Zelle und dem Dendriten der Empfängerzelle überbrücken und die Informationen weiterleiten können. Unterschiedliche Transmittersubstanzen haben entweder eine hemmende oder aktivierende, d.h. diese zur Weiterleitung eines Erregungszustandes veranlassende, Wirkung auf die Zielzelle. Bei der Erregungsbildung und Erregungsfortleitung handelt es sich um einen kombinierten elektrischen und chemischen Übertragungsprozess. Die neuere Hirnforschung konnte auch zeigen, dass die Gliazellen, die annähernd 90% der im Gehirn vorhandenen Zellen ausmachen, nicht nur – wie früher angenommen – eine Stützfunktion für die Neuronen haben. Vielmehr bilden Gliazellen und die eigentlichen Nervenzellen eine enge funktionelle Einheit, ohne die die neuronale Reizleitung und damit die Funktion des Nervensystems nicht aufrecht erhalten werden könnte...

die einzelnen Nervenzellen können nicht nur von einigen wenigen Zellen erreicht werden, sondern eine Zelle wird von etwa 10^4 bis 10^5 Synapsen verschiedener anderer Zellen erreicht, sodass sich die geschätzte Gesamtzahl der synaptischen Verbindungen auf etwa 10^{14} Kontakte beläuft ...

Zu den als Neurotransmitter identifizierten Substanzen gehören z.B. Glutamat – als wichtigster erregender Neurotransmitter im Organismus von Wirbeltieren – sowie Gamma-Aminobuttersäure und Glycin als wichtigste hemmende Botenstoffe. Andere bekannte Neurotransmitter sind Noradrenalin oder Acetylcholin, Dopamin, Serotonin u.a. ...

das Absterben dopaminproduzierender Neuronen in der sogenannten Substantia nigra ist z.B. verantwortlich für die Parkinsonsche Erkrankung, während eine Überproduktion von Neurotransmittern in derselben Hirnregion zum Krankheitsbild der Chorea Huntington führt ...

Neben den Neurotransmittern wurden sogenannte Neuromodulatoren als wichtige Bestandteile des Nervensystems identifiziert, die im Gegensatz zu den kurzfristig wirkenden Neurotransmittern längere Zeit wirksam sind und die Ausschüttung bzw. Rezeption von Neurotransmittern über einen längeren Zeitraum beeinflussen (modulieren). ...

(83)

Das Myelin ist eine lipidreiche Hülle, welche die Axone der meisten Neuronen umgibt und elektrisch isoliert.

(25)

Die Tatsache, dass ein einzelnes Gen verschiedene kognitive Leistungen beeinflussen kann und das Individuum über 10^5 Gene, 10^{10} Nervenzellen und ca. 10^{14} Verknüpfungen zwischen Nervenzellen verfügt, macht es allerdings unplausibel, dass die Komplexität des Nervensystems und seiner Leistungen allein genetisch bestimmt ist.

Auf der Ebene der neuronalen Netze findet die Koordination von verschiedenen Hirnfunktionen und die Organisation des Gehirns in Neuronenverbänden statt, was in Analogie zur Computerwissenschaft als neuronale Codierung bezeichnet werden kann. Hier werden die durch die Sinnesorgane in das Gehirn gelangenden Reize in Informationen, in mit Bedeutung geladene Daten, d.h. in sinnhafte mentale Inhalte (Emotionen, Begriffe, Gedanken) übersetzt. In der „Kommunikation“ der Neurone miteinander werden sinnhafte Gedächtnisinhalte ausgewählt und prozessiert sowie Intentionen (Ziele, Wünsche, Präferenzen) ausgebildet und Handlungspläne konstruiert. Die Ebene der neuronalen Netze bildet somit – so steht zu vermuten – die eigentliche Schnittstelle zwischen materiellen Vorgängen und symbolischer Bedeutung und ist damit die Ebene, auf der materielle Reize mit Sinn besetzt werden, sich also letztlich (phänomenales) Bewusstsein konstituiert. ...

(26)

Durch neue Möglichkeiten der Forschung ließ sich die Hypothese bestätigen, dass die Großhirnrinde modular aufgebaut ist und die aus Neuronenverbänden aufgebauten Module als „Bausteine unserer Wahrnehmung und Gedankeninhalte fungieren. ...

Die Module sind durch eine unterschiedliche Anzahl von Afferenzen (Zuleitungen) mit der Hirnperipherie verbunden. Im sensorischen System integrieren einzelne Module Tausende von Afferenzen aus den Sinnesorganen.

Zwischen den einzelnen Modulen bestehen Verbindungen, sodass sie sich zu größeren funktionalen Verbänden zusammenschließen und damit hierarchisch und parallel zusammenwirken können. Die Module können sich dabei vielfach überlappen, und einzelne Neurone sind nicht notwendigerweise nur einem Modul zuzuordnen. Die jeweilige zelluläre (neuronale) Zusammensetzung einzelner Module kann sich langfristig ändern. ...

(28)

dass Synchronisationsprozesse im Gehirn konstituierend für einen Großteil seiner Funktionen sind ...

(29)

konnte (durch bildgebende Verfahren) gezeigt werden, wie in der Regel mehrere (topographisch und entwicklungsgeschichtlich) in verschiedenen Hirnanteilen lokalisierte Hirnareale gleichzeitig an bestimmten Hirnleistungen beteiligt sind.

(31)

man geht davon aus, dass das limbische System im Sinne einer „affektiven Tönung“ an den meisten „geistigen Phänomenen“ beteiligt ist

(32f.)

Vieles spricht dafür, eine Unterscheidung höherer Hirnfunktionen von vergleichsweise niedrigeren aufzugeben und stattdessen von einem stufenlosen Kontinuum von unbewusst-reflektorischen zu bewusst-reflektierenden Vorgängen auszugehen

Vorgänge im Gehirn bzw. mit diesen verkoppelte Verhaltensweisen können (sozusagen zusätzlich zu ihrem schieren Vorhandensein oder Ablaufen) als bewusste Vorgänge subjektiv erlebt werden. Es wird deshalb davon ausgegangen, dass Bewusstsein kein separater Hirnvorgang ist, sondern eine Qualität, die verschiedenen kognitiven Vorgängen „anheften“ kann (aber nicht notwendigerweise muss) ... Der Ausfall bestimmter Hirnrindenareale führt dazu, dass eine bewusste Wahrnehmung von Sinnesreizen nicht mehr erfolgt, obwohl Reflexe erhalten bleiben ...

Als „Tor zum Bewusstsein“ fungiert der Thalamus, durch den, abgesehen vom Geruchssinn, alle sensorischen Informationen (Wahrnehmungen) Eingang in die Hirnrindenareale finden. ...

Bewusstsein lässt sich zum einen als Bewusstsein von einem kognitiven Vorgang (Wahrnehmung, Handlung, Denken) auffassen. Daneben ist Bewusstsein aber immer auch mit der Selbsterfahrung eines wahrnehmenden, handelnden „Ichs“ verbunden. Dieses „Ich“ – oder die Selbstrepräsentation des Wahrnehmenden – kann keiner spezifischen Hirnregion zugeordnet werden ...

Ich-Bewusstsein schlägt sich erstens in der Selbsterfahrung als Verursacher von Handlungen nieder. Zweitens ist die Zentrierung der Wahrnehmung und Aktivitäten um den eigenen Körper ein zentrales Element von Ich-Bewusstsein. Drittens gründet das Ich-Bewusstsein in der über einen langen Zeitraum erfahrenen und autobiographisch ausgebildeten Einheit und Konstanz von Wahrnehmungen, Überzeugungen und Handlungen.

(34ff.)

bildgebende Verfahren, die es ermöglichen –wie es häufig übertrieben formuliert wird – „dem Gehirn beim Denken zuzuschauen“ ...

“neuroimaging“ ...

EEG: relativ geringe räumliche Auflösung, exakt im Zeitverlauf, keine Einwirkung auf das Gehirn von außen ...

MEG: (Magnetenzephalogramm) erlaubt Aussagen über die Tiefe, in der die gemessene Aktivität stattfindet ...

PET: räumliche Auflösung gering (einige Millimeter), zeitliche Auflösung ca. 1 Minute ...

MRT: Resonanz von Wasserstoffatomen (in starkem Magnetfeld: 50.000 fach Erdmagnetfeld) ...

fMRT: Reaktion des Hämoglobins (nicht der Wasserstoffmoleküle) auf das Magnetfeld; Unterschiede zwischen sauerstoffbeladenem und sauerstoffarmem Hämoglobin; räumliche Auflösung 1 Millimeter, zeitlich: 1 Sekunde ...

oft wird lediglich angezeigt, dass eine Hirnregion parallel zu einer bestimmten mentalen Aktivität aktiv war ...

(45)

Neuronenpopulationen ...

(46)

Insgesamt erscheint die Hirnaktivität als „eine Art schwankendes oder oszillierendes Gleichgewicht aus den aktuell aktivierten Neuronenverbänden und den potenziell aktivierbaren“

(47)

langfristige Plastizität von Hirnstrukturen, die sich durch Lernprozesse verändern (Strukturen und Funktionen); die Außenwelt bildet so das Gehirn lebenslang mit ...

Es gibt keine Einzelzustände des Gehirns, sondern einen ununterbrochenen Fluss von Hirnaktivität, in dessen Verlauf sich das Hirn selbst umbildet ...

(50)

2004 ... als sich eine Gruppe deutscher Neurowissenschaftler (darunter Gerhard Roth und Wolf Singer) in einem „Manifest“ direkt und mit appellativem Gestus an die Öffentlichkeit wandte ...

Trotz einiger eher zurückhaltender Einschätzungen hinsichtlich des Standes der neurowissenschaftlichen Erklärung mentaler Phänomene ist auch hier die zentrale Botschaft, dass lebensweltliche Vorstellungen von freiem Willen, vom Ich als steuerndem Zentrum geistiger Prozesse und intentionalen Handelns letztlich nichts weiter als Epiphänomene oder illusionäre Begleiterscheinungen physiologischer, naturwissenschaftlich erklärbarer Prozesse seien und deswegen einer grundlegenden Revision unterzogen werden müssten. Die Autoren räumen zwar ein, dass die Forschung heute noch weit davon entfernt ist, die Frage nach der Entstehung von Bewusstsein oder nach dem Status unserer Vorstellungen von freiem Willen letztgültig beantworten zu können. Langfristig werde die Forschung aber zu einer vollständigen biologischen Erklärung des Geistes führen, d.h. alle geistigen Prozesse wären (dann) auf materielle Vorgänge im Gehirn rückführbar. Solche Thesen werden bei Weitem nicht von allen Neurowissenschaftlern mitgetragen. ...

(50f.)

Wolf Singer kann als entschiedener Vertreter eines neurobiologischen Determinismus angesehen werden. Aus seiner Sicht ist die Unterscheidung zwischen der psychischen Sphäre der Gefühle und Wertungen, die nur in der Ersten-Person-Perspektive wahrgenommen werden kann, und den Erscheinungen der dinglichen Welt, die allein der beobachtenden, objektivierenden Dritten-Person-Perspektive naturwissenschaftlicher Untersuchung zugänglich ist, unhaltbar. Aus der Perspektive der Hirnforschung sei davon auszugehen, dass auch menschliches Verhalten wie jeder Vorgang in der Natur determiniert, d.h. kausal bedingt ist. Durch die in einer Situation gegebene Reizkonstellation und den bestehenden Gehirnzustand ist das jeweilige Verhalten vollkommen bestimmt. Der jeweilige Gehirnzustand wiederum ist durch die Lerngeschichte des Organismus und die Evolutionsgeschichte des Nervensystems determiniert. ...

Damit ist die Erfahrung, frei zu sein, d.h. sein Handeln durch willentliche Entscheidungen zu steuern, eine Illusion. Es gilt, dass „der jeweils nächste Zustand (des Gehirns) die notwendige Folge des unmittelbar vorausgegangenen Zustandes ist“: Wegen der Komplexität und Dynamik der Gehirnstruktur ist der Zustand aber im Einzelfall nicht zu prognostizieren. Auch Kreativität ist ein Effekt der Dynamik des komplexen neuronalen Systems, das hinsichtlich der Zukunft offen ist und immer neue, bisher nicht eingenommene Zustände annehmen kann. Mentale Prozesse wie Überlegen oder das Abwägen von Gründen sind sozusagen illusionäre Erscheinungsformen der neuronalen Dynamik. „Es muss also davon ausgegangen werden, dass jemand tat, was er tat, weil just in diesem Augenblick sein Gehirn zu keiner anderen Entscheidung kommen konnte.“ ...Damit ist die Zuweisung von Verantwortung für Handlungen oder Schuld und Fehlverhalten im eigentlichen Sinne unberechtigt. Strafe wird damit laut Singer aber nicht obsolet. Strafen und Belohnung dienen der Prägung der Hirnarchitektur, um sicherzustellen, dass spätere Entscheidungen mit sozialen Normen konform sind. ...

(52ff.)

Gerhard Roth ...

erkenntnistheoretische Position des „Radikalen Konstruktivismus ...

dass die Wirklichkeit eine Konstruktion des Gehirns ist ...

Das „Ich“ ist wie die phänomenale Welt, in der es agiert, ein Konstrukt des Gehirns (und damit ohne kausale Wirksamkeit, d.h. ohne freien Willen). ...

Die Annahme einer weitgehend unbewussten Steuerung von Handlungen (und mithin der Unfreiheit des Willens) stützt sich auf die Beteiligung des für die Konstituierung von Emotionen zuständigen „limbischen Systems“ an der Handlungsentstehung. Wird in den Arealen des präfrontalen und parietalen Kortex eine Handlung geplant, und werden die entsprechenden Signale an die für die Steuerung der Motorik zuständigen Areale des Kortex geleitet, dann führt das noch nicht zur Handlung. Um diese zu ermöglichen, werden entsprechende Impulse zu den Basalganglien gesendet, die durch die Ausschüttung von Dopamin die Bewegung freigeben. Ob die geplante Bewegung freigeschaltet wird, hängt wiederum von einer Bewertung durch die emotionalen Strukturen des limbischen Systems ab. Hier erfolgt aufgrund bereits gespeicherter und emotional kategorisierter Gedächtnisinhalte eine Einschätzung der Folgen der geplanten Handlung nach dem Prinzip von gut und schlecht. Da das limbische System vollkommen unbewusst arbeitet und dem bewussten Zugriff auch nicht zugänglich ist, kann der vom limbischen System abhängige Wille nicht frei sein. Damit wird zwar nicht bestritten, dass der Mensch einen Willen hat, dessen Freiheit sei jedoch eine Illusion, und das Gefühl des freien Entscheidens beruhe auf einer Täuschung. ...

(57f.)

Gegen ... reduktionistische Modelle generell richtet sich der Hinweis auf den subjektiven Erlebnisaspekt mentaler Zustände. ... Bewusste mentale Zustände sind durch das „Erleben“ bestimmt, „wie es ist, etwas Rotes, Schmerz, Lust etc. wahrzunehmen oder einen Gedanken zu denken.“ Die Erlebnisgehalte, die sogenannten „Qualia“, machen den mentalen Zustand aus. Diese sind in der subjektiven Perspektive erfahrbar, aber nicht naturwissenschaftlich (in der Perspektive des Beobachters) beschreib- oder

erklärbar. ... Es bleibt eine „Erklärungslücke“. Die Qualia sind als durch physikalische Prozesse realisiert vorzustellen, sie gehen aber nicht in diesen auf. Die Reichweite neurowissenschaftlicher Erklärungsmöglichkeiten ist demnach prinzipiell begrenzt: Man erhält selbst über die vollständige Beschreibung des mit dem mentalen Zustand korrelierten Nervenzustands keine Erkenntnis über den Erlebniszustand, sei es eines anderen Menschen oder eines Tieres. ...

Ein Gedanke ist ein Gebilde mit semantischen Eigenschaften. Das heißt, ein Gedanke kann wahr oder falsch sei, richtig oder sinnlos. Hirnzustände können das nicht. Hieran schließt das Argument an, dass Bedeutung ein kulturelles Konstrukt ist, ein Ergebnis von Kommunikation und Übereinkunft zwischen Subjekten, das kulturell tradiert wird, sodass mentale Zustände nicht als rein innere oder individuelle Zustände aufgefasst werden können ...

(58f.)

Supervenienztheorie ...

Die supervenienten mentalen Prozesse sind ... abhängig von der physikalischen Basis. Jede Veränderung des Mentalen ist daher von einer Veränderung neuronaler Prozesse getragen. Umgekehrt ist es aber vorstellbar, dass unterschiedliche neuronale Zustände mit einem (gleichen) mentalen Zustand einhergehen. (*JKrause: Wenn ich mich wiederholt zu unterschiedliche Zeiten in exakt dem gleichen Denkprozess oder der gleichen Stimmung befinde, ist der Zustand meines Gehirns sicher nicht 1:1 der gleiche*).

Damit wird die als zu einfach empfundene Vorstellung der Identität von Geist und Gehirn aufgegeben.

Das Mentale wird als eigener Phänomenbereich gedeutet. Von einem physikalischen Zustand kann nicht unmittelbar auf einen mentalen Zustand geschlossen werden ...

Mentale Zustände sind kausal wirksam, weil sie mit physikalischen Zuständen identisch sind ...

(60ff.)

Allgemein berufen sich Neurowissenschaftler in ihrer Kritik an der Willensfreiheit auf die ... Probleme, die Vorstellung mentaler Verursachung mit dem naturwissenschaftlichen Bild einer kausal geschlossenen materiellen Welt in Einklang zu bringen. Zudem ist neurowissenschaftlich kein Ich-Zentrum nachweisbar, das als Instanz und Träger der Willens- und Entscheidungsfreiheit fungieren könnte, und schließlich steht die Tatsache, dass der größte Teil der Hirnprozesse unbewusst verläuft, der Annahme einer bewussten Steuerung entgegen.

Das theoretische Konzept einer vorbewussten (limbischen) Handlungssteuerung stützt sich auf Experimente, die angeblich zeigen, dass Entscheidungen auf neuronaler Ebene unbewusst bereits „getroffen“ sind, bevor sie bewusst als Wille erfahren werden ...

(Experimente von Libet 1980er Jahre)

Der empfundene Zeitpunkt der bewussten Entscheidung lag ca. 350 Millisekunden nach der Einleitung der Bewegung (Bereitschaftspotential im Gehirn ist um so viel früher messbar) ...

An der Interpretation dieser Ergebnisse als Beweis für die Nichtexistenz eines freien Willens hat es erheblich Kritik gegeben. Zunächst hat Libet selbst einer solchen Interpretation nur mit Einschränkungen zugestimmt, indem er auf die durch sein Experiment ebenfalls plausibel gemachte Möglichkeit der willentlichen Unterbindung der Handlung (im Sinne einer Veto-Funktion) nach Bewusstwerden der Intention hingewiesen hat. Dieser (Veto-)Wille wird von Libet als frei aufgefasst. ...

(62)

deterministische These ... dass der gesamte Zustand der Welt zu jedem Zeitpunkt festgelegt ist und sich jeder Zustand aus dem vorherigen ergibt. ...

Daneben sind Ansätze zu nennen, die die sogenannte „So What?“-Position vertreten („*Na und? Was ändert sich denn dadurch?*“ *JKrause*) und bestreiten, dass selbst dann, wenn der Determinismus wahr wäre, dies irgendeine Konsequenz für unser lebensweltliches Verständnis von Handlung und Verantwortung hätte ...

(63f.)

Semikompatibilistische Ansätze gestehen den neurobiologischen Determinismus zu und machen die Autorschaft des Handelnden an der Authentizität der Entscheidung fest. Als authentisch kann eine Handlung dann angesehen werden, wenn die Handlungsgründe mit dem lebensgeschichtlichen Hintergrund der Person und ihren Präferenzen übereinstimmen oder wenn eine Person sich selbst die Handlung zuschreiben kann. ...

Die Argumentation scheint auch kompatibel mit Immanuel Kants Freiheitsbegriff der Bindung an selbstgesetzte oder anerkannte Gesetze. ...

„schwacher Begriff von Willensfreiheit“ ... Auch Gerhard Roth verweist darauf, dass unsere Entscheidungen in dem Maße autonom sind, wie sie auf unseren Lebenserfahrungen oder unserem Charakter beruhen. Er sieht aber Charakter und Lebenserfahrung als neuronal „manifestiert“ und damit die Handlung als neuronal determiniert an.

(65)

Freiheitsbegriff bei Kant ...

Dieser stimmt der Annahme, dass jedes Ereignis verursacht ist, zu, leitet daraus aber nicht die Unmöglichkeit von Freiheit ab. Dem Menschen steht die Möglichkeit offen, sein Handeln an (technischen, pragmatischen und moralischen) Gesetzen auszurichten. Von Willensfreiheit spricht Kant insofern, als der Handelnde sich diese Gesetze selbst gibt bzw. sich entschließt, diese zur Maxime seines Handelns zu machen, z.B. nicht zu lügen, auch wenn er sich selbst damit schaden könnte. Entscheidend für das Vorliegen von Freiheit ist dabei nicht, ob der Handelnde diesem moralischen Gesetz tatsächlich folgt (oder nicht doch um eines Vorteils willen dem Gesetz zuwider handelt). Entscheidend ist das Wissen darum, dass es ihm prinzipiell möglich ist, dem moralischen Gesetz entsprechend zu handeln. ...

(66ff.)

Habermas ...

stellt dem naturwissenschaftlichen Modell der Kausalität als „Raum der Ursachen“ den „Raum der Gründe“ gegenüber: Menschen handeln auf der Grundlage von Überlegungen, indem sie Gründe erwägen und sich selbst an das Ergebnis ihrer Überlegungen binden. ...

Diese Freiheit ist keine unbedingte, sondern bedingt (oder bestimmt) durch den dem Handelnden zur Verfügung stehenden Möglichkeitsraum, der durch „Fähigkeiten, Charakter und Umstände begrenzt“ ist. Diese Bedingungen seines Handelns reflektiert der Handelnde als Gründe und motiviert so seine Entscheidung. In diesem Sinne ist Bedingtheit des Handelns (durch als Gründe erwogene Aspekte der Handlungssituation) geradezu eine Voraussetzung freien Handelns.

Gründe binden den Handelnden durch Überzeugung. ...

Habermas sieht hier zwei miteinander unvereinbare Perspektiven auf die Realität am Werk: Die Perspektive des Teilnehmers, in der man sich über die Gründe und Motive des Handelns verständigen kann und damit nachvollzieht, warum der Handelnde so und nicht anders entschieden hat, und die naturwissenschaftliche Beobachterperspektive, die Vorgänge in der Welt nach dem Prinzip von Ursache und Wirkung erklärt, dabei aber „Gründe“ nicht in den Blick nehmen kann, weil diese sozusagen in der naturwissenschaftlichen Sprache nicht abbildbar sind.

Habermas geht von einem *methodischen Dualismus* dieser beiden nicht aufeinander reduzierbaren Perspektiven aus, nicht von einem Dualismus zweier Substanzen Geist und Materie ...

Zwischen Bedingung und Folge tritt gewissermaßen der Autor der Handlung, der seine Handlung durch Gründe motiviert und der auch wider besseres Wissen handeln kann: „Er muss davon überzeugt sein, das Richtige zu tun, und er muss es auch selber tun“. ...

... neurowissenschaftliche Konzepte des Mentalen. Laut Habermas besteht deren Fehler unabhängig von der jeweiligen spezifischen Konzeption schon darin, den Geist immer nur als individuelles Ereignis aufzufassen. Jedes mentale Ereignis ... ist aber nur im Kontext soziokulturell ausgebildeter Symbolsysteme und semantischer Bedeutungen zu verstehen. Es ist dieser den Individuen vorgegebene und in historischen Lernprozessen ausgebildete „objektive Geist“, d.h. symbolisch gespeichertes objektives Wissen, in dessen Kontext überhaupt Sinn und Bedeutung zustande kommen. Die Auseinandersetzung des Menschen mit der Physischen Umgebung findet im Medium der nicht individuell, sondern im kognitiven Umgang miteinander ausgebildeten Wahrnehmungsweisen, Deutungsmuster und Werte statt.

(JKrause: manche Entscheidungen werden im Gespräch mit einem anderen, von draußen hinzutretenden, ICH vorgedacht, abgewogen – wie ist es hier mit den lückenlosen Kausalketten?)

... Vorstellung von einer „kulturellen Programmierung individueller Gehirne“ entscheidend ...

(70)

(im strengen deterministischen Verständnis) müsste der Begriff des Entscheidens gleichgesetzt werden mit einer chemisch-physikalischen Reaktion – so als habe sich Eisen beim Vorliegen bestimmter Bedingungen (Vorhandensein von Sauerstoff und Feuchtigkeit) „entschlossen“ zu rosten

(180)

Fazit und Ausblick ...

bleiben Thesen etwa zum illusionären Charakter lebensweltlicher Vorstellungen von Willensfreiheit ... bisher empirisch und theoretisch unzureichend fundiert. Darüber, ob und wie sich mentale Prozesse kausal neurowissenschaftlich erklären lassen und sich Kultur sozusagen auf Natur zurückführen lässt, kann bis heute nur spekuliert werden. Wissenschaftlich unbestritten ist, dass der Geist im Gehirn durch neuronale Prozesse realisiert wird und dass es keine davon unterschiedene geistige Substanz gibt.

(Büro für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag; Hennen, Grünwald, Revermann und Sauter: „Hirnforschung“, Endbericht zum TA-Projekt, Arbeitsbericht Nr. 117, April 2007, A4 - 204 Seiten; Bestelladresse: TAB, Neue Schönhauser Straße 10, 10178 Berlin, buero@tab.fzk.de)

- Gehirn und Nerven sind im Alter von 39 Jahren am reaktionsschnellsten; Schuld am Abbau ist der schrittweise Verlust der Ummantelung der Nervenfasern, der so genannten Myelinscheiden. Diese Hülle dient als Isolierung bei der Signalweiterleitung. Die Myelinschicht wird bis zum Alter von 39 Jahren immer dichter und die Weiterleitung schneller
(Der Spiegel 45/2008 S.145)
- US-Forscher; Probanden verschiedener Religionen sollten im Kernspintomografen über religiöse Probleme sinnieren; erhöhte Aktivität in (verschiedenen) Hirnarealen, die gemeinhin genutzt werden, um sich in andere hineinzusetzen; es gibt keinen bestimmten Platz für Gott im Gehirn; das Gehirn sei zwanghaft darin, für alles eine Erklärung zu suchen
(Der Spiegel 12-2009 S.120)
- Ich glaube nicht an die Freiheit des Willens. Schopenhauers Wort „Der Mensch kann wohl tun, was er will, aber er kann nicht wollen, was er will“, begleitet mich in allen Lebenslagen und versöhnt mich mit den Handlungen der Menschen, auch wenn sie mir recht schmerzlich sind. Diese Erkenntnis von der Unfreiheit des Willens schützt mich davor, mich selbst und die Mitmenschen als handelnde und urteilende Individuen allzu ernst zu nehmen und den guten Humor zu verlieren.
(Albert Einstein, in „Mein Glaubensbekenntnis“)

Der freie Wille: Vor der Vernunft ist er nicht zu erweisen, aber doch muss man ihn fordern, sonst hört alle Selbstverantwortung auf.
(Wilhelm Busch, in „Spruchweisheiten und Gedichte“)

Wir klagen die Natur nicht als unmoralisch an, wenn sie uns ein Donnerwetter schickt und uns nass macht: Warum nennen wir einen Menschen unmoralisch? Weil wir hier einen willkürlich waltenden, freien Willen, dort Notwendigkeit annehmen. Aber diese Unterscheidung ist ein Irrtum.
(Friedrich Nietzsche, in „Menschliches, Allzumenschliches“)

Wäre der Wille eines jeden Menschen frei, das heißt, könnte jeder Mensch so handeln, wie er gerade will, dann würde die Geschichte aus einer Reihe von zusammenhanglosen Zufälligkeiten bestehen.
(Leo Tolstoi, in „Krieg und Frieden“)

Hören wir auf, von Freiheit zu reden. Reden wir von Motiven.
(Klaus Jürgen Grün)

(Freie Presse Chemnitz, 2.1.2009 S.B2)

- Vater unser im Himmel
Geheiligt werde dein Name.
Dein Reich komme.
Dein Wille geschehe, wie im Himmel, so auf Erden.
Unser tägliches Brot gib uns heute.
Und vergib uns unsere Schuld,
wie auch wir vergeben unsern Schuldigern.
Und führe uns nicht in Versuchung,
sondern erlöse uns von dem Bösen.
Denn dein ist das Reich und die Kraft und die Herrlichkeit
in Ewigkeit.
Amen.
- Um die Grenzen bildgebender Verfahren in der Medizin aufzuzeigen, hat Craig Bennet von der University of California einen toten Lachs in einen Tomografen gesteckt. um mittels fMRT dessen Hirnaktivitäten zu messen. Streng nach den Regeln des Verfahrens zeigte er dem toten Fisch in der Röhre Fotos unterschiedlicher Menschen und befragte ihn zu seinen Gefühlen. Die Scans des Fischhirns hätte man tatsächlich als emotionale Reaktion des – toten – Fisches interpretieren können. Der Autor warnt vor falsch positiven Ergebnissen der Hirnscans.
(Die Zeit, 24.9.09 S.46)
- das menschliche Gehirn besteht aus 100 Milliarden Nervenzellen mit 100 Billionen Synapsen; Nervenzellen in der Großhirnrinde besonders intensiv verdrahtet: jede Zelle verfügt dort über etwa 20.000 Synapsen; Nervenzellen verbrauchen extrem viel Energie; Zentralnervensystem des Menschen macht nur 2% seiner Körpermasse aus, verbraucht aber 18% des Sauerstoffs im Blut; die Behauptung, wir würden nur 10% unseres Gehirns nutzen, ist Unsinn. Es gibt nicht den geringsten Beleg, dass an diesem Gerücht etwas wahr sein könnte
(bild der wissenschaft 10-2009 S.22ff)
- Gliazellen sind mindestens zehnmal so häufig wie Nervenzellen, galten lange als unwichtig (glia = Leim, Nerven Kitt, der die Neuronen zusammenhält und sie mit Nährstoffen versorgt);

inzwischen gibt es kaum noch Zweifel, dass die Glia-Zellen am Informationsaustausch nicht nur beteiligt sind, sondern sogar die Rolle des Dirigenten im Nervenzell-Orchester übernehmen, auch bei so wichtigen Hirnfunktionen wie Lernen und Erinnern. Die neuronengebundenen Modellvorstellungen zur Funktionsweise des Gehirns lassen sich nicht mehr aufrechterhalten;

drei Arten von Gliazellen:

a) Mikrogliazellen, mit Immunzellen verwandt, greifen als „aktive Wächter“ ein, um kleine Blutungen zu stillen, abgestorbenes Zellmaterial abzutransportieren;

b) Oligodendrozyten, bilden das Myelin, das wie eine Kabelhülle die Nervenfasern isoliert;

Astrozyten (Name vom sternförmigen Äußeren abgeleitet) sind mit einem Anteil von 80% die häufigste Gliazellklasse; sie steuern den Informationsaustausch am synaptischen Spalt zwischen zwei Neuronen, schütten Botenstoffe aus (D-Serin und Glutamat); eine einzige dieser Zellen kann bis zu 140.000 Synapsen beeinflussen; manche A. können sich sogar zu Nervenzellen umwandeln
(bild der wissenschaft 9-2008 S.20ff)

- das menschliche Gehirn besteht aus 100 Milliarden Nervenzellen mit 100 Billionen Synapsen; in der Großhirnrinde verfügt jede Zelle sogar über 20.000 Synapsen, durch die sie mit anderen Neuronen verknüpft ist; obwohl das Gehirn bei einem erwachsenen Menschen nur 2% der Körpermasse ausmacht, verbraucht es 18% des im Blut transportierten Sauerstoffs; Die Behauptung, wir nützten nur 10% unseres Gehirns, ist Unsinn, es gibt nicht den geringsten Beleg dafür
(bild der wissenschaft 10/2009 S.22)
- Evangelisches Gesangbuch Lied Nr. 341, Vers 3 (Text: Martin Luther 1523):
“Mein guten Werk, die galten nicht,
es war mit ihm´ verdorben;
der frei Will hasste Gotts Gericht,
er war zum Gutn erstorben;
die Angst mich zu verzweifeln trieb,
dass nichts denn Sterben bei mir blieb,
zur Höllen musst ich sinken.“
- S.12 zu Gen.1,27 (*Gott schuf den Menschen*):
ein chassidischer Weiser lehrt, dass wir nach der Erschaffung des Menschen nicht die Worte „und Gott sah, dass es gut war“, wie bei der Schöpfung der anderen Lebewesen finden.
Dem Menschen ist die Willensfreiheit verliehen, er ist der Selbstentfaltung fähig, daher musste Gott erst sehen, wie sich der Mensch entwickeln würde, ehe er gut genannt werden konnte;
S.21f. zu Gen2,17 (*Du sollst du nicht essen vom Baum der Erkenntnis ...*):
das heiligste Privileg des Menschen ist die Willensfreiheit, die Fähigkeit, vor seinem Schöpfer gehorsam oder ungehorsam zu sein;
(Pentateuch und Haftarah, Hebräischer Text und deutsche Übersetzung mit Kommentar von Dr. Joseph Herman Hertz; 1. Band: Genesis; Verlag Morascha Basel/Zürich 1995)
- (103) Der freie Wille
Das Kapitel enthält einen Vers (Dtn.5,29), der im Laufe der Zeit ein Beleg für die Lehre vom freien Willen des Menschen wurde. (Gott sagt: „Wenn dieser Sinn nur bei ihnen beständig bliebe, mich zu fürchten und alle meine Gebote jederzeit zu halten, damit es ihnen und ihren Nachkommen beständig wohl ergehen möge.“). Mosche verkündigt einen Gott, der darauf *hofft*, dass Israel ihn stets achten und seinen Geboten folgen würde. Dies setzt offensichtlich voraus, dass Gott *nicht weiß*, ob Israel seinen Willen tun wird oder nicht, denn Israel ist – wie die gesamte Menschheit – darin frei, zu gehorchen oder nicht. ... Gott kann Israel nicht zwingen, den richtigen Weg zu gehen ... Er mag in allen anderen Dingen allwissend sein, aber er kann nicht bestimmen, welche Entscheidungen die Menschen treffen werden (165) Dtn.11,26: Ich lege euch vor Segen oder Fluch (Bestätigung der Wahlfreiheit)
(Die Tora in jüdischer Auslegung, herausgegeben von W. Gunther Plaut, Band 5)
- Christian Keysers, Netherland Institute for Neuroscience , Amsterdam:
“ICH ist der Teil, den ich über meine Sinne spüre und den ich kontrollieren kann.“
Uwe Herwig, Chefarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich:
“Als ICH kann der Teil meines Selbst bezeichnet werden, der dem Bewusstsein zugänglich ist. Das ICH denkt bewusst, drückt sich verbal aus und hilft mir bei einer gezielten Darstellung nach außen.“ ...
Sigmund Freud: Er verglich das ES mit einem Pferd und das Bewusstsein (ICH) mit dessen Reiter, der die Kraft des Pferdes zügelt. Anders ausgedrückt: Das ES liefert unbewusste Motivationen, welche das ICH kanalisiert.
Stefan Schimmel, FHS Münster:
“Heute nehmen Hirnforscher an, dass der Reiter sich lediglich die Intention des Tieres zu eigen macht. Der Reiter glaubt, dass er bestimmt, wohin das Pferd läuft. In Wirklichkeit gibt jedoch das Tier die Richtung vor.“ Dem Unbewussten wird somit im heutigen Verständnis eine größere Rolle zugesprochen

als bei Freud.

(bild der wissenschaft 12-2010 S.72f.)

- (25) Ich bin weder total von meiner Erbmasse oder meinem Unbewussten vorprogrammiert noch total von meiner Umwelt konditioniert. Ich bin, in Grenzen, frei. Allen überzogenen Argumenten von Hirnphysiologen zum Trotz: Ich bin weder ein Tier noch ein Roboter. In den Grenzen des Angeborenen und des Umweltbestimmten bin ich frei im Sinne von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Zugegeben: ich kann diese Wahl- und Entscheidungsfreiheit nicht theoretisch beweisen. Aber ich kann sie jederzeit praktisch unmittelbar erfahren, wann immer ich will: Ich kann jetzt schweigen – nein, ich will reden – oder soll ich doch lieber schweigen? Ich könnte also auch anders. Ich mache es jetzt anders. Eine Erfahrung nicht nur des Tuns, sondern auch des Lassens.
(Hans Küng: Was ich glaube, Piper, München, 2009)
- **(S.516) Alles fließt**
Steve Grand: „Denken Sie an ein Kindheitserlebnis. An etwas, woran Sie sich deutlich erinnern können, das Sie sehen, spüren, vielleicht sogar riechen können, als wären Sie wirklich dort. Schließlich waren Sie doch damals wirklich dabei, oder? Wie sollten Sie sich sonst daran erinnern? Aber jetzt kommt’s: Sie waren NICHT dabei. Kein einziges Atom, das jetzt zu Ihrem Körper gehört, war schon dabei, als das Ereignis stattfand. ... Die Materie fliegt von Ort zu Ort und findet sich vorübergehend zusammen – das sind dann SIE. Was Sie also auch sind, Sie sind nicht die Materie, aus der Sie bestehen. Wenn Ihnen das nicht die Haare zu Berge stehen lässt, dann lesen Sie den Passus noch einmal, so lange, bis die Haare zu Berge stehen, denn es ist wichtig.“
(im Laufe eines Jahres werden etwa 90% der Zellen des menschlichen Körpers ausgetauscht; nur Nervenzellen existieren praktisch lebenslang JK)
(Richard Dawkins: Der Gotteswahn, Ullstein Taschenbuch, Berlin 2008)
- **HIRNSCANS UNTER BESCHUSS**
Von den bunten Bildern haben sich viele Forscher grundlegend neue Einsichten in den menschlichen Geist versprochen. Doch jetzt macht sich Ernüchterung breit.;
Allerdings geht im Kopf, der Dunkelkammer des Geistes, nicht wirklich ein Licht auf. Und die Hirnscans messen auch nicht die Hirnaktivität direkt, sondern vielmehr die Durchblutung – genauer: das BOLD-Signal (blood oxygen level dependent). Es beruht darauf, dass sauerstoffreiches Hämoglobin etwas andere magnetische Eigenschaften hat als sauerstoffarmes. Da aktive Hirnbereiche stärker durchblutet sind, fällt dort das BOLD-Signal deutlicher aus.;
Trotzdem ist die Methode weit davon entfernt, ein präzises Abbild der Aktivitäten des Gehirns zu geben – geschweige denn des Geistes. Denn sowohl die räumliche als auch die zeitliche Auflösung ist auf ein paar Millimeter und Sekunden begrenzt.;
Bei den fMRT-Messungen wird das Gehirn in mehr als 100 000 winzige Würfel von jeweils wenigen Millimetern Kantenlänge unterteilt. Jedem dieser „Voxel“ (dreidimensionalen Pixel) kommt ein Messwert zu. Ein typisches Voxel von 55 Kubikmillimeter Volumen enthält rund 5,5 Millionen Nervenzellen mit mehr als 100 Kilometern Nervenfasern, die über einige Milliarden Synapsen (Kontaktstellen) miteinander verbunden sind.
Zwar hat sich die Genauigkeit in den letzten 20 Jahren von vier bis fünf Millimeter Voxel-Kantenlänge auf inzwischen teils unter einen Millimeter verbessert (bei den neuen Hochfeldscannern mit besonders starken Magnetfeldern). Trotzdem ist, aus zellbiologischer Perspektive, die Auflösung schlechter als das, was ein kurzsichtiger Mensch von den Häuserfassaden erkennen kann, wenn er ohne Brille eine Sightseeing-Fahrt durch die Grachten Amsterdams macht.;
Und die Scan-Methode hat noch mehr Restriktionen:
+ Der Blutfluss korreliert nicht mit den elektrischen Signalen in Nervenzellen, sondern mit der Freisetzung von Botenstoffen, denn diese synaptische Aktivität benötigt viel mehr Energie. Und die Botenstoffe erregen nicht immer die „nachgeschalteten“ Zellen, sondern hemmen sie auch manchmal.
+ Es ist keine absolute Quantifizierung oder Eichung der BOLD-Signale möglich. Letztlich wird nur der Unterschied zwischen einer bestimmten Tätigkeit einer Person und einer Kontrollbedingung gemessen. Das macht den Vergleich verschiedener Menschen schwierig.
+ Der störende Einfluss externer Faktoren ist ebenfalls schwer abzuschätzen – von einer Tasse Kaffee vor dem Experiment bis hin zu dem hämmernden Lärm und der klaustrophoben Enge in der Röhre des Scanners.;
Und es geht mal wieder ums Geld: „Die Kosten eines Scans einer einzigen Person entsprechen oft denen einer kompletten verhaltenspsychologischen Studie – und dabei sind Gerät und Personal noch nicht gerechnet. Daraus lässt sich leicht abschätzen, wie viele Verhaltensstudien uns der Hang zur neurowissenschaftlichen Instrumentierung Jahr für Jahr kostet“, ärgert sich Hommel.
(bild der wissenschaft 5-2012 S.90ff)
- (55) Willensfreiheit. ...
Der gewaltige Kampf zwischen Deterministen und Indeterministen, zwischen den Gegnern und den Anhängern der Willensfreiheit, ist heute, nach mehr als zwei Jahrtausenden, endgültig zugunsten der ersteren entschieden. Der menschliche Wille ist ebensowenig frei als derjenige der höheren Tiere, von welchem er sich nur dem Grade, nicht der Art nach unterscheidet. Während noch im achtzehnten

Jahrhundert das alte Dogma von der Willensfreiheit wesentlich mit allgemeinen, philosophischen und kosmologischen Gründen bestritten wurde, hat uns dagegen das neunzehnte Jahrhundert ganz andere Waffen zu dessen definitiver Widerlegung geschenkt, die gewaltigen Waffen, welche wir dem Arsenal der vergleichenden Physiologie und Entwicklungsgeschichte verdanken. Wir wissen jetzt, daß jeder Willensakt ebenso durch die Organisation des wollenden Individuums bestimmt und ebenso von den jeweiligen Bedingungen der umgebenden Außenwelt abhängig ist wie jede andere Seelentätigkeit. Der Charakter des Strebens ist von vornherein durch die Vererbung von Eltern und Voreltern bedingt; der Entschluß zum jedesmaligen Handeln wird durch die Anpassung an die momentanen Umstände gegeben, wobei das stärkste Motiv den Ausschlag gibt, entsprechend den Gesetzen, welche die Statistik der Gemütsbewegungen bestimmen.

(Ernst Haeckel: Die Welträthsel, Volksausgabe, Alfred Kröner Verlag Stuttgart, 1899-1903)

- »Das Ich ist ein Sammelsurium«, doziert unser Chauffeur. »Es entsteht aus all den Erfahrungen, die wir im Laufe unseres Lebens machen, wird also im wahrsten Sinne des Wortes gebildet.« Während wir noch über diese treffende Diagnose staunen, schiebt der Mann gelassen nach: »Und das Ich drückt sich durch sein Interesse aus. Wissen Sie, ich erlebe in meinem Wagen ja die unterschiedlichsten Typen – vom Professor bis zum Zuhälter. Aber eines haben alle gemeinsam: Jeder hat mindestens ein Interesse.«;

Als Arzt am Universitätsklinikum Genf hat er immer wieder mit Patienten zu tun, die infolge eines Hirnschadens plötzlich ein drastisch verändertes Körpergefühl haben: Manche klagen etwa darüber, dass ihr linker Arm nicht mehr zu ihnen gehöre und ihnen fremd sei. Andere fühlen sich gänzlich im falschen Körper verortet und räumlich desorientiert. Und dann war da noch jene Epilepsie-Patientin, bei der Blanke vor einigen Jahren mit feinen Elektroden verschiedene Hirnareale stimulierte – und dadurch eine unerwartete Körpererfahrung auslöste: Plötzlich hatte die Frau das Gefühl, ihren Körper zu verlassen. »Ich fühle mich leicht und schwebe in etwa zwei Meter Höhe«, berichtete die 43-jährige Patientin. »Unten sehe ich meinen Körper auf dem Bett liegen.« Als Blanke die Elektrode deaktivierte, hörte das Phänomen schlagartig auf; als er den Stromfluss wieder einschaltete, meinte die Frau prompt wieder abzuheben. Ohne es zu wollen, hatte der Neurologe eine Out-of-Body-Erfahrung ausgelöst. Jahrhundertlang galten solche »außerkörperlichen« Erlebnisse als Hinweis auf die Existenz einer Seele. Zugleich schienen sie ein schlagender Beweis für den sogenannten Dualismus zu sein, dem zufolge Körper und Geist getrennten Sphären angehören. Am deutlichsten hat diese These im 17. Jahrhundert der Philosoph René Descartes formuliert: Für ihn war die *res extensa*, die »ausgedehnte Körpersubstanz«, streng verschieden von der *res cogitans*, der »ausdehnungslosen denkenden Substanz« – eine Theorie, die ihn zu seinem berühmten Diktum »*cogito, ergo sum*« (Ich denke, also bin ich) führte.

steht in seinem Labor ein ganzes Arsenal teils bizarr anmutender Gerätschaften: Gummihände, um Handillusionen zu produzieren; Kameras und Projektoren zur Erzeugung virtueller Realitäten; ein Drehstuhl, wie er im Astronautentraining genutzt wird. Auf Letzterem kann man erfahren, wie ungenau der Gleichgewichtssinn arbeitet. Wird man in einer Dunkelkammer mit konstanter Geschwindigkeit gedreht, hat man bald das Gefühl, stillzustehen. Denn das Gleichgewichtsorgan kann offenbar nur Beschleunigungen erkennen, jedoch keine konstanten Drehbewegungen. Wird man nach einiger Zeit abgebremst, hat man sogar das Gefühl, sich in die Gegenrichtung zu drehen. Und wenn nach dem Stillstand das Licht angeht, erzeugt das Gehirn die Illusion, die Wände drehten sich. Auch hier versucht unser Denkorgan, alle Sinnesinformationen zu einem stimmigen Bild zusammenzufügen – auch wenn es dabei offensichtlichen Unsinn produziert.

(ZEIT Wissen 2-2012 S.14ff)

- Hirnforscher wollen den Schaltplan aller 100 Milliarden Nervenzellen kartieren. Kann das gelingen? Es lockt ein großer Preis: das Verständnis des Bewusstseins, die Enträtselung seelischer Krankheit - und womöglich die Unsterblichkeit.;

Das Universum im Kopf: 100 Milliarden Nervenzellen, Zahl der Nervenverbindungen liegt nochmals 1000fach höher; aneinandergereiht ergäben sie ein Kabel von 5 Millionen Kilometer Länge; Zwar boomen die Neurowissenschaften wie kaum eine andere Disziplin. Die Bilanz aber fällt in zweierlei Hinsicht ernüchternd aus: Zum einen bleibt die philosophische Frage, die aller Hirnforschung zugrunde liegt, weiterhin ungelöst. Spätestens seit René Descartes seinen berühmten Lehrsatz "Ich denke, also bin ich" formulierte, arbeiten sich Forscher daran ab, das Verhältnis von Geist und Körper zu verstehen. Und doch vermag bis heute niemand zu erklären, wieso einem Klumpen aus anderthalb Kilogramm Eiweiß und Fett ein immaterielles Fluidum entströmen kann: die Gedanken. Anders ausgedrückt: Unklar bleibt, wie aus Materie Geist entsteht.;

"Eine einzelne Zelle wird niemals fähig zu verständigem Handeln sein", erklärt er. Erst indem sie miteinander verschaltet werden, gehe aus bloßen elektrischen Impulsen ein Geist, eine Persönlichkeit, ein denkendes, empfindendes Ich hervor.

"Connectome" lautet das Schlagwort. Es bezeichnet die Gesamtheit aller Verdrachtungen im Gehirn. "Die gilt es zu kartieren", erklärt der Heidelberger Forscher Winfried Denk, der seinen Kollegen Helmstädter in der Kunst der Hirnvermessung ausgebildet hat.

Denk skizziert damit ein Vorhaben abenteuerlicher Dimension: Bisher haben die Forscher erst das Connectome eines einzigen Organismus vollständig erfasst: von *Caenorhabditis elegans*, einem etwa einen Millimeter langen Fadenwurm. Zelle für Zelle hat das Team um den britischen Nobelpreisträger Sydney Brenner alle 302 Neuronen dieses Tiers vermessen. Zwölf Jahre dauerte die Tüftelei. Um wie viel schwieriger wird es erst sein, dieselbe Aufgabe im Fall des *Homo sapiens* zu bewältigen! Gut fünf Millionen Kilometer misst die Gesamtlänge aller Nervenärmchen unter der menschlichen Schädeldecke. Wie soll es da gelingen, jedes einzelne von ihnen durch das neuronale Labyrinth zu verfolgen?

Auf zwei verschiedenen Wegen packen die Forscher jetzt dieses ehrgeizige Ziel an. Zum einen hat die US-Regierung vor zwei Jahren 40 Millionen Dollar für das "Human Connectome Project" bereitgestellt. Ziel ist es, mit Hilfe moderner Tomografen einen Atlas des zentralen Nervensystems zu erstellen, eine Art groben Schaltplan des menschlichen Denkkorgans.;

Gerade erst hat die Auswertung begonnen, Wedeen jedoch ist viel zu ungeduldig, als dass er nicht schon seine Deutungen parat hätte. Vor allem die regelmäßige Gitterstruktur begeistert ihn: "Da dachten die Leute immer, die Nervenbahnen seien verknäult wie gekochte Spaghetti. Und stattdessen jetzt das hier!", sagt er und zoomt in einen Knotenpunkt des Neuronetzes hinein: "Alles brav in rechten Winkeln angeordnet."

Eigentlich sei das auch gar nicht so erstaunlich, meint Wedeen. "Stellen Sie sich vor: Rund 100 Milliarden Nervenzellen sind in unserem Kopf verschaltet, und jede davon bildet 1000 Synapsen. Wie soll das gehen, gesteuert von nur ein paar tausend Genen?" Das könne doch nur klappen, wenn alles nach einfachen Regeln vor sich geht.;

Über all diese Fragen hat Sebastian Seung ein Buch geschrieben, eine Art Manifest seiner noch jungen Fachdisziplin(*). Seine zentrale These: In der Gesamtheit aller neuronalen Verknüpfungen ist das Geheimnis der menschlichen Individualität verborgen. Alle Erinnerungen und Empfindungen, alle Ängste, Sehnsüchte und Eigenheiten eines Menschen sind hier versteckt. "Du bist dein Connectome": So lautet die kurze Formel, auf die Seung sein Credo bringt.

(*) Sebastian Seung: "Connectome". Houghton Mifflin, Boston; 384 Seiten; 26,99 Euro.

(Der Spiegel 50-2012 S.122ff. - <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-90049001.html>)

- Was wurde aus den Verheißungen der Hirnforschung? Wissenschaftler ziehen Bilanz. Sie fällt dürrig aus;

wo steht die Neurowissenschaft heute, zehn Jahre nach jenem berühmten "Manifest" der Hirnforscher, das 2004 für Aufsehen sorgte? Damals skizzierten elf führende Vertreter – darunter Gerhard Roth, Wolf Singer und Christian Elger – den Stand und die Aussichten ihrer Disziplin; der Ton oszillierte dabei zwischen Demut und Großspurigkeit.;

Zehn Jahre später ist klar: Von all dem ist nichts eingetreten. Von einem echten Verständnis der Ursachen der Alzheimer-Demenz sind wir so weit entfernt wie 2004, Therapien zur Verhinderung oder Heilung der Krankheit sind bis heute nicht verfügbar; auch die behauptete Revolution in der Therapie psychischer Störungen blieb bislang aus, neue "hocheffektive und nebenwirkungsarme" Medikamente waren pures Wunschdenken.

Zum zehnten Jahrestag des Manifests hat daher eine Gruppe von Neurobiologen, Psychiatern, Psychologen und Philosophen eine Art Gegenmanifest verfasst, ein Memorandum "Reflexive Neurowissenschaft", das scharf mit dem damaligen Papier ins Gericht geht. Die Bilanz falle enttäuschend aus, "eine Annäherung an gesetzte Ziele ist nicht in Sicht", schreiben die Forscher um den Psychiater und Neurologen Felix Tretter, Chefarzt am Isar-Amper-Klinikum München-Ost.;

Genau das aber hatten die Hirnforscher 2004 in Aussicht gestellt. In den nächsten 20 bis 30 Jahren werde man "widerspruchsfrei Geist, Bewusstsein, Gefühle, Willensakte und Handlungsfreiheit als natürliche Vorgänge ansehen, denn sie beruhen auf biologischen Prozessen". Dieser Satz klang so, als wüssten die Neurowissenschaftler bereits, wie man Geist, Bewusstsein et cetera alleine aus biologischen Vorgängen heraus erklären kann. Davon kann jedoch bis heute keine Rede sein.

Inzwischen muss man diesen Satz wohl so lesen, dass Gedanken und Gefühle auch auf biologischen Prozessen beruhen – was allerdings eine ziemlich banale Erkenntnis ist. Denn "in einem sehr trivialen Sinne", schreiben die Kritiker um Tretter, würden ja "alle menschlichen Leistungen ›auf biologischen Prozessen beruhen‹, denn man muss zum Beispiel atmen, um etwas zu leisten, woraus jedoch nicht folgt, dass alle menschlichen Leistungen als Atmung ›angesehen‹ werden können". Die Autoren des Manifests hätten hier notwendige und hinreichende Bedingungen vermischt.

Die Gegenposition formuliert am provokativsten der Psychiater Thomas Fuchs aus Heidelberg: "Das Gehirn allein denkt gar nicht", sagt Fuchs. Es sei "immer die ganze Person, die etwas wahrnimmt, überlegt, entscheidet, sich erinnert und so weiter, und nicht ein Neuron oder ein Cluster von Molekülen". Deshalb lasse sich menschliches Denken und Verhalten nur erklären, wenn man den ganzen Organismus und dessen Umwelt betrachte – womit auch kulturelle, soziale und moralische Dimensionen mit ins Spiel kommen.;

(Die Zeit 20.2.14 S.38 - <http://www.zeit.de/2014/09/hirnforschung-memorandum-reflexible-neurowissenschaft>)

- Ein Freiburger Forscherteam hat Libets Experiment wiederholt. Es deutet das Ergebnis anders. Was Libet im Gehirn maß, war nicht der Entschluss selbst, sondern lediglich ein „Bereitschaftspotenzial“, das

einen Entschluss wahrscheinlich macht. Einer der Versuchspersonen im Freiburger Experiment, einem Meditationsmeister, gelang es, die Messgeräte auszutricksen. Er konnte das Nervensignal in seinem Kopf identifizieren und die im Experiment geforderte Handbewegung dann machen, wenn das Gehirnsignal nicht messbar war.

(Chrismon 9-2016 S.31 <http://chrismon.evangelisch.de/artikel/2016/32609/hat-der-mensch-einen-freien-willen>)

- Keinen Kobold im Kopf

Mit seinen historischen Experimenten schaffte der Neurologe Lüder Deecke scheinbar den freien Willen ab. Er selbst hält dies für ein zynisches Missverständnis.

... Experimente in Freiburg 1964 ... „Bereitschaftspotenzial“ ... 1,2 Sekunden vor der Fingerkrümmung ... Libet hatte eigenartige Vorstellungen von dem Begriff ... Am Ende bin ich es noch immer selbst, der eine Handlung plant ausführt ...

(Der Spiegel 34-2016 S.104 <https://magazin.spiegel.de/SP/2016/34/146389769/index.html>)

- HIRN-FORSCHUNG

Der freie Un-Wille

Seit Langem gilt der freie Wille vielen Gelehrten nur noch als Illusion. Nun aber zeigen Experimente Berliner Neurowissenschaftler: Das Bewusstsein ist imstande, unbewusst eingeleitete Handlungen zu stoppen. ...

... was John Dylan Haynes, Leiter am Bernstein Center for Computational Neuroscience, mithilfe der zwölf Testpersonen dabei herausgefunden hat, ist höchst erstaunlich.

Der Versuch läuft ab wie bei einem Computerspiel. Der Proband sitzt vor einem Bildschirm, auf dem ein grünes Licht leuchtet. Die Ampel signalisiert: freie Fahrt. Auf dem Boden vor ihm steht ein Fußschalter, ziemlich genau dort, wo sich im Auto das Gaspedal befindet.

Mithilfe einer Elektrodenkappe, welche die Testperson auf dem Kopf trägt, werden ihre Hirnströme gemessen. Dadurch erkennt der Computer sofort, wenn der Proband sich aufs Gasgeben vorbereitet. Denn in diesem Fall entsteht in seinem Kopf ein verräterisches elektrisches Muster, wie Hirnforscher bereits vor einigen Jahren herausgefunden haben. Die Wissenschaftler sprechen von einem sogenannten Bereitschaftspotenzial.

Sobald die Elektroden ein solches Hirnmuster messen, schaltet die Bildschirmampel augenblicklich auf Rot. Gibt die Testperson trotzdem Gas, verliert sie diese Spielrunde. Am Anfang sind die Probanden deshalb arg frustriert. Ihre Gegner sind sie selbst, und Runde um Runde verlieren sie den Wettkampf gegen sich selbst.

Doch nach und nach lernen die Probanden, den eigenen Hirnströmen ein Schnippchen zu schlagen. Sobald sie den Drang verspüren, Gas zu geben, stoppen sie diesen Impuls mit einer bewussten Willensentscheidung....

„Frühere Studien haben gezeigt, dass jeder bewussten Handlung ein unbewusstes Hirnsignal vorausgeht - was viele Experten voreilig so interpretierten, dass der freie Wille eine Illusion sei“, sagt Haynes, ein freundlicher Herr von Mitte vierzig, der sich sein Labor mit Psychiatern teilt. „Wir konnten jetzt zeigen, dass es möglich ist, eine unbewusst angebahnte Handlung durch ein bewusstes Veto willentlich zu stoppen.“ ...

Gemeinsam mit seinem Doktoranden Matthias Schultze-Kraft hat Haynes die Ergebnisse jetzt in dem Fachjournal „Proceedings of the National Academy of Sciences“ veröffentlicht. Die spannenden Befunde könnte der Debatte um den freien Willen eine neue Wendung geben. ...

Dank neuer bildgebender Verfahren gelangen Haynes im Jahr 2008 noch erstaunlichere Resultate als Libet. Der Berliner Forscher schob Versuchspersonen in die tonnenschwere Röhre eines Magnetresonanztomografen (MRT). Dann ließ er sie frei entscheiden, ob sie mit dem rechten oder dem linken Zeigefinger einen Knopf drücken wollten. Bis zu sieben Sekunden bevor sie ihre Entscheidung trafen, konnte Haynes bereits anhand der Durchblutungsmuster im MRT Vorhersagen, welchen Knopf sie drücken würden.

„Lange bevor unser Bewusstsein anspringt, werden unsere Entscheidungen schon unterbewusst vorentschieden“, erklärte Haynes seinerzeit. „Es scheint so zu sein, dass das Gehirn eine Entscheidung trifft vor der Person selbst.“ ...

Zeit seines Lebens missfiel es Libet selbst, dass seine Experimente so interpretiert wurden, als ob er den freien Willen widerlegt hätte. Schon früh ersann er daher eine Art Hintertürchen für das freie Denken: Wenn wir schon keine volle Kontrolle über unsere Impulse haben, so argumentierte er, könnten wir sie doch zumindest stoppen oder umlenken.

Die Veto-Freiheit - auch das ist ein Ergebnis der Haynes-Experimente - endet rund eine Fünftelsekunde vor der jeweiligen Handlung, danach lässt sie sich nicht mehr stoppen ...

(Der Spiegel 15-2016 S.95 <https://magazin.spiegel.de/SP/2016/15/144021694/index.html>)

- Das eingebildete Leben

Erstaunlich leicht gelingt es, Menschen falsche Erinnerungen einzupflanzen – sogar an Straftaten, die sie nie begangen haben. Experimente zeigen: Erinnern ist ein sozialer Prozess. Fast jedes Gespräch über die Vergangenheit verändert das Gedächtnis. ...

Die junge Frau ist auf ein Experiment hereingefallen. Die Londoner Psychologin Julia Shaw hat ihr eine falsche Erinnerung eingepflanzt. Shaw wollte herausfinden, ob unbescholtene Leute sich einreden lassen, sie hätten in ihrer frühen Jugend eine Straftat begangen.

Der denkwürdige Versuch ereignete sich an der kanadischen University of British Columbia. Vom wahren Zweck ahnten die Teilnehmer – Durchschnittsalter: 20 Jahre – nichts. Sie glaubten, sie sollten versuchen, verschüttete Erinnerungen auszugraben. Alle hatten, wie die Eltern versicherten, noch nie mit der Polizei zu tun gehabt.

Am Ende legten 21 von 30 Probanden Geständnisse ab. Der Reihe nach bekannten sie sich zu Diebstählen oder tätlichen Angriffen mit und ohne Waffengewalt. "Es war erstaunlich", sagt Shaw, "wie leicht das ging."

Auch in anderen Experimenten haben Gedächtnisforscher vorgeführt, wie anfällig Menschen für falsche Erinnerungen sind. Probanden ließen sich zum Beispiel bereitwillig weismachen, sie seien als Kind mal in einem Heißluftballon geflogen. Man musste den Leuten nur gefälschte Fotos von dem Abenteuer vorlegen, und so mancher fing dann bald an zu erzählen, was er damals erlebt hat.

Aber Shaws Experiment treibt das Spiel mit den Fiktionen auf die Spitze: Noch niemand vor ihr hat es vermocht, dass 70 Prozent der Teilnehmer sich selbst einer Straftat bezichtigen.

Zuerst leugneten natürlich alle Beschuldigten. Die Forscherin aber, stets freundlich, belehrte ihre Probanden, sie verfüge über beste Quellen: vor allem einen Fragebogen, ausgefüllt von den Eltern. Da sei von einem Vorfall im Alter zwischen 11 und 14 die Rede, die Polizei habe eingreifen müssen. Mehr könne sie nicht sagen. ...

Erinnerungen, so zeigt sich, unterliegen einem steten Wandel; und die Mitmenschen haben darauf großen Einfluss: Fast jedes Gespräch über die Vergangenheit verändert den Gedächtnisinhalt der Beteiligten. Und wir reden andauernd über Selbsterlebtes, anderswo Gehörtes und die alten Zeiten. Erinnerungen sind zum Teilen da – soziale Netzwerke wie Facebook ziehen ihr enormes Wachstum daraus.

Erstaunlich leicht schleichen sich dabei mit der Zeit auch Fehler ein: Wir beschönigen, wir verdrängen, wir denken uns was aus und glauben bald selbst daran. ...

Was ist meine Vergangenheit, was deine? Die Grenze zwischen Ich und Du ist längst nicht mehr eindeutig. Erstaunlich leicht wandern Erlebnisse anderer Leute in meinen Gedächtnisspeicher ein. ... Manchmal genügt die bloße Aufforderung, sich etwas vorzustellen ("Weißt du noch, wie wir damals ...?") – und im Gehirn des Angesprochenen bildet sich schon wie von selbst die entsprechende Erinnerung aus. ...

Am weitesten reichen die Folgen bei Polizei und Justiz. Dass 21 von 30 Unbescholtene im Experiment eine Straftat gestehen, ist eine beunruhigende Nachricht für das Rechtswesen. ...

Der Laie stellt sich das Gedächtnis wie eine Art Film vor: schlimmstenfalls zerkratzt und verblichen, aber im Prinzip abspielbereit. Das Gehirn arbeitet nicht wie eine Kamera, die eine Szene vollständig und innerlich unbeteiligt aufnimmt. Es speichert nur die einprägsamsten Fragmente: das Krachen zum Beispiel, als zwei Autos kollidierten; den Geruch nach verbranntem Reifengummi; den auffallenden Aufkleber an dem einen Sportwagen; das Bild eines Vogels, der gerade noch am Zwitschern war und nun erschreckt davonstob.

Alle diese Eindrücke bleiben in verschiedenen Regionen des Gehirns haften. Und sie verbinden sich dort mit dem Wissen, das schon da ist: wie Singvögel aussehen, wie ein typischer Auffahrunfall abläuft (beginnend mit dem Quietschen der Bremsen). ...

"Wenn wir uns erinnern, bauen wir jedes Mal eine neue Geschichte auf", sagt die Psychologin Shaw.

"Und dabei kommt es leicht zu Fehlern." ...

Menschen erinnern sich oft an Dinge, wie sie typischerweise ablaufen. Es muss nicht so gewesen sein, aber es ist leichter zu merken. ...

Das Gedächtnis muss nicht genau sein, sondern flexibel. Es ist ein Werkzeug des Lernens und der Alltagsbewältigung, kein vollgestopftes Museum.

Ebendeshalb verändern Erinnerungen sich auch mit der Zeit: Nach jedem Abruf werden sie erneut gespeichert. Der neue Inhalt tritt an die Stelle des alten. Oft geraten dabei – meist unbemerkt – nachträglich auch neue Informationen hinzu. ...

Aber auch Erwachsene sind vor Suggestionen nicht gefeit. Die Leute wissen nur allzu gut, wie leicht ihr Gedächtnis sie im Stich lässt – das macht sie anfällig. Auch im Alltag müssen Mitmenschen oft die Lücken füllen: Was der eine nicht mehr weiß, fällt dem anderen noch ein; der Dritte korrigiert es.

"Erinnern ist ein sozialer Vorgang", sagt Shaw.

Wenn es um die Kindheit geht, sind die Eltern die erste Autorität. Sie überliefern die Geschichten, die wir längst vergessen haben. Habe ich wirklich im Kindergarten immer Mariechens Pausenäpfel vertilgt? Ich muss es, wie vieles andere, einfach glauben – und in der Regel glaube ich es dann auch.

So schreibt die Mitwelt mit an unserer Autobiografie. Was wir erlebt haben, wird gemeinsam gepflegt: in Gesprächen, beim Blättern im Familienalbum – und heute zunehmend auf Twitter und Facebook. ...

Auch der Wegfall unpassender Inhalte zeigt, wie plastisch das Gedächtnis ist. Der amerikanische Psychologe Daniel Kahneman konnte nachweisen, wie stark wir Erlebtes im Rückblick raffen, verdichten und schönen – stets im Dienste eines erfreulichen, erzähltauglichen Gesamtbildes. ...

(Der Spiegel 1-2016 S.14 <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-140750217.html>)

- Die Lehren der Hirnsuppe

- Evolution

- Eine brasilianische Neurobiologin hat die Nervenzellen von Mensch, Affe und Elefant gezählt - und glaubt, so das Erfolgsrezept des Homo sapiens gefunden zu haben. ...

- Herculano-Houzel entschied sich deshalb für ein radikal anderes Verfahren: Sie löst das Gewebe des Gehirns auf, sodass eine Suppe entsteht, in der die Zellkerne frei umherschweben. Diese markiert sie mit Farbstoff. Im Mikroskop erscheinen sie dann als leuchtend rote Punkte, die sich auszählen lassen. Wenn die Forscherin ihre Suppe so lange umrührt, bis die Kerne gleichmäßig verteilt sind, liefert das Hochrechnen auf die gesamte Hirnmasse sehr zuverlässige Werte.

- Das Ergebnis bestätigte ihren Verdacht, dass der Mensch Rekordhalter bei der Neuronenzahl ist. In seinem Großhirn sind 16 Milliarden Nervenzellen miteinander verdrahtet - rund dreimal so viele wie beim Elefanten. Nicht im bloßen Hirnvolumen, sondern in der Zahl der grauen Zellen schien also das Geheimnis menschlicher Intelligenz zu liegen. Dicht an dicht drängeln sie sich offenbar in seiner Großhirnrinde. Dann aber machte Herculano-Houzel noch eine zweite, nicht weniger bedeutsame Beobachtung: Der Mensch ist keineswegs das einzige Wesen, das sich durch eine so hohe Neuronendichte auszeichnet. Diese ist vielmehr eine Eigenheit der Primaten. Egal ob Nachtaffe, Makak oder Pavian: Bei ihnen allen findet sich extrem dicht vernetztes Nervenzellgewebe unter der Schädeldecke. Dieser Befund lässt die Evolution des Menschen in einem neuen Licht erscheinen: Die Weiche, die Grundlage seines Siegeszugs werden sollte, wurde demnach schon vor mehr als 60 Millionen Jahren gestellt. Damals wurde das Geschlecht der Primaten geboren - und mit ihnen eine neue Art, Gehirne zu bauen. Weil die Dichte der Nervenzellen im Denkorgan der Primaten wesentlich höher ist als bei anderen Säugetieren gleichen Gewichts, explodiert die Zahl der Neuronen besonders bei großen Primaten geradezu. In ihrem Erbgut scheint eine Art Formel verankert zu sein, die die Größe des Hirns und die Anzahl der Neuronen darin vorgibt. Ein Primat von 70 Kilogramm Körpergewicht beherbergt demnach die hohe Zahl von nahezu 20 Milliarden Nervenzellen in seinem Großhirn. Der Sonderweg des Menschen war also vorgezeichnet.

- (Der Spiegel 23/2016 S.120)

- Wer ist Herr im Hirn?

- Über Gene, Freiheit und Verantwortung: Ein Disput zwischen Hirnforschern, Philosophen und Theologen ... Die Frage nach dem freien Willen markiert einen neuen Höhepunkt in der zwischen Natur- und Geisteswissenschaften ausgefochtenen Debatte um ein angemessenes Welt- und Menschenbild. Nach ebenso erbitterten wie erfolglosen Kämpfen gegen Galilei, Kopernikus, Darwin, Freud und Co. haben die Kirchengelerten, dass es ihnen nicht gut bekommt, wenn sie die Erkenntnisse der Naturwissenschaften unter Berufung auf die Bibel einfach ablehnen. Andererseits dürfen sie auch nicht so tun, als sei es für den Glauben völlig egal, was die Naturwissenschaften über den Menschen zu sagen haben, weil es sich bei Glauben und Wissen um zwei getrennte Reiche handele, die gut nebeneinander existieren könnten. Leider trifft man diese Haltung innerhalb der Theologie viel zu oft an. ...

- Wie kommt Geist in Materie? Die Existenz eines freien Willen bestritt auch der Hamburger Rechtsphilosoph Reinhard Merkel mit seinen Überlegungen zu Geist und Materie: »Was immer Wille und Entscheidung genau bedeuten mag – das damit Bezeichnete gehört zur Sphäre des Geistigen (Mentalen).« Alle »geistigen Phänomene beruhen jedoch auf Aktivitäten des Gehirns«. Es bestehe also ein asymmetrischer Zusammenhang: »Indem neuronale Aktivität stattfindet, kommt es überhaupt erst zu geistigen Prozessen, nicht umgekehrt.« Weil das Gehirn jedoch ein »physikalisches System« sei, folge es den Gesetzen der Natur, die nicht beeinflussbar sind und auch nicht umgangen werden können. Gäbe es einen freien Willen, dann müsste er sich, so Merkel, von den naturalistischen, physikalischen Vorgaben des Gehirns emanzipieren können. Doch dies könne er nicht erkennen. »Wir müssen den freien Willen in Einklang bringen mit der Tatsache, dass er aus dem Gehirn stammt.« Bei der Frage, wie Geist in Materie kommt, dürfe man es sich philosophisch nicht zu einfach machen. ...

- Die lebhaften Debatten zeigten, dass die Frage nach dem freien Willen und dem dahinterliegenden Menschenbild gerade kein Streit um des Kaisers Bart ist, der von weltfremden Stubengelehrten ausgetragen wird. Es macht einen Unterschied, ob sich der Mensch als frei Handelnder im Zentrum der Welt verortet oder sich als unfreie Existenz, als Fußnote der biologischen Evolution sieht. Ersteres geht mit einer Verantwortung einher, die geradezu erdrückend sein kann. Letzteres kann eine existenzielle Leichtigkeit des Seins rechtfertigen, die in gedankenlosem Konsumismus, ja Apathie enden kann. ...

- Wer ist Herr im Hirn? Diese Frage konnte auch die hochkarätig besetzte Tagung nicht einvernehmlich lösen. Aber sie zeigte die entscheidenden Fragen auf, die es zu vertiefen gilt: Wie kommt Geist in Materie? Wie verhalten sich Glauben und Wissen zueinander? Worin besteht menschliche Verantwortung Und wozu sind wir auf der Welt?

- (Publik Forum 4-2017 S.26)

-

FAKTEN – QUELLEN – ZUSAMMENHÄNGE – MEINUNGEN

Materialsammlung zum Themenbereich

Sterben, Sterbebegleitung, Sterbehilfe, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Sammlung 1 (bis 2003) ab Seite 118

Sammlung 2 (2003 bis 2018) . ab Seite 146

FAKTEN – QUELLEN – ZUSAMMENHÄNGE – MEINUNGEN

Materialsammlung zum Themenbereich

Sterben, Sterbebegleitung, Sterbehilfe, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Sammlung 1 bis 2003

Inhalt:

<u>aa) Definitionen Sterbehilfe</u>	119
<u>a) aktive Sterbehilfe</u>	121
<u>b) Beihilfe zur Selbsttötung</u>	123
<u>c) indirekte Sterbehilfe</u>	125
<u>d) passive Sterbehilfe</u>	126
<u>e) Palliativmedizin</u>	128
<u>f) Schmerzbehandlung</u>	128
<u>g) Niederlande</u>	131
<u>h) Belgien</u>	136
<u>i) Euthanasie</u>	137
<u>j) Sterben</u>	138
<u>k) Meinungsumfragen</u>	139
<u>l) Hospiz, Sterbebegleitung</u>	140
<u>m) Glaube, Ethik</u>	141
<u>n) Patientenverfügung usw.</u>	144
<u>o) „terminale Sedierung“</u>	145

aa) Definitionen Sterbehilfe, Allgemeines

- Sterbehilfe

Erleichterung des Sterbens eines unheilbar schwer kranken Menschen

- Sterbebegleitung: mitmenschliche oder seelsorgerliche Hilfe im oder beim Sterben

(Christliche Patientenverfügung, 2. Auflage 2003, S.27)

- Aktive (oder direkte) Sterbehilfe

meint die gezielte Tötung eines Menschen, z.B. durch die Verabreichung eines den Tod herbeiführendes Präparates (Tablette, Spritze, Infusion);

(Christliche Patientenverfügung, 2. Auflage 2003, S.27)

sie ist in Deutschland gesetzlich verboten und wird strafrechtlich verfolgt, und zwar auch dann, wenn sie mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten erfolgt

- Beihilfe zur Selbsttötung (sog. „assistierter Suizid“ oder „Freitodbegleitung“) nennt man die Unterstützung eines Menschen bei der Durchführung seiner Selbsttötung. Diese kann durch Beschaffung tödlich wirkender Mittel erfolgen oder auch durch die Anleitung zu ihrer Handhabung

(Christliche Patientenverfügung, 2. Auflage 2003, S.28)

Arzt oder andere Person stellt dem nicht mehr Lebenswilligen eine tödlich wirkende Dosis eines Medikaments zur Verfügung; der Patient vollzieht die Tötungshandlung selbst; in Deutschland nicht strafbar, allerdings wird vom Bundesgerichtshof verlangt, dass bei bewusstlosen Patienten alles getan wird, um ihr Leben zu retten (damit ist Beistand zur Selbsttötung durch einen Arzt eigentlich nicht möglich)

- Indirekte Sterbehilfe

wird geleistet, wenn tödlich Kranken ärztlich verordnete schmerzlindernde Medikamente gegeben werden, die als unbeabsichtigte Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen können.

(Christliche Patientenverfügung, 2. Auflage 2003, S.27)

wird in Abwägung der ärztlichen Doppelpflicht - Leben erhalten und Schmerzen lindern - für rechtlich und ethisch zulässig gehalten

- Passive Sterbehilfe

Verzicht auf eine lebensverlängernde Behandlung bei einem unheilbar Kranken, dessen Tod alsbald zu erwarten ist (Therapie-Begrenzung, Basispflege wird aufrecht erhalten); setzt die Zustimmung des Patienten voraus; gilt in Deutschland als ethisch und rechtlich zulässig und ist häufig geboten

- Passive Sterbehilfe zielt auf ein menschenwürdiges Sterbenlassen, insbesondere dadurch, dass eine lebensverlängernde Behandlung (z.B. künstliche Ernährung, künstliche Beatmung oder Dialyse, Verabreichung von Medikamenten wie z.B. Antibiotika) bei einem unheilbar kranken Menschen, der sich im Sterben befindet, nicht weitergeführt oder gar nicht erst aufgenommen wird.

(Christliche Patientenverfügung, 2. Auflage 2003, S.12)

- Palliativ-Medizin

Zweig der Medizin, der sich ganz besonders der Schmerztherapie und der Linderung anderer Beschwerden (z.B. quälender Symptome wie Luftnot, Übelkeit oder Erbrechen) widmet. Darüber hinaus steht in der Palliativmedizin die intensive Einbeziehung psychosozialer und spiritueller Aspekte der Krankheitsverarbeitung bei Patienten und ihren Angehörigen im Vordergrund.

(Christliche Patientenverfügung, 2. Auflage 2003, S.31f)

- Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (1998)

+ aktive Sterbehilfe ist nicht zulässig

+ Beihilfe zum Selbstmord widerspricht dem ärztlichen Ethos

+ indirekte Sterbehilfe ist erlaubt

+ passive Sterbehilfe ist erlaubt

* bei Sterbenden dürfen lebensverlängernde Maßnahmen unterlassen oder abgebrochen werden;

* passive Sterbehilfe ist auch möglich für

** „Patienten mit infauster Prognose, die sich noch nicht im Sterben befinden“,

** „Neugeborene mit schwersten Fehlbildungen oder schweren Stoffwechselstörungen... extrem unreife Kinder ...und Neugeborene, die schwerste

Zerstörungen des Gehirns erlitten haben“

**Wachkomapatienten)

- * Basispflege wird in jedem Fall aufrechterhalten
- * Maßnahmen müssen dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechen

+ neue Aspekte:

- * stärkere Betonung der Linderung von Beschwerden und Schmerzen als ärztliche Aufgabe
 - * stärkere Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten (z.B. Patientenverfügungen)
 - * Pflicht der Ärzte zur wahrheitsgemäßen Information des Patienten bzw. der Angehörigen (Dtsch. Ärzteblatt 39/98 S.A-2367)
- Gibt es Fälle, in denen die intendierte Tötung eines Menschen durch den Arzt als moralisch gerechtfertigt betrachtet werden kann? Ist ärztliche Hilfe zur Selbsttötung angesichts unerträglichen Leidens ein Gebot der Menschlichkeit und beinhaltet die Autonomie des Menschen als integraler Bestandteil seiner Würde nicht ein Recht, über den Zeitpunkt seines Todes zu bestimmen? Oder gelangt das menschliche Selbstbestimmungsrecht im Sterben an eine Grenze, an der die Unverfügbarkeit und Heiligkeit des Lebens gewahrt und im Zweifelsfalle eben auch erlitten werden müssen?(3)

...Aktiv-Passiv-Unterscheidung. Als aktive Sterbehilfe gilt demnach die gezielte Lebensverkürzung durch Tötung des Sterbenden, wohingegen unter passiver Sterbehilfe der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen beim Todkranken verstanden wird. Vor allem Befürworter der aktiven Sterbehilfe stellen diese Unterscheidung in Frage, indem sie auf das Mitleid mit dem Schwerkranken als übereinstimmendes Motiv, die Erlösung von unerträglichem Leid als übereinstimmende Intention und den Tod des Patienten als übereinstimmendes Resultat von aktiver und passiver Sterbehilfe verweisen. Eine bewusst gewählte Unterlassung zähle als negative Bedingung zu den Ursachen des Todes und sei moralisch genauso zu bewerten wie eine Handlung (4)...

... Die Direkt-indirekt-Unterscheidung bezieht sich auf die Intention, die dem lebensverkürzenden Handeln zugrunde liegt. Wird die Verkürzung des Lebens als Nebenwirkung einer Behandlung lediglich in Kauf genommen, nicht aber bezweckt, wie beispielsweise bei einer schmerzlindernden Morphintherapie, so spricht man von indirekter Sterbehilfe (5)...

... Im Hinblick auf den Willen des bzw. der Sterbenden müssen freiwillige, nicht-freiwillige und unfreiwillige Sterbehilfe unterschieden werden. Von nicht-freiwilliger Sterbehilfe ist dann die Rede, wenn der oder die Betroffene dauerhaft bzw. nicht mehr in der Lage ist, eine Entscheidung zu treffen wie es zum Beispiel bei schwerstgeschädigten Neugeborenen oder Komapatienten der Fall ist. Unfreiwillige Sterbehilfe bezeichnet die Tötung eines entscheidungsfähigen Menschen ohne oder gar gegen dessen ausdrücklichen Wunsch (5)...

(Cornelia Krause: Sterbehilfe als ethisches Problem am Beispiel der niederländischen Gesetzgebung vom 1. April 2002 unter besonderer Berücksichtigung neuerer Stimmen aus Kirche und Theologie in Deutschland und den Niederlanden, Diplomarbeit Theologische Fakultät Universität Leipzig WS 2002/2003

a) aktive Sterbehilfe

- Tötung auf Verlangen (aktive, direkte Sterbehilfe)

Ein 88-jähriger Ingenieur lebt mit seiner Ehefrau in einem Eigenheim. Das Ehepaar hat keine Kinder, auch gibt es kaum Kontakte zu Nachbarn oder Freunden. Der Mann bemerkt seit einigen Monaten Schmerzen im Rücken und im Oberarm. Zunächst führt er die Schmerzen auf die Folgen eines Sturzes bei der geliebten Gartenarbeit zurück. Bei stärker werdenden Schmerzen sucht er den Hausarzt auf. Die Diagnostik erbringt einen fortgeschrittenen Tumor der Prostata mit ausgedehnten Knochen- und Wirbelsäulmetastasen. Eine Tumorheilung ist in dieser Phase nicht mehr möglich. Zunächst gelingt die Schmerzstillung befriedigend, der Patient ist in seinen Aktivitäten nicht eingeschränkt. Allerdings verschlechtert sich der Gesamtzustand des Patienten kontinuierlich, die Schmerzen lassen sich nur unter Inkaufnahme deutlicher Müdigkeit und Darmträgheit einigermaßen stillen. Nach dem plötzlichen Tod der Ehefrau in dieser Phase wird die ambulante Pflege zu Hause unmöglich. So bittet er den Hausarzt um die Verabreichung einer hohen Dosis Schmerz- und Beruhigungsmittel, um sterben zu können. Im Leben mit zunehmenden Schmerzen, allein ohne seine Frau und in anderer Umgebung sieht er keinen Sinn mehr.

(Fallbeispiel von Frank Oehmichen)

- · in Italien wird die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe geprüft, eine Expertenkommission des Justizministeriums erwäge, Sterbehilfe in Patientenverfügungen aufzunehmen; demnach soll es möglich werden, Ärzte vorab für den Fall von unheilbaren schweren Krankheiten um Sterbehilfe zu bitten

(epd-wochenspiegel ost 41/2002 S.23)
- · nach mehr als zehnjähriger öffentlicher Debatte hat das ungarische Verfassungsgericht eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe abgelehnt

(Freie Presse 29.4.03)
- · Ratsvorsitzender der EKD Kock: „Für mich hat die aktive Sterbehilfe nicht Tröstliches. Im Gegenteil, ich möchte nicht Angst davor haben, dass einer die Spritze zieht, wenn ich bewusstlos werde. Der Sterbende verliert nicht seine Menschlichkeit, sondern allenfalls jener, der ihn umbringt.“

(Der Sonntag 18.3.01)
- · „Wer an einer unheilbaren, sich oder andere stark belästigenden oder sicher zum Tode führenden Krankheit leidet, kann auf sein ausdrückliches Verlangen mit Genehmigung eines besonders ermächtigten Arztes Sterbehilfe durch einen Arzt erhalten...“ (Paragraph 1 des NS-Sterbehilfegesetz-Entwurfes von 1940)

(taz 29./30.8.98)
- · „aktive Sterbehilfe“, die... nichts anderes zum Ziel hat als die Tötung schwacher und kranker Menschen

(ideaSpektrum 46/2000 S.3)
- · Die meisten Ärzte können sich... nicht vorstellen, aktive Sterbehilfe zu leisten. Das ergab eine Erhebung im vergangenen Jahr durch das Institut für epidemiologische Forschung Berlin. Prof. Dr. med. Karl-Heinz Wehkamp vom Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum... stellte die Studie auf einer Tagung in Hannover vor. Bundesweit waren 184 Kliniker und 282 niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin befragt worden. Rund ein Drittel der Befragten .. konnte sich Situationen vorstellen, in denen sie aktive Sterbehilfe leisten möchten. Lediglich 0,8% der befragten Kliniker, aber 7,8% der niedergelassenen Allgemeinärzte, haben von Fällen berichtet, in denen sie einem Tötungswunsch eines Patienten entsprochen hätten.

(Deutsches Ärzteblatt 2.5.1997 A-1172)
- · Das Verfassungsgericht in Kolumbien hat die aktive Sterbehilfe in Einzelfällen für rechtmäßig erklärt. Voraussetzung dafür sei, dass der Patient unheilbar krank sei und die Zustimmung zur Beendigung seines Lebens erteilt habe... Die Umstände müssen im jeweiligen Einzelfall von einem Richter geklärt werden.

(taz 22.5.97)
- · Walter Jens: Ein Gesetz zur aktiven Sterbehilfe wäre nur eine offizielle Grundlage „für das, was häufig schon geschieht, aber niemand erfahren darf“.

(ideaSpektrum 25/2001 S.17)

- · Vier Prozent der italienischen Ärzte praktizieren trotz Verbots Sterbehilfe. Das ergab eine Umfrage.
(taz 14.7.2000)
- · Nach einer neueren Studie aus den USA würden 56% der Ärzte den physician assisted suicide befürworten und 22% sowohl an einer Beihilfe zum Suizid als auch an einer Euthanasie teilnehmen
(taz 29./30.8.98)
- · Leserbrief: Ich möchte die Freiheit haben, über meinen Tod so zu entscheiden wie über mein Leben – selbstbestimmt... In den USA wurden Interviews mit Ärzten gemacht, die sehr viel mit Todkranken zu tun haben. Alle waren schon einmal um aktive Sterbehilfe gebeten worden. Fast alle befragten Ärzte waren dem schon mindestens einmal nachgekommen.
(Der Sonntag 13.5. 2001)
- · Japan Yokohama Anfang 1996: Gericht stellt fest: aktive Sterbehilfe ist unter bestimmten Bedingungen straffrei
(TV Phoenix 16.1.98)
- · Australien Northern Territory; 1995 "Rights of the terminally ill act"; medizinisch sachkundige Person soll helfen, das Leben in humaner Weise zu beenden; 16 Voraussetzungen zu erfüllen; Ärzte können sich weigern, Zuziehen eines zweiten Arztes; Anzeigepflicht, Dokumentation; aktive Sterbehilfe nicht, so lange palliative Maßnahmen Erfolg versprechen; im Frühjahr 1997 von der australischen Bundesgesetzgebung außer Kraft gesetzt
(TV Phoenix 16.1.98)
- · inzwischen haben drei Australier von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht
(Der Spiegel 9/97 S. 196)
- · ein gegen das Leben als Ganzheit gerichteter Akt, durch den der durchaus vermeidbare Tod bewusst herbeigeführt werden soll; letzteres kann sowohl durch eine aktive motorische Handlung wie auch durch ein auf einer aktiven geistigen Entscheidung beruhendes Unterlassen durchaus möglicher lebenserhaltender Maßnahmen medizinischer wie auch pflegerischer Art geschehen
(Eibach, Ulrich: Menschenwürde an den Grenzen des Lebens, Neukirchen-Vluyn 2000, S.147)
- · Katechismus der Katholischen Kirche 1993:
Eine Handlung oder Unterlassung, die von sich aus oder der Absicht nach den Tod herbeiführt, um dem Schmerz ein Ende zu machen, ist ein Mord, ein schweres Vergehen gegen die Menschenwürde und gegen die Achtung, die man dem lebendigen Gott, dem Schöpfer, schuldet. Das Fehlurteil, dem man gutgläubig zum Opfer fallen kann, ändert die Natur dieser mörderischen Tat nicht, die stets zu verbieten und auszuschließen ist.
(Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe, Textsammlung, Gemeinsame Texte 17 2003 S.21)
- · Deutscher Ärztetag hat sich kategorisch gegen aktive Sterbehilfe ausgesprochen
(taz 23.5.03)
- · Fallbeispiel (aus rororo-Taschenbuch Andres Kulmann: „Sterbehilfe Spezial“ 1995, S. 61ff.):
Frau leidet seit sieben Jahren an Unterleibskrebs; sieben Operationen werden durchgeführt; September 1992 Lymphknoten in der rechten Leiste entfernt, als Folge wird das rechte Bein nicht mehr durchblutet, schwillt an und stirbt ab; durch hohe Morphiumgaben wird versucht, die Schmerzen erträglich zu halten, was nur bedingt gelingt; die Bitte der Frau, ihr eine erlösende Injektion zu verabreichen, wird im Krankenhaus mit Recht abgelehnt; in ihrer Not bittet die Frau ihren Ehemann, ihrem Leben ein Ende zu bereiten; im Januar 1993 versucht dieser erfolglos, seine Frau mit einem Kissen zu ersticken; schließlich schneidet er ihr mit einem Küchenmesser die Kehle durch; Strafkammer des Hamburger Landesgerichts verurteilte den Ehemann im Dezember 1993 zu einer Freiheitsstrafe von 8 Monaten auf Bewährung; Der vorsitzende Richter schloss die Verhandlung mit den Worten: „Wir müssen Sie verurteilen, daran besteht kein Zweifel, die Frage nach dem Sinn dürfen Sie uns nicht stellen. Diese Frage müssen Sie dem Gesetzgeber stellen, der bisher verhindert hat, dass Ihre Frau ihr Leben auf menschenwürdige Weise beenden konnte.“
(Heilberufe 4/2003 S.16)

b) Beihilfe zur Selbsttötung

- die Niederländische Vereinigung für aktive Sterbehilfe will einen Modellversuch mit einer Selbstmordpille starten; gemeinsam mit Pharmazeuten ein Medikament entwickeln, das tödlich ist und auch von Nicht-Medizinern angewendet werden könne; soll an lebensmüde Menschen gegeben werden; bisher im Parlament keine Mehrheit für diesen Vorschlag; Gesundheitsministerin sprach sich dafür aus

(epd-Wochenspiegel Ost 13/2002 S.22)

- Der australische Verfechter der Sterbehilfe Nitschke will heute auf einer Konferenz in den USA eine Todesmaschine vorstellen; sie produziert reines Kohlenmonoxid für einen leidenden Menschen, der sich entschieden hat, sein Leiden zu beenden; soll nur Mitgliedern der Gesellschaft „Exit Australia“ zugänglich sein, die der Organisation länger als 1 Jahr angehören

(taz 8.1.03)

- assisted suicide: Hierunter sind ärztliche Maßnahmen zu verstehen, die darauf gerichtet sind, dem Patienten die Selbsttötung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

(Frauenarzt 4/1998 S.535)

- in der Schweiz §115 des Strafgesetzbuches: stellt Beihilfe zum Freitod aus selbstsüchtigen Beweggründen unter Strafe; im Umkehrschluss wird die Beihilfe zum Suizid aus nicht selbstsüchtigen Motiven als erlaubt angesehen; seit 1.1.2001 stehen die Türen der 27 Zürcher städtischen Altersheime den Mitarbeitern von Sterbehilfe-Organisationen offen; gleiches Recht, das für alte Menschen in einer Privatwohnung gilt

(epd-Wochenspiegel ost 6/2001 S.21)

- auch bei der – grundsätzlich straflosen – Beihilfe zur Selbsttötung verwischen die Grenzen zwischen Suizidteilnahme und Tötung auf Verlangen. Wer das Gift lediglich beschafft, ist straflos, wer es verabreicht, wird bestraft.

(Die Zeit 19.4.01 S.28)

- 23 todkranke Patienten haben ein in den USA einmaliges Gesetz des Bundesstaates Oregon genutzt, das den Selbstmord mit ärztlicher Hilfe legalisiert. 15 Patienten starben 1998 an dem auf Rezept verschriebenen Gift, 6 weitere erhielten das Gift zwar, starben aber an ihren Krankheiten. Zwei Patienten verschoben ihre endgültige Entscheidung zur Gifteinnahme noch.

Nach dem Oregon-Gesetz kann ein im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte befindlicher Kranker, der nach der Prognose von zwei Ärzten „weniger als 6 Monate zu leben hat“, die tödliche Rezeptur erlangen, die von den Ärzten nur verschrieben, aber nicht verabreicht werden darf.

(taz 19.2.99; Der Spiegel 9/99 S.211)

- Oregon-Gesetz durch Volksentscheid 60% der Wähler

(taz 29./30.8.98)

- „Death-with-dignity-act“ 1994; 1994 beschlossen, zunächst durch Gerichte verhindert, in einem 2. Volksentscheid 1997 wieder beschlossen

(TV Phoenix 16.1.98)

- Nach einer neueren Studie aus den USA würden 56% der Ärzte den physician assisted suicide befürworten und 22% sowohl an einer Beihilfe zum Suizid als auch an einer Euthanasie teilnehmen

(taz 29./30.8.98)

- 43-jährige Britin Diane Pretty klagt vor dem Europäischen Gerichtshof;

seit zwei Jahren schwere Erkrankung des zentralen Nervensystems, fortschreitende Lähmung, kann kaum noch schlucken, nicht mehr artikuliert reden, wird künstlich ernährt; die Frau möchte nicht länger leiden und sich ein entwürdigendes Ende ersparen; kann sich selbst wegen ihrer Erkrankung das Leben nicht nehmen, möchte, dass ihr Mann ihr beim Sterben helfen darf; doch das ist in Großbritannien verboten, ihm drohen bis zu 14 Jahre Gefängnis

(Freie Presse Chemnitz 30.3.02)

- Europäischer Gerichtshof lehnte am 29.4.02 ihren Antrag auf Straffreiheit für ihren Ehemann ab. sie bekam drei Tage später schwere Atemnot, Aufnahme in ein Hospiz, am 11.5. eines natürlichen Todes gestorben („friedlich“)

(Das Parlament 22./29.7.02 S.11)

- Einrichtung „DIGNITAS“ in der Schweiz praktiziert Weg des straflosen, assistierten Freitodes ; bietet seit 1999 diese Möglichkeit nach Art. 115 des Schweizer StGB an; 1999 1 Patient, 2000 3, 2001 mehr als 12, 2002 55 Menschen aus Europa, die diese Möglichkeit wählten; davon waren gut die Hälfte Deutsche

(Heilberufe 4/2003 S.18)

- Beihilfe zur Selbsttötung

Frau E. leidet seit 1977 an einem Hauttumor im Bereich von Mund und Nase. Sie kann durch mehrere Operationen und Bestrahlung nicht geheilt werden. Seit 1982 kann sie nur noch schwer Nahrung zu sich nehmen, darüber hinaus bestehen stärkste Gesichtsschmerzen, so dass mehrfach täglich Schmerzmedikamente gespritzt werden müssen. Anfang 1984 wird ein Tumor der Oberkieferhöhle festgestellt, der in die Augenhöhle und den Schädel einwuchs. Die Sehkraft der Patientin ließ nach, die Nahrungsaufnahme wurde schwierig und die Schmerzen waren nicht zu stillen. Anfang 1984 lässt sie sich vom behandelnden Arzt das Versprechen geben, ihr „mit seinen Möglichkeiten“ zu helfen. Am 18.4. 1984 wiederholt die 69-jährige Patientin ihren Wunsch, aus dem Leben zu scheiden. Am gleichen Abend händigt der Arzt dem Lebensgefährten der Ziehtochter der Patientin einen Becher mit Gift aus. Dieser verdünnt das Gift mit Wasser und übergibt den Becher an Frau E. Sie führt ihn zum Mund und trinkt ihn aus. Wenige Minuten später verstirbt sie in den Armen der Tochter.

(Fall Hackethal nach Udo Benzenhöfer „Der gute Tod“, München 1999; Fallbeispiel von Frank Oehmichen))

c) indirekte Sterbehilfe

- · Unterschied zur aktiven Sterbehilfe nur im Wunsch (gleiches Mittel, gleiches Ergebnis):

ich will helfen / ich will ihn sterben lassen; das erste ist geboten, das zweite ist strafbar
(ZDF 28.8.01)

- · Für das Strafrecht bedeutsam ist der Vorsatz des Arztes. Gibt er beispielsweise Morphine zur Schmerzlinderung, selbst wenn er sicher weiß, dass der Patient dadurch früher stirbt, geht er straflos aus. Verabreicht er allerdings die gleiche Dosis in der Absicht, den Tod des Leidenden herbeizuführen, macht er sich strafbar. Der wahre Vorsatz des Arztes lässt sich jedoch nur schwer ermitteln. Die Unterscheidung zwischen der erlaubten indirekten Sterbehilfe und der verbotenen aktiven Tötung schwimmt daher in der Praxis nur allzu oft.

(Die Zeit 19.4.01 S.28)

- · im Falle der indirekten Sterbehilfe ist die leitende Absicht die Schmerzlinderung, im Falle der direkten Sterbehilfe die Absicht, dem Leben ein Ende zu machen

(Eibach, Ulrich: Menschenwürde an den Grenzen des Lebens, Neukirchen-Vluyn 2000, S.149)

d) passive Sterbehilfe

- · Sterbenlassen, Geschehenlassen eines tödlichen Krankheitsprozesses;

im Verzicht auf eine weitere Bekämpfung einer tödlichen Krankheit wird das Todesgeschick als unabwendbares Ereignis hingenommen und manchmal auch wirklich angenommen als „Naturverhängnis“ oder auch als Fügung Gottes
(Eibach, Ulrich: Menschenwürde an den Grenzen des Lebens, Neukirchen-Vluyn 2000, S.147ff)

- · Passive Sterbehilfe

Eine 67-jährige Frau leidet seit Jahren an einer chronischen Lungenerkrankung. Sie verspürt bei geringster Belastung Luftnot. Bei einem Atemwegsinfekt wird die Luftnot stärker, so dass die Frau den Notarzt ruft. Kurz nach seinem Eintreffen wird sie bewusstlos, so dass eine künstliche Beatmung eingeleitet wird. Die Frau kommt auf eine Intensivstation. Dort kann sie nach wenigen Tagen von der künstlichen Beatmung getrennt werden. Sie atmet wieder selbstständig und ist bei Bewusstsein. Allerdings verschlechtert sich die Situation bereits auf der Intensivstation wieder. Bei unzureichender Lungenfunktion gerät sie wieder in einen Dämmerzustand, der sich durch künstliche Beatmung überwinden lässt. Solche Attacken wiederholen sich noch mehrfach, die Intervalle werden immer kürzer. Eine wesentliche Besserung der Lungenfunktion ist nicht zu erwarten. Die Frau bittet um Entlassung nach Hause, um dort im Kreis der Familie noch einmal Kaffee trinken zu können. Wenn sich dann wieder der schmerzlose, zum Tode führende Dämmerzustand einstellt, soll kein Notarzt gerufen werden.

(Fallbeispiel von Frank Oehmichen)

- · Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbbegleitung von 1998 haben betont: Unabhängig von dem Ziel der medizinischen Behandlung hat der Arzt bzw. die Ärztin in jedem Fall für eine sog. „Basisbetreuung“ zu sorgen. Dazu gehören u.a. eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie das Stillen von Hunger und Durst... Ob die künstliche Ernährung über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke (sog. PEG-Sonde) oder intravenöse Flüssigkeitszufuhr am Lebensende zur Basisversorgung gehören, muss von Fall zu Fall entschieden werden.

(Christliche Patientenverfügung, 2. Auflage 2003, S.30f)

- · das Formular der „Christlichen Patientenverfügung“ bezieht sich ausschließlich auf die Situation, bei der jede lebenserhaltende Maßnahme ohne Aussicht auf Besserung ist und das Sterben nur verlängern würde. Fälle anderer schwerstkranker Menschen [wie z.B. in den Grundsätzen der Bundesärztekammer aufgeführt] sind absichtlich nicht erfasst, da die Kirchen es vom christlichen Menschenbild her ablehnen, über den Wert oder Unwert eines Menschen zu bestimmen.

(Christliche Patientenverfügung, 2. Auflage 2003, S.21)

- · Mann (33) liegt seit 4 Jahren im Koma; hatte sich mit dem Gürtel erhängt; nach ½ Stunde Bemühungen des Notarztes (Beatmung, Herzmassage) begann sein Herz wieder zu schlagen; den Weg zurück ins Leben fand Peter nicht mehr, er blieb im Wachkoma stecken; Körper atmet, aber Großhirn ist zerstört; sein Körper nimmt Nahrung auf, er verdaut und scheidet aus; der Körper wacht und schläft sogar; nach Abstellen der Beatmungsmaschine kurz nach dem Selbstmordversuch begann Peter aus eigener Kraft zu atmen; jetzt will der Vater erreichen, dass sein Sohn sterben darf; herbeigeführt werden soll der Tod durch den Entzug der Nahrung, die durch eine Sonde direkt in Peters Magen läuft; Peter soll verhungern, weil dieser Tod nach Meinung von Experten dem Alterstod am ähnlichsten und wohl auch schmerzlos ist

(Spiegel 38/2002 S.104ff)

- · Gerichtsurteil in England, wonach einem Unfallopfer, das seit drei Jahren im Wachkoma lag, die Nahrung entzogen werden darf

(Deutsches Ärzteblatt 8.1.96 A-28)

- · Nach einem schweren Hirninfarkt dämmerte die 85-jährige Patientin in tiefer Bewusstlosigkeit und ohne Aussicht auf Besserung dahin. Die Tochter beantragte bei einem Frankfurter Vormundschaftsgericht, die künstliche Ernährung einzustellen und die Schwerstkranke nur noch mir Flüssigkeit zu versorgen, um ihr ein sinnloses Leiden zu ersparen. Gemeinsam mit ihrem Bruder erklärte sie unter Eid, ihre Mutter habe sich immer gegen ein langes Siechtum und künstliche Lebensverlängerung ausgesprochen.. Dennoch lehnte das Gericht den Antrag ab. Die alte Dame hatte es versäumt, ihren persönlichen Willen aufzuschreiben, solange sie geistig dazu noch in der Lage war. Das Oberlandesgericht Frankfurt, bei dem der Fall schließlich landete, bestätigte

grundsätzlich das Recht auf Selbstbestimmung der Patienten. Wenn aber keine schriftliche Patientenverfügung vorliegt und der Betroffene sich auch selbst nicht mehr äußern kann, so urteilten die Frankfurter Richter, sind die Ärzte zum Schutz des Lebens verpflichtet. Sie verwiesen den Fall wieder zurück an das Amtsgericht, das nun den „mutmaßlichen“ Willen der Patientin klären und dann erneut entscheiden sollte. Die Tochter hat inzwischen resigniert und ihren Antrag zurückgezogen.

(Öko-Test 10/2001 S.76)

- · Sterbehilfe-Beschluss des Frankfurter Oberlandesgericht Juli 1998:

das OLG hatte entschieden, dass bei einer Koma-Patientin die Ernährung per Magensonde abgebrochen werden dürfe, sofern die Betroffene mit der tödlichen Unterlassung „mutmaßlich“ einverstanden sei und ein entsprechender Antrag ihres Betreuers durch ein Vormundschaftsgericht genehmigt worden sei.

(taz 14.7.99)

- · Dabei kann Nicht-Anwendung einer Behandlung, Nicht-Steigerung von Maßnahmen oder auch Einschränkung und Abbruch von bereits begonnenen Maßnahmen in Betracht kommen.

(Frauenarzt 4/1998 S.535)

- · Am vergangenen Freitag sprach der britische High Court einer 43 Jahre alten todgeweihten Frau das Recht zu, ihr Beatmungsgerät abschalten zu lassen.. die Richterin: „für einen schwer behinderten Menschen kann das Leben schlimmer sein als der Tod“

(Die Zeit 27.3.02 S.2)

- · Zum ersten Mal hat ein britisches Gericht einer nicht todkranken Patientin das Recht zu sterben zugebilligt. Die Richterin gab dem Wunsch einer vollständig gelähmten Frau nach, das für sie lebenswichtige Beatmungsgerät abzuschalten. Die Frau ist seit einer Schlagaderverletzung vor einem Jahr vom Hals abwärts gelähmt und kann nicht mehr selbstständig atmen. Auf diese Weise könne die Patientin ihr Leben in Frieden und mit Würde beenden, begründete die Richterin ihre Entscheidung. Für derart schwer behinderte Menschen könne das Leben schlimmer als der Tod sein.

(taz 23./24.3.02)

- · Fallbeispiel:

fast 85-jährige Betroffene seit 29.12.97 in stationärer Behandlung; ausgedehnter Hirninfarkt hatte zu anhaltender Bewusstlosigkeit (Koma) geführt mit vollständigem Verlust der Bewegungs- und Kommunikationsfähigkeit; wird über Magensonde (PEG) ernährt; Besserung des Zustandes ist nicht zu erwarten; zu einer freien Willensbestimmung ist sie nicht in der Lage; Amtsgericht hat mit Beschluss vom 9.3.98 die Tochter zur Betreuerin bestellt; mit Schreiben vom April 98 hat die Betreuerin – weil ihre Mutter früher geäußert habe, kein langes Sterben ertragen zu wollen – Behandlungsabbruch durch Einstellen der Sondenernährung beantragt; Gutachten vom Mai 98 führt aus, dass bei einem anhaltenden Koma eine relevante Besserung (bewusstes und selbstbewusstes Leben) nicht mehr zu erwarten sei; offen bleibe, ob die Betroffene ihren Zustand als leidvoll erlebe und Schmerzen erdulden müsse; bei Abbruch der Sondenernährung bestehe die Gefahr, dass sie im Verlauf von Wochen bis Monaten sterbe; wenn der Verzicht auf Lebensverlängerung ihrem anzunehmenden Willen entspreche, sei die Einstellung der Nahrungszufuhr bei Fortsetzung der Versorgung mit Flüssigkeit eine vertretbare Maßnahme

(Heilberufe 4/2003 S.15)

e) Palliativmedizin

- in Deutschland 12 Betten auf Palliativstationen oder in Hospizen je 1 Million Einwohner; 50 wären nötig (wie in Großbritannien); in GB 170 Millionen Pfund pro Jahr aus Sammlungen für Hospize, in D etwa 10% dieser Mittel

(ZDF 28.8.01)

f) Schmerzbehandlung

- Schmerzexperte: vorgesehene Fallpauschalen für Schmerztherapie mit Verweildauer der Patienten von 7 Tagen zu kurz; durchschnittliche Verweildauer in der Schmerztherapie seiner Klinik betrage 17 Tage;

in Deutschland gibt es rund 6 Millionen Schmerzpatienten, 500000 davon leiden an einer Schmerzkrankheit – im Unterschied zum akuten Schmerz sei bei der Schmerzkrankheit die Ursache unwichtig geworden, der Lebensinhalt des Patienten drehe sich allein um den Schmerz, das Symptom Schmerz sei zur eigentlichen Krankheit geworden
(epd-Wochenspiegel ost 5/2003 S.14)

- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin: auch schwerste Schmerzen können heute vollständig unterbunden werden; die Kranken könnten in jedem Fall von ihren Schmerzen befreit werden, etwa mit Hilfe von modernen Opiaten, deren Gabe die Patienten über Infusionspumpen selbst steuern können

(Spiegel 15/2002 S.201)

- Bei 75% aller Todkranken in Deutschland würden starke, wiederkehrende oder ständige Schmerzen nicht ausreichend gelindert, obwohl dies medizinisch möglich sei

(epd-Wochenspiegel Ost 43/1999 S.11)

- Nach Schätzungen leiden in Deutschland bis zu 5 Millionen Menschen an chronischen Schmerzen.... In der Bundesrepublik begehen nach Angaben des Grünen Kreuzes mehr als 3000 Menschen (im Jahr) Selbstmord, weil sie schmerzbedingte Qualen nicht mehr aushalten können... Im Vergleich zu ihren dänischen Kollegen verordneten deutsche Ärzte rund zehnmal weniger morphinhaltige Schmerzmittel.

(epd-Wochenspiegel Ost 29/1999 S.8)

- Rund 3000 Krebspatienten begehen nach Auskunft von Fachleuten jedes Jahr Selbstmord wegen unerträglicher Schmerzen. Die Versorgung schwer krebserkrankter Menschen sei in Deutschland noch immer unzureichend (Jahreskongress Palliativmedizin)

(epd-Wochenspiegel Ost 40/2000 S.13)

- Nach wie vor gibt es bei der Schmerztherapie eine erhebliche Unterversorgung. So wird die Zahl der Patienten mit chronischen Schmerzen hierzulande auf rund 5 Millionen geschätzt, wobei etwa eine Million Menschen aufgrund stärkster Schmerzen auf eine Behandlung mit Opioiden angewiesen ist. In der Realität erfolgten... 1996 aber nur 1,8 Millionen Einzelverordnungen von Medikamenten, die der BtMVV (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung) unterliegen. Damit können maximal 100000 bis 150000 Schmerzpatienten adäquat versorgt werden. Die Unterversorgung erklärt... die mit rund 5000 Fällen jährlich erschreckend hohe Zahl von Suiziden bei Schmerzpatienten.

(Deutsches Ärzteblatt 30.1.98 A-198)

- 90% aller Tumorpatienten könnten schmerzfrei sterben... Tatsächlich würden nur 15% ohne Schmerzen sterben

(taz 26.9.02)

- „unerträgliche Schmerzen muss heute niemand mehr haben.“ Individuell dosierte Morphine, regionale Nervenblockaden oder eine niedrig dosierte Chemotherapie lassen die Ärzte heute auch extreme Schmerzen in den Griff bekommen.

(Der Spiegel 16/2001 S.26)

- Morphinverbrauch in Kilogramm pro 1 Mill. Einwohner

Jahr	1989	1991	1993	1995	2000
Land					
Dänemark		52,2	65,8	83	70
Großbrit.		29	41,7	30	21,2
Schweden			29,7	49	
Norwegen			25,8		32,2
USA			21,1		30,8
Schweiz			13,6		20,6
Österreich			9,5		45,7
Deutschland	2	4,4	7,4	10	17,6
Niederlande				12	
Frankreich		7,0		28	
Spanien		4,3			

(Das Sonntagsblatt 5.4.96; Geo 10/1995 S53; www.palliativ-celle.de; International Narcotics Control Board 2002)

- Verbrauch verschiedener Opiode im internationalen Vergleich

Stand 2000

(Kilogramm Substanzen pro 1 Million Einwohner)

Land	Morphin	Codein	Dextropropoxyphen
Deutschland	17,6	91,5	10,6
Schweiz	20,6	496,2	30,6
Großbritannien	21,2	349,4	871,1
USA	30,8	110,6	657,2
Norwegen	32,2	378,4	68,4
Österreich	45,7	12,5	4,6
Kanada	50,9	537,2	11,3
Dänemark	70,0	504,9	74,8

(International Narcotics Control Board 2002)

- In der Debatte um die aktive Sterbehilfe wird immer wieder auf mögliche Alternativen hingewiesen. Der Ausbau der palliativen Versorgung und eine optimale Hilfe im Sterben, wie sie z.B. in Hospizen geleistet wird, sollen die Hilfe zum Sterben obsolet machen. ... Aber auch wenn die Zahl der Sterbehilfebitten auf diese Weise weit reduziert werden kann, bleiben immer noch Fälle denkbar, die eine solche Lösung nicht erreicht. Dass es solche Grenzfälle gibt, wird auch von denjenigen, die eine Legalisierung der aktiven freiwilligen Sterbehilfe ablehnen, mehrheitlich anerkannt. Angesichts des aussichtslosen, unerträglichen Leidens eines Patienten oder einer Patientin steht der Arzt vor einem unentrinnbaren Dilemma... Erkennt man die Existenz von Grenzfällen an, so stellt sich die Frage nach einem angemessenen gesellschaftlichen und rechtlichen Umgang mit ihnen (20f)...

(Cornelia Krause: Sterbehilfe als ethisches Problem am Beispiel der niederländischen Gesetzgebung vom 1. April 2002 unter besonderer Berücksichtigung neuerer Stimmen aus Kirche und Theologie in Deutschland und den Niederlanden, Diplomarbeit Theologische Fakultät Universität Leipzig WS 2002/2003)

- Katholischer Erwachsenen-Katechismus 1995:

enorme Fortschritte in der Schmerzbekämpfung, so dass es nur noch ganz wenige Fälle gibt, in denen Schmerz als unerträglich empfunden wird

(Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe, Textsammlung, Gemeinsame Texte 17 2003 S.25)

- Obwohl es wirksame Möglichkeiten der Schmerzlinderung gibt, wenden viele Ärzte die Grundregeln der Schmerzbehandlung nicht an. Noch immer bestehen Vorurteile gegen den rechtzeitigen Einsatz starker Schmerzmittel, obwohl deren Verschreibung in Deutschland seit einiger Zeit rechtlich wesentlich erleichtert worden ist. Für eine gute Ausbildung der Ärzte und des Pflegepersonals im Bereich der Schmerztherapie ist noch viel zu tun.

Mit den zur Verfügung stehenden Mitteln der modernen Medizin ist eine weitgehende Schmerzlinderung fast immer möglich.

(Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe, Textsammlung, Gemeinsame Texte 17 2003 S.32)

- Cicely Saunders (Gründerin der Hospizbewegung):

Morphium sei eine hervorragende und außerordentlich sichere Medizin, die so gut wie keine Nebenwirkungen habe; 40% aller richtig auf Morphium eingestellten Patienten könnten ihr Hospiz

sogar wieder verlassen und die letzten Tage zu Hause verbringen;
Prinzip einer Palliativmedizin: Morphin-Dauereinnahme, um Schmerzen gar nicht erst aufkommen zu lassen;
nach ihrem Dafürhalten können 95% aller Krebspatienten bei hinreichenden Morphinmengen schmerzfrei bleiben; bei den restlichen 5% würden Beruhigungsmittel helfen;
durch Studien eindeutig bewiesen, dass in hinreichender Dosis verabreichte Opiate und Beruhigungsmittel den Todeseintritt nicht beschleunigen;
Und wenn Patienten trotz Morphin und menschlicher Zuwendung ihre Leidenszeit verkürzen wollen? 6% der stationär und 3% der ambulant gepflegten Patienten drängen darauf;
(Die Zeit 10.4.03 S.42)

g) Niederlande

- · Seit 1995 ist nach Auffassung des niederländischen Ärzteverbandes die aktive Euthanasie auch bei psychisch Kranken und bei Menschen möglich, die sich nicht in terminalen Lebenszuständen befinden. 11 Fälle von Tötungen psychisch Kranker wurden eindeutig belegt.

(Eibach, Ulrich: Menschenwürde an den Grenzen des Lebens, Neukirchen-Vluyn 2000, S.153)

- · 1985 haben als bisher einzige Kirchen der Welt die beiden größten reformierten Kirchen (Gereformeerde Kerden und Hervormde Kerk) in Synodenbeschlüssen die Meinung vertreten, „dass die Entscheidung, das eigene Leben zu beenden oder beenden zu lassen, von christlichen Standpunkt gesehen, verantwortet sein kann“.

(Eibach, Ulrich: Menschenwürde an den Grenzen des Lebens, Neukirchen-Vluyn 2000, S.153)

- · Erhebung Niederlande 1991: Bereitschaft, einer Sterbehilfebite unter bestimmten Bedingungen Folge zu leisten, in der Ärzteschaft weit verbreitet (88%); mehr als die Hälfte der befragten Ärzte (54%) gab an, einer solchen Bitte schon einmal entsprochen zu haben

(Cornelia Krause, Diplomarbeit, Universität Leipzig, Theol. Fakultät, WS 2002/2003, S.10)

- · im Dezember 2001 hatte ein Berufungsgericht in Amsterdam entschieden, dass die Sterbehilfe eines Arztes für einen 88-jährigen lebensmüden Patienten nicht rechens war, die Richter entschieden, dass Lebensmüdigkeit als Begründung nicht ausreiche, weile Arzt aber aus Mitgefühl gehandelt habe, verhängten die Richter keine Strafe gegen den Arzt

(Freie Presse 2.4.02)

- · Regelungen in den Niederlanden zur aktiven Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe („Euthanasie“) ist in Holland weiter verboten, bleibt aber bei Einhaltung einer Reihe von Vorschriften straffrei. Das entspricht etwa der Regelung zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland.

Das niederländische Gesetz sieht von einer Strafverfolgung ab, wenn folgende Sorgfaltskriterien eingehalten werden:

+ das Verlangen des Patienten ist Voraussetzung; es muss wiederholt, freiwillig, zeitlich beständig und ausdrücklich sein; eine schriftliche Form ist nicht zwingend

+ die Krankheit muss nach medizinischem Wissen unheilbar, eine Schmerztherapie aussichtslos gewesen sein

+ das Leiden muss von dem Betroffenen als unerträglich und sinnlos empfunden werden

+ der Betroffene muss sich seiner Situation und der Alternativen, die es für ihn gibt, bewusst sein

+ es darf keine andere Möglichkeit geben, die Situation des Betroffenen zu verbessern

+ der Sterbehilfe leistende Arzt muss vor der Handlung einen zweiten, bis dahin unbeteiligten Arzt hinzuziehen, der den Fall in eigener Verantwortung bewertet

+ Betroffene von 12 bis 16 Jahren können mit Zustimmung der Eltern, zwischen 16 und 18 Jahren auch ohne deren Zustimmung Sterbehilfe bekommen

+ jeder Arzt kann die Beteiligung an Sterbehilfe ablehnen

+ jeder Fall von Sterbehilfe muss gemeldet werden; eine Kommission prüft, ob sorgfältig gehandelt wurde

(„Das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei Selbsttötung“; April 2001, Frankfurter Rundschau 19.4.02)

- · Berater des Holländischen Gesundheitsministeriums: Im Kern besagt das Gesetz: Sterbehilfe bleibt rechtswidrig, aber Tötung auf Verlangen wird nicht strafrechtlich verfolgt, wenn dabei bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Dies muss durch Kommissionen überprüft werden.

(epd-Wochenspiegel Ost 40/2001 S.18)

- · 92% s der Niederländer sind für aktive Sterbehilfe

(Der Sonntag 15.11.98)

- · der Begriff „euthanasie“ ist in den Niederlanden allgemein gebräuchlich und gilt historisch als unbelastet;

Ministerium beziffert den Anteil der nicht gemeldeten Euthanasie-Fälle mit 60%

(Deutsches Ärzteblatt 13.12.96, A-3334)

- · In den meisten Fällen von aktiver Sterbehilfe, der Euthanasie, geht es um Krebskranke, aber auch um schwer Depressive oder Alzheimer-Kranke. 1999 meldeten niederländische Ärzte 2565 Fälle, die

Regierung schätzt die tatsächliche Zahl auf rund 3200.... „Jedes Jahr werden 9000 Bitten abgewiesen“

(Der Sonntag 10.12.2000)

- „Statt Menschen zu helfen, bringt man sie um.“; „Lizenz zum Töten“

(ideaSpektrum 49/2000 S.11)

- 2% der niederländischen Todesfälle gehen auf „Euthanasie“ zurück, 40% auf eine medizinische Entscheidung, den Tod zu beschleunigen

(taz 29./30.8.98)

- Schon lange wird dort nicht mehr, wie in Deutschland, zwischen aktiver und passiver, direkter oder indirekter Sterbehilfe unterschieden. Man spricht generell von Euthanasie, deren einzige Voraussetzung die ausdrückliche Bitte des urteilsfähigen Patienten ist. Der, so sagt das Gesetz, muss über 18 Jahre alt und darf nicht geistig behindert sein, und er muss den Sterbewunsch klar und deutlich vor Zeugen artikulieren, was Komatöse und Alzheimer-Patienten ausschließt...

Laut Umfragen befürworten 85% der Niederländer ... 90% der niederländischen Ärzte die Euthanasie

(Die Zeit 8.8.02 S.23)

- 6. Deutsch-Niederländische Konferenz in Potsdam;

„jährlich tausend Fälle“ in denen lebensbeendende Handlungen“ ohne ausdrücklichen Wunsch des Getöteten vorgenommen worden sind...

Es handelte sich dabei um eine Angabe aus niederländischen Statistiken... die zugrundeliegende Untersuchung von 1995 belegt, dass die große Mehrheit dieser Menschen entweder bereits im Sterben lagen, als sie Sterbehilfe bekamen, oder dement waren und aus Angst vor einer solchen Situation zuvor eine Sterbehilfeerklärung abgegeben hatten. Vergleichbare Untersuchungen in Australien und Belgien, wo Sterbehilfe verboten ist bzw. war, zeigen, dass aktive Sterbehilfe „ohne ausdrücklichen Wunsch“ dort fünfmal so oft vorkam wie in den Niederlanden

(taz 7.6.02)

- Auch der oft gehörte Vorwurf, in den Niederlanden regiere die „Ethik des Tierarztes“, die Politik investiere zu wenig in Schmerzbekämpfung und Sterbebegleitung, geht ins Leere. Die Regierung Kok hat dieser Sorge Rechnung getragen und eine sofortige Aufstockung der Mittel für Palliativmedizin in Aussicht gestellt.

(taz 11.4.01)

- | Jahr | 1995 | 1990 |
|---|--------------|--------------|
| jährliche Sterbefälle | 135500 | 129000 |
| Bitten um Euthanasie | 9700 (7,1%) | 8900 (7) |
| Euthanasie durchgeführt | 3200 (2,4) | 2300 (1,8) |
| Suizidbeihilfe | 400 (0,3) | 400 (0,3) |
| Lebensbeendigung ohne ausdrücklichen Wunsch | 900 (0,7) | 1000 (0,8) |
| Nicht-Einleiten oder Beenden einer Behandlung | 27300 (20,1) | 22500 (17,5) |
| (davon ohne Bitte des Pat.) | 22100 (16,3) | 16700 (13) |

(Deutsches Ärzteblatt 21.1.2000 A-98)
- als hätten die Niederländer die offizielle Tötung ihrer Alten und Schwachen als Regel eingeführt...

(taz 6.12.2000)

- Kardinal Karl Lehmann nannte Sterbehilfe „nicht mit dem hippokratischen Eid vereinbar“

(taz 17.4.01)

- in Holland sagen nur 5% aller Euthanasie-Patienten: Hauptursache für meinen Sterbewunsch ist der Schmerz; der lässt sich bei 95% unterdrücken;

keine Euthanasie ohne Begleitung, ohne Schmerzbekämpfung;
nur wenn der Patient sagt: es ist trotzdem unerträglich für mich
(TV Phoenix 15.1.98)

- · Niederländische Ärzte dürfen Lebensmüden einem Gerichtsurteil zufolge nicht beim Sterben helfen; Arzt wurde wegen unerlaubter aktiver Sterbehilfe für schuldig gesprochen, erhielt aber keine Strafe
- (epd-Wochenspiegel Ost 50/2001 S.23)
- · Das niederländische Sterbehilfegesetz:
- Sterbehilfe = lebensbeendende Handlungen, die ein Arzt auf Verlangen eines Patienten vornimmt (unter Sterbehilfe wird nicht der Verzicht auf eine Behandlung verstanden, wenn diese sinnlos wäre – in einem solchen Fall Behandlungsverzicht normal; von Sterbehilfe ist auch keine Rede, wenn schmerzlindernde Mittel verabreicht werden, die möglicherweise den Eintritt des Todes beschleunigen)
- (Die Sorgfaltskriterien:)
- ...wichtiges Grundprinzip, das nach der niederländischen Rechtsprechung beachtet werden muss, ist das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Sterbehilfe darf nur der behandelnde Arzt leisten...
- zwei Drittel der Bitten um Sterbehilfe werden abgelehnt;
Das niederländische Gesundheitssystem garantiert jedermann terminale und palliative, also schmerzlindernde, Betreuung, für die übrigens voller Versicherungsschutz besteht.
- (Die Verantwortung des Arztes:)
- Ärzte können sich weigern, an der Durchführung von Sterbehilfe mitzuwirken, und Pflegekräfte sind nicht verpflichtet, sich an der Vorbereitung zu beteiligen... Ausgangspunkt des Gesetzes ist, dass der Patient kein Recht auf Sterbehilfe hat und dass der Arzt nicht verpflichtet ist, Sterbehilfe zu leisten.
- (Kann jedermann um Sterbehilfe bitten?:)
- Alle Behandlungsalternativen müssen vom Arzt mit dem Patienten durchgesprochen werden. Solange eine realistische Behandlungsalternative besteht, liegt aus medizinischer Sicht kein aussichtsloser Zustand vor... Es ist schwierig objektiv festzustellen, ob eine Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach objektiver Überlegung erfolgt, wenn der Patient psychisch krank und sein Leiden nicht primär somatischer Natur ist. Der Arzt muss in einem solchen Fall nicht einen, sondern zwei unabhängige Experten hinzuziehen, von denen mindestens einer Psychiater sein muss... (Demenz, z.B. Alzheimer) Für einige Menschen kann ... die Vorstellung, später einmal dement zu werden und im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit ihre Persönlichkeit und Menschenwürde zu verlieren, ausschlaggebend dafür sein, eine entsprechende Patientenverfügung zu verfassen In jedem Einzelfall muss dann das Krankheitsbild geprüft werden, um feststellen zu können, ob nach medizinischen Erkenntnissen der Zustand aussichtslos und das Leiden unerträglich ist... Zwölf- bis Fünfzehnjährige können rechtswirksam um Sterbehilfe bitten, allerdings ist die Zustimmung ihrer Eltern oder des Vormunds erforderlich. Sechzehn- bis Siebzehnjährige können im Prinzip selbstständig entscheiden, ihre Eltern müssen jedoch in die Entscheidungsfindung einbezogen werden... Die Praxis zeigt, dass Sterbehilfe vor allem bei Menschen geleistet wird, die sich in der terminalen Phase einer Krebserkrankung befinden (90%).
- (Das Meldeverfahren:)
- Das Gesetz gilt nur für die Lebensbeendigung auf Verlangen, also nicht für Patienten, die ihren Willen nicht äußern können. Für diese Patientengruppe wird die Regierung eine ergänzende Regelung vorlegen.
- (Das niederländische Gesetz im internationalen Kontext:)
- Kann ein Patient zur Sterbehilfe in die Niederlande kommen? Das ist nicht möglich, da zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten ein Vertrauensverhältnis bestehen muss. ... der Arzt muss (um den Zustand des Patienten beurteilen zu können)... den Patienten gut kennen. Dafür muss der Patient seit einiger Zeit bei ihm in Behandlung sein (Internet-Seite der Botschaft der Niederlande, unter Sterbehilfe, Erläuterungen zur niederländischen Rechtslage und Praxis, (http://www.minbuza.nl/default.asp?CMS_ITEM=MBZ461024))
- · Das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung regelt einen Ausnahmefall im Strafgesetzbuch, indem es lebensbeendendes Handeln und Beihilfe zum Suizid durch den Arzt unter bestimmten Bedingungen für straffrei erklärt. (7)...
- ... Eine wichtige Rolle für die Beurteilung psychischen Leidens im Kontext der Sterbehilfe spielte der Fall Chabot, der 1994 verhandelt wurde. Dabei erkannte das höchste Gericht unerträgliches Leiden ohne körperliche Ursachen als mögliche Motivation einer Sterbehilfebitte an. Es befand, dass der

Sterbewunsch psychisch Kranker nicht automatisch selbst als krankhaft bewertet werden könne und daher nicht generell zurückzuweisen sei. Gleichzeitig forderte das Gericht aber besondere Sorgfalt bei der Entscheidung in solchen Fällen (10)...

...Für Fälle aktiver Sterbehilfe ohne ausdrückliche Bitte des Patienten wurde (1998) ein gesondertes Meldeverfahren eingeführt (11)...

... (Niederländische Kirchen): So lehnt die römisch-katholische Kirche die Tötung auf Verlangen kategorisch ab, während die evangelischen Kirchen sie in Grenzsituationen für verantwortbar halten... Die evangelischen Kirchen lehnen die Tötung auf Verlangen nicht in jedem Falle ab und bekennen sich ausdrücklich zu ihrer seelsorgerlichen Verantwortung für diejenigen, die aus Gewissensgründen aktive Sterbehilfe leisten...

(Handreichung der reformierten Kirchen 1988:) „Dass es Menschen gibt, die wirklich sterben wollen, ... kann auch ein Zeichen sein, dass jemand bewusst und freiwillig Abschied vom Leben genommen hat und es voll Vertrauen in Gottes Hand gibt. dass einer Bitte um Euthanasie oder Hilfe zur Selbsttötung auch innerhalb der Gemeinde Christi nicht von vornherein ablehnend oder missbilligend entgegen getreten werden muss“.... (27ff)

(Katholische Bischöfe 1985:) Trotz ihrer grundsätzlich ablehnenden Haltung gegenüber der Tötung auf Verlangen räumen die Bischöfe ein, dass der Tötungswunsch unter bestimmten Umständen nach bestem Wissen und Gewissen gefasst werden kann. Sie halten aber daran fest, dass das Gewissen in so einem Falle irrt... Statt die Entscheidung zur Tötung auf Verlangen aus einer Notsituation heraus zu rechtfertigen, wird sie konsequent als Irrtum bezeichnet, der allerdings unter bestimmten Umständen teilweise oder ganz entschuldbar ist...(31)

... Insgesamt scheint die seelsorgerliche Handreichung der reformierten Kirchen eher die konkrete Situation im Blick zu haben, während es den katholischen Bischöfen um eine grundsätzliche theologische Wahrheit geht. In ihrer praktischen Ausrichtung geraten die SoW- (evangelischen) Kirchen auf der prinzipiellen Ebene in Widersprüche, wohingegen die klare Position der Bischofskonferenz die mehrdimensionale Realität von Grenzsituationen aus dem Auge zu verlieren droht (32)

(Kirchen in Deutschland 1991, 1996, 1999:) ...Maßnahmen aktiver Lebensbeendigung wurden von den deutschen Kirchen stets abgelehnt... Unverfügbarkeit menschlichen Lebens... Der christliche Glaube „achtet das Leben und die einzigartige Würde des Menschen als Gottes unantastbare Gabe, die auch im Sterben zu respektieren ist“... Niemand hat.. das „Recht, über den Wert oder Unwert menschlichen Lebens zu befinden“...Trotz (der) eindeutigen Ablehnung lebensbeendender Maßnahmen, die auch in Grenzsituationen als eine nicht zu billigende Verletzung der Würde und des Lebenswertes eines anderen Menschen betrachtet werden, plädieren die Kirchen für einen verständnisvollen und barmherzigen Umgang mit Menschen, die in einer ausweglosen Lage zu solchen Handlungen getrieben wurden... Die Position, die die deutschen Kirchen zum Problem der aktiven freiwilligen Sterbehilfe vertreten, lässt sich mit dem Standpunkt der katholischen Kirche in den Niederlanden vergleichen. Lebensbeendendes Handeln wird prinzipiell, also auch in Grenzsituationen, abgelehnt. Gleichzeitig zeigt man jedoch Verständnis, wenn extreme Umstände zu einer solchen (Fehl-)Entscheidung geführt haben...Es stellt sich nun aber die Frage, ob die Verteidigung dieser zweifelsohne wichtigen Prinzipien der Wirklichkeit von Grenzfällen gerecht zu werden vermag: Muss die Rede vom unverlierbaren Wert des Lebens angesichts unerträglichen Leidens nicht zynisch wirken? Wird hier aus dem verteidigten Lebensrecht nicht eine despotisch auferlegte Lebenspflicht, die Gott um seiner unhinterfragbaren Herrschaft willen vom Menschen fordert?... Auf diese Weise wird ein problematisches Ideal vom christlichen Sterben errichtet, das an der erdrückenden Realität menschlichen Leidens und Sterbens vorbeizugehen droht (33ff)...

... Während die deutschen Kirchen und die katholische Kirche in den Niederlanden aktive Sterbehilfe auch dann noch grundsätzlich ablehnen, wenn menschliches Leiden unerträglich erscheint, halten die SoW-(evangelischen JK) Kirchen (in den Niederlanden JK) sie in manchen Fällen für verantwortbar. Dabei berufen sie sich auf die christliche Freiheit und das Liebesgebot. Die Möglichkeit, einen Menschen aus Liebe zu töten, wird dagegen von den deutschen Kirchen als Selbstwiderspruch verneint. (35)

(evangelischer Theologe Harry Kuitert Niederlande:) Es muss kein Affront gegen den Schöpfer sein, wenn man „Gott ehrfürchtig am Ende seines Lebens selbst die Eintrittskarte zurückgibt, weil das Leben keine Freude mehr ist, der Körper kein Geschenk und Gott nicht mehr zur Ehre gereichen kann“(36f)

(Hans Küng Deutschland:) wehrt sich dagegen, den sogenannten natürlichen Tod als gottgewollt anzusehen. Menschen greifen immer wieder in den natürlichen Prozess des Lebens und Sterbens ein, ohne darin eine Verletzung der exklusiven Rechte des Schöpfers zu sehen. Qualvolles, langes Sterben ist nicht selten die Folge nahezu prometheischer Anstrengungen des Menschen auf dem Gebiet der Medizin (37)

Eine Ethik in der Nachfolge Jesu steht daher ganz im Zeichen der Lebensförderung und kann sich auf kein Gebot berufen, das die Tötung eines Menschen rechtfertigt... Wenn nun Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid vor dem Hintergrund des christlichen Glaubens nicht legitimiert

werden können, so darf daraus nicht geschlussfolgert werden, dass sie in jedem Falle zu verurteilen sind. Zwar muss die Theologie jeder theoretischen Rechtfertigung der aktiven Sterbehilfe entschieden entgegentreten. In der Praxis spielen jedoch die von ihr kritisierten prinzipiellen Argumente oft – wenn überhaupt – eine untergeordnete Rolle. Ausschlaggebend für die Tötungsbitte ist meist, dass der Betroffene glaubt, seinen Zustand nicht länger ertragen zu können. Er fühlt (erlebt JK) sich am Ende seiner Kraft. Der barmherzige Gott, der das Leben will, und der erbärmliche eigene Zustand können nicht miteinander in Einklang gebracht werden. Es ist die Situation des Kreuzes, in der sich die Theodizeefrage in existenzieller Weise stellt. Die Theologie hat hier keine Antwort zu bieten. Akzeptiert sie diese Grenze nicht, so verstrickt sie sich unweigerlich in Zynismen.(42ff)

(Eibach 1998) „Es gibt tragische Lebenssituationen, die sich der normativ ethischen Erfassung und Beurteilung entziehen, in denen der Täter allein mit seinem Gewissen vor Gott steht und in denen er schuldig wird, wie immer er handelt“ (44)

Dass es Situationen gibt, in denen Menschen dem Leiden in einer Weise ausgeliefert sind, die sie in den Tod treibt, kann aus der Sicht des christlichen Glaubens nicht einfach hingenommen werden. Es ist vielmehr alles zu tun, um schwer leidenden Menschen ihr Leben erträglich zu machen. Wo aber sämtliche Möglichkeiten der menschlichen und medizinischen Begleitung Sterbender erschöpft sind, da entzieht sich die Tötung auf Verlangen ebenso wie die Selbsttötung jeglicher moralischen Beurteilung. Der Versuch, lebensbeendendes Handeln – unter welchen Umständen auch immer – zu rechtfertigen, also für richtig zu erklären oder gar als Recht zu fordern, führt dazu, dass Gottes unbedingtes Ja zum Leben in Frage gestellt wird. Wer andererseits die Lebensbeendigung in extremen Grenzsituationen mit dem Hinweis auf Gott als den alleinigen Herrn über Leben und Tod verurteilt, läuft Gefahr, die Herrschaft Gottes gegen seine Barmherzigkeit auszuspielen. ... Die Stellungnahmen der deutschen Kirchen sowie der katholischen Kirche in den Niederlanden tendieren wenigstens teilweise in diese Richtung. (45)

... soll noch einmal nach einer geeigneten rechtlichen Regelung gefragt werden. Dem Verzicht auf ein moralisches Urteil in Grenzsituationen ist es angemessen, in solchen Fällen von Bestrafung abzusehen. Gleichzeitig muss jedoch dem möglichen Missbrauch des Grenzfallargumentes ein Riegel vorgeschoben werden. Der rechtliche Umgang mit der Tötung auf Verlangen darf zudem nicht deren moralische Rechtfertigung suggerieren. Lebensbeendendes Handeln sollte vielmehr auch in ethisch unlösbaren Situationen als gesellschaftliches Problem wahrgenommen werden... (Schwierigkeiten: subjektives Erleben, kann nur mehr oder weniger plausibel gemacht werden) ... sollte die normative Ausstrahlungskraft von Gesetzen nicht unterschätzt werden. Was ausdrücklich als straffrei erklärt wird, gilt als erlaubt und damit als moralisch unbedenklich.(46f)

Es gibt Situationen, in denen sich lebensbeendendes Handeln jeglicher moralischer Beurteilung entzieht. Christliche Theologie muss daher jedem Versuch, ein solches Handeln zu rechtfertigen oder gar als Recht zu fordern, entschieden entgegentreten. Ebenso deutlich muss sie sich jedoch selbst eines moralischen Urteils enthalten. (Thesen 6.)

(Cornelia Krause: Sterbehilfe als ethisches Problem am Beispiel der niederländischen Gesetzgebung vom 1. April 2002 unter besonderer Berücksichtigung neuerer Stimmen aus Kirche und Theologie in Deutschland und den Niederlanden, Diplomarbeit Theologische Fakultät Universität Leipzig WS 2002/2003)

- In diesen Untersuchungen wurde auch deutlich, dass bei einer Reihe von Fällen das Leben des Patienten beendet wurde, die ihren Willen nicht mehr deutlich machen konnten. Dies führte vor allem im Ausland zu großen Missverständnissen und hat einige Horrorgeschichten hervorgebracht. Die Wahrheit ist, dass diese (strafbare) Form der Lebensbeendigung sehr selten vorkommt und dass der Patient in der Vergangenheit, bevor er seinen Willen nicht mehr äußern konnte, schon angegeben hatte, in welcher Situation seiner Krankheit er nicht mehr weiterleben wolle und um Sterbehilfe bitten würde.
- (<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/pdf/aej02-2.pdf>)

h) Belgien

- · Gesetz zur Sterbehilfe in Belgien

Der Arzt der die Sterbehilfe vornimmt, begeht keine Straftat, wenn

+ der Patient volljährig ist, zurechnungsfähig und zum Zeitpunkt des Verlangens bei Bewusstsein,
 + das Verlangen freiwillig, gut durchdacht und wiederholt (mehrere Gespräche, angemessene Zeitspanne) zum Ausdruck gebracht worden ist und nicht auf Druck von außen beruht,
 + der Patient sich in einer medizinisch aussichtslosen Lage und in einem Zustand von dauernden, körperlich oder seelisch unerträglichen Qualen befindet, welcher nicht gelindert werden kann und auf einem schweren und unheilbaren, unfall- oder krankheitsbedingten Leiden beruht.

Er muss einen zweiten, unabhängigen und in Bezug auf das Krankheitsbild erfahrenen Arzt hinzuziehen, der zu der gleichen Bewertung kommen muss (wenn das Ableben nicht kurzfristig eintreten wird, ist ein dritter unabhängiger Arzt zu konsultieren).

Das Verlangen muss schriftlich dargelegt werden (wenn er nicht imstande ist, Niederschrift seines Willens durch Person des Vertrauens im Beisein des Arztes).

Zwischen dem Verlangen des Patienten und der Sterbehilfe muss mindestens ein Zeitraum von einem Monat liegen.

Jede volljährige Person kann für den Fall, dass sie nicht mehr in der Lage ist, ihren Willen schriftlich niederlegen, dass ein Arzt Sterbehilfe vornehmen soll (Bedingung: schweres unheilbares Leid, Bewusstlosigkeit, unumkehrbarer Zustand).

Nach der Tötung muss der Arzt den Fall schriftlich dokumentieren;

Ein Kontrollgremium prüft jeden Fall (8 Ärzte, 4 Juristen, 4 Experten für Schmerzmedizin); haben zwei Drittel Zweifel, geht der Fall an den Staatsanwalt.

Kein Arzt ist verpflichtet, Sterbehilfe vorzunehmen.

(Gesetz zur Sterbehilfe vom 28.5.2002,

Gleichzeitig mit dem Sterbehilfegesetz befürworteten die Abgeordneten ein weiteres Gesetz, das auf den Ausbau schmerzlindernder Behandlung abzielt)

http://www.iuscrim.mpg.de/forsch/straf/referate/sach/SterbehilfeG_Belgien.pdf

- · belgischer Justizminister: belgisches Gesetz gilt nicht für geistig Behinderte und Demenzkranke

(Das Parlament 22./29.7.02 S.11)

- · Die häufig wiederholte Behauptung, schmerzbekämpfende Palliativmedizin mache die aktive Sterbehilfe überflüssig... sie verschleierte, dass viele Menschen unter den heutigen Umständen einem qualvollen Siechtum ausgeliefert sind, und sie verdeckt die Dunkelziffer illegal praktizierter Sterbehilfe. Das belgische Gesetz verbindet dagegen die Freigabe der aktiven Sterbehilfe mit der Maßgabe einer intensiveren Förderung der Palliativmedizin. Verbesserte Schmerztherapie und die Möglichkeit, aktive Sterbehilfe in Anspruch nehmen zu können, schließen einander nicht aus. Beides sind vielmehr notwendige Komponenten der Humanisierung des Sterbens.

(Die Zeit 23.5.02)

- · argumentieren die Gegner, eine gut ausgestattete Schmerzmedizin mache Euthanasie überflüssig. Wer bis zuletzt nach modernsten medizinischen Erkenntnissen betreut werde, habe nicht den Wunsch, sein Leben selbst zu beenden. Dieses Argument hat die belgische Regierungskoalition berücksichtigt. Sie hat zusammen mit dem neuen Sterbehilfegesetz auch ein Gesetz zur verbesserten Pflege todkranker Patienten verabschiedet.

(taz Pfingsten 2002)

i) Euthanasie

- · „Sterbehilfe“ seit dem 18. Jh; entlehnt aus griechisch euthanasia „leichter, schöner Tod“
(Kluge, Etymologisches Wörterbuch, de Gruyter Berlin 1999)
- · der ärztlichen Ethik widersprechendes, strafbares, zweckgerichtetes Herbeiführen des Todes durch Medikamente bei unheilbar Kranken (während der Herrschaft des Hitlerfaschismus verbrecherisch angewendet)
(Großes Fremdwörterbuch, Bibliographisches Institut Leipzig 1977)
- · ursp. in der griechischen Antike der schöne, leichte Tod ohne äußere Einwirkung;
im weiteren Sinne später in mehreren Bedeutungen:
 - 1) als Tötung „lebensunwerten“ Lebens (E.-Programm des 3. Reiches)
 - 2) Tötung auf Verlangen (aktive E.)
 - 3)a) Hilfe beim Sterben ohne Lebensverkürzung
 - 3)b) Hilfe zum Sterben mit in Kauf genommener Lebensverkürzung (passive E.)
 (dtv-Lexikon (Brockhaus) 1990)
- · wörtl.: schöner Tod; in Deutschland während des Nationalsozialismus verwendete Bezeichnung für Massenmord an psychiatrischen Patienten und Menschen mit Behinderungen; heute Bezeichnung für Sterbehilfe
(Zetkin/Schaldach: Lexikon der Medizin, Ullstein Wiesbaden 1998)
- · gr. schöner Tod, s. Sterbehilfe
(Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch, de Gruyter Berlin 1994)
- · ursprünglich griechisch für: schöner, ehrenhafter Tod; ab dem 19. Jahrhundert für: Erleichterung des Sterbevorganges
(Das Parlament 22./29.7.02 S.11)
- · Hintergrund der nationalsozialistischen „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, bei der über 70000 Insassen von Heil- und Pflegeanstalten unter dem Vorwand der „Leidensminderung“, „Erlösung“, „Gnadentod“ oder „Sterbehilfe“ gezielt mit Kohlenmonoxid vergast und unzählige andere durch „wilde Euthanasie“ von einzelnen Ärzten und Pflegern ermordet wurden.
(taz 29./30.8.98)
- · ... wird häufig an die Euthanasiepraxis der Nationalsozialisten erinnert. Genauso wie damals könnten auch heute wieder Menschen getötet werden, weil andere ihren Lebenswert als gering erachten. Eine solche Argumentation ist in mehrfacher Hinsicht problematisch. Der Vergleich mit den nationalsozialistischen Massenmorden brandmarkt die Befürworter der Tötung auf Verlangen als Verbrecher und macht jedes weitere Gespräch unmöglich. Ein wesentlicher Unterschied zwischen der aktuellen Sterbehilfedebatte und den Auseinandersetzungen zu diesem Thema im Vorfeld und während der Zeit des Dritten Reiches besteht ja gerade darin, dass damals das „Wohl des Volkes“ im Mittelpunkt stand, während heute der Wille des Einzelnen als ausschlaggebend gilt. Die nationalsozialistische Praxis ist also aus genau dem Grund abzulehnen, der heute als Hauptargument für die Tötung auf Verlangen angeführt wird: der Respekt vor der Autonomie eines jeden Menschen (24)
(Cornelia Krause: Sterbehilfe als ethisches Problem am Beispiel der niederländischen Gesetzgebung vom 1. April 2002 unter besonderer Berücksichtigung neuerer Stimmen aus Kirche und Theologie in Deutschland und den Niederlanden, Diplomarbeit Theologische Fakultät Universität Leipzig WS 2002/2003)
- · „Euthanasieprogramm“; Tötung von Zehntausenden geisteskranken Menschen angeordnet;
es ging nicht um die Tötung Sterbender, sondern um die Vernichtung lebensfähiger Menschen (Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe, Textsammlung, Gemeinsame Texte 17 2003, S.24)

j) Sterben

- · Das eigene Sterben und der Tod von Angehörigen wird in der Gesellschaft vielfach verdrängt und ist mit großen Ängsten belastet, mit denen sich die Menschen alleingelassen fühlen: mit der Angst, unerträgliche Schmerzen leiden zu müssen,; mit der Angst, den Angehörigen und der Gesellschaft zur Last zu Fallen; mit der Angst, im Sterben alleingelassen zu werden; mit der Angst, ausgeliefert zu sein und der Würde beraubt zu werden; mit der Angst, auch gegen den eigenen Willen unnötig lange am Leben erhalten zu werden, was keiner Lebens-, sondern einer Sterbeverlängerung gleichkommt; mit der Angst, dass das Leben fahrlässig verkürzt wird durch mangelnde medizinische und pflegerische Hilfe oder gar durch vorsätzliche Tötung.

(Körtner, U.: Unverfügbarkeit des Lebens?, Neukirchen-Vluyn 2001, S.136)

- · Sekretär der Gesellschaft für Palliativmedizin: die meisten todkranken Patienten wünschen zu Hause zu sterben, tatsächlich können aber nur 30% zu Hause versorgt werden;

eine angemessene Sterbemedizin würde 630 Mill. Euro im Jahr kosten, weniger als 0,5% der Ausgaben der gesetzlichen Kassen
(taz 23.5.03)

- · 95 % der Deutschen sterben an Krankheiten; 29% von ihnen an Krebs;

Unfälle machen 3 % aller Todesfälle aus; durch Suizid kommen 2% ums Leben;
70% der Menschen sterben im Krankenhaus
(taz 1./2.2.03)

- · „Ich möchte nicht sagen, dass ich mich vor dem Tod fürchte. Ich möchte nur nicht dasein, wenn er zu mir kommt.“

(Woody Allen, Regisseur)

- · Laut Umfragen wünschen sich neun von zehn Bürgern ein Ende in vertrauter Umgebung. Aber noch immer verbringen 70% ihre letzten Stunden im Krankenhaus.

(Das Sonntagsblatt 5.4.96)

- · Phasen des Sterbens nach Kübler-Ross:

1. Verneinung:

Der Kranke will die Möglichkeit seines Sterbens nicht wahrhaben.

2. Auflehnung gegen das Schicksal:

Der Kranke wehrt sich, selbst gegen Hilfsangebote.

3. Verhandeln mit dem Schicksal:

Typisch für diese Phase sind z.B. die Suche nach dem „besseren“ Arzt oder auch religiöse Gelübde.

4. Depression:

Der Kranke zeigt sich niedergeschlagen angesichts des drohenden Endes, verlangt nach der Nähe verständnisvoller Menschen.

5. Annahme des Todes:

Der Kranke stimmt der unumgänglichen Realität zu.

(in: Die Deutschen Bischöfe, Heft 47, Menschenwürdig sterben, Bonn 1993, S.16)

- In Deutschland sterben jährlich rund 845000 Menschen; nur ungefähr 10% von ihnen ist ein sogenannter schneller Tod „vergönnt“. Man muss davon ausgehen, dass in D. viele schwerkranke Patienten ohne Aussicht auf Heilung und trotz vorliegender Patientenverfügung –also gegen ihren Willen – mit intensivmedizinischen Maßnahmen am Leben erhalten werden.
(Heilberufe 4/2003 S.16)

k) Meinungsumfragen

- · Nach Umfragen traten für die rechtliche Billigung der aktiven Sterbehilfe in der deutschen Bevölkerung ein:
 - 1973: 50%; 1983 66%; 1993 70%; 2000 81%
(Eibach, Ulrich: Menschenwürde an den Grenzen des Lebens, Neukirchen-Vluyn 2000, S. 139)
- · Emnid für Hospiz: JA zur aktiven Sterbehilfe 1994 >80%, 1997 42%;
(taz 15.4.97)
- · Emnid für Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben: 77% befürworten Sterbehilfe für unheilbar Kranke, gegen Zulassung 15,6%
(epd-Wochenspiegel Ost 41/97 S.11)
- · Forsa für DGHS: 74% für Sterbehilfe für Todkranke; 20% halten Schmerztherapie und Sterbebegleitung für ausreichend
(epd-Wochenspiegel Ost 30/2002 S.9)
- · Allensbach: für Sterbehilfe „soll schwer kranker Patient das Recht auf eine todbringende Spritze haben?“: West 1973 53%, 2001 64%; Ost 2001 80%; dagegen West 33/19; Ost 6
(ideaSpektrum 21/2002 S.14)
- · Allensbach (gleiche Frage): Ja 67% / Nein 16%
(Der Spiegel 16/2001 S.24)
- · Studie „Sterben in Thüringen“: Abschalten von Geräten Ja 72%; 66% befürworten Eingriff von Dritten
(epd-Wochenspiegel Ost 44/2001 S.8)
- · Umfrage für DGHS: 78% für Sterbehilfe (Erlösen von Leid), 34% Nein
(Freie Presse Chemnitz 30.6.99)
- · Emnid für Hospizstiftung: JA zur aktiven Sterbehilfe noch 35,4% (1997: 41,2); für Schmerztherapie und Sterbebegleitung von 34,8 auf 56,6% gestiegen
(epd-Wochenspiegel Ost 28/2000 S.11)
- · Forsa für DIE WOCHE: Ja zur Todesspritze 64%
(epd-Wochenspiegel Ost 50/2000 S.14)
- · Forsa für DGHS; für aktive St. 81%, 71% fordern ein Gesetz
(taz 6.6.2000)

I) Hospiz, Sterbebegleitung

- Unter Sterbebegleitung versteht man alle Formen der therapeutischen, pflegerischen, seelsorgerlichen und mitmenschlichen Zuwendung zum Sterbenden, die nicht in unmittelbarem ursächlichen Zusammenhang mit dessen Tod stehen.

(Cornelia Krause, Diplomarbeit, Universität Leipzig, Theol. Fakultät, WS 2002/2003 S.4)

- Sterbehilfe als Sterbebeistand oder Sterbebegleitung will einem Sterbenden das Sterben erleichtern und ihm helfen, seinen eigenen Tod sterben zu können. Man könnte hier deshalb auch von Lebenshilfe für Sterbende sprechen.

(Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe, Textsammlung, Gemeinsame Texte 17 2003 S.24)

- Österreich ist das erste Land in Europa, in dem Arbeitnehmer das Recht haben, ihre Arbeitszeit zu verkürzen oder sich freistellen zu lassen, wenn sie Sterbebegleitung leisten wollen; sind in dieser Zeit sozialversichert und vor Kündigung geschützt

(Chrismon S.8)

- einige Grundsätze der Hospizarbeit

+ Hospizarbeit ist eine Station auf dem Weg in eine erhoffte Zukunft. Sinn und Ziel ist die Begleitung von Menschen in der schwierigen Endphase ihres Lebens.

+ Sie betrachtet das Sterben als einen Teil des Lebens und damit als einen Vorgang, der weder verdrängt noch künstlich verlängert werden muss. Liebevoller Zuwendung kann diese Phase neu mit Sinn erfüllen und die Hoffnung stärken, dass Sterben und Tod nicht das letzte Wort haben müssen.

+ Diese lebensbejahende Grundhaltung schließt eine aktive Euthanasie aus. Ziel ist vielmehr, dass der Kranke möglichst ohne Beschwerden bis zuletzt leben kann.

+ Zur Würde des Menschen gehört, dass er bis zuletzt als Person ernstgenommen wird. Diese Haltung erfordert Wahrhaftigkeit im Umgang mit dem Kranken.

+ Die Hospizarbeit schließt das soziale Umfeld des Kranken mit ein und bietet Hilfestellungen an, um den bevorstehenden Abschied zu bewältigen. Auf Wunsch wird auch die Familie über den Tod des Kranken hinaus begleitet.

(nach: Reinhard Schmidt-Rost: Sterben, Tod und Trauer, EZW-Texte, Informationen Nr. 127, Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen Stuttgart/Berlin 1995, S.9)

- bundesweit erfahren über 51000 Schwerstkranke und Sterbende Begeleitung und Betreuung in 956 ambulanten Hospizdiensten, 125 stationären Hospizen und 76 Palliativstationen (Mitteilung der Deutschen Hospizstiftung)

(taz 11./12,1.03)

- Ein menschenwürdiges Sterben ist an jedem Ort möglich; nicht nur zu Hause oder in einem Hospiz. Menschenwürdige Sterbebegleitung ist auch in jedem Krankenhaus und Pflegeheim möglich. Es kommt auf die Menschen an, die da sind und für den Sterbenden sorgen.

(Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe, Textsammlung, Gemeinsame Texte 17 2003 S.31)

m) Glaube, Ethik

- · In der Debatte um die aktive Sterbehilfe wird immer wieder auf mögliche Alternativen hingewiesen. Ein Ausbau der palliativen Versorgung und eine optimale Hilfe im Sterben, wie sie z.B. in Hospizen geleistet wird, sollen die Hilfe zum Sterben obsolet machen. ... Aber auch, wenn die Zahl der Sterbehilfebitten auf diese Weise weit reduziert werden kann, bleiben immer noch Fälle denkbar, die eine solche Lösung nicht erreicht. Dass es solche Grenzfälle gibt, wird auch von denjenigen, die eine Legalisierung der aktiven freiwilligen Sterbehilfe ablehnen, mehrheitlich anerkannt.... Erkennt man die Existenz von Grenzfällen an, so stellt sich die Frage nach einem angemessenen gesellschaftlichen und rechtlichen Umgang mit ihnen.

(Cornelia Krause, Diplomarbeit, Universität Leipzig, Theol. Fakultät, WS 2002/2003, S. 20f)

- · Wenn es gute Gründe geben kann, über das Leben anderer zu verfügen (Beispiel: Verhinderung einer Flugzeugentführung durch Töten eines Terroristen), kann dies im Hinblick auf das eigene Leben nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Dass uns das Leben von Gott gegeben ist, bedeutet demnach nicht, dass wir nicht über Leben und Tod verfügen dürfen und müssen. Wir dürfen allerdings nicht willkürlich und leichtfertig damit umgehen. Es muss also kein Affront gegen den Schöpfer sein, wenn man Gott ehrfürchtig am Ende seines Lebens selbst die Eintrittskarte zurückgibt, weil das Leben keine Freude mehr ist, der Körper kein Geschenk und Gott nicht mehr zur Ehre gereichen kann. (nach Kuipert)

(Cornelia Krause, Diplomarbeit, Universität Leipzig, Theol. Fakultät, WS 2002/2003, S.36f)

- · Wo aber sämtliche Möglichkeiten der menschlichen und medizinischen Begleitung Sterbender erschöpft sind, da entzieht sich die Tötung auf Verlangen genauso wie die Selbsttötung jeglicher moralischen Beurteilung.

(Cornelia Krause, Diplomarbeit, Universität Leipzig, Theol. Fakultät, WS 2002/2003, S.45)

- · Es ist nicht auszuschließen, dass es in dieser Frage (Sterbehilfe) für den Arzt Grenzsituationen geben kann. Die öffentlich geführte Auseinandersetzung dreht sich darum, ob man solche Grenzsituationen rechtlich regeln soll. Dafür scheint zu sprechen, dass dies die Transparenz und Kontrolle ärztlichen Handelns erhöht. Doch erhebt sich dagegen das schwer wiegende Bedenken, dass jede Regelung des Ausnahmefalles die Gefahr birgt, aus diesem einen Regelfall zu machen...

Dabei dürfen die Extremsituationen nicht zum Maßstab und Modell des Handelns gemacht werden (Diakonie Korrespondenz 02/03: Jeder Mensch ist zum Bild Gottes geschaffen, S.28ff)

- · Interview Bischof Hein / Kurhessen-Waldeck:

Die aktive Sterbehilfe verspricht Barmherzigkeit, tatsächlich maßt sie sich an, Herr über Leben und Tod sein zu wollen;

- Zur Selbstbestimmung, wenn sie wirklich ernst genommen wird, gehört eine echte Wahlmöglichkeit. Ein Patient, dessen Zustand aussichtslos und dessen Leiden unerträglich ist, hat diese kaum. Umso unausweichlicher wird sich ihm das Verlangen nach Lebensbeendigung als einzig gangbarer Weg aufdrängen. Wie würde er sich aber entscheiden, wenn sein Zustand zwar aussichtslos bliebe, sein Leiden aber erträglich würde?;

indirekte und passive Sterbehilfe – beide Formen sind nach christlichem Maßstab ethisch legitim, weil dem christlichen Grundgedanken Rechnung getragen wird, dass der Tod eines Menschen abgewartet werden muss und nicht unmittelbar herbeigeführt werden darf. (Evangelische Verantwortung 2/03 S.4ff)

- · Ein jegliches hat seine Zeit,

und alles Vorhaben unter dem Himmel hat seine Stunde:
geboren werden hat seine Zeit, sterben hat seine Zeit;
weinen hat seine Zeit, lachen hat seine Zeit;
klagen hat seine Zeit, tanzen hat seine Zeit;
suchen hat seine Zeit, verlieren hat seine Zeit;
behalten hat seine Zeit, wegwerfen hat seine Zeit;
schweigen hat seine Zeit, reden hat seine Zeit...

(Bibel, Buch Prediger 3,1-7)

- · Morgenlied (1592 – Evangelisches Gesangbuch 443)

1. Aus meines Herzens Grunde sag ich dir Lob und Dank
in dieser Morgenstunde, dazu mein Leben lang...

3. Du wollest auch behüten mich gnädig diesen Tag...
...vor bösem, schnellem Tod.

- · Gesangbuchlied (Worte 1686 – Evangelisches Gesangbuch Nr.530)

1. Wer weiß, wie nahe mir mein Ende!

Hin geht die Zeit, her kommt der Tod;
ach wie geschwinde und behände
kann kommen meine Todesnot.

Mein Gott, mein Gott,

ich bitt durch Christi Blut:

Machs nur mit meinem Ende gut.

2. Es kann vor Nacht leicht anders werden,

als es am frühen Morgen war;
solang ich leb auf dieser Erden,
leb ich in steter Todsgefahr...

4. Lass mich beizeit mein Haus bestellen,

dass ich bereit sei für und für
und sage frisch in allen Fällen:

Herr, wie du willst, so schicks mit mir...

- · Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden.

(Bibel, Psalm 90,12)

- · Aus dem EID DES HIPPOKRATES:

... Niemals werde ich jemand raten, seine Zuflucht zum Gift zu nehmen, und ich werde es denen verweigern, die mich darum bitten.

- · ...Die Befürworter der Tötung auf Verlangen werfen ihren Gegnern... Inkonsequenz vor. Wie ist es zu rechtfertigen, dass im Falle einer Sterbehilfebitte der Lebensschutz Vorrang vor der Leidensminderung zu haben scheint, während ein Behandlungsabbruch, der das Leben definitiv verkürzt, damit begründet wird, dass dadurch weiteres (unnötiges JK) Leiden vermieden werden soll... Die Befürworter (der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe) weisen darauf hin, dass der Arzt nicht für das Schicksal seiner Patienten verantwortlich gemacht werden könne. Er sei zwar dazu verpflichtet, Kranken zu helfen. Ein medizinischer Eingriff sei aber nur dann gerechtfertigt, wenn er dem Patienten voraussichtlich mehr nutze als schade. Im Zweifelsfalle sei von einer Behandlung abzusehen. Auf diese Weise würden die Grenzen der Medizin in angemessener Weise respektiert. Im Falle der aktiven Sterbehilfe ist es die Tötung, die medizinisch verantwortet werden muss. Kritiker sehen in einem solchen Eingriff den verzweifelten Versuch, die Macht der Medizin angesichts unstillbaren Leidens zu behaupten. Die Grenzen ärztlichen Handelns werden damit gerade verkannt... Befürworter begründen die Zulässigkeit der aktiven freiwilligen Sterbehilfe mit einem Notstand, der die Tötung auf Verlangen zwar nicht zur ärztlichen Pflicht, wohl aber zur Möglichkeit werden lasse (16f)...

(Cornelia Krause: Sterbehilfe als ethisches Problem am Beispiel der niederländischen Gesetzgebung vom 1. April 2002 unter besonderer Berücksichtigung neuerer Stimmen aus Kirche und Theologie in Deutschland und den Niederlanden, Diplomarbeit Theologische Fakultät Universität Leipzig WS 2002/200)

- · Die Evangelische Kirche tritt ein für die Anerkennung und den Schutz der Würde jedes Menschen in der ganzen Spanne seines Lebens – vom Anfang bis zum Ende. Das schließt die nachdrückliche Bejahung medizinischer Forschung, ärztlicher Hilfe, technischer Weiterentwicklung und gesellschaftlicher Reformen ein, die der Minderung oder Vermeidung von unnötigem Leiden, der Suche nach neuen Heilungsmöglichkeiten und der Verbesserung der menschlichen Lebensqualität dienen. Abzulehnen sind aber alle Methoden der Forschung oder Therapie, durch die Menschen bloß als Mittel für die Heilungschancen anderer Menschen gebraucht werden. Jedes "Ethos des Heilens" muss um seine Grenzen wissen, um menschlich zu bleiben. Das schließt die Einsicht ein, dass Krankheit, Sterblichkeit und Tod zum Menschsein gehören. Es ist ein wesentlicher Teil des dem Menschen aufgegebenen Reifungsprozesses, die eigene Endlichkeit anzunehmen, mit ihr zu leben – und zu sterben. Menschen haben einen Anspruch auf medizinische Hilfe und Beistand in der Situation der Krankheit und beim Sterben; ein Recht, von Krankheit oder vom Tod verschont zu bleiben oder befreit zu werden, gibt es freilich nicht.

Die Evangelische Kirche versteht die Diskussion über Sterbehilfe und Euthanasie als Herausforderung. Sie nimmt die Ängste vieler Menschen vor einem qualvollen, einsamen Sterben und vor einem wehrlosen Ausgeliefertsein an sinnlos gewordene Maßnahmen der

Lebensverlängerung ernst. Die Hospizbewegung sowie die Intensivierung der schmerzlindernden und auf Versorgung konzentrierten Medizin (Palliativmedizin) müssen nachdrücklich unterstützt und gefördert werden, denn sie leisten einen wesentlichen Beitrag zur Ermöglichung menschenwürdigen Sterbens. Dazu gehört auch die ärztliche Weisheit, die erkennt, wann es geboten ist, im Einvernehmen mit Patienten und Angehörigen auf medizinisch noch mögliche Maßnahmen zur Lebensverlängerung zu verzichten oder solche Maßnahmen abubrechen (passive Sterbehilfe). Voraussetzung hierfür ist stets, dass die Situation des Wartens auf den Tod gewahrt bleibt und nicht durch das eigenmächtige Verfügen über den Todeszeitpunkt ersetzt wird. Durch die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe und der Tötung auf Verlangen würde ein solches Verfügungsrecht in unserer Gesellschaft etabliert. Das würde unsere Gesellschaft und ihre Einstellung zu Leben und Tod in tiefgreifender, problematischer Weise verändern. Denn damit entstünde nicht nur der offenkundige Rechtsanspruch von Sterbenden auf vorzeitige Beendigung ihres Lebens durch fremde Hand, sondern es entstünde auch der verdeckte Anspruch an Sterbende, von diesem Recht Gebrauch zu machen, sobald sie den Eindruck bekommen, ihrer Umgebung zur Last zu fallen. Sterbende brauchen keinen "Gnadentod", sondern geduldige, gütige, verlässliche Begleitung.

(EKD-Synode 4.11.02 Kundgebung „Was ist der Mensch?)

n) Patientenverfügung usw.

- · Patient (72) hatte Schriftstück hinterlegt und darin bestimmt, dass er im Falle irreversibler Bewusstlosigkeit nicht künstlich ernährt werden wolle;

liegt seit Herzschlag im November 2001 im Wachkoma und wird über Magensonde ernährt; sein zum Betreuer bestellter Sohn sowie die Frau und die Tochter des Patienten verlangten das Ende der künstlichen Ernährung;

Bundesgerichtshof: eine Patientenverfügung allein sowie die Forderung des Betreuers reichen nicht aus, Abschaltung der Apparate muss vom Vormundschaftsgericht genehmigt werden (Freie Presse 12./13.4.03)

- · Präsident des Bundesverfassungsgerichtes:

dem einzelnen ist das Recht gewährleistet zu sagen: ich will nicht weiterbehandelt werden, ich will bestimmte Behandlungsmethoden nicht über mich ergehen lassen. Dies ist zu respektieren. (das bindet den Arzt – so Ihre klare Meinung?): Das Verhalten des Arztes, der einem solchen Wunsche nachkommt, ist grundsätzlich zu akzeptieren. Dem Arzt ist es umgekehrt verboten, sich über diesen Wunsch hinwegzusetzen.

(Frankfurter Allgemeine Zeitung 15.4.03 S.8)

- · Niemand darf gegen seinen Willen zu diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen gezwungen werden, und seien sie noch so aussichtsreich.

(Christliche Patientenverfügung, 2. Auflage 2003, S.29)

- · Nach höchstrichterlicher Rechtssprechung bestimmt der Patient selbst, ob er behandelt werden möchte oder nicht; das gilt für jeden ärztlichen Eingriff. Entscheidet sich der Betroffene gegen eine möglicherweise lebensrettende Behandlung, muss der Arzt diesen Willen respektieren – allerdings nur dann, wenn zwei unabdingbare Voraussetzungen erfüllt sind: Der Patient muss bei klarem Bewusstsein sein. Und der Arzt muss ihn umfassend informiert haben.

(taz 25.8.97)

o) „terminale Sedierung“

- In unseren nordischen Ländern hat man in letzter Zeit auch eine neue Form von Euthanasie diskutiert. Der Begriff "terminale Sedierung" wird als Bezeichnung für eine Handlung verwendet, die darin besteht, dass der Arzt Sterbende in Schlaf versetzt und alle medizinische Behandlung abbricht, bis der Tod eintritt (16). In solchen Fällen pflegt der Tod innerhalb einiger Tage – höchstens eine Woche nach der Versetzung in Schlaf – einzutreten. Die Befürworter dieser Handlung meinen, dass es sich dabei um eine annehmbare und gesetzliche Form der Euthanasie handelt, da sie zwei Momente enthält, die heute erlaubt sind: in Schlaf zu versetzen und eine Behandlung abzubrechen.

Da die Absicht mit dieser Handlung ist, den Patienten zu töten, sollte terminale Sedierung als regelrechte Euthanasie betrachtet und verboten werden. Was diese von anderen Weisen unterscheidet, das Leben eines oder einer Schwerkranken absichtlich auszulöschen, sind die verwendeten Mittel. Terminale Sedierung ist auch in sich problematisch. Medizinische Praxis hat gezeigt, dass Kranke Schmerz und Unbehagen erleben können, während sie in künstlichem Schlaf liegen. In einer solchen Situation würde terminale Sedierung solche Kranke unwiderruflich der Möglichkeit berauben, aufzuwachen und um Hilfe zu bitten. Auf diese definitive Weise Kranken die Möglichkeit vorzuenthalten, mit ihrer Umgebung zu kommunizieren und eventuell ihre Auffassung, wie sie behandelt werden wollen, ändern zu können, ist zutiefst unethisch (Hirtenbrief der nordischen Bischöfe http://www.catholic.se/nbk/dokument/attvar_d.htm)

- sog. terminale Sedation:

Hierbei wird bei Menschen, denen auch eine hohe Dosis Morphin nicht zu adäquater Schmerzlinderung verhilft, unter Verwendung von narkotisch wirkenden Substanzen (Barbituraten oder Benzodiazepinen) eine Sedation induziert. Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass ein solches Vorgehen den Tod durch Hypoxämie und Dehydratation hervorruft. Die mittlere Überlebenszeit beträgt bei diesem Vorgehen 23 Stunden (3).

(<http://www.medizin.uni-koeln.de/projekte/dgss/PDF/AKEthik800.pdf>)

- Bei den weitaus meisten Patienten mit Tumorschmerzen lässt sich eine zufrieden stellende Linderung erzielen. Aber zwischen 0,3 % und 1,7 % der Kranken müssen bis zum Ende unter schlimmsten Schmerzen und nicht kontrollierbaren Symptomen leiden. Was also tun, wenn alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind?

Sedierungstiefe lässt sich gut steuern

Die Beurteilung einer solchen Situation hängt auch vom kulturellen Kontext ab, berichtete Dr. Lukas Radbruch auf der 49. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. So wird in Spanien und Israel etwa ein Sechstel der Sterbenden terminal sediert, in Südafrika sind es sogar doppelt so viele. Und während in Spanien die Patienten vorher oft gar nicht gefragt werden, wendet man in den USA ein mehrstufiges Verfahren an, in das Patienten und Angehörige eingebunden sind, um die Entscheidung zu kontrollieren, erläuterte der Anästhesist von der Universitätsklinik Köln. Die terminale Sedierung kann intermittierend oder kontinuierlich erfolgen, und ihre Tiefe lässt sich mit Bolusdosen von Opioiden oder Benzodiazepinen recht genau steuern (<http://www.medical-tribune.de/GMS/bericht/Daemmern>)

- In den nordeuropäischen Ländern wird die Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe dadurch aufgeweicht, dass eine neue Form der Euthanasie diskutiert wird. Durch die sog. „terminale Sedierung“ versetzt der Arzt den Sterbenden in Schlaf und bricht dann alle medizinischen Behandlungen ab, bis der Tod eintritt. (Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe, Textsammlung, Gemeinsame Texte 17 2003, S. 5)
- Humanistischer Verband Deutschlands (HVD) fordert eine gesetzliche Verankerung der indirekten Sterbehilfe (Arzt kann bei der Schmerzbekämpfung die Dosierung so hoch wählen, dass als unbeabsichtigte Nebenfolge der Tod des Patienten eintritt); die Forderung des HVD bezieht auch die terminale Sedierung z.B. zur Vermeidung eines qualvollen Erstickungstodes ein. Dies kommt der aktiven Sterbehilfe sehr nahe. Aber der Sterbewillige stirbt letzten Endes an den Folgen seiner Krankheit oder an einer tödlichen Komplikation, nicht aber direkt und unmittelbar durch ein ärztlich injiziertes Medikament bzw. Gift. (Heilberufe 4/2003 S.19)

Sterben, Sterbebegleitung, Sterbehilfe, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

**Sammlung 2
2004 bis Januar 2018**

Inhalt:

<u>Sterben</u>	147
<u>Sterbebegleitung, Sterbehilfe</u>	156
<u>Patientenverfügung</u>	205

Sterben

- (Lexikon)
"Euthanasie"
Sehnsucht nach dem schönen, leichten Tod
Tötung auf Verlangen, Hilfe beim Sterben-Lassen, Tötung "unwerten" Lebens
- (taz 5.12.95)
Titel "Das Recht auf die tödliche Spritze"
- (TV-Sendung 13.2.97 ARD-ZDF?, Prod. Bayerischer Rundfunk)
in der Schweiz wurden im letzten Jahr ärztliche Richtlinien beschlossen, wonach der behandelnde Arzt eines Koma-Patienten völlig allein das Todesurteil fällen und vollziehen kann, ohne daß er vorher mit den Angehörigen reden muß
- (Deutsches Ärzteblatt 22.9.95 S.A-2450)
Schweizer Richtlinie zur Sterbehilfe
"aktive Maßnahmen zum Zwecke der Lebensbeendigung verboten";
Richtlinien beziehen sich ausdrücklich nicht nur auf Sterbende, sondern auch auf zerebral schwerst Geschädigte mit irreversiblen, fokalen oder diffusen Hirnschädigungen.. Ein solcher chronisch-vegetativer Zustand bestehe, im (nach mehrmonatiger Beobachtungszeit wiederholt bestätigten) irreversiblen und definitiven Verlust der kognitiven Fähigkeiten, der Willensäußerungen und der Kommunikation. Er könne nach Schädeltrauma oder Hirnblutung, bei Gefäßleiden, entzündlicher oder degenerativer Hirnkrankheit, infolge eines Tumors oder einer Anoxie auftreten. Ein Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen ist also nicht nur bei Sterbenden, sondern auch bei Menschen im irreversiblen Koma erlaubt. Als lebenserhaltende Maßnahmen gelten künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse. Bei urteilsunfähigen Patienten müsse der Arzt primär entsprechend der Diagnose und der mutmaßlichen Prognose handeln... Lediglich bei unbestimmter Prognose solle sich der Arzt am mutmaßlichen Willen des Patienten orientieren.
Patientenverfügungen sind zu respektieren, die letztendliche Entscheidung trifft allerdings häufig der Arzt.
- (taz 25.11.96)
Beispiel Schweiz: Dort hat die Akademie der Medizinischen Wissenschaften 1995 eine Ethik-Richtlinie beschlossen, die das Lebensrecht von PatientInnen in Frage stellt, die in Folge eines Schlaganfalls, Tumors oder Unfalls ins Koma gefallen sind. Wem ÄrztInnen nach mehrmonatiger Beobachtung bescheinigen, seine Bewußtlosigkeit sei unwiderruflich, den dürfen richtlinien-treue MedizinerInnen töten; durch Entzug der Zufuhr von Beatmung und Medikation, Verzicht auf Bluttransfusion und Dialyse.... In der Alpenrepublik bestehen "Ausnahmen von der ärztlichen Verpflichtung zur Lebenserhaltung", sofern eine Krankheit oder irreversible Schädigung "trotz Behandlung in absehbarer Zeit zum Tode führt"...
- (taz 24.4.97)
in der Schweiz ist ein Behandlungsabbruch auch bei Patienten zulässig, bei denen der Sterbevorgang überhaupt noch nicht eingesetzt hat
- (FR 27.2.96)
Der Druck wächst. In Australien, den Niederlanden und in Japan ist aktive Sterbehilfe bereits möglich.... Vor wenigen Monaten haben die Mediziner in der Schweiz eine neue Richtlinie zur Sterbehilfe beschlossen. Sie erlaubt ausschließlich die passive Sterbehilfe. Doch diese kann jetzt nicht nur bei Sterbenden Anwendung finden, sondern auch schon bei Schwerstkranken, die sich noch nicht im Sterbeprozess befinden...Die Schweizer haben auch festgeschrieben, daß der Nahrungsentzug (also die Entscheidung, Menschen verhungern oder verdursten zu lassen, JK) ein Akt passiver Sterbehilfe sei.
- (TV-Sendung 13.2.97 ARD-ZDF?, Prod. Bayerischer Rundfunk)
am Europäischen Patentamt in München wurde im April 1996 ein Patent erteilt: damit wird der amerikanischen Michigan-State-University ein Euthanasie-Serum patentiert, das (ZITAT:) "zur ästhetischen Tötung von Säugetieren" benutzt werden kann; das eigentlich Brisante dabei: die Anwendung am Menschen ließ man sich gleich mit schützen, falls die Euthanasie legalisiert wird...
Begriffe - Nebel und verräterisch
"Patienten abspritzen"
"ein Kind auf NULL-DIÄT setzen"
"Dehydratisierung" (Reichen von Flüssigkeit verweigern)
- (FR 15.4.96)
USA; Jack Kevorkian; in vergangenen 5 Jahren an mehr als zwei Dutzend Selbsttötungen mitgewirkt;
Anfang März 1996 von der Anklage auf verbotene Sterbehilfe freigesprochen
- (Das Sonntagsblatt 5.7.96)
Weltpremiere für einen Tabu-Bruch:
in der australischen Nordprovinz trat jetzt ein Gesetz in Kraft, mit dem 1995 von Parlament in Darwin die Rechtsgrundlage für aktive Sterbehilfe geschaffen worden war
Bedingung: Untersuchung des Sterbewilligen durch drei unabhängige Gutachter; zwei Bedenkfristen

einzuhalten, dann Todesspritze nicht durch Arzt, sondern durch Patienten selbst mit Hilfe eines eigens dafür installierten Computers

- (Das Sonntagsblatt 2.6.95)
am 25. Mai 1995 stimmte in der australischen Provinzhauptstadt Darwin das Parlament des Nordterritoriums dafür, daß sich Kranke unter bestimmten Bedingungen von Ärzten töten lassen können
- (FR 16.12.96)
im Herbst 1996 setzt der unheilbar an Krebs erkrankte 66 Jahre alte Bob Dent im Beisein seines Arztes den Todes-Computer in Gang und drückt den Befehl zur Injektion einer tödlichen Dosis von Chemikalien
Gesetz über die Zulassung der "freiwilligen Euthanasie", das erste Gesetz dieser Art auf der Welt, war schon im Mai 1995 verabschiedet worden und seit 1. Juli 1996 in Kraft
Bedingungen:
 - unheilbare tödliche Erkrankung
 - über 18 Jahre alt und im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte
 - schriftlicher Antrag auf Sterbehilfe
 - zwei Ärzte müssen nachweisen, daß schmerzlindernde Mittel den Verlauf der Krankheit nicht aufhalten können und das Weiterleben eine Qual sei
 - Fristen:
 - a) Antragstellung erst eine Woche nach erster Mitteilung des Todeswunsches gegenüber den Ärzten
 - b) nach Antragstellung mind. 48 Std. Bedenkfrist
 - 3. Arzt, Psychiater, muß Schwachsinn, Depressionen usw, ausschließen
- (Der Spiegel 9/97 S.196)
inzwischen haben drei Australier von der Möglichkeit des Gnadentodes Gebrauch gemacht
- (? taz, Die Welt)
„Ein Laptop beendete sein Leben“
- (taz/Freie Presse 26.3.97)
beide Kammern des australischen Parlaments haben für Abschaffung des umstrittenen Euthanasie-Gesetzes gestimmt
- (taz 5.12.95)
seit in den Nachbarländern, in den Niederlanden, der Schweiz, Belgien, die Sterbehilfe Schritt für Schritt weiter legalisiert wird...
Niederlande: dort ist die ärztliche Sterbehilfe zwar nicht erlaubt, aber ein Arzt, der auf das ausdrückliche und wiederholte Verlangen eines todkranken Patienten diesem die Spritze gibt, bleibt straffrei. Übersehen wird dabei allzugern, daß viele Ärzte in der täglichen Praxis noch viel weiter gehen. Euthanasie wird auch bei nicht einwilligungsfähigen, komatösen oder altersdementen Patienten und mit schweren Behinderungen zur Welt gekommenen Neugeborenen angewandt. Mehrere hundert Menschen, die nicht ihre Zustimmung zur Euthanasie haben geben können, werden nach Schätzungen jedes Jahr in den Niederlanden getötet. Der Gesetzgeber denkt jetzt über eine gesetzliche Freigabe auch für diese Fälle nach.
- (Deutsches Ärzteblatt 8.8.94 S.A-2098)
Fall Oberster Gerichtshof Niederlande:
Psychiater stellt Patientin mit "unerträglichen seelischen Qualen" tödliche Giftdosis zur Verfügung (1991);
Gericht: befand Psychiater zwar schuldig, sah aber von Strafverfolgung ab;
auch wenn ein Patient nicht körperlich leide und sich nicht in der Sterbensphase befinde, könne der Arzt sich unter Umständen auf eine Notsituation berufen
- (Deutsches Ärzteblatt 13.12.96 S.A-3334)
Niederlande:
im Auftrag des Justiz- und Gesundheitsministeriums durchgeführte Befragung;
Ministerium beziffert nicht gemeldete Euthanasie-Fälle mit 60% - damit umgehen offenbar die meisten Ärzte eine Bedingung der nach 1994 in Kraft getretenen Euthanasie-Gesetzgebung;
Bedingungen:
 - Arzt muß nach geleisteter Sterbehilfe Berichtsbogen ausfüllen
 - Gemeindefeldarzt muß Leichenbeschau vornehmen und Staatsanwalt informieren
 - ausdrücklicher und wiederholter Wunsch des einwilligungsfähigen Patienten
 - Leiden "unannehmbar"
 - Beratung des Arztes mit einem Kollegen

- (Der Spiegel 9/97 S.196)
Seit Anfang der achtziger Jahre wird in den Niederlanden aktive Sterbehilfe in großem Stil praktiziert. Jeder zweite Arzt hat in der Zwischenzeit wenigstens einmal den Todeswunsch eines Patienten erfüllt. längst nicht mehr nur unheilbar Kranke: HIV-Infizierte ohne Aids-Symptome, alte Menschen ohne Einwilligung
- (Deutsches Ärzteblatt 31.1.97 S.B-186)
Niederlande:
Euthanasie: etwa 2% der jährlichen Todesfälle
bei zusätzlich 1000 Patienten Tötung ohne ausdrückliche oder auch nur mutmaßliche Zustimmung vorgenommen.
Der Damm zur ärztlich verordneten Euthanasie ist also längst gebrochen.
- (FAZ 3.7.96)
in Japan beschäftigt ein umstrittener "Gnadentod" die Öffentlichkeit
In Australien ist erstmals ein Gesetz zur Legalisierung der Euthanasie verabschiedet worden...
das neue australische Beispiel zeigt, daß der Dambruch in Sachen Euthanasie gar nicht beim Umgang mit Behinderten erfolgt... es ist vielmehr der sonst so geschätzte liberale Individualismus, das Ideal totaler Selbstbestimmung, das bei der Euthanasie bis zum Umschlag in die Selbstvernichtung getrieben wird.
- (taz 21.4.97)
Bundesärztekammer: Entwurf für geplante neue
"Richtlinien zur ärztlichen Sterbebegleitung und zur Behandlungsbegrenzung"
erstmalig ermächtigt der geplante Verhaltenskodex MedizinerInnen, "lebenserhaltende Maßnahmen" auch bei Menschen abzubrechen, die sich überhaupt nicht im Sterbeprozess befinden, namentlich bei PatientInnen im apallischen Syndrom (Wachkoma). Die todbringende Unterlassung ist..."nur dann zulässig, wenn dies dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht".
- (Der Sonntag 25.5.97)
Richtlinienentwurf der BÄK: "Bewußtlose oder sonst einwilligungsunfähige Patienten" werden nicht klinisch beatmet oder ernährt, bekommen keine lebenswichtigen Medikamente, keine Bluttransfusion oder Dialyse, "wenn dies dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht."
- (Deutsches Ärzteblatt 7.6.96 S. A-1508)
Singer sagt:
1993 habe das niederländische Parlament ein Gesetz verabschiedet, nach dem holländische Ärzte jenen Patienten letale Injektionen geben dürfen, "die unerträglichen Leiden ohne Aussicht auf Besserung ausgesetzt waren und um Sterbehilfe ersuchten".
Im März 1996 habe ein Federal Appeal Court der USA das Verbot der Sterbehilfe für verfassungswidrig erklärt.
- (Fuldaer Zeitung 26.9.96)
Sterbehelfer Jack Kevorkian USA in vergangenen 6 Jahren mindestens 40 Menschen Sterbehilfe geleistet; zwei Bundesgerichte kassierten das Verbot der Sterbehilfe in zwölf Staaten der USA
- (Der Spiegel 9/97 S.196)
Januar 1997 erkannte Gericht in West Palm Beach einem Aids-Kranken das Recht zu, bei seinem geplanten Suizid ärztliche Unterstützung in Angriff zu nehmen.
Kevorkian 45 Patienten zum Tode gebracht
- (Deutsches Ärzteblatt 8.1.96 S.A-28)
Gericht in England entschied, daß einem Unfallopfer, das seit drei Jahren im Wachkoma lag, die Nahrung entzogen werden darf.
- (taz 22.5.97)
In Kolumbien hat das Verfassungsgericht die aktive Sterbehilfe in Einzelfällen für rechtmäßig erklärt (Patient muß unheilbar krank sein und seine Zustimmung erteilt haben).
- (Das Sonntagsblatt 24.11.95)
Umfragebogen des Bonner Instituts für Wissenschaft und Ethik an 1200 Ärzte verschickt; ankreuzen, ob sie es jemals für angemessen halten, einem Wach-Koma-Patienten die künstliche Ernährung zu entziehen, und welcher Zeitpunkt dafür gegebenenfalls angemessen wäre, und ob eine solche Entscheidung als Privatsache zwischen Ärzten und Angehörigen zu finden ist oder rechtlich in Gesetzesform zu gießen wäre...
- Günter Altner: Leben in der Hand des Menschen, Darmstadt 1998
S. 135: zunehmende Bejahung der Euthanasie in den westl. Demokratien:
- Hochschätzung des Individuums
- Wegfall des Gottesbezuges in der säkularen Welt
Dimension des Aufgehobenseins über den Tod hinaus fällt aus;
galten Ängste und Hoffnungen früher vor allem dem, was nach dem Tod kommt, so muß das alles heute „vor“ dem Tod bestanden werden und drängt sich hier als Angst vor Leiden, Schmerzen, Einsamkeit und Sterben zusammen
S. 140: Hospizbewegung, Sterbebegleitung

- einerseits Frage sorgfältig angewendeter Schmerztherapie;
 - Menschen ermutigen, dem Tod ins Auge zu blicken
- Friedrich-Ebert-Stiftung 1997: Sterben als Teil des Lebens
 - S.9 Umsorgung von Sterbenden
 - S.27 Großbritannien 1994: 21000 Patienten, die zu Hause starben, erhielten 1 Mill. Pflegestunden von Marie-Curie-Schwestern (= 50 Std. je Patient!)
 - S.42 Niederlande Studie 1991: 1,8% aller Patienten sterben durch freiwillige Euthanasie, weitere 0,8% durch unfreiwillige Euthanasie; 38% der Fälle werden von Ärzten nicht gemeldet
- Ev. Akademie Loccum: Dich leiden sehen und nicht helfen können, 1998
 - S.10: „high touch“ statt „high tech“
 - Hospitium als Gastfreundschaft, als Freundschaftsdienst für einen Weg, der mit dem Tod noch nicht zu Ende ist
 - S.31 Wirkung von Morphinen
 - S.48 Holland 2-5% der Todesfälle aktive Euthanasie
 - S.77 seelische Schmerzen: Eingehen auf individuelle Religiosität; Lieder und Gedanken werden durch Mitsingen oder Atmung begleitet
 - S.78: gegen Einsamkeit: gemeinsam essen, fernsehen, rauchen...
 - S.78f.: in Ruhe Abschied nehmen, Aussegnung im Zimmer, zum Gedenken als Auferstehungshoffnung - eine Kerze; keine schnelle Entsorgung nach draußen
 - S.101ff. Leid - Überlegungen aus christlicher Sicht
 - S.123 Der Tod wird im wahrsten Sinne des Wortes tot-geschwiegen
 - S.125: Sterbende fragen nach Sinn des Lebens, nach dem WARUM, leiden in ihrem Selbstwertgefühl; der Sinn und Wert unseres Lebens liegt nicht in unseren Taten oder unserem Wohlergehen, sondern darin, daß Gott uns liebt und nach seinem Ebenbild geschaffen hat, diese Würde kann uns niemand nehmen, auch Leid, Schuld und Tod können sie nicht zerstören
 - S.127: einen Sterbenden begleiten heißt nicht, seine Fragen zu beantworten, sondern zusammen mit ihm seine Angst auszuhalten und nach tragenden Hoffnungsbildern zu suchen; Schweigen, non-verbale Gesten, Streicheln, Stirn abwischen...
- (10) In Würde zu sterben heißt, als Mensch in der von ihm gewünschten Umgebung, in seinem Dasein bis zuletzt wahrgenommen und angenommen zu werden. Dies bedeutet, von menschlicher und palliativmedizinischer Fürsorge, Kommunikation und Betreuung begleitet zu sein. Entscheidend und bindend müssen die Wünsche und das Wohl des Patienten sein. Er ist der Mittelpunkt.; (Deutscher Bundestag, Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, Zwischenbericht 13.9.04 „Patientenverfügungen“)
- Statement dazu von Prof. Beileites:
 - Das heißt jedoch nicht, dass die Begleitung Sterbenswilliger oder auch die Anwesenheit beim Suizid den Ärzten generell verboten ist.
 - (Bundesärztekammer 2004: „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“, Dtsch. Ärzteblatt 7.5.04)
- Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. ... (Bundesärztekammer 2004: „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“, Dtsch. Ärzteblatt 7.5.04)
- (38) Hippokrates:
 - “Der Arzt befasse sich mit der völligen Beseitigung der Leiden der Kranken und mit dem Lindern der Heftigkeit der Leiden. Aber er wage sich nicht heran an jene, die von der Krankheit schon überwältigt sind.“
 - (humanismus aktuell 8/2004)
- „infaust“ heißt: ohne Aussicht auf Heilung, das ist tatsächlich ein Todesurteil; 1953 starben in D. 37,4 % aller Menschen im Krankenhaus; 1980: 55,3 %; derzeit etwa 48 %; (ZEIT 7.4.04 S.62ff)
- 70% aller Menschen sterben im Krankenhaus (taz 1.2.03)
- (38ff) Obwohl der Wunsch verbreitet ist, die letzte Lebensphase zu Hause zu verbringen, sterben tatsächlich rund 90% der Menschen in Krankenhäusern oder Pflegeheimen; auf dem Lande sterben etwa 20% zu Hause; 47 % der Todesfälle im Krankenhaus (Nationaler Ethikrat: Stellungnahme Juli 2006 „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ – im Internet unter http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Sterbebegleitung.pdf)
- Wann ist ein Mensch „tot“? Lange galten der letzte Atemzug oder der letzte Herzschlag als Ende des Lebens. Der Kreislauf steht still, die Pupillen weiten sich, Lippen und Haut färben sich bläulich. Doch für einige Minuten besteht die Möglichkeit, den Herztod rückgängig zu machen, den Menschen wiederzubeleben.

Ob jemand tatsächlich ins Leben zurückkehrt, hängt davon ab, wie lange sein Atem aussetzt. Das Gehirn kann nur wenige Minuten ohne Sauerstoff auskommen. Sterben zu viele Hirnzellen, stirbt schließlich das ganze Organ. Doch ist der Mensch tot, wenn das Hirn tot ist? Der Brustkorb hebt und senkt sich ja noch, wenn das Beatmungsgerät angeschlossen ist, das Herz schlägt, die Haut ist warm, weil Medikamente den Kreislauf in Gang halten ...

Ist schon das Ende nicht immer so eindeutig, so sind die Zustände des Bewusstseins, die zwischen Leben und Tod liegen, noch weitaus schwieriger zu fassen: das Koma und besonders die verschiedenen Arten des Wachkomas.

Wer im Koma liegt, der gleicht äußerlich einem Hirntoten. Er ist bewusstlos, doch sein Hirn arbeitet noch, etwa die Hälfte der normalen Aktivität ist erhalten. Der Patient kann sich wieder vollständig erholen oder ins Wachkoma hinübergleiten, oder aber sein Gehirn versagt nach ein bis zwei Wochen ganz seinen Dienst. Das Koma ist damit meist eine Durchgangsstation zwischen Leben und Tod, in der ein Patient verhältnismäßig kurz verweilt.

Ganz anders verhält es sich mit dem Wachkoma. Jahrelang verharren die Patienten in ihrem Zustand, oft weiß keiner genau, ob es noch eine Hoffnung auf Besserung gibt. Sind nur wenige Hirnregionen geschädigt, etwa infolge eines Unfalls, kommt es vor, dass im Gehirn des Wachkomapatienten neue Nervenverbindungen geknüpft werden. Solche Patienten können in seltenen Fällen wieder zu Bewusstsein kommen.

Völlig anders lag der Fall der US-amerikanischen Komapatientin Theresa Schiavo, deren künstliche Ernährung vor zwei Jahren auf richterlichen Beschluss hin abgestellt wurde. 15 Jahre zuvor hatte ihr Gehirn während eines Herzstillstands zu lange keinen Sauerstoff bekommen, ein großer Teil der Nervenzellen war abgestorben, kaum eine Hirnregion war verschont worden. Dass jemand nach Jahren aus solch einem Zustand wieder erwacht, gilt immer noch als ausgeschlossen. Nur 15 Prozent der Patienten, deren Hirn durch Sauerstoffmangel geschädigt wurde, kommen innerhalb der ersten drei Monate wieder zu Bewusstsein, danach schaffen dies nur sehr wenige und nach zwei Jahren schafft es keiner mehr, ergab eine Studie unter 700 Betroffenen.

(ZEIT 29.3.07 S.4)

- bei jedem Suizid sind im Durchschnitt sieben andere Menschen massiv in Mitleidenschaft gezogen; Suizide in Deutschland 2005 (auf 100.000 Einwohner):
1. Sachsen 16,2
16. NRW 9,4
(bdw 7/2007 S.89)
- Appell an den Bundestag, das aus dem Jahre 1933 stammende „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ umgehend zu ächten; das Gesetz wurde bis heute nicht aufgehoben, sondern 1974 lediglich außer Kraft gesetzt; auf seiner Grundlage wurden etwa 350.000 Menschen wegen körperlicher oder geistiger Krankheiten zwangssterilisiert und rund 300.000 Menschen im Euthanasie-Programm der Nazis ermordet (Der Sonntag 11.3.07)
- Ein Gebet, das oft **fälschlich Friedrich Christoph Oetinger zugeschrieben** wird, aber von Reinhold Niebuhr stammt (geschrieben im Sommer 1943; Quelle: Elisabeth Sifton: Das Gelassenheitsgebet; Hanser Verlag 2001)

„Gott, gib uns die Gnade,
mit Gelassenheit Dinge hinzunehmen,
die sich nicht ändern lassen,
den Mut, Dinge zu ändern,
die geändert werden sollten,
und die Weisheit,
das eine vom anderen zu unterscheiden!“
(Reinhold Niebuhr)

- Menschen haben sich sattgelebt – lebenssatt wie Abraham (1.Mose 25,8), Isaak (1. Mose 35,29), Hiob (Hiob 42,17), David (1.Chr. 23,1) und Jojada (2.Chr. 24,15); Leben zu verhindern, gilt als Verstoß gegen die Schöpfungsordnung. Steren verhindern ist das Gleiche, mit einem Wort der Alten: Sünde. (ZEIT 17.7.08 S.50 Leserbrief)
- seit April 2007 hat jeder Schwerstkranke in Deutschland den Anspruch, zu Hause versorgt zu werden bis zum Tod; Theoretisch; die Krankenkassen, die das Gesetz umsetzen müssen, drücken sich darum, die Kosten für diese hochspezialisierte Medizin zu übernehmen (Der Spiegel 8-2009 S.132)
- von den etwa 800.000 Toten im Jahr in Deutschland werden rund 45% eingeäschert, in manchen Regionen im Osten Deutschlands sind es 90% (taz 21./22.11.09 S.19)

- in Zwickau 97% Feuerbestattungen, 3% Erdbestattungen (Freie Presse Chemnitz 20.11.09 S.11)
- TOD. Die Inuit unterschieden zwischen drei Todesarten. Erstens: dem Tod durch Krankheit, verursacht von böswilligen Geistern. Zweitens: dem Tod auf der Jagd. Ein Grund, in Liedern ehrenvoll erwähnt zu werden. Drittens: dem freiwilligen Tod zur Erhaltung der Gemeinschaft. Dieser Tod wurde besonders verehrt - der durch Erdrosseln oder Erfrieren Verstorbene wurde über Generationen in Liedern und Legenden gepriesen. (taz16.12.2010 S.13)
- In Sachsen werden fast alle Verstorbenen in Urnengräbern beigesetzt. „90 Prozent der Bestattungen sind Feuerbestattungen“, sagte der Vorsitzende der Landesinnung der Bestatter Sachsens; Preisliste für Feuerbestattungen fängt bei rund 1350 Euro an, Erdbestattungen kosteten mindestens 1500 Euro (Freie Presse Chemnitz 28.1.2012 S.2)
- „Zu blau der Himmel“
 Jeder wird sterben, die Frage ist nur: wie? Qualvoll im Krankenhaus? Dement im Heim? Das Tabu um das Thema Tod bröckelt - und es gibt gute Ideen für ein Sterben ohne Angst. Es ist Zeit, darüber zu reden.;
 Sterben macht Höllenangst.
 Auch deshalb reden die meisten Menschen nicht gern darüber. Aber sie sollten es tun, dringend, das ist die neue Idee: Lasst uns übers Sterben sprechen. Und zwar oft und ausführlich, so, wie man sich über Kindererziehung und Liebesdinge unterhält. Mehr noch: Am besten plant jeder schon mal sein eigenes Sterben - so, wie man sich auf Geburten vorbereitet. Mit allen Beteiligten reden, sich von einer Fachkraft beraten lassen, und die Aufgaben für den Tag X verteilen.
 Mit Sprechen und Planen kriegt man die Angst weg. Und vorbereitet und angstfrei stirbt es sich besser. Wer darüber redet, beginnt, den Tod als Teil des Lebens zu begreifen. Wer fragt und zuhört, erfährt, dass er entgegen aller Erwartung vieles selbst bestimmen kann auf dem Weg zu seinem Ende.
 Es gäbe dann auch mehr Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen, so dass alle, die sich kümmern, besser wüssten, ob sie beispielsweise einer Beatmung zustimmen sollen. Das heißt: Mehr Menschen würden ohne Qualen und in Würde abtreten. Es gäbe eine neue Sterbekultur.;
 ... zwei Drittel der Deutschen glauben laut einer aktuellen TNS-Emnid-Umfrage, die Gesellschaft verdränge das Thema Tod "eher" oder sogar "sehr". Zu nah darf er jedenfalls nicht kommen, das bewiesen im Februar einige Hausbesitzer im Hamburger Süden, die gegen ein Hospiz in ihrer Nachbarschaft protestierten.
 Wenige Leute haben einen Plan, wie mit ihnen verfahren werden soll, wenn ein Herzinfarkt sie fällt. Und kaum jemand hat sich überlegt, was geschehen soll, wenn er schwer erkrankt: Zwölf Prozent der Deutschen haben eine Patientenverfügung verfasst, gerade einmal acht Prozent eine Vorsorgevollmacht.;
 So hofft laut einer SPIEGEL-Umfrage die große Mehrheit von 67 Prozent auf einen schnellen Tod, beispielsweise durch Herzinfarkt (siehe Grafik Seite 114). Dabei ist ein solcher Abgang nicht einmal 5 von 100 Menschen vergönnt.
 Mehr als ein Viertel der Befragten bevorzugt einen nicht allzu langsamen Tod durch Krankheit bei guter medizinischer Versorgung, so, dass sie noch ein bisschen leben und dann Abschied von ihren Liebsten nehmen können. Tatsächlich wird, schätzt Palliativmediziner Borasio, jeden Zweiten dieser Tod ereilen. Es überrascht nicht, dass fast niemand verwirrt aus dieser Welt scheiden will. Dabei trifft genau dieses Schicksal sehr, sehr viele Menschen: mehr als ein Drittel, Tendenz steigend. In 20 Jahren werden knapp zwei Millionen demenzkranke Deutsche ihrem Ende entgegendämmern. Die Wahrscheinlichkeit dazugehören ist hoch.
 Jedem zweiten Mann in Deutschland wird es so ergehen wie Michael Bacher, er wird laut einer Statistik der Krankenkasse Barmer GEK an seinem Lebensende auf Pflege angewiesen sein. Bei den Frauen sind es sogar drei von vier. 2,4 Millionen Menschen in Deutschland bedürfen der Pflege, davon 750 000 in Heimen.;
 Der "Aufbahrungsraum" ist das Totenzimmer der Sonnweid, eines Demenzheims in der Nähe von Zürich. Es riecht nach Maiglöckchen.
 Die Sonnweid beherbergt 150 Menschen mit Demenz und ist selbst für großzügige Schweizer Verhältnisse etwas Besonderes. Und das liegt nicht am Geld. Der Pflegeschlüssel ist mit eins zu drei in der Schweiz normal. Die Art der Betreuung ist außergewöhnlich. "Unsere Bewohner sind dement, aber nicht bescheuert", lautet das Credo des Sonnweid-Chefs Michael Schmieder. Und deshalb sieht das Heim anders aus als die meisten anderen Einrichtungen dieser Art, die mit Mobiliar aus den Fünfzigern ihre Patienten in die Kindheit zurückversetzen wollen. Die Sonnweid wirkt wie ein modernes Hotel, hell und funktional.
 Niemand kann die Menschen, die hier sind, heilen; ihr Weg ist ein langes Driften ins Vergessen, am Ende kann das Hirn nicht einmal mehr die Motorik steuern. Die Sonnweid setzt dagegen: maximale Lebensqualität. Jeder Bewohner soll das bekommen, was ihm Freude macht, hier und jetzt. Es ist

wichtig, dass er die Lieder, die er liebt, mitsummen kann, dass er die Speisen, die ihm schmecken, zu essen bekommt. Die Krankenakte jedes Patienten vermerkt die Lieblingsdüfte, die Lieblingsmusik, die Lieblingsgerichte. Wenn ein Mensch nur Süßes mag, dann kocht ihm die Küche eben nur Süßes.; Frau Bee kaut jetzt, immer noch mit geschlossenen Lidern. Dann, plötzlich, schlägt sie die großen grauen Augen auf. "Jetzt sind Sie wach, gell, Frau Bee?", zwitschert die Pflegerin, "draußen regnet's, es ist Mai." Florije Isufi weiß weder, ob Frau Bee sie versteht, noch ob sie den Regen registriert. "Aber sie hört mich", sagt Isufi, die blonde Albanerin, auf Schweizerdeutsch, das bei ihr immer so klingt, als lächle sie.

Fünfmal am Tag bekommen die Oasenbewohner Essen, eine stundenlange Prozedur. Niemand wird per Magensonde ernährt. "Unsere Bewohner haben das Recht, die Nahrungsaufnahme zu verweigern", sagt Isufi, für sie ist das ein Menschenrecht.

Die Pflegerin ist überzeugt, dass Frau Bee noch Lebensfreude empfindet. "Sie leidet nicht", sagt Isufi, "darauf achten wir sehr." Frau Bee bekommt Morphiumtropfen gegen den Schmerz in den verkrampften Muskeln.

Neulich dachten sie schon, es wäre soweit. Frau Bee verweigerte das Essen. "Aber wir kontrollierten erst mal, ob sie Schmerzen im Mund hat." Der Zahnarzt kam und fand die Ursache der Appetitlosigkeit: einen faulenden Zahn. Seitdem der gezogen wurde, isst Frau Bee wieder.;

Jedes Jahr legen Ärzte in Deutschland 140 000 PEG-Sonden, viele Demenzpatienten werden auf diese Weise künstlich ernährt. Ebenso ist es gängige Praxis, Sterbenden künstlich Flüssigkeit zuzuführen. "Beides ist in der Regel nicht notwendig", erklärt Palliativmediziner Borasio, "und sogar schädlich." Alle Studien dazu zeigten, dass es den Dementen dadurch nicht bessergehe. Im Gegenteil: Die Sonde begünstigt Infektionen.

Keinen Hunger und keinen Durst mehr zu verspüren gehört dazu, wenn der Körper sich nach und nach herunterfährt, wenn's aufs Ende zugeht. Nur der Mund muss befeuchtet werden, dazu genügen ein Schwämmchen und ein paar Tropfen; ansonsten geht es den Sterbenden sogar schlechter, wenn man ihnen Flüssiges in die Venen schleust.

Es komme nicht selten vor, berichtet Borasio, dass Schwerkranke bewusst auf Wasser und Nahrung verzichteten, wie Michael Bacher im Maria-Stadler-Haus, um schneller zu sterben. Und es funktioniert: Die Mehrheit dieser Männer und Frauen scheidet innerhalb von 15 Tagen dahin, sie sterben einen friedlichen Tod.

Borasio möchte, dass mehr Ärzte und Pfleger solche Patientenentscheidungen respektieren. Sein Konzept dafür heißt: "liebevolleres Unterlassen".;

Palliativbehandlung, denken viele, sei bloß eine Methode, um Schmerzen zu lindern. Doch Palliativversorgung kümmert sich nicht nur um die körperlichen Beschwerden der Patienten, sondern um alles, was Wohlbefinden ausmacht, was es braucht für ein friedliches Ende.;

Deswegen bedeutet Palliativversorgung auch das Ende der Allmacht des Arztes. Und es schränkt die Herrschaft der Pharmakonzerne ein, die einen großen Teil ihres Umsatzes mit Medikamenten für Patienten im letzten Lebensjahr machen. Palliativmedizin ist eine Rebellion gegen das medizinische Establishment.;

dass es jetzt eine mobile Palliativversorgung in Deutschland gibt. Die sogenannten SAPV-Teams können den sehnlichsten Wunsch vieler Schwerstkranker erfüllen: in den eigenen vier Wänden zu sterben, die Krankenkasse zahlt.

Dafür organisieren sie Rollstühle, Liegehilfen, Krankenbetten oder Pflegerinnen und Physiotherapeuten. Sie geizen nicht mit Morphin gegen Schmerzen oder Atemnot, sie verabreichen Neuroleptika, wenn die Patienten delirieren.

Die Mitarbeiter der Mobilteams verfassen für ihre Patienten Briefe an Krankenkassen oder besorgen noch einmal eine Karte für ein Champions-League-Spiel des FC Bayern München. Was sonst Wochen dauert, geht hier oft in Stunden. Alle wissen: Wer schwerstkrank ist, hat keine Zeit mehr.

In Deutschland arbeiten bereits mehr als 200 SAPV-Teams. Sie sind eine Art Hospiz auf Rädern mit 24-Stunden-Rufbereitschaft. Notärzte ohne Blaulicht.;

Die Philosophie des Münchner Palliativteams heißt: "Talk about the elephant in the room". Zu Deutsch: nicht drum herumreden. Dieser Mensch stirbt, und zwar bald.;

Wenigstens soll die Zeit nun nicht ungenutzt verstreichen. Die Kranke redet viel, vor allem mit den Mädchen, und sie freut sich über jede neue Freundschaft, die sie schließt - auch dafür hatte sie früher kaum die Muße. Ihre letzte Eroberung ist die Frau, die sie unter die Erde bringen wird. "Ja, wirklich", sagt sie, halb verlegen, halb stolz, "ich habe mich mit meiner Bestatterin angefreundet."

Es gab viel zu besprechen, die Grabstätte, den Blumenschmuck, das Zeremoniell. Und unversehens kamen die beiden einander übers Geschäftliche näher.

Die Beerdigung ist Frau Heinrichs letztes großes Projekt. "Das wird meine Feier", sagt sie. Die Todesanzeige ist geschrieben, die Musik ausgesucht, etwas für Orgel und Sänger, und auch die Grabrednerin ist instruiert. Sie wird ein Gedicht vortragen und dann einen Brief hervorziehen: Die Verstorbene wendet sich noch einmal an ihren Mann und die beiden Töchter.

Anfangs wollte Karina Heinrich zu Hause bleiben bis zum Ende, aber das wäre wohl, nach den langen Jahren der Krankheit, über die Kräfte ihrer Angehörigen gegangen. "Ich habe gesehen, dass ich meine Familie schützen muss", sagt sie. "Die Mädchen sagen, sie könnten nie wieder das Zimmer betreten, in

dem ich gestorben bin. Mein Mann würde wohl das ganze Haus verkaufen."

Zu Hause muss nicht immer der beste Ort sein, um gelassen den Tod zu erwarten. Alles dort erinnere die Sterbenden an ihr vergangenes Leben, mit dem sie noch vielfach verstrickt sind, sagt Hospizleiterin Seyfried. "Hinzu kommt, dass oft ständig die Türen gehen: der Pflegedienst, die Familie, die Nachbarn, die Freunde." Im Hospiz dagegen empfängt die Übersiedler ein aufgeräumtes Zimmer und die fürsorgliche Neutralität einer Herberge. "Viele kommen hier leichter zur Ruhe", glaubt Seyfried. "Sie müssen sich ja lösen."

(Der Spiegel 22-2012 S.110ff. - <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-85913063.html>)

- S.40ff.: Dominik Groß: Zum Wandel im Umgang mit der menschlichen Leiche ...
Lässt die Erdbestattung bereits eine zunehmende Zahl von Wahlmöglichkeiten zu, so gilt dies für die Feuer- beziehungsweise Urnenbestattung in weit größerem Maße. 1998 lag der Prozentsatz der Feuerbestattungen bei knapp 40 Prozent; in östlichen und nördlichen Bundesländern beträgt er inzwischen über 50 Prozent;
In jüngster Zeit werden im Rahmen von Naturbestattungen auch schnell abbaubare Urnen eingesetzt; manchmal wird sogar ganz auf Urnen verzichtet. Findet die Beisetzung im Wurzelbereich von Bäumen statt, spricht man von Baumbestattung. Vor der amerikanischen Ostküste wird mittlerweile auch eine Korallenriff-Bestattung angeboten. Bei der Almwiesenbestattung wird die Asche des Verstorbenen an einer bestimmten Stelle auf einer Almwiese in der Schweiz in die Erde eingebracht. Einer zunehmenden Beliebtheit unter den Bestattungsformen erfreut sich die Naturverstreung. So besteht beispielsweise in der Schweiz die Möglichkeit, die Asche auf ausgewiesenen Aschestreuwiesen zu verstreuen. Bei der Himmelsbestattung wird die Asche aus der Luft verstreut. Im Rahmen einer Seebestattung wird die Asche des Verstorbenen in einer wasserlöslichen Urne der See übergeben. Die Übergabe erfolgt in der Regel in gesondert ausgewiesenen Gebieten in der Nord- oder Ostsee, auf speziellen Wunsch aber auch in allen Meeren der Welt. Die Zahl der Seebestattungen lag in Deutschland am Ende des 20. Jahrhunderts bei etwa 5000 jährlich;
Eine größere quantitative Bedeutung kommt der Verwahrung der Asche im Privatbereich zu. Zwar verbietet der Friedhofszwang in Deutschland die Möglichkeit, die Asche eines Verstorbenen im Privatbereich aufzubewahren, doch steigt die Zahl der Menschen, die diese Regelung umgehen. Die Einäscherung muss hierbei entweder im Ausland vorgenommen werden, oder dem deutschen Krematorium geht eine ausländische Urnenanforderung zu. Das Krematorium verschickt daraufhin die Asche in der Regel ohne weitere Formalitäten per Post ins Ausland. Wird von den lokalen Behörden zur Ausstellung der Bestattungserlaubnis der Nachweis einer Grabstätte im Ausland gefordert, werden oftmals kostengünstige ausländische Verstreungsgrabstätten angegeben. Anschließend holen Angehörige die Asche entweder selbst im Ausland ab oder sie wird ihnen vom ausländischen Bestatter per Post zugeschickt. Aufgrund der beschriebenen Praxis gewinnt die Verwahrung der Totenasche im Privatbereich zunehmend an Bedeutung – auch vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Kosten für diese Art der privaten „Bestattung“ vergleichsweise niedrig sind. Von der Verwahrung der Asche in einer Schmuckurne im Wohnzimmer, über die Beisetzung im eigenen Garten bis zur Aufbewahrung eines Teils der Asche in einem Amulett eröffnen sich hier vielfältige Optionen.
(Bundeszentrale für politische Bildung; Aus Politik und Zeitgeschichte; 20-21/2011 16.5.2011: „Organspende und Selbstbestimmung“; <http://www.bpb.de/files/4PRV56.pdf>)
- Verbrennen liegt im Trend. Im vergangenen Jahr wurde jeder zweite der knapp 852.000 Verstorbenen in Deutschland in einem Krematorium verbrannt. Noch Mitte der 1990er Jahre war es erst jeder dritte. Den Trend erklärt Lichtner damit, dass die klassische Erdbestattung im Sarg für viele zu teuer werde, schließlich müssten die Angehörigen über Jahre hinweg für das Fleckchen Erde auf dem Friedhof zahlen. Zudem gebe es für eine Urne mit Asche neben See- und Waldbestattung viele weitere Varianten der Beisetzung. Bis hin zur letzten Reise in den Weltraum seien der Fantasie keine Grenzen gesetzt. Immer mehr Menschen wünschen sich auch eine umweltverträgliche Bestattung und kaufen Säрге aus Pappe, Bestattungswäsche aus Naturfaser oder Urnen aus Kartoffelstärke. "Die Nachfrage nach Ökoprodukten steigt", bestätigt Lichtner.
(taz 25./26.8.2012 S.07)
- Sterben und sterben lassen
Die Palliativmedizin kann das Ende des Lebens einfühlsamer gestalten als in Kliniken üblich. Deutschland ist darin ein Entwicklungsland.;
Technisch gesehen, ist der "Sterbevorgang" durch unser Gesundheitswesen perfekt durchorganisiert. Übersehen werden dabei jedoch die urmenschlichen Bedürfnisse in einer ultimativen Situation: keine Angst haben müssen, von Schmerzen und von Atemnot befreit werden, Nähe erleben, Zuwendung bekommen, letzte Fragen klären können.
Die Palliativmedizin kennt die Antworten auf diese Fragen. Nach aufreibenden Kämpfen ist sie seit 2010 endlich auch Teil der Medizinerbildung, und immer mehr Experten erkennen, wie wichtig es ist, die Erkenntnisse dieser Spezialdisziplin in der Praxis umzusetzen. Doch während in Nachbarländern wie Großbritannien Palliative care längst verbreitet und anerkannt ist, hinkt Deutschland hinterher. Das ist offenbar jetzt auch im Bundesgesundheitsministerium erkannt worden. Auf dessen Initiative traf sich jetzt

im Juli erstmals das Forum Palliativversorgung. "Wir wollen zur weiteren Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung beitragen", erklärte Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz.

Es ist höchste Zeit. Bislang haben zahlreiche Einwände den Durchbruch verhindert – juristische, medizinische und, ja, auch wirtschaftliche, die meist nur hinter vorgehaltener Hand benannt werden. Jeder kennt die Panik älterer Menschen vor der Klinik und deren Apparatemedizin. Wenn es zu Ende gehen muss, dann im eigenen Bett, zu Hause. Tatsächlich schafft das nur etwa jeder vierte Sterbende. Für die überwiegende Mehrzahl ist das Krankenhaus oder das Hospiz die letzte Station.;

Schwer fällt es den meisten Ärzten hingegen, etwas nicht zu tun, also eine Behandlung zu unterlassen, solange sie noch möglich ist. Der Chefarzt, der den Angehörigen der Patientin M. die Magensonde empfiehlt, weiß sich auf der sicheren Seite: Der Pflegeaufwand für diese Patientin wird geringer, und er kann darauf verweisen, dass "sie nicht verhungert". Dass diese Maßnahme den betreffenden Menschen aber – wenn auch in bester Absicht – am friedlichen Sterben hindert, hat man inzwischen noch nicht überall eingesehen.;

Trotzdem bedeutet Palliativmedizin keineswegs nur Unterlassung, sondern unter Umständen auch Hightech-Versorgung.

Angst vorm Sterben ist häufig verbunden mit der Vorstellung von schrecklichen Schmerzen. Es kann keine Diskussion darüber geben, dass solche Schmerzen unter allen Umständen unterbunden werden sollten. Das hat Priorität. Deutlich häufiger als der Schmerz quält viele Sterbende allerdings eine schwere Atemnot. "Es ist genau dieses Symptom, das schwerste existenzielle Ängste auslöst", hat Borasio festgestellt. Das wirksamste Medikament dagegen ist Morphin. Doch immer noch scheuen sich viele Ärzte, es einzusetzen – weil sie im Umgang damit unerfahren sind.;

Wenn ein Mensch erfährt, dass es keine Heilung mehr für ihn gibt, wird er überlegen, was zu tun bleibt – eine Reise, eine Versöhnung, die Klärung finanzieller Angelegenheiten. Seit 2008 hat jeder unheilbar Erkrankte, dessen Lebenszeit erkennbar begrenzt ist, Anspruch darauf, von einem SAPV-Team für "Spezialisierte ambulante Palliativversorgung" betreut zu werden. Es sind kompetente Mischtrupps, bestehend aus besonders qualifizierten Ärzten, Pflegern und einer "Koordinationskraft", erfahren im Umgang mit den Patienten wie mit ihren Familien. Ergänzend zum Pflegedienst sorgen diese Teams dafür, dass zu Hause alles Notwendige für den Patienten getan wird – etwa auch dafür, dass er nicht unnötig in ein Krankenhaus eingewiesen wird und seine Familie sich betreut fühlt. Noch gibt es nicht einmal in allen deutschen Großstädten solche Palliativteams – auch die Krankenkassen sind schuld daran, weil sie hohe Hürden aufbauen, um diese Gruppen anzuerkennen und ihre Leistungen abzurechnen.;

Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland verboten – darüber herrscht nach wie vor Konsens. Erlaubt ist hingegen bei Zustimmung des Patienten oder seines Betreuers, Medikamente zu geben, die Schmerzen lindern, als Nebenwirkung aber unter Umständen sein Leben verkürzen können. Man nennt es auch "indirekte Sterbehilfe". Des Weiteren kann der Kranke ausdrücklich darum bitten, dass bestimmte Behandlungen beendet werden, wenn diese Maßnahmen den Eintritt des Todes lediglich verzögern. So entschied der Bundesgerichtshof bereits im Jahr 2003: "Die Beibehaltung einer Magensonde und die mit ihrer Hilfe ermöglichte künstliche Ernährung sind fortdauernde Eingriffe in die körperliche Integrität des Patienten. Solche Eingriffe bedürfen grundsätzlich der Einwilligung des Patienten." Und er formulierte eine unabweisbar gute Begründung dafür. Die Pflicht, lebensverlängernde Maßnahmen zu unterlassen, folge nämlich aus "der Würde des Menschen". Dessen Selbstbestimmungsrecht ist auch dann noch oberstes Gebot, wenn er zu eigenverantwortlichem Handeln nicht mehr in der Lage ist.;

gerade jetzt kümmert sich etwa eine Million Menschen hierzulande um sterbende Angehörige. Nicht nur ein paar Tage lang, denn drei Viertel der Todesfälle in Deutschland sind auf chronische Erkrankungen zurückzuführen: Herz-Kreislauf-Leiden, Schlaganfall, Diabetes und Atemwegserkrankungen.

(Die Zeit 25.7.2013 S.50 <http://www.zeit.de/2013/31/palliativmedizin-deutschland-tod>)

Sterbebegleitung, Sterbehilfe

- aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht ...
die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein [Beihilfe zur Selbsttötung] ...
bei Maßnahmen zur Linderung des Leidens kann eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden [indirekte Sterbehilfe]...
[passive Sterbehilfe] ↓
Sterbenden (Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist) ist so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können;
Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden ...
Patienten mit infauster Prognose (die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis in absehbarer Zeit sterben werden): Änderung des Behandlungszieles zulässig, wenn das dem Willen des Patienten entspricht
(auch anwendbar auf:
 - + Neugeborene mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht
 - + extrem unreife Kinder und Neugeborene mit schwersten Zerstörungen des Gehirns ...
 Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom = Wachkoma) haben Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung (unter Beachtung ihres geäußerten oder mutmaßlichen Willens); bei Eintritt in die Sterbephase oder infauster Prognose (s.o.) gelten die dort dargelegten Grundsätze;
(Bundesärztekammer 2004: „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“, Dtsch. Ärzteblatt 7.5.04)
- (31) palliative care = schmerzlindernde Fürsorge;
(33) Umfrage bei 1200 ChefärztInnen an 122 neonatologischen Intensivstationen in Europa; beeindruckend ist die Tatsache, dass die aktive Sterbehilfe („Verabreichen von Medikamenten mit dem Ziel der Lebensbeendigung“) auf Neugeborenenstationen ausschließlich in den Niederlanden (47%) und in Frankreich (73%) in breitem Umfang praktiziert wird, in IT, SP, D, GB, Schweden nur von 2-4%;
(37) in der Schweiz etwa 300 Fälle jährlich Beihilfe zur Selbsttötung;
(Aus Politik und Zeitgeschichte B23/24-2004 S.31)
- (14) nach den Ergebnissen einer repräsentativen Befragung deutscher Ärzte von 1996 wird die Frage, ob sie Fälle aktiver Sterbehilfe während ihrer Berufsausübung erlebt hätten, von nur 6,4% der Krankenhausärzte und von 10,5% der niedergelassenen Ärzte bejaht;
(16) nach ärztlichen Schätzungen sollen immerhin 5 % aller Krebschmerzen im Endstadium auch durch die beste Palliativbehandlung nicht kontrollierbar sein;
(17) wann eine Behandlung bei NICHT Urteilsfähigen abgebrochen wird, ist in Deutschland nicht reguliert; liegt weitgehend in der Entscheidungshoheit des Arztes;
(22ff) Sterbehilfe in den Niederlanden;
es ist nicht erforderlich, dass sich der Patient in der Sterbephase seiner Krankheit befindet, nicht einmal, dass er eine infauste Prognose hat;
Bericht schätzt für 2001 den Prozentsatz der (amtlich) gemeldeten Fälle von Sterbehilfe auf 54% (eine Erklärung: Grauzone zur terminalen Sedierung, Gabe von Morphin und Dormicum);
(50) als alternative, durchaus auch „aktive“ Form der Sterbehilfe kommt hingegen – sowohl in der Debatte wie auch in der Praxis z.B. der Palliativmedizin – immer häufiger die so genannte terminale Sedierung vor. Mit einer gesteigerten Dosis z.B. von Morphin in Kombination mit starken Sedativa (Beruhigungs- bzw. Schlafmitteln) kann damit beim unheilbar schwerkranken Patienten ein „friedvolles“ Hinüberdämmern“ bewirkt werden
(humanismus aktuell 8/2004)
- In Belgien bisher 203 Fälle aktiver Sterbehilfe registriert
(Sonntag 30.11.03)
- Morphinverbrauch in D. 20 x so hoch wie 1985: heute 18 kg pro 1 Million Einwohner
(ZEIT 7.4.04 S.62ff)
- (19) Palliativmedizin wurde in die neue Approbationsordnung für Ärzte aufgenommen (gültig seit Oktober 2003); aber noch ist sie nicht Pflichtlehr- und Prüfungsfach
(Woche für das Leben 2004: Materialheft „Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens“)
- Ich will nicht ausschließen, dass es Grenzfälle gibt, die auch heute noch nicht, trotz aller Palliativmedizin, so in den Griff zu bekommen sind, dass die Menschen ein erträgliches Leben führen können Unser Gesetz kennt die Gerichtsfigur des übergesetzlichen Notstandes und ich denke, wenn in solchen Grenzfällen jemand aus Verantwortung vor seinem Gewissen und Verantwortung vor dem Menschen

diesen Schritt geht, wird auch heute in Deutschland kein Richter ein Verfahren einleiten.

(Ulrich Eibach in: Evangelische Verantwortung 2/04 S.1ff)

- anders als in Holland ist in Deutschland die Beihilfe zur Selbsttötung nicht mit Strafe bedroht; (taz 28.11.03)
- Cicely Saunders: 95 % der Krebskranken können bei hinreichender Morphiumgabe schmerzfrei bleiben; bei den restlichen 5 % würden Beruhigungsmittel helfen (ZEIT 10.4.03 S.40)
- Fall Terry Schiavo USA:
auch in Deutschland kann die Magensonde einer Wachkoma-Patientin entfernt werden, wenn dies dem geäußerten oder mutmaßlichen Willen der Frau entspricht; (taz 23.3.05)
- zum Fall Terry Schiavo USA:
Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung fordern bei der Durchführung lebensverlängernder Maßnahmen bei Patienten im Wachkoma die „Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens“;
Ehemann von T.S. hatte drei Jahre nach dem Unfall die Diagnose PVS (Wachkoma) akzeptiert; überzeugt davon, dass seine Frau nicht in einem solchen Zustand hätte leben wollen, setzte er sich als ihr gesetzlicher Vertreter für die Beendigung der Sondenernährung ein; alle Gerichte gaben ihm Recht; es ging nur darum, den mutmaßlichen Willen von T.S. zu akzeptieren;
Umfrage in Deutschland unter Ärzten und Krankenschwestern und Altenpflegerinnen:
54,88% für Veränderung der Gesetzeslage in Deutschland nach niederländischem Vorbild = für Legalisierung der aktiven Sterbehilfe; 64,79% der Überzeugung, dass es unter bestimmten Umständen gerechtfertigt ist, das Leben eines Menschen im Wachkoma aktiv zu beenden (70,38% der Krankenpflegerinnen; 51,53% der ÄrztInnen)
(Dtsch. Ärzteblatt 29.7.05 S. A2079ff)
- Fall Terry Schiavo
+ Tod 31.3. 2005:
Patientin 41 Jahre alt,
seit 15 Jahren im Wachkoma;
damals nach einem Herzstillstand für immer das Bewusstsein verloren;
jetzt Magensonde entfernt
+ Bischof Lehmann: „Menschen einfach verhungern zu lassen, das ist ethisch nicht erlaubt“
Vatikan: MORD!
(künstliche Ernährung zählt aus katholischer Sicht zu den „natürlichen Mitteln der Lebenserhaltung“)
+ Bundesärztekammer (Richtlinien zur ärztlichen Sterbebegleitung):
Ernährung mittels Magensonde ist medizinische Behandlung;
dagegen ist das „Stillen von Hunger und Durst“ Basisbetreuung;
+ Obduktion ergibt: alle Gehirnregionen für Empfinden, auch Schmerz und Hunger, längst unwiderruflich abgestorben
+ in Deutschland jedes Jahr einige Dutzend solcher Fälle, in denen Sterben von Wachkoma-Patienten auf genau diese Weise zugelassen wird
(Spiegel 52/2005 S.134; 14/2005 S.152ff)
- für die katholische Kirche gehört die künstliche Ernährung – trotz des sprachlichen Widerspruchs – zu den „natürlichen Mitteln der Lebenserhaltung“
(taz 2.4.05)
- Studie in LANCET, dass in 6 europäischen Ländern zwischen 20 und 50% der unheilbar Kranken Sterbehilfe beanspruchen
(Dtsch. Ärzteblatt 10.1.05 S.A28)
- 2005 sind in Großbritannien fast 3000 Menschen aufgrund ärztlicher Maßnahmen gestorben, in knapp tausend Fällen handelte es sich um freiwillige Euthanasie, also Tötung auf Verlangen; in den übrigen 2000 Fällen beendeten die Ärzte das Leben ohne den ausdrücklichen Wunsch des Patienten; Tod durch Einstellung ärztlicher Behandlung in 180.000 Fällen (30% aller Todesfälle); ein Drittel aller verstorbenen Patienten (knapp 200.000) bis zu ihrem Tod mit Morphium behandelt
(taz 19.1.06)
- **Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) unter deutschen Ärzten zu verschiedenen Formen der Sterbehilfe**

Fragestellung	Ärzte der DGP	andere Ärzte
gut vertraut mit den in der Sterbehilfedebatte geläufigen Begriffen sind	76 %	49 %
es sind vertraut mit		
a) den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“	64,5 % 61,4 %	26,7 % 42,4 %

b) den „Handreichungen der BÄK zum Umgang mit Patientenverfügungen“		
ist eine gesetzliche Regelung zur Zulassung aktiver Sterbehilfe wünschenswert? „Zustimmung“ bzw. „teilweise Zustimmung“ (Zustimmung, wenn eigene Erkrankung vorläge)	9,6 % (11,6 %)	26,3 % (30,4 %)
ist eine gesetzliche Regelung zur Zulassung des ärztlich assistierten Suizids bei fortgeschrittener unheilbarer Erkrankung wünschenswert? „Zustimmung“ bzw. „teilweise Zustimmung“ (Zustimmung, wenn eigene Erkrankung vorläge)	25,2 % (29,4 %)	40,1 % (43,5 %)
für Zulassung der „terminalen Sedierung“ bis zum Tod bei unerträglichem Leid	> 90 %	> 90 %
ist eine gesetzliche Regelung wünschenswert für Möglichkeit der Therapiebeendigung in aussichtslosen Krankheitssituationen ohne ausdrückliche Willensbekundung des Betroffenen bzw. der Angehörigen	63,3 %	66,8 %
Maßnahmen aktiver Sterbehilfe bzw. Unterstützung einer Selbsttötung haben selbst durchgeführt	2,5 bzw. 1,1 %	2,5 bzw. 1,1 %
Therapieverzichtsmaßnahmen selbst durchgeführt, ohne dass ausdrückliche Zustimmung des Betroffenen vorlag	> 50 %	> 50 %

(Deutsches Ärzteblatt 2004; 101: A-1077-1078 (Heft 16); Langfassung: www.aerzteblatt.de/plus1604)

- **(96) Nationaler Ethikrat 2006:**

Vorschläge zur Terminologie wichtiger Begriffe im Zusammenhang mit Sterbebegleitung und Sterbehilfe

Der Nationale Ethikrat hält die Begriffe „aktive“, „passive“ und „indirekte Sterbehilfe“ für missverständlich und irreführend. Entscheidungen und Handlungen am Lebensende, die sich mittelbar oder unmittelbar auf den Prozess des Sterbens und den Eintritt des Todes auswirken, können angemessen beschrieben und unterschieden werden, wenn man sich terminologisch an folgenden Begriffen orientiert:

Sterbebegleitung

Mit dem Begriff der Sterbebegleitung sollen Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken und Sterbenden bezeichnet werden. Dazu gehören körperliche Pflege, das Löschen von Hunger- und Durstgefühlen, das Mindern von Übelkeit, Angst, Atemnot, aber auch menschliche Zuwendung und seelsorgerlicher Beistand, die dem Sterbenden und seinen Angehörigen gewährt werden. Ihr Ziel muss es sein, die Fähigkeit des Patienten, den eigenen Willen auch in der Sterbephase zur Geltung zu bringen, so lange zu erhalten, wie es medizinisch möglich, für den Betroffenen erträglich und von ihm gewollt ist.

Therapien am Lebensende

Zu den Therapien am Lebensende zählen alle medizinischen Maßnahmen, einschließlich palliativmedizinischer Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen mit dem Ziel, Leben zu verlängern und jedenfalls Leiden zu mildern. Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird, sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome nicht möglich ist. Auf den bisher in diesem Zusammenhang verwendeten Begriff der „indirekten Sterbehilfe“ sollte verzichtet werden, weil der Tod des Patienten weder direkt noch indirekt das Ziel des Handelns ist. Wird dagegen eine medizinisch nicht gerechtfertigte Überdosis der entsprechenden Medikamente gegeben, um den Tod des Patienten gezielt herbeizuführen, ist der Begriff der indirekten Sterbehilfe ohnehin unangebracht, weil es sich um die Tötung des Patienten handelt.

Sterbenlassen

Von Sterbenlassen statt von „passiver Sterbehilfe“ wird in dieser Stellungnahme gesprochen, wenn eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den Verlauf der Krankheit bedingte Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre. Das Unterlassen kann darin bestehen, dass eine lebensverlängernde Maßnahme erst gar nicht eingeleitet wird; es kann auch darin bestehen, dass eine bereits begonnene Maßnahme nicht fortgeführt oder durch aktives Eingreifen beendet wird. In manchen Fällen kann es sinnvoll sein, dies durch eine unterschiedlich tiefe palliative Sedierung zu begleiten.

Beihilfe zur Selbsttötung

Verschaffen Ärzte oder andere Personen jemandem ein todbringendes Mittel oder unterstützen sie ihn auf andere Weise bei der Vorbereitung oder Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung, liegt Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) vor.

Tötung auf Verlangen

Wenn man jemandem auf dessen ernsthaften Wunsch hin eine tödliche Spritze gibt oder ihm eine Überdosis an Medikamenten verabreicht oder sonst auf medizinisch nicht angezeigte Weise eingreift, um seinen Tod herbeizuführen, der krankheitsbedingt noch nicht eintreten würde, handelt es sich um

Tötung auf Verlangen. Im Unterschied zur Beihilfe zur Selbsttötung führt hier nicht der Betroffene selbst, sondern ein anderer die tödliche Handlung aus.;

(23) Nach Umfragen finden drei Viertel der Bevölkerung, dass man das Recht haben sollte, sich bei schwerer aussichtsloser Krankheit auf Verlangen töten zu lassen oder ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung in Anspruch zu nehmen, wenn man dies will.;

(28) Fußnote: Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, 94,4 % akzeptieren eine so genannte „terminale Sedierung“ zur Behandlung von anders nicht zu kontrollierendem Leiden am Lebensende; Untersuchung auf Palliativstationen: 14,6 % waren in den letzten 48 Stunden vor ihrem Tod sediert worden, nur in einem Drittel der Fälle erfolgte die Sedierung auf ausdrückliches Verlangen der Patienten;

(35) In Deutschland können sich 30 % von 282 befragten Ärzten Situationen vorstellen, in denen sie in Einzelfällen aus humanitären Gründen aktive Sterbehilfe leisten (Umfrage 2004);

(91) Alle Mitglieder des Nationalen Ethikrates räumen ein, dass Patienten in Situationen aussichtslosen, unbeherrschbaren Leidens geraten können, in denen sie verzweifelt ihren Tod herbeisehnen und, wenn sie diesen nicht selbst herbeiführen können, in der Tötung auf Verlangen den einzigen Ausweg und einen letzten Akt mitmenschlicher Hilfe sehen.

(Nationaler Ethikrat: Stellungnahme Juli 2006 „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ – im Internet unter http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Sterbebegleitung.pdf)

- (5) „**Palliativmedizin** ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (WHO 2002);
- (6,23) bei über 90% der Patienten können selbst im weit fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung durch geeignete Maßnahmen beispielsweise die Schmerzfreiheit oder eine zufrieden stellende Schmerzreduktion erreicht werden; dies ist in der Praxis jedoch nicht der Fall, insbesondere im ambulanten Bereich sind Patienten schmerztherapeutisch noch deutlich unterversorgt;
- (15,26) 2003 in Deutschland: 206 stationäre Einrichtungen (93 Palliativstationen, 113 stationäre Hospize) mit insgesamt 1774 Betten; Summe: 21,5 Betten je 1 Million Einwohner; Bedarf in Deutschland 28,7 bis 35,9 Betten je 1 Mill. Einwohner;
- (29) 2004 bundesweit 1310 ambulante Hospizinitiativen; 45.000 ehrenamtliche Hospizhelfer;
- (43) Belgien: Palliativurlaub für Angehörige und Nahestehende eines Palliativpatienten; Freistellung von der Arbeit max. für 1 Monat;
- (44) Frankreich: jeder Arbeitnehmer hat Recht auf dreimonatigen unbezahlten Urlaub zur Sterbebegleitung von Verwandten ersten Grades sowie jeder anderen in seinem Haushalt lebenden Person; Kündigungsschutz;
- (52) Niederlande: seit 1998 können Arbeitnehmer, die einen terminal kranken Angehörigen pflegen möchten, bezahlten Pflegeurlaub nehmen, mind. 1 Monat, max. 6 Monate; Zustimmung des Arbeitgebers erforderlich, Staat zahlt monatlich maximal 490,54 Euro brutto;
- (59) Schweden: für bis zu 8 Wochen Möglichkeit, einen schwer kranken Familienmitglied oder einen nahe stehenden, nicht verwandten Menschen zu pflegen; Vergütung wie bei eigener Erkrankung;
- (43) In Deutschland ist die Palliativmedizin schon relativ weit ausgebildet (in Europa sind nur Großbritannien, die Schweiz und die Niederlande besser ausgestattet);
- (Deutscher Bundestag, Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, Zwischenbericht 22.6.05: „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“);
- Arzt: Das neurologische Konzept des Wachkomas ist ja: Ein Apalliker hat keinen Hunger, keinen Durst, keine Schmerzen
(Spiegel 46/06 S.170ff)
- Zwischen Leben und Tod
Stufen des Bewusstseins

Kriterium bzw. Krankheits-Bezeichnung →	Hirntod	Koma	vegetativer Zustand	minimaler Bewusstseins-zustand	Locked-in-Syndrom
Schlafrhythmus	-	-	+	+	+
Bewusstheit	-	-	-	geringfügig; instabil	+
motorische Funktion	allenfalls Reflexe	keine gezielten Bewegungen	keine gezielten Bewegungen	minimale; wiederholbare Bewegungen	Lähmung; außer Augenbewegungen
Hirnaktivität	-	um 40-50 % reduziert	um 50-60 % reduziert	um 20-40 % reduziert	normal oder fast normal

Prognose	-	Erholung, vegetativer Zustand oder Tod nach 2-4 Wochen	nach 3 bis 12 Monaten dauerhaft (je nach Ursache)	unbekannt, besser als beim vegetativen Zustand	andauernde Lähmung
----------	---	--	---	--	--------------------

(Spiegel 34/2006 S. 145)

- für extreme Fälle, in denen trotz aller Möglichkeiten der Schmerzbehandlung der Patient unerträglichem Leid ausgesetzt ist: aktive Sterbehilfe tolerieren, von Strafe absehen (Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz: Sterbehilfe und Sterbebegleitung, Bericht 23.4.04)
- Bevölkerung:
Meinungsumfragen in D. zur Zulassung der aktiven Sterbehilfe
- 70% der Bev. dafür, 48% der Ärzte (Dtsch. Ärzteblatt 3.9.04 S.A2362)
- 73% dafür (Spiegel 42/05 S.19)
- Stern 2005: 74% dafür; Deutsche Hospiz Stiftung 2005: 35% dafür (SZ 21.10.05)
- Fall Dignitas (Schweiz)
Einrichtung eines Beratungsbüros in Hannover
Verein
Ludwig Minelli Generalsekretär;
nicht-kommerzielle Interessen (dann wäre es in der Schweiz verboten);
Zweck: Mitgliedern menschenwürdiges Leben wie Sterben zu sichern;
Patientenverfügungen wasserdicht machen und durchsetzen;
auch Freitodhilfe;
76 Euro Eintrittsgebühr; jährlich freiwilliger Mitgliedsbeitrag;
5000 Mitglieder
+ nicht Helfer sollen Sterbewillige töten, sondern: Beihilfe zur Selbsttötung
+ 1100 bis 3000 SF Einweg-Fahrt in die Schweiz
+ Gespräche: Urteilsfähigkeit prüfen; Druck anderer ausschließen;
+ Schlafmittel Natrium-Pentobarbital (15 Gramm; Schlaf, der schmerzlos in den Tod übergeht); Patient führt selbst den Becher zum Mund;
Vorgang wird gefilmt
+ seit 1996 haben 453 Personen das Angebot genutzt,
davon 253 aus Deutschland
+ 1108 Euro für Betreuung und Todesdosis
+ darf in Deutschland keine Giftcocktails verabreichen, allenfalls für den Tod in der Schweiz werben
+ auch psychisch Kranke werden nicht abgewiesen
(Spiegel 40/2005 S.42, Dignitas Internet; Bericht ZEIT 8.12.05 S.17ff; taz 8.10.05)
- Uniklinik in Lausanne akzeptiert für Patienten Freitodbegleitung durch Verein EXIT (taz 19.12.05)
- Das Schweizer Bundesgericht hat das Recht auf begleitete Selbsttötung als Grundrecht anerkannt. Auch psychisch Kranken steht dieses Recht zu, allerdings müssen sie urteilsfähig sein und die Verabreichung des für den Suizid nötigen Medikaments darf nur mit äußerster Zurückhaltung und nach eingehender Abklärung erfolgen. Das Urteil wurde gestern von der Sterbehilfeorganisation Dignitas veröffentlicht. (Freie Presse Chemnitz 3./4.2.07)
- (50ff) Die Irrenhäuser nehmen alljährlich an Zahl und Umfang zu; allenthalben entstehen Sanatorien, in denen der gehetzte Kulturmensch Zuflucht und Heilung von seinen Übeln sucht. Viele von diesen Übeln sind völlig unheilbar, und viele Kranke gehen dem sicheren Tode unter namenlosen Qualen entgegen. Sehr viele von diesen armen Elenden warten mit Sehnsucht auf ihre „Erlösung vom Übel“ und sehnen das Ende ihres qualvollen Lebens herbei; da erhebt sich die wichtige Frage, ob wir als mitfühlende Menschen berechtigt sind, ihren Wunsch zu erfüllen und ihre Leiden durch einen schmerzlosen Tod abzukürzen ...
Ich gehe von meiner persönlichen Ansicht aus, dass das Mitleid (Sympathie) nicht nur eine der edelsten und schönsten Gehirnfunktionen des Menschen, sondern auch eine der ersten und wichtigsten sozialen Bedingungen für das gesellige Leben der höheren Tiere ist. ...
man sollte das hehre Gebot der Nächstenliebe nicht auf den Menschen allein beschränken, sondern auch auf seine „nächsten Verwandten“, die höheren Wirbeltiere, ausdehnen, und überhaupt auf alle Tiere, bei denen wir auf Grund ihrer Gehirnorganisation bewusste Empfindung, das Bewusstsein von Lust und Schmerz annehmen dürfen. ...
Treue Hunde und edle Pferde, mit denen wir jahrelang zusammen gelebt haben, und die wir lieben, töten wir mit Recht, wenn sie in hohem Alter hoffnungslos erkrankt sind und von schmerzlichen Leiden gepeinigt werden. Ebenso haben wir das recht oder, wenn man will: die Pflicht, den schweren Leiden unserer Mitmenschen ein Ende zu bereiten, wenn schwere Krankheit ohne Hoffnung auf Besserung ihnen

die Existenz unerträglich macht, und wenn sie uns selbst um „Erlösung vom Übel“ bitten. ...

Als ein traditionelles Dogma müssen wir auch die weitverbreitete Meinung beurteilen, dass der Mensch unter allen Umständen verpflichtet sei, das Leben zu erhalten und zu verlängern, auch wenn dasselbe gänzlich wertlos, ja für den schwer Leidenden und hoffnungslos Kranken nur eine Quelle der Pein und der Schmerzen, für seine Angehörigen ein Anlass ständiger Sorgen und Mitleiden ist. Hunderttausende von unheilbar Kranken, namentlich Geisteskranke, Aussätzige, Krebskranke usw., werden in unseren modernen Kulturstaaten künstlich am Leben erhalten und ihre beständigen Qualen sorgfältig verlängert, ohne irgendeinen Nutzen für die selbst oder für die Gesamtheit ...

(in Europa mehr als 200000 unheilbare Geisteskranke) ... Welche ungeheure Summe von Schmerz und Leid bedeuten diese entsetzlichen Zahlen für die unglücklichen Kranken selbst, welche namenlose Fülle von Trauer und Sorge für ihre Familien, welche Verluste an Privatvermögen und Staatskosten für die Gesamtheit! Wie viel von diesen Schmerzen und Verlusten könnte gespart werden, wenn man sich endlich entschließen wollte, die ganz Unheilbaren durch eine Morphiumgabe von ihren namenlosen Qualen zu befreien! Natürlich dürfte dieser Akt des Mitleids und der Vernunft nicht dem Belieben eines einzelnen Arztes anheimgestellt werden, sondern müsste auf Beschluss einer Kommission von zuverlässigen und gewissenhaften Ärzten erfolgen. Ebenso müsste auch bei anderen unheilbaren und schwer leidenden Kranken (z.B. Krebskranken) die „Erlösung vom Übel“ nur dann durch eine Dosis schmerzlos und rasch wirkenden Giftes erfolgen, wenn sie ausdrücklich auf deren eigenen, eventuell gerichtlich protokollierten Wunsch geschähe und durch eine offizielle Kommission ausgeführt würde. (Ernst Haeckel: Die Lebenswunder, Alfred Kröner Verlag Stuttgart 1906)

- Ausstellung „Tödliche Medizin“ im Deutschen Hygienemuseum in Dresden;
der Brite Francis Galton hatte 1883 den Begriff der Eugenik, der „guten Geburt“ geprägt;
in den Gaskammern der sechs Euthanasie-Zentren in Deutschland und Österreich starben mehr als 70.000 Frauen und Männer;
am 3. August 1941 protestierte Clemens von Galen, der katholische Bischof von Münster, in einer Predigt gegen die Mordaktion. Derart bedrängt, ließ Hitler das Programm 1941 beenden. Ab sofort wurden die Patienten unauffälliger, in unzähligen Pflegeanstalten des gesamten Reiches umgebracht ... bis 1945 starben schätzungsweise 200.000 Menschen
(ZEIT 12.10.2006 S.45)
- der vor 11 Jahren bei einem Anschlag in Brandenburg schwer verletzte und querschnittsgelähmte Brite Noel Martin hat die Vorbereitungen für seinen angekündigten Freitod abgeschlossen; an seinem 48. Geburtstag, am 23. Juli, will er mit einem Strohhalm einen Giftbecher leer trinken
(taz 24.5.07)
- in Frankreich bekennen sich gerade 2000 Ärzte und Pfleger öffentlich dazu, Patienten auf deren Wunsch hin getötet zu haben;
(ZEIT 29.3.07 S.3)
- Umfrage 100 Befragte für Spiegel:
„Sollten unheilbar Erkrankte mit begrenzter Lebenserwartung ihr Leben mit ärztlicher Hilfe selbst beenden dürfen?“ JA 76%, NEIN 19 %
(Spiegel 15/2007 S. 153)
- Berliner Urologe Uwe-Christian Arnold sieht Sterbehilfe als einen Teil seines Berufes an; zweiter Vorsitzender des Sterbehilfe-Vereins Dignitas in Deutschland; er gibt erstmals öffentlich zu, bereits einer todkranken Frau „einen Tipp gegeben“ zu haben, wie sie sich töten kann; sie hatte eine Morphiumpumpe, ich habe ihr einen Tipp gegeben, wie sie's schafft;
(taz 18.6.07)
- Gestern ist Noel Martin 48 Jahre alt geworden;
eigentlich wollte er zu seinem Geburtstag mit Hilfe der Schweizer Sterbeorganisation Dignitas aus dem Leben scheiden; „Meine letzte Freiheit ist mein Tod“;
(taz 24.7.07)
- Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas will in Deutschland einen juristischen Präzedenzfall schaffen, um die rechtliche Lage bei der Suizidbegleitung zu klären; wir sind auf der Suche nach einem Sterbewilligen und Angehörigen, die bereit sind, das zu machen; finanzielle Folgen einer Strafverfolgung will Dignitas tragen; ein Rechtsanwalt müsste dem Sterbewilligen vor der Tat Urteilsfähigkeit attestieren, die notwendigen Medikamente könnte ein Hausarzt nach und nach verschreiben; wichtig sei, dass der Sterbewillige seinen Angehörigen schriftlich dazu auffordere, keine Hilfe zu leisten
(taz 24.10.07)
- Fallbeispiel zum Sterben eines Kindes, das fast ein Jahr im Wachkoma gelegen hatte;
verunglückte Atemwegsuntersuchung; Atmung ausgefallen, Wiederbelebung; Wachkoma; ohne Beruhigungsmittel Wimmern, Pulsrasen, Krampf; Klinik will Kind – gegen den Willen der Eltern – nicht sterben lassen; Gericht entzieht Eltern das Sorgerecht; Oberlandesgericht entscheidet im Sinne der Eltern; Verfahrenspflegerin schaltet Bundesverfassungsgericht ein; dieses schickt Fax: Sorgerecht für weiter 6 Monate entzogen; als das Fax kommt, ist das Kind schon tot
(Spiegel 42/07 S.44)

- 2006 durch DIGNITAS 195 Fälle von Beihilfe zur Selbsttötung realisiert; davon 57% Deutsche (taz 19.11.07)
- Klaus Kutzer, ehem. Richter am Bundesgerichtshof; zu einem möglichen Präzedenzfall von Suizidbegleitung in Deutschland (Dignitas/Schweiz):
Ich habe Verständnis;
Die Rechtsprechung des BGH zum Selbstmord ist in einigen Fragen wirklich korrekturbedürftig; erst voriges Jahr hat auch der Deutsche Juristentag Korrekturen gefordert; deshalb stört es mich auch, wenn manche so tun, als vertrete Dignitas völlig indiskutable Positionen;
Heute ist es in Deutschland nicht möglich, dass ein Arzt oder ein Angehöriger einen frei verantwortlichen Selbstmord bis zum Tod begleitet. Hilfe zum Selbstmord ist zwar straflos, aber sobald eine lebensmüde Person das Bewusstsein verliert, muss ein Anwesender doch eingreifen. Ärzte, Ehegatten und andere so genannte Garanten machen sich sonst wegen Tötung durch Unterlassen strafbar. Sonstige Personen, etwa Freunde und Bekannte, können wegen unterlassener Hilfeleistung bestraft werden. Das Selbstbestimmungsrecht des Menschen muss aber auch dann beachtet werden, wenn er das Bewusstsein verloren hat ...;
(Fälle, in denen sich ein krebskranker Mann in Gesprächen mit seiner Frau zum Selbstmord entschließt – ist keine Kurzschlussreaktion, oder ein Arzt einen Patienten sterbend vorfindet mit einem eindeutigen Abschiedsbrief – dann sollte er nicht gezwungen werden, ihn ins Krankenhaus zu bringen);
wenn ein Arzt ein todbringendes Medikament besorgt, der sterbewillige Patient es selbst einnimmt und der Arzt dann bis zum Tod bei seinem Patienten bleibt – das wäre ein ärztlich assistierter Suizid, bei dem sich der Arzt möglicherweise auch wegen Verstößen gegen das Arzneimittelgesetz, das Betäubungsmittelgesetz und das ärztliche Berufsrecht strafbar macht;
(taz 24./25.11.07)
- Zwei Fälle von Freitodbegleitung für Deutsche durch Dignitas in der Schweiz, auf einem Parkplatz;
Minelli: es sei die Entscheidung der Deutschen gewesen, im Auto zu sterben, auch die Angehörigen sollen einverstanden gewesen sein
(taz 24./25.11.07)
- Erfurter Mediziner Arnold ist zweiter Vorsitzender des deutschen Sterbehilfevereins Dignitate;
man kann beim Sterben viel falsch machen, wie es Geburtshelfer gibt, müsse es auch Sterbehelfer geben;
Anpassung an die Realität;
der pensionierte Arzt für den Präzedenzfall in Deutschland ist längst gefunden
Umfrage SPIEGEL (November 2007): Sollte die aktive, von einem Arzt begleitete Sterbehilfe in Deutschland erlaubt sein? JA 69%; NEIN 26%
(Spiegel 48/2007 S.48ff)
- Der durchschnittliche niedergelassene Allgemeinmediziner in Deutschland wird alle zwei Jahre von einem Patienten um Sterbehilfe gebeten;
84-jähriger Arzt; als Hausarzt fünf oder sechs Menschen getötet, Krebspatienten, die sich haben sehr quälen müssen, Überdosis Morphium injiziert;
nach einer repräsentativen Umfrage aus den 1990er Jahren unter Allgemeinmedizinern gab es hochgerechnet in Deutschland 5000 Mediziner, die aktive Sterbehilfe praktiziert haben;
Notfallmedizin sei in der Praxis oft eine „Sterbehilfe mit Blaulicht“;
(taz 29.11.07)
- Schweizer Sterbehilfeorganisation DIGNITAS verwendet jetzt (das erstickend wirkende Edelgas) Helium bei der Sterbehilfe;
Sterbewillige stülpen sich Plastikbeutel über den Kopf, Helium wird eingeleitet, Bewusstlosigkeit, Erstickten;
bisher nahmen Sterbewillige eine Natrium-Pentobarbitallösung ein; Bewusstlosigkeit, Atemlähmung;
bei Verwendung von Helium muss kein Arzt ein Rezept ausschreiben;
DIGNITAS: Behörden sind schuld, weil sie die Helium-Methode bekannt gemacht haben;
2006 200 Sterbewillige bei DIGNITAS, davon 120 aus Deutschland
(taz22.3.08)
- Luxemburgisches Parlament billigte Gesetz, das aktive Sterbehilfe bei unheilbar Kranken erlaubt (30 gegen 26 Stimmen);
(Der Sonntag Sachsen 9.3.08)
- In Belgien im Parlament Gesetze gefordert, damit auch todkranke Kinder und Demenzpatienten freiwillig aus dem Leben scheiden können; in Regierungskoalition umstritten
(taz 26.3.08)
- Ehemaliger Justizsenator von Hamburg Roger Kusch bekennt öffentlich, Beihilfe zur Selbsttötung geleistet zu haben;
wenige Tage zuvor alte Dame (79) in Würzburg in seinem Beisein freiwillig aus dem Leben geschieden; keine lebensbedrohliche Erkrankung (eine einsame alte Frau mit normalen Altersbeschwerden); ihr Leben sei eingeschränkt (Hilfe durch einen Zivildienstleistenden), Angst, in ein Pflegeheim zu kommen;

Medikamente selbst besorgt, Rezept stand in einer Broschüre, sie hätte sie wohl auch selbst anrühren und einnehmen können; Gespräche mit der Frau und Sterbeszene filmisch dokumentiert; Kusch hat eine Selbsttötungsmaschine konstruiert, aber nicht zum Einsatz gekommen; Risiko, Kanülen falsch zu legen, sei ihm als zu groß erschienen (taz 1.7.08; ZEIT 3.7.08)

- Bundesärztekammer hatte bereits vor einiger Zeit erklärt, dass es sich bei einem ärztlich assistierten Suizid aus ihrer Sicht um Tötung auf Verlangen handele; diese wird laut Strafgesetzbuch mit einer Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis 5 Jahren geahndet (§216 StGB) (Freie Presse Chemnitz 2.7.08)
- Übersichtsartikel zu Ärzten und aktiver Sterbehilfe sowie Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland; Fallbeispiele zu aktiver Sterbehilfe und Suizidbegleitung durch deutsche Ärzte; In der Schweiz, den Niederlanden, Belgien, Luxemburg, Kolumbien, Finnland, Ungarn, Frankreich, Japan und im US-Staat Oregon dürfen Ärzte mittlerweile - teils in engem Rahmen - Hilfe zum Sterben leisten. Der US-Bundesstaat Washington hat soeben eine entsprechende Regelung verabschiedet, Spanien steht kurz davor. Die umstrittenen Entscheidungen am Lebensende sind in einigen dieser Länder gut dokumentiert. Forscher diskutieren über diese empirischen Daten in Fachzeitschriften wie "Lancet" oder dem "New England Journal of Medicine". In Deutschland hingegen kann schon öffentliches Nachdenken über Sterbehilfe die Laufbahn eines Arztes beschädigen. Niederländische Mediziner sind hier kaum noch zum Gedankenaustausch zu gewinnen; regelmäßig sehen sie sich in die Nähe der Nazi-Euthanasie gerückt. Die Standesorganisationen der Ärzte in Deutschland ächten ein Handeln wie das von Jan K. als unethisch. "Wir brauchen diese Debatte nicht", sagt der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe. "Der Wunsch wird sehr selten an Ärzte herangetragen, weil die Menschen wissen, dass wir das nicht dürfen. Es wäre auch schlimm, wenn wir das machen würden; das sagen Ärzte in Deutschland einhellig und in riesiger Geschlossenheit." Eine repräsentative, anonyme Umfrage des SPIEGEL unter 483 Ärzten, die als Klinikfacharzt oder Hausarzt regelmäßig Schwerstkranke behandeln, ergibt jedoch jetzt ein ganz anderes Bild: Danach würde ein Drittel eine Regelung für den ärztlich assistierten Suizid begrüßen; immerhin jeder Sechste bejaht dies auch für die aktive Sterbehilfe. Fast jeder Fünfte gab an, bereits ein- oder mehrmals in seinem Umfeld von Suizidbeihilfe erfahren zu haben. Fast 40 Prozent können sich vorstellen, diese selbst zu leisten. Bei 16 Prozent gilt das auch für die aktive Sterbehilfe. Über drei Prozent gaben an, bereits ein- oder mehrmals einem Patienten beim Suizid geholfen zu haben. Hochgerechnet wären das - allein unter den Internisten, Onkologen, Anästhesisten und Palliativmedizinern in Krankenhäusern und den Hausärzten - um die 3000 Mediziner, die ihrem Standesrecht zuwidergehandelt haben. Nicht mitgerechnet ist dabei das Dunkelfeld der aktiven Sterbehilfe, auf dem sich Ärzte wie Jan K. bewegen.; Ein ethischer Limes verläuft zwischen den Vertretern der christlich-abendländisch geprägten Ethik und denen der Nützlichkeithetik angelsächsischen Ursprungs, zwischen medizinischem Paternalismus und Patientenautonomie, zwischen dem Fürsorgeprinzip und dem der Selbstbestimmung. Unterschiedliche ethische Maßstäbe gelten zu lassen gehört zu den größten Vorzügen offener Gesellschaften. In der Frage der Sterbehilfe sehen große Gruppen der Bevölkerung diesen Grundsatz verletzt. Nicht nur, dass sich in Umfragen regelmäßig um die 70 Prozent der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe aussprechen; schon im Jahr 2006 plädierte der Nationale Ethikrat dafür, Angehörige und Ärzte sollten nicht mit strafrechtlicher Verfolgung rechnen müssen, wenn sie beim Suizidversuch eines Todkranken nicht eingreifen. Auch der Deutsche Juristentag forderte eine solche Klarstellung im Strafrecht - und vertritt damit die Position von Dignitate, der deutschen Zweigstelle von Dignitas. Deren Vorsitzender, der Urologe und Betriebsarzt Uwe-Christian Arnold, hat sich mittlerweile zum Schmerztherapeuten weitergebildet. Bei ihm melden sich wöchentlich Menschen, die aus dem Leben gehen wollen. Manchen verhilft Arnold zu einer Reise in die Schweiz, andere berät er je nach Sachlage: "Gute Frau", habe er neulich einer Anruferin gesagt, die sofort habe sterben wollen, "ich bin doch nicht der Pizzadienst." Besucht habe er sie trotzdem, und festgestellt, dass sie nach einer Krebsbestrahlung im Krankenhaus mit Schmerzmitteln unterversorgt war. "Eine Sauerei", findet Arnold, der daraufhin mit den Ärzten der Frau Kontakt aufnahm. "Als das gelöst war, wollte die Dame auch nicht mehr sterben." Dabei ist der Spielraum für die ärztliche Beihilfe zum Freitod in Deutschland schon heute groß. Wenn sicher ist, dass ein Mensch bei seinem Suizid freiverantwortlich handelt, darf ihm jeder, auch ein Arzt, dabei helfen und ihn bis zum Tod begleiten, ohne zur Rettung verpflichtet zu sein. In einer Münchner Klinik etwa starb, ganz legal, eine Frau aus eigenem Entschluss, die nach einem Behandlungsfehler seit Jahren im Rollstuhl gesessen hatte, nicht mehr richtig sprechen konnte und unter unstillbaren Schmerzen litt. Schriftlich hatte sie die Ärzte von ihrer Garantenpflicht entbunden. Zuvor hatten zwei Psychiater unabhängig voneinander festgestellt, dass sie geschäftsfähig und nicht depressiv war. Anschließend nahm sie, palliativmedizinisch begleitet und umsorgt von ihrer Familie, keine Nahrung und keine Flüssigkeit mehr zu sich - ein eher sanftes Sterben. Nach gut zwei Wochen war sie tot. Aus strafrechtlicher Sicht, erklärt die Münchner Patientenanwältin Beate Steldinger, die den Fall begleitete, hätten die Ärzte ihr sogar ein tödliches Mittel zur Verfügung stellen dürfen. Standesrechtlich

gilt jedoch jegliche Beihilfe zur Selbsttötung als unethisch. Wird bekannt, dass der Arzt bei der Vorbereitung geholfen hat, kann die Ärztekammer ein berufsrechtliches Verfahren gegen ihn in Gang bringen; am Ende könnte der Entzug der Approbation stehen - theoretisch.

"Aus den 33 Jahren meiner Tätigkeit", sagt Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe, "kann ich mich nicht an einen einzigen solchen Fall erinnern.";

"Man dosiert die entsprechenden Medikamente etwas höher", erklärt Anästhesist Dr. H. aus Thüringen.

"Das macht man, aber da redet man nicht drüber."

"Manchmal habe ich der Absicht nichts entgegengesetzt oder sie unterstützt", sagt Professor M., der 28 Jahre eine große onkologische Abteilung leitete, ein Katholik. "Ich habe Patienten Rezepte in die Hand gedrückt, die ich jahrelang begleitet hatte." Ein Schiffsbauer war dabei, dem ein Geschwür das Gesicht weggefressen hatte. "Ich kannte die Familie. Ich wusste, der ist nicht depressiv, er weiß um die Behandlungsmöglichkeiten." Eine Handvoll seien es gewesen in all den Jahren.

Seit seiner Pensionierung ist Schottky in der Hospizbewegung engagiert. Dort heißt es immer, ein Patient, der angemessen palliativmedizinisch versorgt werde, wünsche sich gar nicht mehr zu sterben.

"Da ist etwas Unehrliches dabei", findet Schottky, eine Art neue Allmachtsphantasie vom guten Ende.

"Wir sollten uns eingestehen, dass wir manchmal hilflos sind und dass nicht alles machbar ist."

Bei fünf bis zehn Prozent aller Tumorpatienten beispielsweise kann die Medizin am Ende Schmerzen oder andere Leiden nicht befriedigend lindern. Da kommt ein Patient mit einem offenen Tumor im Bauchraum und unkontrollierbaren Schmerzen. Oder einer verfault bei lebendigem Leib und stinkt so sehr, dass keiner mehr ins Zimmer kommen will. Schottky: "Wie können Sie da in Würde sterben?"

Die Palliativmedizin sieht für solch extreme Fälle als Ausweg die terminale Sedierung vor: Der Patient erhält so viele dämpfende Mittel, dass er sein Leiden nicht miterleben muss. Für manche ein erträglicher Ausweg. Andere verbringen Wochen in diesem Zustand, wachen wieder auf, sind desorientiert und verzweifelt. Das Ende komme dann meist in Form einer septischen Lungenentzündung: "Da müssen Sie dann zusehen, wie einer schrecklich langsam dahinstirbt.";

"Wenn man in einem sehr speziellen Einzelfall sieht, dass der Patient wirklich in Not ist, dann sollte der Arzt helfen dürfen", fordert auch Thomas Flöter, langjähriger Chef des Schmerz- und Palliativzentrums Frankfurt. "Aus dem Fenster zu springen traut sich ja nicht jeder.";

Ärztliche Standesorganisationen, Kirchen und Hospizverbände warnen denn auch vor den Gefahren: Mit der Freigabe des ärztlich assistierten Suizids begeben sich unweigerlich auf eine schiefe Ebene.

Womöglich würden tötungsbereite Mediziner bald nicht nur Todkranke, sondern auch Depressive und Behinderte töten, vielleicht sogar gegen deren Willen; einsame, arme, alte Menschen würden sich gezwungen sehen, die Gesellschaft oder ihre Kinder von der kostspieligen Last ihres Daseins zu befreien.

Wer diese Bedrohung der Zivilgesellschaft erleben wolle, müsse nur in die Niederlande gehen: ...;

Belege für diese schweren Vorwürfe sind indes schwer beizubringen: In den Niederlanden ging die Zahl der Euthanasiefälle von 2,8 Prozent aller Sterbefälle in 2001 auf 1,8 Prozent in 2005 zurück; insgesamt sind es rund 2300 pro Jahr.

Um von seinem Arzt Euthanasie erbitten zu können, muss ein Patient urteilsfähig sein und unerträglich und hoffnungslos leiden. Nur Ärzte, die den Patienten gut kennen, dürfen diese Bitte erfüllen. Ein unabhängiger Kollege kontrolliert den, der Sterbehilfe leistet.

Zwei Drittel aller Bitten um Sterbehilfe werden in den Niederlanden abgelehnt - hauptsächlich, wenn Sterbewillige unter einer Depression leiden oder wenn sie angeben, lebensmüde zu sein oder ihrer Familie nicht zur Last fallen zu wollen.

Jeder Fall von Sterbehilfe muss einer Kommission gemeldet werden. Immer mehr Ärzte kommen dieser Pflicht auch nach, wie anonyme Befragungen zeigen, mit denen die Holländer ihr Dunkelfeld erkunden.

In Deutschland, konstatiert Rob Jonquière, Sprecher der niederländischen Euthanasie-Bewegung, würden dagegen 100 Prozent aller Fälle nicht gemeldet.

Die Holländer haben es gleichzeitig geschafft, palliatives Wissen unter den Allgemeinmedizinern zu verbreiten - ein Vorhaben, das in Deutschland seit Jahren nicht vorankommt. Auch die Altenheime sind im Nachbarland besser beleumundet: kleinere Einheiten, bessere Pflege, ein Heimarzt, der alle Bewohner kennt. Der niederländische "Facharzt für Pflegeheimmedizin" - in Deutschland ein Traum. Aufschlussreiche Erkenntnisse liefert auch die Praxis im US-Staat Oregon: Vor zehn Jahren trat dort nach einer Volksabstimmung die "Death With Dignity Act" in Kraft. Danach dürfen Ärzte Patienten, deren Lebenserwartung ein halbes Jahr nicht übersteigt, ein tödliches Gift verschreiben. Der Kranke muss zurechnungsfähig sein, seinen Suizidwunsch mehrfach äußern, über mögliche Alternativen aufgeklärt sein und die tödliche Dosis ohne Hilfe einnehmen können.

Kritiker prophezeiten eine Suizidwelle, doch die blieb aus, bis heute. Nur die Hälfte aller Patienten, die sich ein Medikament verschreiben lassen, benutzen es auch tatsächlich. Und obwohl es in Oregon nicht schwierig ist, einen Arzt zu finden, der das Rezept ausstellt, gehen von 35 000 Todesfällen dort jährlich nur etwa 40 auf Suizidbeihilfe zurück.

Auch hier argumentierten Gegner, vor allem Benachteiligte würden unter Druck geraten: Frauen, Schwarze, Arme ohne Krankenversicherung. Doch die Dokumentation aller Fälle ergab: Für den ärztlich assistierten Tod entscheiden sich zumeist gutgebildete Weiße mit Krankenversicherung und stabilem

wirtschaftlichem Hintergrund. Als Motiv stehen selten körperliche Leiden im Vordergrund, sondern der Verlust von Lebensqualität, Würde und Autonomie. Oft sind es Menschen mit einem starken Kontrollbedürfnis.

Auch die Befürchtung, das Hospizsystem werde leiden, erfüllte sich nicht. Im Gegenteil: 85 Prozent derer, die von einer tödlichen Verschreibung Gebrauch machten, waren zugleich in einem Hospizprogramm integriert. Oregon entwickelte sich zum Vorreiter in Sachen Palliativmedizin und Hospizwesen in den USA. Nirgendwo sterben mehr Menschen zu Hause.

SPIEGEL-Umfrage unter Ärzten November 2008, 483 Befragte

Frage	einmal:	mehrmals:			
Anteil der befragten Ärzte, die Patienten schon beim Suizid geholfen haben, in Prozent	1,2 %	2,1 %			
„Ein Patient mit fortgeschrittener, schwerer und unheilbarer Erkrankung bittet seinen Arzt, ihm ein Medikament zu injizieren, das sein Leben beendet.“ Ich unterstütze eine Regelung, die dem Arzt eine solche aktive Sterbehilfe in Deutschland erlaubt	stimme zu: 4,6 %	stimme eher zu: 11,8 %	stimme eher nicht zu: 22,8 %	lehne dies ab: 60,9 %	
„Ein Patient mit fortgeschrittener, schwerer und unheilbarer Erkrankung bittet seinen Arzt, ihm beim Suizid zu helfen, zum Beispiel, indem er ihm ein tödlich wirkendes Medikament bereitstellt, das der Patient selbst einnimmt.“ Ich unterstütze eine Regelung, die einen solchen ärztlich assistierten Suizid in Deutschland ermöglicht	stimme zu: 10,6 %	stimme eher zu: 24,4 %	stimme eher nicht zu: 27,3 %	lehne dies ab: 37,7 %	
Haben Sie schon einmal von Fällen ärztlicher Beihilfe zum Suizid in ihrem Umfeld erfahren?	Ja, Summe: 18,5 %	Nein, Summe: 81,6 %		Ja, einmal: 7,5 %	Ja, mehrmals: 11,0 %
(gleiche Frage nach Fachrichtungen, Antwort JA)	Inter-nisten: 8 %	Onko-logen: 30 %	Anästhe-sisten: 16 %	Haus-ärzte: 43 %	Palliativ-mediziner: 40 %
Können Sie sich vorstellen, selbst aus humanitären Gründen einem Patienten beim Suizid zu helfen?	Ja: 38,9 %	Nein: 61,1 %			
(gleiche Frage nach Fachrichtungen, Antwort JA)	Inter-nisten: 32 %	Onko-logen: 27 %	Anästhe-sisten: 47 %	Haus-ärzte: 43 %	Palliativ-mediziner: 30 %
Können Sie sich vorstellen, selbst aus humanitären Gründen einem Patienten auf seinen Wunsch hin eine tödliche Medikamentendosis zu verabreichen?	Ja: 15,7 %	Nein: 84,3 %			

(Der Spiegel 48/2008 S.164ff. --- Artikel im Wortlaut unter

<http://wissen.spiegel.de/wissen/dokument/dokument.html?id=62236081&top=SPIEGEL>

- italienische Sterbehilfe-Gegner sind beim Europäischen Menschenrechtgericht mit dem Versuch gescheitert, den Tod der 37 Jahre alten Komapatientin Eluana Englaro zu verhindern; wollten erreichen, dass die seit 16 Jahren im Koma liegende Frau weiter künstlich ernährt wird; das oberste Berufungsgericht Italiens bestätigte in der folgenden Woche die richterliche Anordnung, die künstliche Ernährung abzubrechen; die katholische Kirche und Regierungsvertreter warfen ihm vor, „staatlichen Mord im Namen des italienischen Volkes“ zuzulassen (Freie Presse Chemnitz 22./23.11.08, taz 15./16.11.08)
- (Bericht über Palliativmedizin – Brückenteam)
Wer täglich mit dem Tod lebt, kann treffsicher mit Mythen aufräumen. Zum Beispiel über aktive Sterbehilfe. Bei einer Befragung von 300 Patienten habe nur ein Anteil von 4,8% den Wunsch geäußert, durch eine kompetente Person von einem aussichtslosen Leiden befreit zu werden, berichtet die Ärztin Barbara Schubert. (Freie Presse Chemnitz 1.12.08)

- S.32: Die Strafrechtssprechung hat in schwerwiegenden Konfliktlagen, in denen es um die Beendigung schwerster, mit medizinischen Mitteln nicht mehr behandelbarer körperlicher Leidenszustände ging und der Arzt deshalb Hilfe beim freiverantwortlichen Suizid geleistet oder keinen Versuch zur Abwendung des Todes gemacht hat, Starffreiheit zumindest unter dem Gesichtspunkt des Notstandsrechts angenommen. Insoweit besteht bereits ein Handlungsspielraum. Hier kommt es aber auf die konkrete verantwortliche Abwägung und die besonderen Umstände in jedem Einzelfall an. Der Arzt behält seine große Verantwortung und muss damit rechnen, sich dafür unter Umständen rechtlich verantworten zu müssen.
(Wenn Menschen sterben wollen – eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung; EKD-Texte 97, 2008 --- Gesamttext unter http://www.ekd.de/EKD-Texte/ekdtext_97.html)
- Umfrage des Instituts für Demoskopie in Allensbach;
für aktive Sterbehilfe auf Wunsch schwerkranker Menschen sind 58% der Deutschen, 19% sprachen sich dagegen aus
(Der Sonntag Sachsen 10.8.08)
- Laut einer Umfrage des Hamburger Professors Wehkamp wird an jeden deutschen Arzt im Schnitt alle zwei Jahre der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe von einem Patienten herangetragen. Onkologen sehen sich mit dieser Bitte doppelt so oft konfrontiert, jeder 13. niedergelassene Arzt gibt an, ihr schon mindestens einmal Folge geleistet zu haben
(Spiegel 25/2008 S.43)
- **Sterbebegleitung und Hospizkultur**
(Beschreibung wesentlicher Merkmale der Hospizarbeit)
... Sedierung ... ihre Extremform der terminalen Sedierung wird aus dem Bereich der Sterbehilfe in den Kontext der Sterbebegleitung gesetzt. Sie stellt das letzte Mittel dar, um bei unerträglichen Schmerzen oder Luftnot zu helfen, wobei sich die nicht intendierte aber in Kauf genommene Lebensverkürzung durch die Leidensfreiheit relativiert. ...
Ganz wesentlich zur Zustimmung zum Hospiz ist schließlich die Ablehnung der aktiven Sterbehilfe als ideologische Ausrichtung der gesamten Hospizbewegung, womit sowohl die Ärzteschaft als auch Kirchen und Wohlfahrtsverbände als Befürworter gewonnen werden konnten. Hospizpflege ist Beistand, Unterstützung und Begleitung des Sterbenden in seiner letzten Lebensphase, aber nicht das Herbeiführen des Lebensendes.
(Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zu „Das Parlament“, Nr.4/2008 21.1.08, „Tod und Sterben“, S.16)
- in Italien liegt eine Frau, Eluana Englaro, seit über 16 Jahren irreversibel im Koma, wird künstlich ernährt und muss weiter dahinvegetieren; ihr Vater bat die Ärzte, die Behandlung einzustellen (wie sie selbst es sich gewünscht hätte); die (katholische) Kirche spricht vom ersten Schritt zur Euthanasie; mit dem gleichen Argument versagte sie einem anderen Patienten, mit Maschinen beatmet und ernährt, die Stecker herauszuziehen
(Der Spiegel 1-2009 S.104)
- zum gleichen Fall
Kardinal: „Mord“;
in Deutschland gilt der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, z.B. künstliche Beatmung, künstliche Ernährung, als passive Sterbehilfe, ist gesetzlich erlaubt;
(taz 10.2.09 S.2)
- in Belgien Diskussion um aktive Sterbehilfe für Kinder; Studie: in letzten zwei Jahren mindestens 25 Minderjährige aktiv in den Tod begleitet worden trotz gesetzlichen Verbots;
(Der Sonntag Sachsen, 5.4.09 S.12)
- Luxemburg hat jetzt als dritter Staat weltweit nach den Niederlanden und Belgien die Euthanasie unter bestimmten Umständen legalisiert (aktive Sterbehilfe durch Ärzte); Parlament hat Verfassung geändert, weil Großherzog sich geweigert hatte, das schon vor 1 Jahr mit knapper Mehrheit beschlossene Gesetz zu unterzeichnen
(Der Spiegel 14-2009 S.126)
- (Rezension des Buches: Wanzer/Glenmullen: Gut sterben, Verlag 2001, Frankfurt/Main, 2009)
Sterbehilfe: Zwei US-Ärzte plädieren für eine konsequente Palliativmedizin;
die Autoren befürworten nicht nur passive Sterbehilfe, sondern halten auch eine Verkürzung des Lebens dann für vertretbar, wenn das Endstadium einer tödlichen Krankheit diagnostiziert worden ist, keine Schmerztherapie anschlügt und sich der Patient bei noch klarem Bewusstsein dafür ausgesprochen hat
...
verweisen auf das im US-Staat Oregon 1997 in Kraft getretene Sterbehilfegesetz, das dem Arzt erlaubt, einem unheilbar Kranken Medikamente zu verschreiben, mit deren Hilfe der Patient sein Leben beenden kann ... bisher in Oregon weder Missbrauch noch Verstöße gegen das Gesetz, nur einer von 1000 Sterbefällen durch dieses Gesetz ermöglicht;
eine Parallellität von rassistisch motivierten Morden und ärztlicher Sterbehilfe auf Wunsch des Patienten ist für die Autoren rational ... nicht nachvollziehbar. weisen darauf hin, wie wichtig die Beachtung streng

gefasster Regeln ist, dass stets zwei voneinander unabhängige Ärzte herangezogen werden, dass der Patient sich das Medikament selbst verabreicht, die Angehörigen informiert sind, das Gesundheitsamt unterrichtet ist und die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen überprüfen kann (Das Parlament 27.7.09 S.19)

- Interview mit Jochen Taupitz, Medizinrechtler; „Es gibt keinen Zwang zum Leben“; Ich finde ... dass es immer noch besser ist, selbstbestimmt zu früh in den Tod zu gehen, als fremdbestimmt ewig zu leben;
ich denke, jeder Mensch darf sich selbst das Leben nehmen. Sich selbst, betone ich. Es darf ihm sogar ein Freund dabei helfen – oder ein Arzt. Das entspricht im Übrigen der aktuellen Rechtslage. Suizid und Beihilfe zum Suizid sind nicht strafbar.;
im ärztlichen Standesrecht gibt es keine Regel, die dem Arzt Suizidbeihilfe verbietet. Dort heißt es nur, dass die Hilfe zur Selbsttötung dem ärztlichen Ethos widerspricht. Daran muss sich aber nicht jeder Arzt halten.
Frage: Wie würde denn so eine Hilfe konkret aussehen? Der Arzt verschreibt dem Patienten die tödlichen Medikamente in seiner Sprechstunde? Antwort: Er darf sie dem Patienten auch geben, aber keinesfalls verabreichen oder gar spritzen. Dann wäre die Grenze zur aktiven Sterbehilfe überschritten, also zur Tötung auf Verlangen, und die ist aus gutem Grunde strafbar ;
(am Tod anderer Menschen verdienen?) Das hat sicherlich ein Geschmäckle, andererseits ... An einer Abtreibung verdienen Ärzte doch auch ...
Abgesehen von nahen Angehörigen sollten nur Ärzte beim Suizid helfen dürfen – und sonst keiner (Arztvorbehalt);
(Zulassung aktiver Sterbehilfe bei Patienten, die nicht in der Lage sind, sich selbst das Leben zu nehmen?) Es gibt sicherlich Grenzfälle, aber das rechtfertigt noch lange nicht die pauschale Zulassung aktiver Sterbehilfe. Ich berufe mich auf ein englisches Sprichwort, das heißt: „Hard cases make bad law“ – an extremen Grenzfällen kann man keine rechtliche Regel ausrichten;
ich kenne einen Mann, der sagt: Ich verzichte lieber auf eine Behandlung bis zum Lebensende, wenn ich damit mein kleines Häuschen für die Kinder erhalten kann. Ich halte das für legitim ... Selbstbestimmung bedeutet, dass man auch unvernünftige Entscheidungen treffen kann
(Spiegel 11-2009 S.58ff)
- Niederländische Bürger fordern, dass auch gesunde ältere Menschen ihr Leben mit Sterbehilfe beenden dürfen;
Bürgerinitiative „Aus freiem Willen“ hat in kurzer Zeit 117.000 Unterschriften gesammelt, 40.000 sind nötig, damit sich das Parlament damit beschäftigen muss;
“Niemand ist verpflichtet zu leben.“;
“Dem freien Menschen, der sein Leben als vollendet ansieht, steht zu, selbst zu bestimmen, wie und wann er sterben will.“
Euthanasie und Hilfe bei Selbsttötung ist prinzipiell in den Niederlanden strafbar. Doch gibt es Ausnahmen. Seit April 2002 gilt ein Gesetz, das Ärzte bei aktiver Sterbehilfe von der Strafverfolgung freistellt, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind und sie nachweislich sorgfältig handeln. Sterbehilfe ist nur erlaubt auf die freiwillige, wiederholte und wohl überlegte Bitte eines Patienten hin und nur, wenn dieser an einer klassifizierbaren Krankheit "unerträglich und aussichtslos leidet". Ein zweiter Arzt ist hinzuzuziehen, ein unnatürlicher Tod muss gemeldet werden. Eine Kommission prüft dann den Fall. Vollendete Leben, im Prinzip also gesunde lebensmüde Menschen, fallen nicht unter dieses Gesetz. Die Initiatoren der Kampagne bezeichnen diese älteren Menschen als "vergessene Gruppe".;
Nach neuesten Zahlen der NVVE würden 51 Prozent der Niederländer gern über eine "Letzte-Wille-Pille" verfügen. Übrigens hat das Gesetz von 2002 keine Euthanasiewelle ausgelöst. Im Jahr 2003 wurden 1.835 Fälle gemeldet, 2.331 waren es 2008, das sind weniger als 2 Prozent der Todesfälle. Die Hauptgründe für aktive Sterbehilfe sind Krebserkrankungen.
(taz 27.5.2010 S.4)
- „Wer helfen will, kann das tun“ Interview mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe;
SPIEGEL: Herr Hoppe, Sie haben immer behauptet, deutsche Ärzte wollten weder Patienten beim Suizid helfen noch aktive Sterbehilfe leisten. Nun zeigt eine Umfrage der Bundesärztekammer, dass sich 37 Prozent aller Mediziner sehr wohl vorstellen können, Patienten beim Suizid zu assistieren. Für jeden vierten Arzt käme sogar aktive Sterbehilfe in Frage. Hat ein Teil der Ärzteschaft dem offiziellen Standesethos den Rücken gekehrt? **Hoppe:** Nein, das sehe ich anders. Die Umfrage bestätigt, dass eine breite Mehrheit der Ärzte zwar Suizidwünsche von schwerstkranken, leidenden Patienten nachvollziehen kann. Aber die Bereitschaft, daran wirklich mitzuwirken, ist nicht sehr ausgeprägt. Die klare Mehrheit lehnt diese Dinge immer noch ab.
SPIEGEL: In den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung heißt es: "Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos." Denkt jeder dritte Ihrer Kollegen unethisch?
Hoppe: Genau über diesen Satz diskutieren wir zurzeit sehr intensiv. Ich nehme an, dass diejenigen, die wollen, dass Ärzte beim Suizid helfen können, sich zu wenig Gedanken gemacht haben. Das kann nicht zu den Aufgaben des Arztes gehören.
Hoppe: Wenn ein Arzt es ethisch mit sich vereinbaren kann, beim Suizid zu helfen, dann kann er das

auch unter heutigen Bedingungen schon tun. Ich persönlich könnte das mit meinem Gewissen nicht vereinbaren. Aber ich habe immer Verständnis für Einzelfälle. Ich weiß nicht, wie viele das tun. Aber inoffiziell passiert manches, und der Staatsanwalt kümmert sich nicht darum. Wenn man das jetzt in ein Gesetz gießt, fürchte ich, dass es das Arztbild beschädigt. Die Leute können dann nicht mehr sicher sein, mit welcher Haltung ihr Arzt ihnen gegenübertritt.

Hoppe: Nicht viel. Genauso steht es ja schon länger in unseren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung drin. Ich habe selbst einen solchen Fall miterlebt: Ein Kollege von mir hatte Amyotrophe Lateralsklerose. Er konnte nur noch die Augen und die Brauen bewegen. Er wollte noch möglichst lange seine Kinder aufwachsen sehen, aber eines Tages hat er seine Hausärztin gebeten, seine Beatmung einzustellen. Die rief mich an und fragte: Darf ich das? Ich habe ihr gesagt: Wenn er nicht mehr will, müssen Sie das sogar. Die Kollegin hatte furchtbare Gewissensbisse, weil sie meinte, sie hätte aktive Sterbehilfe betrieben.

SPIEGEL: Auf die Frage, ob lebensverlängernde Maßnahmen auf Wunsch des Patienten eingestellt werden sollten, antworteten aber in Ihrer Umfrage nur 74 Prozent aller Ärzte mit Ja. Das restliche Viertel tut sich schwer mit der Patientenautonomie. Warum brauchen Ärzte eigentlich immer wieder Juristen, die ihnen sagen, wie sie sich am Sterbebett verhalten sollen?

Allensbach-Umfrage unter 527 Ärzten im Auftrag der Bundesärztekammer		
Frage	Antwort JA	Antwort NEIN
Könnten Sie sich vorstellen, dass Sie selbst aktive Sterbehilfe leisten, z.B. einem unheilbar Kranken ein tödliches Medikament verabreichen, wenn der Patient Sie darum bittet	Könnte ich mir vorstellen 25 %	Käme auf keinen Fall in Frage 70 %
Manche fordern ja, dass es eine gesetzliche Regelung geben sollte, die es dem Arzt ermöglicht, aktive Sterbehilfe zu leisten, z.B. durch Injektion eines tödlichen Medikaments	Befürworte ich 17 %	Lehne ich ab 78 %
Wurden Sie schon um Hilfe zum Suizid gebeten?	Antwort JA Ärzte gesamt 34 % Hausärzte 50 % Krankenhausärzte 31 % Fachärzte 27 %	
Es wird über eine Regelung diskutiert, die es einem Arzt erlaubt, einen unheilbar Kranken beim Suizid zu unterstützen	Befürworte ich Ärzte gesamt 30 % Palliativmediziner 11 %	Lehne ich ab Ärzte gesamt 62 %
Sollten lebensverlängernde Maßnahmen auf Wunsch des Patienten eingestellt werden dürfen	Antwort JA Ärzte gesamt 74 %	

(Spiegel 29-2010 S.104 <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-71892526.html>,
<http://www.baek.de/downloads/Sterbehilfe1.pdf>)

- Deutschland hat für 2010 beim UN-Drogenkontrollrat einen Bedarf von 2 Tonnen Morphin und 46 Tonnen Codein angemeldet;
(bei 82 Millionen Einwohnern ergibt das: 24,4 kg je 1 Million Einwohner bzw. 561 kg je 1 Million Einwohner JK)
(taz 6.8.2010 S.18)
- Freispruch für Sterbehelfer;
Der Bundesgerichtshof hat die Zulässigkeit passiver Sterbehilfe bekräftigt. Eine Heilbehandlung darf und muss abgebrochen werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Im Konfliktfall darf dabei sogar der Schlauch zur Magensonde durchgeschnitten werden;
Im konkreten Fall hatte sich 2007 ein Pflegeheim geweigert, die künstliche Ernährung einer 76-jährigen Frau einzustellen, die schon seit 5 Jahren im Wachkoma lag. Ihrer Tochter hatte die Rentnerin früher gesagt, dass sie nicht künstlich ernährt werden wolle.; Der Hausarzt ordnete dann zwar an, die Sondenernährung einzustellen. Doch das Heim weigerte sich vehement.
Auf Anraten des Münchner Anwalts Wolfgang Putz durchtrennte die Tochter den Schlauch der Magensonde mit einer Schere, um ihre Mutter sterben zu lassen. Doch die Aktion wurde entdeckt, und die komatöse Frau erhielt sofort eine neue Magensonde. Sie starb später aus anderen Gründen. Die Tochter und der Anwalt wurden angeklagt, Während die Tochter einen Freispruch erhielt, wurde der Anwalt zu einer neunmonatigen Bewährungsstrafe verurteilt.
Der 2. Senat des BGH sprach den Anwalt nun frei. Er folgte damit den übereinstimmenden Anträgen von Verteidigung und Bundesanwaltschaft. Entscheidend war für die Richter, dass sich die Mutter in einer „mündlichen Patientenverfügung“ gegen die künstliche Ernährung ausgesprochen hatte.
Die Wiederaufnahme der Sondenernährung durch das Heim sei deshalb ein „rechtswidriger Angriff“ auf die komatöse Frau gewesen;

Die Fuldaer Richter in der ersten Instanz sahen im Durchtrennen des Schlauchs verbotene aktive Sterbehilfe ... Doch der BGH stellte nun unmissverständlich klar: Immer wenn es um einen Behandlungsabbruch auf Wunsch des Patienten geht, ist dies erlaubte passive Sterbehilfe. Es komme nicht darauf an, ob der Behandlungsabbruch durch ein bloßes Unterlassen oder eine aktive Handlung vorgenommen wird. ... Das Durchtrennen des Sondenschlauchs habe nur dazu gedient, dem „natürlichen Sterbeprozess seinen Lauf zu lassen“;

Bundesjustizministerin Leutheusser-Schnarrenberger zum Urteil des BGH:

“Der freiverantwortlich gefasste Wille des Menschen muss in allen Lebenslagen beachtet werden. ... Es gibt keine Zwangsbehandlung gegen den Willen des Menschen.“

(taz 26.6.2010 S.2; Freie Presse Chemnitz 26.6.2010 S.4)

- **Beihilfe zum Selbstmord:**
Sich selbst zu töten ist in Deutschland nicht strafbar. Deshalb kann bei uns auch die Beihilfe zum Selbstmord nicht bestraft werden. Wer einem Selbstmörder einen Strick gibt, bleibt also straflos. Allerdings kann der Helfer den Sterbenden nicht bis zum Tod begleiten. Denn wenn dieser das Bewusstsein verliert, geht die Tatterschaft auf die Anwesenden über, die dann den Tod verhindern müssen
(taz 26.6.2010 S.2)
- Aktuelle Dokumente der **Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und zu Patientenverfügungen** mit weiteren LINKS: <http://www.baek.de/page.asp?his=0.6.5048>
- »Dambruch beim Lebensschutz«
Aktive und passive Sterbehilfe ist in manchen Ländern Europas legal. Deutschland gehört nicht dazu Die Haltung der Bundesärztekammer ist eindeutig: "Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein." So steht es in der Stellungnahme des Gremiums aus dem Jahr 2004 - und auch wenn es in einigen europäischen Staaten Tendenzen hin zu einer Legalisierung der Sterbehilfe gibt, wollen die deutschen Ärzte von ihrer Überzeugung nicht lassen.
Die meisten von ihnen sind davon überzeugt, dass es auch in ausweglosen Situationen ihre Aufgabe ist, ihre Patienten zu behandeln - nicht mit dem Ziel zu heilen, sondern um Leid zu lindern. Daher müsse mehr als bisher für den Ausbau der Palliativmedizin getan werden, bei der es nicht um eine Verlängerung des Überlebens um jeden Preis, sondern um eine größere Lebensqualität gehe.
Doch wie wird die Frage nach der Sterbehilfe in anderen europäischen Staaten beantwortet?
Vorreiter Niederlande
Die aktive Sterbehilfe, also die gezielte Herbeiführung des Todes auf Wunsch des Patienten, ist nur in Belgien, Luxemburg und den Niederlanden legal. Die Niederlande waren das erste Land der Welt, in dem das Parlament 2001 ein Gesetz zur Kontrolle der Tötung auf Verlangen verabschiedete. Belgien und Luxemburg folgten mit ähnlichen Gesetzen 2002 und 2009. In allen drei Staaten ist auch die Beihilfe zum Selbstmord und die indirekte Sterbehilfe legal.
Die passive Sterbehilfe, bei der der Tod durch den Verzicht oder die Beendigung einer lebensverlängernden Behandlung herbeigeführt wird, ist in folgenden Staaten legal: Belgien, Dänemark, Luxemburg, Niederlande, Schweden und Schweiz. In Deutschland, Frankreich und Österreich ist sie legal, wenn es eine Willensäußerung des Patienten oder eine gültige Patientenverfügung gibt.
Indirekte Sterbehilfe, die den Tod als Nebenwirkung etwa bei der Gabe von Schmerzmitteln in Kauf nimmt, ist in Belgien, Finnland, Großbritannien, Luxemburg, den Niederlanden, Österreich und der Schweiz legal. Gleiches gilt auch in Deutschland, Frankreich, Griechenland, Norwegen, Schweden und Ungarn, wenn der Patient den entsprechenden Willen geäußert hat oder eine Patientenverfügung vorliegt.
Obgleich Juristen wie der ehemalige Verfassungsrichter Ernst-Wolfgang Böckenförde warnen, eine Zulassung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland würde einen "Dambruch beim Lebensschutz" bedeuten, und die Statuten der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin würden es verbieten, den Sterbeprozess zu beschleunigen: Die Überzeugungen und Wünsche der Gesellschaft spiegelt dies nur bedingt. So befürworten nach einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach von August 2008 58 Prozent der Bevölkerung die Forderung, Schwerstkranke, die keine Aussicht auf Heilung haben, auf deren Wunsch hin aktiv Sterbehilfe zu gewähren. Lediglich 19 Prozent seien gegen aktive Sterbehilfe, heißt es in einer Mittlung des Instituts. Allerdings: 23 Prozent wollten sich angesichts der "geradezu existentiellen Fragestellung" für keine der beiden Antworten entscheiden.
(Das Parlament 8.11.2010 S.10; <http://www.das-parlament.de/2010/45/Themenausgabe/32124149.html>)
- Noch 1949 hatte das Hamburger Landgericht beschlossen, eine Hauptverhandlung gegen mehrere der Kindermorde Beschuldigte nicht zu eröffnen. Sie kommen zu dem Schluss, "daß die Frage der Verkürzung lebensunwerten Lebens zwar ein höchst strittiges Problem ist, daß ihre Durchführung aber keinesfalls eine Maßnahme genannt werden kann, welche dem allgemeinen Sittengesetz widerstreitet". Dem klassischen Altertum sei "die Beseitigung von lebensunwertem Leben eine völlige

Selbstverständlichkeit" gewesen. Man könne nicht sagen, dass die Ethik Platons oder Senecas "sittlich tiefer steht als die des Christentums"

(taz 24/26.12.2010 S.16f.; http://www.taz.de/1/archiv/print_archiv/printressorts/?year=2010&month=12&day=24&quelle=TAZS&ressort=hi)

- Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte hat überraschend eine Klage angenommen und eine mündliche Verhandlung anberaumt;
Frau hatte sich bei Unfall 2002 Nacken gebrochen; konnte nur noch Kopf bewegen; das Herz trieb ein Herzschrittmacher, Ernährung über Magensonde; künstliche Beatmung, spürte am ganzen Körper Schmerzen;
stellte Antrag beim Bundesamt für Arzneimittel in Bonn auf Abgabe einer tödlichen Dosis Natrium-Pentobarbital (führt nach Angaben von Experten zu einer Art „natürlichem Einschlafen“); Amt lehnt ab;
Frau begibt sich 2005 in die Schweiz und begeht dort mit Hilfe der Organisation Dignitas Selbstmord;
Ihr Mann klagt weiter in ihrem Namen, um zu erreichen, dass das Recht auf Privatleben auch das Recht auf einen menschenwürdigen Tod umfasse;
Der begleitete Suizid ist auch in Ländern wie den Niederlanden und Belgien möglich, aber meist nicht für Ausländer
(taz 23.11.2010 S.06, Der Spiegel 47-2010 S.16f.)
- (Neue) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung
Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.;
Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.;
Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.;
Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.;
Die Hilfe besteht in palliativmedizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für die Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.;
Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt soll auch Angehörige des Patienten und diesem nahestehende Personen informieren, soweit dies nicht dem Willen des Patienten widerspricht.;
Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen.;
Bei nichteinwilligungsfähigen Patienten ist die Erklärung ihres Bevollmächtigten bzw. ihres Betreuers maßgeblich. Diese sind verpflichtet, den Willen und die Wünsche des Patienten zu beachten. Falls diese nicht bekannt sind, haben sie so zu entscheiden, wie es der Patient selbst getan hätte (mutmaßlicher Wille). Sie sollen dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist. Bestehen Anhaltspunkte für einen Missbrauch oder für eine offensichtliche Fehlentscheidung, soll sich der Arzt an das Betreuungsgericht wenden.;
Liegt eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901a Abs. 1 BGB vor (vgl. VI.2.), hat der Arzt den Patientenwillen anhand der Patientenverfügung festzustellen. Er soll dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist. Trifft die Patientenverfügung auf die aktuelle Behandlungssituation zu, hat der Arzt den Patienten entsprechend dessen Willen zu behandeln. Die Bestellung eines Betreuers ist hierfür nicht erforderlich.;
Entscheidungen, die im Rahmen einer Notfallsituation getroffen wurden, müssen daraufhin überprüft werden, ob sie weiterhin indiziert sind und vom Patientenwillen getragen werden.;
Soweit der Minderjährige aufgrund seines Entwicklungsstandes selbst in der Lage ist, Bedeutung und Tragweite der ärztlichen Maßnahme zu verstehen und zu beurteilen, steht ihm ein Vetorecht gegen ihre Durchführung zu, selbst wenn die Sorgeberechtigten einwilligen. Davon wird ab einem Alter von 16 Jahren regelmäßig ausgegangen.;
Willensbekundungen, in denen sich Patienten vorsorglich für den Fall des Verlustes der Einwilligungsfähigkeit zu der Person ihres Vertrauens und der gewünschten Behandlung erklären, sind eine wesentliche Hilfe für ärztliche Entscheidungen.;
Der Arzt und der Vertreter haben stets den Willen des Patienten zu achten. Der aktuelle Wille des

einwilligungsfähigen Patienten hat immer Vorrang; dies gilt auch dann, wenn der Patient einen Vertreter (Bevollmächtigten oder Betreuer) hat. Auf frühere Willensbekundungen kommt es deshalb nur an, wenn sich der Patient nicht mehr äußern oder sich zwar äußern kann, aber nicht einwilligungsfähig ist. Dann ist die frühere Willensbekundung ein Mittel, um den Willen des Patienten festzustellen. (Deutsches Ärzteblatt, Jg.108, Heft 7, 18.2.2011, S.A346ff. - <http://baek.de/page.asp?his=0.6.5048.5049>)

- **Ärztetag:** Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten
„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Der Deutsche Ärztetag in Kiel hat diese Neuformulierung der (Muster-)Berufsordnung (MBO) beschlossen (§16), um Ärztinnen und Ärzten mehr Orientierung im Umgang mit sterbenden Menschen zu geben.;
Der Ärztetag forderte den weiteren Ausbau von Lehrstühlen für Palliativmedizin an den medizinischen Fakultäten. Bereits seit gut zwei Jahren ist die Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium vorgeschrieben. Demzufolge müssen die medizinischen Fakultäten die Bedingungen dafür schaffen, dass Palliativmedizin kompetent im Rahmen des in der Approbationsordnung seit Juli 2010 verankerten Querschnittsfaches 13 gelehrt und geprüft werden kann: „Dazu gehören auch das Erlernen der erforderlichen kommunikativen Kompetenz in der Begegnung mit den Patienten und deren Angehörigen, die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen sowie die Arbeit im multiprofessionellen Team und in institutionellen Netzwerken“, bekräftigte Palliativmediziner Nauck.
(PM zum 114. Ärztetag, 1.6.2011, <http://baek.de/page.asp?his=0.2.7535.9293.9347>)
- Das Buch von Karl Binding und Alfred Hoche: „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens – ihr Maß und ihre Form“
erscheint **1922** im Felix-Meiner-Verlag in Leipzig in der 2. Auflage;
In einer Rezension in der Zeitschrift der Zentralstelle für Volkswohlfahrt heißt es: „Hoffentlich finden die von hohem sittlichen Geiste und Verantwortungsgefühl getragenen Anregungen der beiden Gelehrten allenthalben Beachtung und führen zur befreienden Tat.“
- In den Niederlanden sind im vergangenen Jahr 3136 Fälle von aktiver Sterbehilfe registriert worden. Das waren fast ein Fünftel mehr als 2009 ...
2910 Menschen starben durch die Hilfe eines Arztes, bei 182 ging es um Hilfe bei der Selbsttötung, 44 Fälle betrafen eine Kombination von beidem ...
in 9 Fällen hätten Ärzte nicht sorgfältig gehandelt (*das bezieht sich wohl auf eine Nichteinhaltung der im Gesetz vorgeschriebenen „Sorgfaltskriterien“ JK*) ... diese seien dem Staatsanwalt und der Gesundheitsbehörde übergeben worden. Seit 5 Jahren nimmt die Zahl der Fälle in jedem Jahr zu (Der Sonntag, Sachsen, 11.9.2011, S.14)
- (Interview mit der Palliativmediziner G.D. Borasio)
Atemnot ... löst schwerste existenzielle Ängste aus ... das wirksamste Medikament dagegen ist das Morphin ... Angesichts der vorhandenen Daten stellt die Nichtbehandlung einer terminalen (*in der Sterbephase auftretenden JK*) Atemnot mit Morphin eindeutig einen Kunstfehler dar ... Die Sorge, dass die Gabe von Morphin oder verwandten Medikamenten bei Schwerstkranken Sucht auslösen oder den Tod beschleunigen könnte, ist längst von der Wissenschaft widerlegt.
(DIE ZEIT, 10.11.2011, S.43)
- **Bericht über eine Frau in Belgien, die im Zusammenhang mit aktiver Sterbehilfe ihre Organe spendet;**
... der Fall von Carine liegt besonders. Sie will nicht nur sterben, sondern auch ihre Organe spenden. Deshalb verbringt sie ihre letzten Stunden in der Klinik statt in der eigenen Wohnung. Carine wird die tödliche Injektion im Operationssaal erhalten.
Carines Fall ist eine Weltpremiere. Nie zuvor haben Ärzte einen Patienten aktiv getötet und ihm sofort danach Organe entnommen.
Von dieser Premiere soll die Welt allerdings vorerst nichts wissen. Die beteiligten Ärzte vereinbarten Stillschweigen, als sie Carine am 29. Januar 2005 gegen 13.30 Uhr töten und ihr dann die Nieren, die Leber und die Bauchspeicheldrüse entnehmen. Erst 2009 erscheint die erste Publikation über diesen Fall – und drei weitere – in der medizinischen Fachpresse;
In den USA haben Chirurgen todgeweihten Neugeborenen 75 Sekunden nach dem Herzstillstand die Herzen entnommen, um sie anderen Säuglingen zu transplantieren. In Spanien bringen Rettungsteams Menschen, deren Lage aussichtslos ist, in Kliniken, in denen sie unablässig weiter reanimiert werden – um die Organe zu retten. In den Niederlanden wird bewusstlosen Schwerstkranken gemäß ihrem mutmaßlichen Willen das Atemgerät abgeschaltet, sodass Chirurgen wenige Minuten nach dem Herzstillstand die Organe entnehmen können.
Warum sollten belgische Euthanasiepatienten nicht ihre Organe spenden dürfen, wenn sie es doch wünschen? Von Carines Tod, versichert Wyffels der ZEIT, hätten fünf Kinder profitiert. Vier Organe wurden entnommen, die Leber wurde geteilt.;

(Patrick Cras) ist Vorsitzender jener Ethikkommission an der Universitätsklinik Antwerpen, die entscheiden musste, ob die weltweit erste Organentnahme nach aktiver Sterbehilfe zulässig sei. Patiententötungen sind für ihn nichts Ungewöhnliches. Rund 50-mal war er nach eigener Schätzung daran beteiligt. Dennoch versichert er: »Euthanasie fühlt sich nicht richtig an für einen Arzt, sie hinterlässt immer eine Narbe.«;

Aber darf man einen Menschen töten, der an seiner Behinderung verzweifelt? Das belgische Euthanasiegesetz schließt diese Möglichkeit nicht aus. 2002 erklärte Belgien als zweiter Staat der Welt nach den Niederlanden die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Umständen für straffrei. Auch Patienten, deren Tod nicht absehbar ist, können Euthanasie beantragen. So starb 2008 der international angesehene Schriftsteller Hugo Claus durch eine tödliche Injektion, weil er das Fortschreiten seiner Alzheimer-Erkrankung nicht erleben wollte. Das Töten ist bei einem Patienten, der nicht im Sterben liegt, allerdings an besonders strenge formale Vorgaben gebunden. Er muss entscheidungsfähig sein, unerträglich leiden, ohne Aussicht auf Besserung, und seinen Sterbewunsch wiederholt äußern. Und all das muss von drei Ärzten geprüft werden – bei Sterbenskranken nur von zwei;

Eigentlich müsste es eine Kontrolle gegen Missbrauch geben. Jeder Sterbehilfefall in Belgien muss einer Kommission aus Ärzten, Krankenschwestern, Psychologen und Juristen gemeldet werden, damit diese überprüfen kann, ob die gesetzlichen Vorgaben eingehalten wurden. Doch nur jeder zweite Fall von geschätzt 1.040 Fällen im Jahr 2007 wird der Kommission überhaupt bekannt, so eine Untersuchung im Landesteil Flandern, die im angesehenen British Medical Journal veröffentlicht wurde. Und bei 17 Prozent der gemeldeten Tötungen fehlt sogar die schriftliche Einverständniserklärung des Patienten. Die Kommission könnte zweifelhafte Fälle zur Ermittlung an die Staatsanwaltschaft weiterleiten. Sie hat es nach Auskunft ihres Vorsitzenden in neun Jahren nicht ein einziges Mal getan;

Der Hausarzt malt das Szenario aus: »Diese extrem reichen Menschen, die eine Bauchspeicheldrüse brauchen, und dann ist da jemand, der ein passendes Organ hat und nicht sterbenskrank ist... Vielleicht würden sie mir zehn Millionen Euro zahlen, um den Patienten zu überreden, seine Organe zu spenden.«;

In Belgien wurden bislang acht Patienten nach einer Tötung auf Verlangen zu Organspendern. Cras versichert der ZEIT, die Frage nach der Spende müsse stets von den Patienten gestellt werden, nicht von den Ärzten;

Die belgischen Ärzte schätzen das Potenzial zusätzlicher Organspenden hoch ein. 2008 wurden 705 belgische Patienten auf ihren Wunsch hin getötet. 141 davon, also rund ein Fünftel, hatten neuromuskuläre Erkrankungen – solche Patienten wären als Organspender infrage gekommen.

(DIE ZEIT 20.10.2011 S.17ff. - <http://www.zeit.de/2011/43/DOS-Euthanasie>)

- „Tödlicher Hausbesuch“

In den Niederlanden betätigen Ärzte sich neuerdings als ambulante Sterbehelfer. Betrieben werden die Teams vom größten Euthanasie-Verein der Welt.

Als die Niederlande vor zehn Jahren das Töten auf Verlangen straffrei stellten, war das auch ein Triumph ihres Vereins. De Jong ist Direktorin der nach eigenen Angaben größten Euthanasie-Vereinigung der Welt, der "Niederländischen Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende" (NVVE). Ihre Mitglieder propagieren einen selbstbestimmten Tod - und diesem Ziel sind sie jetzt wieder einen Schritt näher gekommen.;

Anfang März hat die NVVE die erste Sterbehilfeklinik der Welt eröffnet; "Levenseindekliniek" lautet der Name - ein Platz fürs Lebensende. Sie dient als Anlaufstelle für all jene Niederländer, die sterben wollen, aber keinen Hausarzt haben, der bereit ist, ihnen dabei zu helfen. Zur Klinik gehören ambulante Euthanasie-Teams, jeweils bestehend aus einem Mediziner und einer Pflegekraft. Kommt ein Patient nach einer Prüfung seines Falls in Frage, fährt das Team zu ihm nach Hause, um ihm zwei Medikamente zu spritzen - das eine versetzt den Todeswilligen in einen tiefen Schlaf, das andere stoppt die Atmung und führt so zum Tod.;

Irgendwann sollen in dem Haus Betten auch für Euthanasie-Patienten stehen. Doch vor allem werden die Ärzte zu den Patienten kommen; denn die meisten Niederländer ziehen es vor, zu Hause zu sterben.;

Über 3000-mal haben niederländische Ärzte im Jahr 2010 Sterbehilfe geleistet. Rund dreimal so viele Patienten hatten darum gebeten - doch viele Hausärzte lehnten den Wunsch ab.

Einige Mediziner sind aus religiösen oder ethischen Gründen gegen Euthanasie, andere fürchten, es könnte etwas schief laufen. Viele jedoch trauen sich kein Urteil darüber zu, ob der Patient wirklich "unerträglich leidet", wie es das niederländische Euthanasie-Gesetz vorschreibt.;

Die neue Klinik soll auch solchen Menschen, die nicht sterbenskrank sind, ihren Todeswunsch erfüllen, sagt de Jong. Natürlich werde auch in der Sterbehilfeklinik jeder Einzelfall geprüft, versichert die Ärztin. 16 Patienten hat sie in ihrer Zeit als Medizinerin selbst getötet. Entscheiden sei immer schwer gewesen. Die Levenseindekliniek-Ärzte müssen zunächst die Krankenakte ihrer todeswilligen Patienten einsehen. Dann sollen sie mit dem jeweiligen Hausarzt Kontakt aufnehmen, um zu erfahren, warum dieser die Sterbehilfe ablehnt hat.

Sechs Teams arbeiten derzeit für die Klinik. Alle beteiligten Ärzte haben bereits Erfahrung in der aktiven

Sterbehilfe. Einen Tag pro Woche werden sie in der Klinik arbeiten, die anderen Tage in ihrer eigenen Praxis. Höchstens einmal im Monat sollen sie Sterbehilfe leisten.;

Doch von einer Klinik für Lebensmüde hat der Lobbyverein vorerst Abstand genommen. Beihilfe zur Selbsttötung ist in den Niederlanden nur innerhalb der Euthanasie-Kriterien erlaubt - im Unterschied zu Deutschland oder der Schweiz. In der Schweiz dürfen Sterbebegleiter Lebensmüden legal ein tödliches Medikament zur Verfügung stellen - so wie es auch der krebserkrankte deutsche Fußballer und Trainer Timo Konietzka vergangene Woche zu sich genommen hat.;

Die NVVE-Mitarbeiter versuchen niemanden davon abzubringen, sich zu töten. "Das ist nicht unsere Aufgabe", sagt de Jong, "das wäre paternalistisch."

Die Anrufer bekommen vielmehr Informationen, wie ein Suizid möglichst sicher gelingt. Mitglieder der Vereinigung erhalten ein Passwort, mit dem sie auf der NVVE-Website eine Liste von Suizidmedikamenten studieren können. Die Mittel zum sicheren Sterben sind allerdings nur im Ausland frei erhältlich, etwa im benachbarten Belgien.

(Der Spiegel 12-2012 S.132ff. - <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-84430240.html>)

- Wegen der Tötung seiner jahrelang im Wachkoma liegenden Mutter muss ein 26 Jahre alter Mann für drei Jahre ins Gefängnis. Er hatte beim Prozessauftakt ausgesagt, dass er seine Mutter, die seit einem Reitunfall 2004 im Wachkoma lag, durch den Tod „erlösen“ wollte. Eine Patientenverfügung gab es nicht. Anfang des JAHRES ERSTICKTE ER SIE MIT EINEM Handtuch in einem Pflegeheim ... (Freie Presse Chemnitz 13.6.2012 S.8)
- Niederlande: Jährlich werden bei den entsprechenden Kommissionen rund 2500 Fälle von aktiver Sterbehilfe gemeldet (Der Sonntag, Sachsen, 12.2.2012 S.12)
- (50ff.) Treue Hunde und edle Pferde, mit denen wir jahrelang zusammen gelebt haben, und die wir lieben, töten wir mit Recht, wenn sie in hohem Alter hoffnungslos erkrankt sind und von schmerzlichen Leiden gepeinigt werden. Ebenso haben wir das Recht oder, wenn man will: die Pflicht, den schweren Leiden unserer Mitmenschen ein Ende zu bereiten, wenn schwere Krankheit ohne Hoffnung auf Besserung ihnen die Existenz unerträglich macht, und wenn sie uns selbst um „Erlösung vom Übel“ bitten. ... Viele erfahrene Ärzte, die ihren schweren Beruf mit reiner Menschenliebe und frei von dogmatischen Vorurteilen ausüben, tragen kein Bedenken, die schweren Leiden von hoffnungslosen Kranken auf deren Wunsch durch eine Gabe Morphium oder Zyankalium abzukürzen; tatsächlich wird ja vielfach durch einen solchen plötzlichen schmerzlosen Tod nicht nur dem Notleidenden selbst, sondern auch seiner mitleidenden Familie der größte Dienst erwiesen. Andere Ärzte hingegen, und wohl die meisten Juristen, sind der Ansicht, dass diese Handlung des Mitleids nicht erlaubt oder sogar ein Verbrechen sei: der Arzt habe die Pflicht, unter allen Umständen das Menschenleben so lange als möglich zu erhalten. Warum? ...

Lebenserhaltung.

Als ein traditionelles Dogma müssen wir auch die weitverbreitete Meinung beurteilen, dass der Mensch unter allen Umständen verpflichtet sei, das Leben zu erhalten und zu verlängern, auch wenn dasselbe gänzlich wertlos, ja für den schwer Leidenden und hoffnungslos Kranken nur eine Quelle der Pein und der Schmerzen, für seine Angehörigen ein Anlass ständiger Sorgen und Mitleiden ist. Hunderttausende von unheilbar Kranken, namentlich Geistesranke, Aussätzige, Krebsranke usw., werden in unseren modernen Kulturstaaten künstlich am Leben erhalten und ihre beständigen Qualen sorgfältig verlängert, ohne irgendeinen Nutzen für die selbst oder für die Gesamtheit. Unter der Gesamtzahl der Bevölkerung von Europa befinden sich mindestens zwei Millionen Geistesranke, unter diesen mehr als 200000 Unheilbare. Welche ungeheure Summe von Schmerz und Leid bedeuten diese entsetzlichen Zahlen für die unglücklichen Kranken selbst, welche namenlose Fülle von Trauer und Sorge für ihre Familien, welche Verluste an Privatvermögen und Staatskosten für die Gesamtheit! Wie viel von diesen Schmerzen und Verlusten könnte gespart werden, wenn man sich endlich entschließen wollte, die ganz Unheilbaren durch eine Morphiumgabe von ihren namenlosen Qualen zu befreien! Natürlich dürfte dieser Akt des Mitleids und der Vernunft nicht dem Belieben eines einzelnen Arztes anheimgestellt werden, sondern müsste auf Beschluss einer Kommission von zuverlässigen und gewissenhaften Ärzten erfolgen. Ebenso müsste auch bei anderen unheilbaren und schwer leidenden Kranken (z.B. Krebskranken) die „Erlösung vom Übel“ nur dann durch eine Dosis schmerzlos und rasch wirkenden Giftes erfolgen, wenn sie ausdrücklich auf deren eigenen, eventuell gerichtlich protokollierten Wunsch geschähe und durch eine offizielle Kommission ausgeführt würde.

(159ff) Lebenswert der Menschenrassen.

Obgleich die bedeutenden Unterschiede in dem Geistesleben und Kulturzustande der höheren und niederen Menschenrasen allgemein bekannt sind, werden sie doch meistens sehr unterschätzt und demgemäß ihr sehr verschiedener Lebenswert falsch bemessen. Das, was den Menschen so hoch über die Tiere, auch die nächst verwandten Säugetiere, erhebt, und was seinen Lebenswert unendlich erhöht, ist die Kultur, und die höhere Entwicklung der Vernunft, die ihn zur Kultur befähigt. Diese ist aber größtenteils nur Eigentum der höheren Menschenrassen und bei den niederen nur unvollkommen oder gar nicht entwickelt. Diese Naturmenschen (z.B. Weddas, Australneger) stehen in psychologischer Hinsicht näher den Säugetieren (Affen, Hunden) als dem hochzivilisierten Europäer; daher ist auch ihr individueller Lebenswert ganz verschieden zu beurteilen. Die Anschauungen darüber sind bei

europäischen Kulturnationen, die große Kolonien in den Tropen besitzen und seit Jahrhunderten in engster Berührung mit Naturvölkern leben, sehr realistisch und sehr verschieden von den bei uns in Deutschland noch herrschenden Vorstellungen. Unsere idealistischen Anschauungen, durch unsere Schulweisheit in feste Regeln gebracht und von unseren Metaphysikern in das Schema ihres abstrakten Idealmenschen gezwängt, entsprechen sehr wenig den realen Tatsachen. ...

Der Abstand zwischen dieser denkenden Seele des Kulturmenschen und der gedankenlosen tierischen Seele des wilden Naturmenschen ist aber ganz gewaltig, größer als der Abstand zwischen der letzteren und der Hundeseele ...

(160) Die fortgeschrittene Arbeitsteilung der sozialen Individuen einerseits, die Zentralisation der Gesellschaft andererseits, befähigt den sozialen Körper zu viel höheren Leistungen als den solitären und steigert seinen Lebenswert in hohem Maße.

(163) Denn je weiter die Differenzierung der Stände und Klassen infolge der notwendigen Arbeitsteilung im Kulturstaate geht, desto größer werden die Unterschiede zwischen den hochgebildeten und ungebildeten Klassen der Bevölkerung, desto verschiedener ihre Interessen und Bedürfnisse, also auch ihr Lebenswert. Am größten erscheint dieser Unterschied natürlich dann, wenn man den Blick zu den „führenden Geistern“ des Jahrhunderts oben auf den höchsten Höhen der Kulturmenschheit erhebt und wenn man sie mit der Masse der niederen Durchschnittsmenschen vergleicht, die tief unten im Tal ihren einförmigen und mühseligen Lebenspfad mehr oder weniger stumpfsinnig wandeln.

(164) Für unsere Justiz ist der Wert jedes einzelnen Menschenlebens derselbe, gleichviel, ob es ein Embryo von sieben Monaten ist oder ein neugeborenes Kind (das noch kein Bewusstsein hat!), ein taubstummer Kretin oder ein hochbegabter Genius.

(164) Subjektiver und objektiver Lebenswert. (Individuelle und generelle Schätzung des Lebens). Zunächst ist für jeden einzelnen Organismus sein individuelles Leben nächster Zweck und höchster Wert. Daher rührt das allgemeine Streben nach Selbsterhaltung ... Diesem subjektiven Lebenswerte steht der objektive gegenüber, der auf der Bedeutung des Einzelwesens für die Außenwelt beruht ... Daraus entsteht ein beständiger Kampf zwischen den Interessen der Einzelwesen, die ihren besonderen Lebenszweck verfolgen, und denjenigen des Staates, für dessen Zwecke dieselben nur Wert haben als Teile einer Maschine.

(Ernst Haeckel: Die Lebenswunder, Volksausgabe, Alfred Kröner Verlag Stuttgart, 1904-1906))

- 78% der Menschen, die auf hospizliche oder palliative Begleitung angewiesen wären, haben derzeit keinerlei Zugang zu entsprechenden Angeboten, und das, obwohl sie einen Rechtsanspruch darauf haben. Nach der Deutschen Hospiz Stiftung betrifft das jedes Jahr knapp 400.000 Menschen (taz 3.3.2011 S.12)
- Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)
Mit Wirkung zum 1. April 2007 hat der Gesetzgeber als individuellen Leistungsanspruch die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen. Seitdem hat jeder Versicherte in Deutschland das Recht auf diese neue Versorgungsform, die zum Ziel hat, auch solchen Patientinnen und Patienten eine Versorgung und Betreuung zu Hause zu ermöglichen, die einen besonders aufwändigen Betreuungsbedarf haben.
(http://www.dhvp.de/themen_sapv.html)
- Freiwillig und wohl überlegt
Eine "Lebensende-Klinik" will Patienten mit "aussichtslosem und untragbarem Leiden" auf deren Wunsch im eigenen Heim töten. Die niederländische Initiative rechnet mit 1.000 Anfragen jährlich; Niederländer, die ihr Leben beenden wollen, können sich ab 1. März bei einer "Levensindeklinik" melden. Voraussetzung ist, dass ihr Euthanasie-Wunsch durch das geltende Gesetz gedeckt ist und der eigene Hausarzt die Bitte um Sterbehilfe nicht erfüllen will.
Die Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende (NVVE) in Amsterdam hat diese Klinik initiiert. Petra de Jong, Direktorin der NVVE, erwartet, dass "etwa 1.000 Menschen jährlich" in der sogenannten Lebensendeklinik Hilfe suchen werden.
Euthanasie und Hilfe bei der Selbsttötung ist prinzipiell strafbar in den Niederlanden. Doch gilt seit April 2002 ein Gesetz, das Ärzte bei aktiver Sterbehilfe von der Strafverfolgung freistellt, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind und nachweislich sorgfältig gehandelt wird.
Sterbehilfe ist nur erlaubt bei einer freiwilligen, wiederholten, wohl überlegten Bitte eines Patienten und nur, wenn der Patient an einer klassifizierbaren Krankheit "unerträglich und aussichtslos leidet" und wenn es keine Alternativen gibt. Ein zweiter Arzt ist hinzuzuziehen.
Die Beendigung des Lebens muss medizinisch sorgfältig durchgeführt werden. Der Arzt muss Euthanasie melden. Eine Kommission überprüft später den Fall. Rund 2.300 Menschen sterben jährlich auf diese Weise. Krebs ist die Hauptursache für aktive Sterbehilfe.;
Selbstverständlich könne sich jeder Arzt weigern, Sterbehilfe zu leisten. Aber er solle dann dafür sorgen, dass der Kranke an einen Kollegen vermittelt wird.
(taz 20.2.2012 S.04)

- Der Jurist Jan Suyver hat Ärzte-Pfleger-Teams aufgebaut, die in den Niederlanden als Sterbehelfer unterwegs sein werden;
 taz: Herr Suyver, Sie haben ab März sechs mobile Teams aus einem Arzt und einer Krankenschwester oder einem Krankenpfleger im Einsatz. Wie sieht die Arbeit dieser Teams konkret aus?
 Jan Suyver: Man kann eine Euthanasieanfrage per E-Mail oder telefonisch an unser Büro in Den Haag richten. Erfüllt der Patient mit dem Wunsch um Sterbehilfe die gesetzlichen Vorschriften, dann sucht ein Team den Patienten auf.
 Was geschieht dort?
 Das Team führt so viele Gespräche wie nötig mit dem Patienten. Außerdem wird der Klinikarzt das medizinische Dossier des Patienten einsehen und er wird Kontakt zu dem Arzt suchen, der keine Euthanasie ausführen wollte, um die Gründe zu erfahren. Sind die gesetzlichen Kriterien erfüllt, wird unser Arzt die Sterbehilfe zu Hause beim Patienten ausführen.;
 Wie ist es für die Pfleger und Ärzte organisiert?
 Die Ärzte und Pfleger arbeiten hier maximal einen Tag in der Woche. Dies in Vollzeit zu tun, finden wir nicht zu verantworten.;
 Erwarten Sie Proteste gegen die Klinik?
 Nein. Wir haben das Euthanasiegesetz seit zehn Jahren und das Gesetz funktioniert gut. Ich möchte betonen, dass wir eine zusätzliche Möglichkeit binnen des Gesetzes anbieten.
 (taz 20.2.2012 S.04)
- Aktiv töten ist verboten
 RECHTSLAGE Was dürfen Ärzte in Deutschland?
 Unter Sterbehilfe fallen Handlungen, die von der Hilfe und Unterstützung während des Sterbeprozesses bis hin zur aktiven Tötung Schwerstkranker reichen. Unterschieden wird zwischen:
Beihilfe zur Selbsttötung - also etwa das Besorgen eines Stricks, einer Anleitung zur Selbsttötung oder eines tödlichen Medikaments, das der Sterbende sodann selbst und ohne fremde Hilfe einnimmt. Diese Beihilfe ist in Deutschland straffrei. Die Logik dahinter: Weil der Suizid nicht verboten ist, kann auch die Hilfe zum Suizid nicht bestraft werden. In der Praxis ist es für Sterbewillige jedoch oft unmöglich, sich diese Beihilfe zu organisieren. Denn wer beabsichtigt, sich mit einem sanften, aber effizient wirkenden Medikament - etwa Natriumpentobarbital - selbst zu töten, muss erst mal einen Arzt finden, der bereit ist, ihm dieses Medikament zu verordnen.
 Und das **ärztliche Standesrecht**, zuletzt 2011 aktualisiert in der Berufsordnung der Ärzte, ist in dieser Frage kompromisslos: Danach dürfen Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten. Andernfalls müssen sie mit hohen Geldbußen rechnen.
 Daneben gibt es den **ärztlichen Behandlungsabbruch auf Verlangen des Patienten** - dieses Selbstbestimmungsrecht wurde 2010 durch ein Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofs gestärkt: Danach rechtfertigt eine Einwilligung des Patienten, etwa in Form einer schriftlichen Patientenverfügung oder mündlichen Erklärung, sowohl das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen als auch die aktive Beendigung einer nicht mehr gewollten Therapie.
 Ebenfalls straffrei sind das **Ausschalten von Geräten** sowie das Verabreichen schmerzstillender Medikamente, die das Leben nicht vorsätzlich verkürzen.
 Verboten dagegen ist nach § 216 Strafgesetzbuch in Deutschland die **aktive Sterbehilfe**, also die gezielte Herbeiführung des Todes durch aktives Handeln eines Dritten, etwa durch Verabreichung einer Überdosis Schmerzmittel, selbst wenn dies dem expliziten Wunsch des Sterbenden entspricht. Diese sogenannte **Tötung auf Verlangen** wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.
 Weltweit erlaubt ist aktive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen lediglich in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg. In der Schweiz ist aktive Sterbehilfe - wie in Deutschland - verboten. Allerdings ist das ärztliche Berufsrecht dort liberaler als in Deutschland.
 (taz 20.2.2012 S.04)
- Ärztlich assistierter Suizid nach Urteil erlaubt
 Der Berliner Arzt Uwe-Christian Arnold darf in besonderen Fällen Todkranken beim Selbstmord helfen. Das stellte jetzt das Verwaltungsgericht Berlin fest. Ein entsprechendes Verbot der Berliner Ärztekammer aus dem Jahr 2007 sei rechtswidrig, urteilten die Richter gestern. Arnold darf einem Todkranken damit Medikamente geben, die sicher und schmerzlos zum Tod führen. Voraussetzung ist aber, dass er als Arzt eine lange und enge persönliche Beziehung zu dem Kranken aufgebaut hat. Der Todeswillige müsse außerdem "unerträglich und irreversibel" an einer Krankheit leiden, heißt es in dem Urteil. Alternative Formen der Leidensminderung dürften nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Das Gericht betonte, dass der ärztlich assistierte Suizid nur in Ausnahmefällen zulässig sei. Gesunden und psychisch Kranken dürfe nicht bei der Selbsttötung geholfen werden. Uwe-Christian Arnold war damals Vizevorsitzender der Sterbehilfsorganisation Dignitas Deutschland und kündigte in Interviews (auch mit der taz) die Schaffung von Präzedenzfällen an. (Az.: VG 9 K 63.09) (taz) (taz 3.4.2012 S.02)
- Der selbst gewählte Tod – Warum mein Vater den Weg der Sterbehilfe genommen hat
 (ZEIT 9.8.2012 S.33 - <http://www.zeit.de/2012/33/Sterbehilfe>)

- Diskussion zum Gesetzentwurf gegen gewerbliche Sterbehilfe;
Soll künftig auch die Beihilfe verboten werden?
Nein, Beihilfe zur Suizidhilfe, auch zur gewerblichen, soll straffrei bleiben. Dies soll für Angehörige, Lebenspartner, lange Hausgenossen und nahe Freunde gelten. Nach dem Entwurf sollen aber auch Ärzte oder Pflegekräfte Beihilfe leisten können, „wenn eine über das rein berufliche Verhältnis hinausgehende, länger andauernde persönliche Beziehung entstanden ist“
(Freie Presse Chemnitz 2.8.2012 S.4)
- Kirche gegen Justizministerin
SUIZID Leutheusser-Schnarrenberger will "gewerbliche Förderung der Selbsttötung" unter Strafe stellen, die Beihilfe von Angehörigen hierzu aber straflos lassen. Nun tobt eine teils unsachliche Debatte
FREIBURG taz | Union und katholische Kirche kritisieren weiter den Gesetzentwurf von Justizministerin Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) zur Strafbarkeit der gewerblichen Suizidhilfe. "Es darf keine Straffreiheit für die Beihilfe zur Tötung geben", sagte CSU-Sozialpolitiker Norbert Geis. "Man kann nur hoffen, dass sich der Entwurf nicht im Kabinett durchsetzt", erklärte ein Sprecher der katholischen Bischofskonferenz.
Die Diskussion krankt daran, dass kaum zwischen aktiver Sterbehilfe und Hilfe zum Selbstmord unterschieden wird. Bei der aktiven Sterbehilfe wird ein anderer getötet, zum Beispiel durch die Giftspritze eines Arztes. Dies ist als "Tötung auf Verlangen" strafbar. Daran soll sich nichts ändern. Beim Selbstmord führt der Sterbewillige dagegen den Tod selbst herbei, zum Beispiel indem er ein Medikament schluckt, das ihm ein anderer besorgt hat. Der Selbstmord ist straflos, ebenso bisher die Hilfe zum Selbstmord. Doch letzteres soll geändert werden.
Die Justizministerin schlägt einen neuen Paragraphen 217 im Strafgesetzbuch vor: "Wer absichtlich und gewerbsmäßig einem anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft." Sie setzt damit eine Vorgabe des schwarz-gelben Koalitionsvertrags von 2009 um.
Dieser zielte auf den deutschen Ableger des Schweizer Vereins Dignitas, der Kontakte in die Schweiz vermittelt. Dort ist die Rechtslage liberaler, weil Ärzte Todkranken milde lebensbeendende Medikamente verschreiben dürfen. Solche Aktivitäten, die Hilfe zum Selbstmord als normale Dienstleistung erscheinen lassen, mit der die Helfer sogar Geld verdienen, sollen künftig strafbar sein. Nicht verboten wäre weiterhin die altruistische Hilfe zum Selbstmord, etwa aus Mitleid mit einem Angehörigen.
Nach einem ersten Referentenentwurf aus dem März wären Angehörige jedoch bestraft worden, wenn sie dem Sterbewilligen nicht selbst helfen, sondern ihn in die Schweiz zu Dignitas fahren oder ihm nur die Adresse geben. Deshalb schränkt die neueste Fassung des Gesetzentwurfs nun ein: "Ein nicht gewerbsmäßiger Teilnehmer ist straffrei, wenn der in Absatz 1 genannte [Sterbewillige] sein Angehöriger oder eine andere ihm nahestehende Person ist."
An diesem Absatz entzündet sich nun die Kritik. Die Kritiker tun so, als ob es hier um eine Liberalisierung geht. Tatsächlich wird nur die zusätzliche Strafbarkeit eingeschränkt.
(taz 3.8.2012 S.05)
- Kritik an Reform zur Sterbehilfe
GESETZ Experten rügen: Entwurf geht zu weit
BERLIN taz/dpa | Die geplante Neuregelung der Sterbehilfe bleibt umstritten. Der vom Justizministerium vorgelegte Entwurf wird von Experten kritisiert. Es geht vor allem um den Personenkreis, dem Sterbehilfe erlaubt sein soll. Nach dem Entwurf soll gewerbliche Sterbehilfe künftig mit bis zu drei Jahren Haft bestraft werden. Nur Ärzte und Pfleger, die dem Betroffenen besonders nahestehen, sollen im Ausnahmefall straffrei bleiben.
(taz 4./5.8.2012 S.05)
- Kein Recht auf milden Suizid
MENSCHENRECHTE Deutscher Witwer hat in Straßburg einen Teilerfolg erzielt: Er darf in Deutschland klagen, um die Beihilfe zur Selbsttötung zu erleichtern. In der Sache wurde er aber nicht unterstützt
FREIBURG taz | Eine lebensmüde Patientin hat keinen Anspruch auf die Gewährung von Selbstmordmedizin. Das entschied jetzt der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg. Allerdings dürfen deutsche Gerichte die Prüfung dieser Frage nicht einfach verweigern, nur weil die Frau inzwischen tot ist und der Witwer die Klage fortführt.
Der Fall Bettina Koch war dramatisch. Die Frau stürzte im April 2002 beim Ausladen ihres Autos und brach sich den Nacken. Seither konnte die Hundepflegerin nur noch den Kopf bewegen. Das Herz trieb ein Herzschrittmacher, im Magen ernährte sie eine Sonde und künstlich beatmet wurde sie auch. Trotz der Lähmung spürte sie am ganzen Körper Schmerzen.
Die Ärzte aber erklärten, ihr Zustand sei stabil und sie habe noch viele Jahre zu leben. Da beschloss Bettina Koch, dass sie sich selbst das Leben nehmen will. Sie stellte beim Bundesamt für Arzneimittel in Bonn den Antrag auf Abgabe einer tödlichen Dosis Natrium-Pentobarbital. Das Narkosemittel führt nach Angaben von Experten zu einer Art "natürlichem Einschlafen".
Doch das Bundesamt lehnte Kochs Antrag unter Berufung auf das Betäubungsmittelgesetz ab. Die Vernichtung von Leben sei im Gesetz nicht vorgesehen. Also ließ sich Bettina Koch im Februar 2005 in

die Schweiz fahren, begleitet von Mann und Tochter. Dort ging sie dann mit Hilfe der Schweizer Organisation Dignitas in den Freitod - mit Natrium-Pentobarbital, das dort an lebensmüde Schwerstkranke verschrieben werden darf.;

Wie erwartet, hat sich der Europäische Gerichtshof in Straßburg in dieser Sache ganz zurückgehalten. Die Richter betonen, dass es bisher keinen Konsens in Europa gebe. Es sei deshalb Sache der Nationalstaaten und ihrer Gerichte, über die Zulässigkeit der Hilfe zum Selbstmord zu entscheiden. Tatsächlich geht die Tendenz eher in die andere Richtung: Nach einer Untersuchung des Gerichtshofs ist es derzeit nur in 4 von 42 untersuchten europäischen Staaten erlaubt, Patienten ein Medikament zum Zweck der Selbsttötung zu verschreiben. Gemeint sind die Schweiz, Belgien, Niederlande und Luxemburg. Die meisten Staaten verbieten jede Hilfe zum Selbstmord. Deutschland ist also noch relativ liberal. Bei uns wird private Hilfe zum Selbstmord nicht bestraft. Allerdings dürfen Ärzte und Apotheker nicht daran mitwirken.
(taz 20.7.2012 S.07)

- "Gute Arbeit soll bezahlt werden"

FREITOD Ludwig Minelli, Chef der Suizidhilfe-Organisation Dignitas, erklärt die Kosten eines Freitods. Von dem in Deutschland geplanten Vermittlungsverbot will er sich nicht bremsen lassen. Es stärke gar seine Organisation

INTERVIEW

taz: Herr Minelli, was kostet mich ein Freitod in der Schweiz?

Ludwig Minelli: Das sage ich Ihnen gerne. Doch zuerst muss ich klarstellen: Dignitas bietet in erster Linie Lebenshilfe. Nur wenn das nicht passt, kommt ein Suizid in Frage.

Was heißt das konkret?

Wenn uns jemand sagt: "Ich will sterben", dann fragen wir: "Was ist Ihr Problem?" Dann reden wir darüber. Meist finden wir eine Lösung. Von vielen Anrufern hören wir nie wieder etwas. Dignitas kann Menschen helfen, die keine andere Beratungsstelle erreicht.;

A propos "kommerzielle Interessen": Was kostet mich also ein Freitod in der Schweiz?

Sie werden bei Dignitas Deutschland Mitglied: Aufnahmegebühr 95 Euro, Jahresbeitrag 196 Euro. Vorbereitung einer Freitodbegleitung in der Schweiz: 3.000 Schweizer Franken [rund 2.500 Euro], Durchführung: noch einmal 3.000 Franken. Hinzu kommen Pauschalen von insgesamt 4.500 Franken [rund 3.750 Euro] für Arzt, Behörden, Bestatter, Krematorium. Bedürftigen erlassen wir die Beiträge teilweise oder ganz.

Warum trennen Sie zwischen Vorbereitung und Durchführung der Freitodbegleitung?

Vielen unserer Mitglieder genügt letztlich das "provisorische grüne Licht". Dann müssen sie nicht mehr weiterleben. Plötzlich fällt eine zentnerschwere Last von ihnen ab. Und viele können nun - selbstbestimmt - wieder das Leben bejahen.;

Wie viele Mitglieder hat Dignitas?

Es sind knapp 6.400 Mitglieder, davon rund 2.700 Deutsche.

Und wie viele Mitarbeiter?

In Zürich haben wir 18 Teilzeitkräfte, also rund 10 Stellen. In Hannover arbeiten drei Teilzeitbeschäftigte.

Gibt es ehrenamtliche Helfer?

Nein. Gute Arbeit soll auch gut bezahlt werden.;

Außerdem ist Dignitas bislang nicht als gemeinnützig anerkannt, weil wir angeblich so umstritten sind.

Warum angeblich?

Tatsächlich haben wir ja großen Rückhalt in der Bevölkerung. Letztes Jahr gab es im Kanton Zürich eine Volksabstimmung über die Suizidbegleitung. Der Antrag auf ein Verbot wurde mit 85 Prozent der Stimmen abgelehnt. Ein zweiter Antrag, der nur die Sterbebegleitung von Ausländern verbieten wollte, wurde ebenfalls ganz deutlich mit 78 Prozent abgelehnt.

In der Schweiz ist die Beihilfe zum Suizid strafbar, wenn sie aus "selbstsüchtigen Gründen" erfolgt. Wie oft wurden Sie bereits verurteilt?

Nie! Es gab nicht einmal ein Ermittlungsverfahren. Die Strafvorschrift zielt nicht auf organisierte Sterbebegleitung, sondern auf Verwandte, die die Großtante zum Selbstmord verleiten, weil sie schneller erben wollen.;

Wie viele Suizide hat Dignitas seit der Gründung begleitet? Wie viele davon betrafen Deutsche?

Etwa 1.400 Freitodbegleitungen, davon etwa 800 Deutsche. Wir haben Mitglieder in 74 Ländern der Erde.;

Schweiz

Rechtslage: Auch in der Schweiz ist die Suizidhilfe grundsätzlich straffrei. Anders als in Deutschland dürfen Ärzte an Kranke, die einen festen Todeswunsch haben, jedoch das Medikament Natrium-Pentobarbital verschreiben, das einen sicheren und milden Freitod ermöglicht.

Betreuer 1: Die Organisation Exit wurde 1982 gegründet und hat rund 60.000 Mitglieder. Jährlich werden rund 300 Mitglieder in den Freitod "begleitet". Die Organisation nimmt nur Schweizer als Mitglieder auf.

Betreuer 2: Dignitas hat sich 1998 nach Personalquerelen von Exit abgespalten. Dignitas nimmt auch Ausländer als Mitglieder auf. Im Jahr 2011 wurden 160 Freitodbegleitungen durchgeführt. In 74 Fällen starben dabei Deutsche. 2006 wurde Dignitas Deutschland als eigener Verein gegründet, der bisher

keine eigenen Freitodbegleitungen durchführt. (chr)
(taz 16.8.2012 S. 03)

- Rezept für den Tod

Der Bundesärztespräsident will jegliche Hilfe beim Suizid verbieten lassen. Doch viele Mediziner wollen selbst entscheiden, wie sie mit Todkranken umgehen.;

Die geplante Regelung soll unterbinden, dass mit der Beihilfe zum Suizid Geschäfte gemacht werden. Kommerzielle Sterbefirmen und -vereine wie die Schweizer Organisation Dignitas, die gegen Gebühr tödliche Medikamente besorgen, würden sich demnach in Deutschland strafbar machen. In diesem Ziel sind sich auch fast alle einig.

Der Streit dreht sich lediglich um eine kleine Passage in der Begründung zum Gesetzentwurf. Demnach sollen "Ärzte oder Pflegekräfte" bei einem assistierten Suizid straffrei bleiben, "wenn eine über das rein berufliche Verhältnis hinausgehende, länger andauernde persönliche Beziehung" zum Patienten entstanden sei. Das könnte bedeuten: Wenn der gute, alte Hausarzt es billigt, dass sein Patient Medikamente für eine tödliche Dosis hortet, würde er dafür nicht strafrechtlich belangt werden - das ist allerdings auch nach der geltenden Gesetzeslage schon so.

Die künstliche Aufregung zeigt, wie sehr die Ärztesfunktionäre um Montgomery fürchten, die Deutungshoheit in Sachen Sterbeethik zu verlieren. Dabei stellen sich die moralischen Fragen vor allem praktizierenden Mediziner, die Tag für Tag mit todkranken Menschen konfrontiert sind. Jeder dritte Arzt ist schon um Hilfe beim Suizid gefragt worden. Und 3,3 Prozent von 483 befragten Mediziner hatten schon 2008 in einer SPIEGEL-Umfrage angegeben, bei einem Suizid geholfen zu haben.

Als die Delegierten auf dem vorvergangenen Ärztetag über die Hilfe zur Selbsttötung abstimmten, waren immerhin 28 Prozent gegen ein Verbot oder enthielten sich der Stimme. Bis heute haben nicht alle Landesärztekammern die damals verabschiedete Muster-Berufsordnung übernommen. Den Satz, wonach Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen, hat die Kammer Westfalen-Lippe abgeschwächt. Statt "dürfen keine" heißt es "sollen keine".;

(Spiegel 32-2012 S.114)

- Belgien fasst die Möglichkeit der Sterbehilfe für Minderjährige ins Auge. Es gehe dabei ausschließlich um extreme Fälle, versicherte die regierende Sozialistische Partei (PS), bevor ihr Senator Philippe Mahoux den Vorschlag ins belgische Parlament einbrachte. Vorgesehen ist demnach, die Tötung von unter 18-Jährigen zu erlauben, wenn drei Bedingungen erfüllt sind: Die Betroffenen besitzen "Urteilsfähigkeit", sind "unheilbar krank" und leiden unter "unstillbaren Schmerzen". Sterbehilfe ist in Belgien seit 2002 erlaubt. Im vergangenen Jahr wurden 1.133 Fälle registriert.
(taz 21.12.2012 S.18)

- Die Hilfe zur Selbsttötung wird nun doch nicht bestraft. Die Koalition von Union und FDP kann sich nicht einigen, wie weit das Verbot gehen soll, und gibt das Projekt deshalb vorerst auf.;
- Bislang ist die Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland straflos, weil auch der Suizid selbst keine Straftat ist. Wer einem Sterbewilligen zum Beispiel ein tödliches Medikament besorgt, bleibt straffrei. Entscheidend ist, dass der Sterbewillige selbst das Medikament einnimmt. Als aktive Sterbehilfe ist nur strafbar, wenn eine andere Person das tödliche Medikament einräufelt oder mit einer Spritze verabreicht.

Ein Gesetzentwurf von Justizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) sah nun vor, das Strafrecht zu verschärfen. Die "Förderung der Selbsttötung" sollte mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder einer Geldstrafe bestraft werden, sofern sie "gewerbsmäßig" erfolgt.

Dazu sollte es schon genügen, wenn etwa gewerbsmäßig Kontakte zu Suizidhilfe-Organisationen in der Schweiz vermittelt werden. Das schwarz-gelbe Kabinett hatte dem Entwurf zugestimmt.

Einer Mehrheit in der CDU-Fraktion ging dies aber nicht weit genug. Sie wollten schon die "geschäftsmäßige", also regelmäßige Hilfe zur Selbsttötung bestrafen. So sollte verhindert werden, dass Organisationen wie Dignitas oder Sterbehilfe Deutschland von Roger Kusch weiter arbeiten können, indem sie zum Beispiel nur die Erstattung von Kosten verlangen. Auch die Kirchen und Ärzte-Organisationen verlangten eine Verschärfung des Regierungsentwurfs.

Die Justizministerin lehnte das ab. Für sie ist die Verschärfung des Strafrechts ohnehin "keine Herzensangelegenheit", wie sie betonte. Sie konnte sich darauf berufen, dass im Koalitionsvertrag nur die Bestrafung "gewerbsmäßiger" Suizidhilfe vorgesehen ist.

Weil sich die Koalitionspolitiker nicht einigen konnten, wird das Strafgesetzbuch nun gar nicht geändert. Das heißt, die organisierte Hilfe zur Selbsttötung bleibt in Deutschland bis auf weiteres straffrei.

(taz 10.5.2013 S.6)

- STRASSBURG Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) hat die Schweiz zur Klärung ihrer Rechtsregeln über die Sterbehilfe aufgefordert. Das Schweizer Recht, das den Erwerb eines tödlichen Medikaments auf Rezept grundsätzlich gestattet, enthalte keine ausreichend klaren Kriterien, wann der Erwerb rechtmäßig sei, hieß es in dem Urteil am Dienstag. Geklagt hatte eine 82-Jährige, die nicht todkrank war. Die Behörden hatten ihr keine Erlaubnis zum Erwerb eines tödlichen Medikaments

gegeben.

(taz 15.5.2013 S.10)

- Vermutlich spricht Udo Reiter, 69, vielen Menschen aus dem Herzen: „Ich freue mich meines Lebens und möchte, solange es irgend geht, dabei sein. Aber wenn es nicht mehr geht, möchte ich nicht in einer Weise abtreten, die ich quälend finde und die meiner bisherigen Lebensweise unwürdig ist.“ Er will sich dann keine Plastiktüte über den Kopf ziehen oder sich auf Schienen legen müssen. Der ehemalige MDR-Intendant wünscht sich, so schreibt er in seiner Autobiografie, dies: einen tödlichen Cocktail – „als letzte Leistung unserer Krankenkasse“.

Diesen Notausgang wünschen sich in Umfragen mehr als die Hälfte der Deutschen: eine ärztlich begleitete Selbsttötung als Ausweg bei schwerem Leiden;

Deshalb sollen hier ganz nüchtern ein paar Fragen geklärt werden. Fragen wir zunächst die Münchner Fachanwältin für Medizinrecht Beate Steldinger, was wirklich erlaubt und was verboten ist:

Ist es eine Straftat, sich das Leben zu nehmen?

Beate Steldinger: Nein. Das Strafgesetzbuch verbietet nur, einen anderen Menschen zu töten. Dazu gehört auch die Tötung auf Verlangen. Strafrechtlich gesehen darf man sich selbst töten.

Weil die Haupttat nicht strafbar ist, ist auch die Beihilfe nicht strafbar. Der Suizident muss die letzte Handlung jedoch selbst vornehmen, und er muss dabei freiverantwortlich handeln – er darf also nicht so psychisch krank sein, dass die freie Willensbildung eingeschränkt ist.

Muss ich ihn retten, sobald er ohnmächtig geworden ist?

Wenn er zuvor deutlich gemacht hat, am besten schriftlich, dass er nicht gerettet werden will, und er diese Entscheidung freiverantwortlich getroffen hat – dann machen Sie sich nicht strafbar, wenn Sie den Notarzt nicht rufen.;

Das ist die Rechtslage in Deutschland. Nun will die Bundesregierung die Freiheit einschränken. Damit Bürgerinnen und Bürger nicht durch organisierte Suizidhelfer zur Selbsttötung „verleitet“ werden.

Gemeint ist damit vor allem der Verein „Sterbehilfe Deutschland“, gegründet vom ehemaligen Hamburger Justizsenator Roger Kusch, der seit 2008 Suizidbeihilfe anbietet – bis vor kurzem gegen Tausende von Euro, seit neuestem aber erstattet der Verein im Falle eines Suizids den Erben die Vereinsbeiträge zurück; und gemeint ist auch der Schweizer Verein Dignitas (mit Büro in Hannover), der den Suizid mit tödlichen Substanzen für rund 8000 Euro organisiert, inklusive Einäscherung.

Etwa 100 Deutsche pro Jahr lassen sich beim Suizid von Dignitas oder Sterbehilfe unterstützen. Zum Vergleich: Etwa 10 000 Menschen in Deutschland nehmen sich jedes Jahr das Leben. Die Hälfte erhängt sich. Zweithäufigste Methode ist das Vergiften. Sie sterben allein. Ein Verbot der organisierten Suizidbeihilfe würde sie nicht retten.

Käme ein Verbot jeglicher irgendwie organisierter Suizidbeihilfe, dann wäre es nur noch „Nahestehenden“ erlaubt, jemanden bei der Selbsttötung zu unterstützen. Auch die langjährig vertraute Ärztin oder der einzelne Arzt, der nicht mit einem Suizidhilfeverein zusammenarbeitet, blieben wohl straffrei wie bisher.

Immerhin kann sich in Befragungen mehr als ein Drittel der Ärzte vorstellen, Schwerstleidenden beim Suizid zu -helfen. Und, besonders interessant: Fast die Hälfte würde sich bei -eigenem Leiden diese Hilfe von Kollegen wünschen.

Dürften die das? 2011 beschloss der Ärztetag eine neue Muster-Berufsordnung, in der steht, dass Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen. Doch verbindlich sind nur die Berufsordnungen, die die Landesärztekammern erlassen. Längst nicht alle haben den Verbotssatz übernommen. Bayern und Baden-Württemberg etwa haben ihn einfach gestrichen. Und in Berlin gewann vergangenes Jahr der Arzt Uwe-Christian Arnold gegen seine Ärztekammer. Das Verwaltungsgericht sagte: Die Ärztekammer kann Suizidbeihilfe nicht pauschal verbieten, denn ein Arzt muss seinem Gewissen folgen dürfen.

Womöglich also bei unerträglichen Schmerzen einen sicheren und schmerzlosen Suizid ermöglichen.

Aber hilft da nicht die Palliativmedizin? Fragen wir -Chris-tof Müller-Busch, Professor für Palliativmedizin: Können Sie mir garantieren, dass ich am Lebensende nicht entsetzlich leiden muss?

Christof Müller-Busch: Nein, garantieren kann ich es Ihnen nicht, weil es ja auch seelisches Leid gibt und das Lebensende auch mit Leid verbunden ist. Aber es muss nicht entsetzlich sein. Wir haben durch die Palliativmedizin inzwischen viele sehr gute Möglichkeiten, vor allem die körperlichen Symptome – etwa Schmerzen, Atemnot, Übelkeit – so zu lindern, dass sie erträglich sind.

Alle Schmerzen?

95 Prozent können wir mit Schmerzmitteln lindern. Oft sind Schmerzen gar nicht das belastendste Symptom. Die Patienten leiden viel stärker an ihrer Schwäche und der Erschöpfung, die zum Tode führende Erkrankungen begleiten.

Und was ist mit den restlichen fünf Prozent?

Bei diesen Patienten, die ihr Leiden so unerträglich finden, können wir durch eine palliative Sedierung mit Beruhigungsmitteln und anderen Medikamenten das Bewusstsein so dämpfen, dass die Schmerzen nicht mehr wahrgenommen werden. Man kann diese palliative Sedierung unterschiedlich tief und auch wieder rückgängig machen.

Klingt wunderbar: im Schlaf zu sterben.

Ja. Aber viele Menschen in Todesnähe, vor allem ältere, möchten am Ende gar nicht tief sediert werden. Sie möchten lieber dem Tod ins Auge sehen. Sie möchten dabei sein.

Wann vor dem Tod beginnen Sie eine palliative Sedierung?

Rückblickend waren es meist zwei, drei Tage, manchmal auch mehr als zehn Tage vor dem Tod.; Das klingt doch alles beruhigend. Nur: Palliativstationen sind zuständig für Menschen mit absehbarem Tod. Relativ gut abschätzen lässt sich die verbleibende Zeit bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen. Deshalb sind rund 90 Prozent der Patienten auf Palliativstationen Krebskranke. Bei Menschen mit Herzleiden, Parkinson oder multipler Sklerose ist der Verlauf mit seinem Auf und Ab schwer einzuschätzen. Diese Patienten kommen selten auf Palliativstationen oder in Hospize. Dabei leiden viele dieser Kranken ebenfalls. Vor allem alte Menschen, die mehrere Krankheiten haben – wo die Medikamente gegen die eine Krankheit dann wieder andere Organe beeinträchtigen. Viel zu wenige Ärzte und Ärztinnen kennen sich aus mit der lindernden Medizin für Alte, also der palliativen Geriatrie. Da klaffe eine große Versorgungslücke, sagt Gita Neumann. Die Psychologin ist Lebensberaterin beim Humanistischen Verband in Berlin, einer Organisation Konfessionsloser. Sie berät viele kranke Mitglieder.

Gita Neumann: Versuchen Sie mal, einen Menschen mit unbeherrschbaren Schmerzen wegen Gelenkrheuma oder Osteoporose auf einer Palliativstation unterzubringen oder gar im Hospiz bis zum Lebensende umsorgen zu lassen! Für die gibt es nichts, nur das Pflegeheim, und von dort kann man laut Sozialgesetzbuch V § 39a nicht mehr in ein Hospiz. Der Kontrast zwischen dem De-luxe-Aufenthalt dort für ein Prozent der Bevölkerung und der allgemeinen Versorgung für die vielen ist zu groß. Ein Sterben ohne Schmerzen ist also möglich, aber...

Genau: Ein Sterben ohne Schmerzen ist möglich, da kann ja sediert -werden, aber ein Leben ohne Schmerzen kann Ihnen keiner versprechen. Da müssten Sie schon todkrank sein.;

Dass einen ausgerechnet die Verfügbarkeit einer Suizidmethode im Leben hält, ist vielfache Erfahrung. Anhand von Daten des Vereins Dignitas ergab eine Diplomarbeit: Von 100 Menschen, die provisorisch „grünes Licht“ bekommen hatten – es stand noch ein Arztbesuch aus – meldeten sich 70 nie wieder. Mit anderen bestand ein längerer Kontakt, sie nahmen die Suizidbeihilfe am Ende aber nicht in Anspruch. 13 ließen sich tatsächlich ein Rezept ausstellen.

Manchen mag die Gewissheit eines Notausgangs helfen, es noch eine Zeit lang auszuhalten. Andere werden durch -Nahestehende im Leben gehalten. Aber manchmal ringen die vergeblich.

Der Hamburger Krankenseelsorger Michael Brems hatte Betina K. fast drei Jahre lang begleitet. Sie war als 51-Jährige gestürzt und seitdem vom Kopf abwärts gelähmt. Während viele andere Hochquerschnittgelähmte irgendwann nach vorn schauen, wollte Betina K. von Anfang an nur sterben. „Es ist, als würde ich den ganzen Tag vergewaltigt.“ Dem Pastor wird es noch heute eng im Hals, wenn er von dieser Verzweiflung erzählt.;

Irritiert liest Pastor Brems deshalb die Erklärung, die das Leitungsgremium der evangelischen Kirche, der Rat der EKD, jüngst zum Thema Suizidbeihilfe abgegeben hat. Da steht: „Aus christlicher Perspektive ist die Selbsttötung eines Menschen grundsätzlich abzulehnen.“

„Grundsätzlich abzulehnen“ – das klinge dogmatisch, geradezu hartherzig, findet der Pastor. Und weiter heißt es in der Erklärung des Rats: Das Leben sei eine Gabe, über die der Mensch nicht verfügen könne. Menschen bei der Selbsttötung zu unterstützen, stehe in Widerspruch zu dieser christlichen Perspektive.

Hat Pastor Brems also unchristlich gehandelt? Das fragen wir Nikolaus Schneider, den Ratsvorsitzenden der EKD.

Nikolaus Schneider: Nein, er hat christlich gehandelt. Ich hätte das genauso gemacht. Er hat mit ihr gerungen. Und er hat ihr gleichzeitig die Begleitung eines Christenmenschen nicht verweigert. Sie sagen doch: Selbsttötung geht gar nicht.

Ja. Aber das Eine sind unsere Normen und ethischen Vorstellungen. Sie sollen das Leben strukturieren für eine ganze Gesellschaft und dem Einzelnen Orientierung geben, die er aber in eigener Verantwortung in seinem Leben realisieren muss. Das Zweite ist: Das Leben ist vielfältiger als alles, was wir überlegen können. Und wir behalten Respekt vor Menschen, die sich anders positionieren, weil sie nicht anders können.

Und doch sagen Sie, Selbsttötung sei ein „schuldhafter Vorgang“.

Ja, das sage ich. Aber wissen Sie, solange wir in dieser nicht erlösten Welt leben, leben wir sowieso in einem Zusammenhang von Schuld. Es kann ehrenwerte Gründe geben, Schuld auf sich zu nehmen. Und es kann mieseste Gründe geben, vermeintlich schuldfrei zu bleiben, sich die Hände nicht dreckig zu machen.

Trotzdem fordert die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) von der Politik, jede Form der organisierten Suizidhilfe zu verbieten. Durch solche Angebote könnten Menschen unter Druck geraten, vorzeitig aus dem Leben zu scheiden.

Auf die Zahlen aus dem US-Bundesstaat Oregon und aus den Niederlanden kann man diese Befürchtung allerdings nicht stützen. In Oregon, wo Menschen mit voraussichtlich weniger als sechs Monaten Lebenszeit ärztliche Suizidhilfe in Anspruch nehmen können, stiegen die Zahlen nicht. Und in den Niederlanden, wo sogar Tötung auf Verlangen möglich ist, liegen die Zahlen heute nicht höher als vor Einführung des Gesetzes. Wahrscheinlich weil das Gesetz nur ein Handeln legalisierte und unter Kontrolle stellte, das vorher auch schon stattfand.

Würde in Deutschland organisierte Suizidbeihilfe verboten, müsste man mühsam einen Arzt finden, der bereit ist, die entsprechenden Substanzen zu besorgen. Oder man führe zu Dignitas nach Zürich. Oder man begeht Brutal-Suizid.

Darüber dachte man im Umfeld von Betina K. durchaus nach: Gibt es an Elbe oder Ostsee irgendwelche Stellen, von denen man sich mitsamt elektrischem Rollstuhl ins Wasser fallen lassen kann, um zu ertrinken?

Es sind solche Schicksale, die viele Menschen zu dem Schluss führen, dass eine assistierte Selbsttötung erlaubt sein muss.

Doch Betina K. hätte gar nicht zu Dignitas fahren müssen. Sie hätte sagen können: Stellt die Beatmungsmaschine ab! Begleitet von einer palliativen Sedierung wäre das kein qualvoller Tod gewesen. Niemand in ihrer Umgebung wusste von diesem Recht. Die Medizinrechtsanwältin Beate Steldinger erklärt es.

Darf ich sagen: Brecht die Behandlung ab, auch wenn ich dann sterbe?

Beate Steldinger: Ja, natürlich. Das wird schon seit Jahrzehnten von den Gerichten so gesehen. Denn jede ärztliche Behandlung ist – strafrechtlich betrachtet – erst einmal eine Körperverletzung. Sie ist jedoch erlaubt, wenn der Patient in die Behandlung einwilligt, ganz gleich, ob es sich um eine Operation oder um eine medikamentöse Therapie handelt. Der Bundesgerichtshof hat zuletzt 2010 klargestellt, dass hierzu auch die Beatmung und die Ernährung per Magensonde gehören.

Angenommen, ich bin schwerkrank und schon ein wenig eingetrübt. Darf ich auch dann noch eine Behandlung verbieten?

Ja. Solange Sie noch einwilligungsfähig sind, also verstehen, was der Arzt vorschlägt und welche Konsequenzen das hat.

Ansonsten hätte ich rechtzeitig in einer aussagekräftigen Patientenverfügung bestimmte Behandlungen untersagen müssen.

(Chrismon 4-2013 S.14ff. - <http://chrismon.evangelisch.de/artikel/2013/ich-habe-genug-17963>)

- Gastbeitrag des früheren MDR-Intendanten Udo Reiter;
10.000 Menschen ..., die sich in Deutschland jährlich für den Freitod entscheiden.;
Neuen Umfragen zufolge sind rund 80 Prozent der Bevölkerung der Meinung, dass es ein Recht auf eine menschenwürdige Beendigung des Lebens geben müsste und dass dem allseits akzeptierten Recht auf ein selbstbestimmtes Leben das Recht auf einen selbstbestimmten Tod zu entsprechen habe.
Angesichts dieser Stimmungslage ist es bemerkenswert, dass sich keine politische Partei um dieses Thema kümmert. Im Gegenteil, die Mehrheitsmeinung wird seit Jahren von einer Allianz aus Kirchenvertretern, Ärztesfunktionären und Politikern systematisch in Schach gehalten. Erst in jüngster Zeit hat dieses Kartell einige Risse bekommen. Dass mit Hans Küng jetzt sogar ein katholischer Theologe das Recht auf Sterben einfordert ("Ich will nicht als Schatten meiner selbst weiterexistieren"), könnte nun endlich Bewegung in die Debatte bringen.;
Es geht um ... Menschen, die nicht todkrank sind, aber in freier Entscheidung zu dem Entschluss kommen, nicht mehr weiterleben zu wollen, sei es, weil sie wie Küng den Verlust ihrer Persönlichkeit im Altwerden nicht erleben wollen, sei es, weil sie einfach genug haben und, wie es im ersten Buch Moses heißt, "lebenssatt" sind. Diese Menschen werden in unserer Gesellschaft alleingelassen. Sie müssen sich ihr Ende quasi in Handarbeit selbst organisieren und dafür einen mehr oder weniger grausigen Weg wählen. Das kann nicht so bleiben. Für diese Menschen muss es Notausgänge geben, durch die sie in Würde und ohne sinnlose Qualen gehen können.;
Die Möglichkeit eines Missbrauchs kann nie ein Argument gegen eine Sache selbst sein. Man muss den Missbrauch durch entsprechende Regelungen verhindern.;
Wenn man eine Suizidhilfe anbietet, würde das ein geregeltes Verfahren bedeuten. Es gäbe, ähnlich wie beim Schwangerschaftsabbruch, eine Beratung. Und bei einer solchen Beratung könnten entsprechend ausgebildete Leute einem verwirrten Jugendlichen oder einem psychisch Kranken vermutlich eher helfen, als wenn man ihn alleinlässt.;
Natürlich wird es Ärzte geben, die aus ihrem beruflichen Selbstverständnis heraus an einem Suizid nicht mitwirken möchten. Das ist zu akzeptieren. Niemand kann dazu verpflichtet werden. Hier könnte es eine Lösung sein, solche Hilfestellungen in eigenen Einrichtungen wie den Sterbehilfeorganisationen Exit oder Dignitas anzubieten. Dort können sich die engagieren, denen solche Dienstleistungen am Herzen liegen.
Der gern von Kritikern erhobene Vorwurf, hier würde mit der Not von Menschen Geld verdient, und das müsse um jeden Preis verhindert werden, ist - mit Verlaub - absurd. Jedes Krankenhaus und jede Arztpraxis ist unter anderem ein kommerzielles Unternehmen, das für seine Dienstleistung Geld nimmt. Auch die Hospize und Palliativstationen. Warum soll das bei der Suizidbegleitung verwerflich sein? In Deutschland werden jedes Jahr an die 100.000 Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen, also Embryonen getötet. Das bezahlen die Krankenkassen. Warum soll es bei der Sterbehilfe nicht so gehen?

(Freie Presse Chemnitz 23.1.2014 S.4 -

<http://www.freiepresse.de/NACHRICHTEN/DEUTSCHLAND/thema-einspruch/Mein-Tod-gehört-mir-artikel8681492.php>)

- Ein Belgier, der mit den seelischen und körperlichen Folgen einer Geschlechtsumwandlung nicht fertig wurde, hat in seinem Heimatland Sterbehilfe erhalten.;
Die aktive Sterbehilfe ist in dem Land erlaubt, auch unerträgliche psychische Qual als Grund für Sterbehilfe ist zulässig. "Es war eine Mischung zwischen physischem und psychischem Leiden", sagte der Brüsseler Arzt, der den Tod des Mannes medizinisch begleitete. Alle gesetzlichen Auflagen seien erfüllt worden, da der Patient sich ein halbes Jahr lang habe beraten lassen, sagte der Arzt. Allerdings gibt es auch in Belgien immer wieder heftige Debatten über die Grenzen für die Sterbehilfe-Praxis. Anfang des Jahres hatte der Fall 45-jähriger Zwillinge für Aufsehen gesorgt. Die Männer waren taub zur Welt gekommen und erblindeten später als Erwachsene. Ärzte waren in ihrem Fall unterschiedlicher Meinung, was unter "unerträglichem Leiden" zu verstehen sei. Erst nach längerer Suche fanden die Zwillingbrüder Mediziner, die ihnen tödliche Medikamente verabreichten. (taz 4.10.2013 S.18)
- Ärzte müssen Suizidhilfe leisten dürfen. Denn diese darf man keinesfalls Dilettanten wie "Dignitas" überlassen;
Stellen wir uns vor: Einem Menschen mit aussichtsloser Krankheit oder Versehrtheit werden alle palliativen Versorgungsangebote zuteil: Er erfährt menschliche Zuwendung, optimale Pflege und medizinische Behandlung - und leidet dennoch. Frei verantwortlich und wiederholt äußert er deshalb den Wunsch, mit ärztlicher Hilfe sein Leben zu beenden. Leidensmüdigkeit ist sein Motiv, wie Karl Jaspers es formulierte, nicht Lebensmüdigkeit.
Sind wir als Gesellschaft mitfühlend genug, uns diesen Wunsch als ein plausibles und legitimes Anliegen eines Menschen im Finalstadium einer schweren Erkrankung vorzustellen?
ein Drittel der deutschen Ärzteschaft würde mir beipflichten. Nicht nur ist das Anliegen eines solchen Patienten nachvollziehbar; auch für einen Arzt kann die von ihm erbetene Hilfe zum Sterben nicht allein gerechtfertigt, sie kann sogar ethisch geboten sein.
Ärztliche Suizidassistenten wird zwar, ebenso wie der Suizid selbst, nicht vom Strafrecht verfolgt, ganz im Gegensatz zur ärztlichen Berufsordnung, die ihn untersagt und mit einem Berufsverbot ahnden kann. Doch darf die Berufsordnung etwas sanktionieren, was das ihr übergeordnete Recht ungestraft lässt? Eine höchsttrichterlich zu klärende Frage, wie auch die, ob das Betäubungsmittelrecht die Verordnung von Opiaten für die Suizidassistenten unterbinden darf und die ärztliche Garantenpflicht zur Lebenserhaltung bei einem frei verantwortlichen Suizid Bestand haben kann.
Ein Mitglied des deutschen Ethikrates, der Mediziner Prof. Nagel, bezeichnet die ärztliche Beihilfe zum Suizid als "Tötung des Menschen durch einen Arzt"; eine Aussage, die nicht die geringste Kenntnis der Rechtslage erkennen lässt; von "Alten, die aus Gründen ihrer Einsamkeit getötet werden", spricht Thomas Sitte, der Vorsitzende der Deutschen Hospizstiftung. Welcher Arzt, bitte, möchte einsame Alte umbringen? Äußerungen, die nur eines auszeichnet: Demagogie hineinzutragen in eine ernste und facettenreiche Debatte, um der Stärkung der eigenen Position willen.
Denn so hoch der Wert und die Reichweite der Palliativmedizin auch zu veranschlagen sind und so sehr auch ich selbst mich starkmache für die Ausweitung ihrer Angebote gerade in unserem Land, das auf dem Feld palliativmedizinischer und hospizlicher Versorgung noch großen Nachholbedarf hat - sie hat Grenzen, wie auch von Palliativmedizinern selbst zugegeben wird. Palliativmedizin und ärztlich assistierter Suizid, so unbestritten die Vorrangstellung der Ersteren in ihrer klassischen Ausprägung umfassender Symptomlinderung auch ist, schließen sich gegenseitig nicht aus; sie sind vielmehr, formal betrachtet, miteinander komplementär. Denn auch die Suizidbeihilfe lässt sich vom Wohl des Patienten leiten, über das letztlich aber er selbst befindet.;
irrt Herr Müntefering, wenn er (wie kürzlich im "ZDF-Morgenmagazin") glaubt, dass Verzweiflung und Leiden eines Menschen in jedem Fall durch Palliativmedizin erträglich werden, ganz abgesehen davon, dass niemand genötigt werden kann, sie anzunehmen.;
Ärztliche Suizidassistenten gehört vielmehr in den Intimraum von Arzt und Patient. Nur ein zwischen beiden gewachsenes Vertrauensverhältnis sowie die eingehende ärztliche Kenntnis der Kranken- und Leidensgeschichte des Patienten bieten die Gewähr, dass der Arzt nach bestem Wissen und Gewissen Hilfe zum Sterben leistet. Diese Auffassung vertrat auch der vormalige Präsident der Bundesärztekammer, der 2011 verstorbene Prof. Jörg Dietrich Hoppe: "Die Beihilfe zum Suizid ist keine ärztliche Aufgabe, doch sie sollte möglich sein, wenn der Arzt sie mit seinem Gewissen vereinbaren kann."
(taz 21.1.2014 S.12 - [http://www.taz.de/1/archiv/print-archiv/printressorts/digi-
artikel/?ressort=me&dig=2014%2F01%2F21%2Fa0087&cHash=8b54afabe32a66a3ff0d36993b4d392f](http://www.taz.de/1/archiv/print-archiv/printressorts/digi-artikel/?ressort=me&dig=2014%2F01%2F21%2Fa0087&cHash=8b54afabe32a66a3ff0d36993b4d392f))
- Irmgard Schwätzer, Präses der Synode der EKD:
Was von einem selbst als menschenwürdiges Leben eingeschätzt wird, ist starken Veränderungen unterworfen. Das können wir nicht von außen entscheiden
(Der Sonntag Sachsen 2.2.2014 S.2)
- Ein altes Paar hat sich in Paris das Leben genommen und damit eine neue Sterbehilfe-Debatte ausgelöst.;

Schon länger bemüht sich der laizistische Staat, Bürgern wie den Cazes' entgegenzukommen. Weltlich ist neuerdings auch die zuständige Ethikkommission Frankreichs zusammengesetzt: Religiöse Amtsträger sind seit dem Sommer 2013, als ihre Mandatszeit in der Kommission zu Ende ging, durch weltliche Religionsexperten ersetzt worden. An die Stelle des Rabbiners trat im Ethikrat ein Neurologe, der sich auch durch Bücher zum jüdischen Denken ausgewiesen hat, und auf einen Pastor folgte eine Reformationsexpertin. Diese reflektierte Distanz zu Glaubensinhalten hat Folgen: Das antike Ideal des Menschen kann nun an Raum gewinnen gegenüber allen religiösen Einschränkungen menschlicher Allmacht, auch gegenüber dem christlichen Menschenbild, das Gottes Kraft in der Schwachheit wirksam sieht. Symptomatischerweise trägt die Regelung zur Sterbehilfe auf Französisch nicht den Tod im Namen, sondern das Leben: Sie spricht vom *fin de vie*, dem Lebensende. Der Tod soll auch Leben sein. Dem Ehepaar Cazes hätte dieser Ansatz gefallen. Dem sozialistischen Präsidenten wird sie Proteste von der konservativen Opposition und von den Vertretern der Religionen eintragen. Auch zu Recht: Die Selbstermächtigung gegenüber dem Tod, die Lockerung des Tötungstabus, kann den Schutz der Schwachen und die Würde des Leidens gefährden, kann schwer pflegebedürftige Menschen unter Druck setzen. Die menschliche Freiheit kann auch ein aufgeklärter, moderner Mensch gerade darin gewahrt sehen, dass man das religiöse Tötungsverbot respektiert. Ärzte haben ihren Beruf nicht gewählt, um Sterbehelfer zu werden.

(Die Zeit 12.12.13 S.50 - <http://www.zeit.de/2013/51/sterbehilfe-debatte-frankreich>)

- Wer seinem Leben aufgrund schwerer Krankheit selbstbestimmt ein Ende setzen möchte und dazu gern ärztliche Hilfe hätte, der sollte sich überlegen, rechtzeitig nach Bayern, Baden-Württemberg oder Berlin umzuziehen. Denn die Wahrscheinlichkeit, einen Arzt zu finden, der bereit ist, einem sterbewilligen Patienten Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist in Deutschland abhängig vom Wohnort. Im Süden der Republik und in der Hauptstadt sind die Bestimmungen am liberalsten. Das ergab eine Umfrage der taz unter den 17 Landesärztekammern in Deutschland.

Der Grund: In einigen Bundesländern droht Medizinern, die Menschen bei der Selbsttötung helfen, etwa indem sie ihnen ein entsprechendes Medikament überlassen, ein Berufsverbot nach dem ärztlichen Standesrecht. In anderen Ländern dagegen werden diese Ärzte behandelt wie alle anderen Menschen in der Bundesrepublik derzeit auch: Sie dürfen das. Es droht ihnen keine Sanktion, weder nach dem Strafrecht noch nach den jeweiligen Berufsordnungen für Ärzte. Letztere erlassen die in dieser Frage autonom agierenden Landesärztekammern. In der aktuellen Debatte um eine Reform der Sterbehilfe in Deutschland wurde dies bislang ausgeblendet.

Danach riskiert seine Approbation, wer in Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen oder Thüringen einem Patienten beim Suizid assistiert und dabei erwischt wird. In Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein dagegen existiert kein explizites Verbot des ärztlich assistierten Suizids. Folglich riskieren Ärzte dort auch keine berufsrechtlichen Konsequenzen, wenn sie entsprechend helfen. Besonders prekär ist die Lage in Nordrhein-Westfalen, wo es gleich zwei Ärztekammern gibt: Die Kammer Nordrhein schreibt ihren Ärzten in Paragraph 16 ihrer Satzung kategorisch vor: "Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten." Die Ärztekammer Westfalen-Lippe dagegen fordert, ebenfalls in Paragraph 16 der Berufsordnung, von ihren Ärzten lediglich: "Sie sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten."; So heißt es etwa in der Berufsordnung von Bayern lediglich: "Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen." Dies lässt viele Interpretationen zu.; Der baden-württembergische Ärztepräsident Ulrich Clever, dessen Kammer die bayerische Auffassung fast wortgleich teilt, lässt über seinen Pressesprecher präzisieren, wo die Standesorganisation der knapp 61.000 Ärzte im Südwesten politisch steht: "Der Satzungsgeber in Baden-Württemberg hielt es für entbehrlich, das strafrechtliche Verbot der Tötung auf Verlangen in der Berufsordnung zu zitieren. Außerdem sollte, was die Beihilfe zum Suizid angeht, berufsrechtlich keine strengere Regelung als die strafrechtliche getroffen werden." Damit sind Ärzte, die den Willen ihrer Patienten respektieren und zugleich dazu beitragen möchten, dass diesen Patienten humanere Möglichkeiten offenstehen, als sich etwa vor einen Zug zu werfen, rechtlich auf der sicheren Seite. Die Ärztekammer Berlin findet überdies: "Die im Einzelfall von einem Arzt im Rahmen einer gewachsenen Arzt-Patienten-Beziehung getroffene, ethisch wohl abgewogene Entscheidung, bei einem schwer kranken Patienten, der weder mit den Möglichkeiten der Palliativmedizin, der adäquaten Schmerzbehandlung, noch durch Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen eine ausreichende Leidenslinderung erfährt, sollte nicht unter Strafe gestellt werden."

Mit ihrer liberalen Haltung proben einzelne Landeskammern zugleich den Aufstand gegen den Präsidenten der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery. Dieser hatte beim Deutschen Ärztetag in Kiel 2011 eine in Teilen der Ärzteschaft heftig umstrittene, höchst restriktive Reform der Musterberufsordnung durchsetzen lassen. In dieser heißt es seither: "Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.";

... ein Urteil des Verwaltungsgerichts Berlin aus dem Jahr 2012 (Az.: VG9K63.09). Dieses hatte in einem juristischen Streitfall um die Zulässigkeit ärztlicher Beihilfe entschieden: "Die [...] satzungsmäßigen

Generalklauseln reichen aber nicht als Rechtsgrundlage aus, um ein [...] Verbot für ein Verhalten ausnahmslos auszusprechen, dessen ethische Zulässigkeit in bestimmten Fallkonstellationen auch innerhalb der Ärzteschaft äußerst kontrovers diskutiert wird und dessen Verbot in diesen Ausnahmefällen intensiv in die Freiheit der Berufsausübung des Arztes und seine Gewissensfreiheit eingreift.";

Formen der Sterbehilfe

+ **Beihilfe zum Suizid** ist in Deutschland erlaubt und bedeutet die Selbsttötung mit Hilfe einer Person, die hierzu ein Mittel bereitstellt, aber nicht verabreicht.

+ **Passive Sterbehilfe** ist das Unterlassen oder die Reduktion von eventuell lebensverlängernden Behandlungsmaßnahmen.

+ **Indirekte Sterbehilfe** ist die in Kauf genommene Beschleunigung des Todeseintritts als Nebenwirkung einer Medikamentengabe, etwa einer gezielten Schmerzbekämpfung. Passive und indirekte Sterbehilfe sind legal, sofern eine entsprechende Willensäußerung oder Patientenverfügung vorliegt.

+ **Aktive Sterbehilfe** ist die gezielte Herbeiführung des Todes durch Handeln aufgrund eines tatsächlichen oder mutmaßlichen Wunsches einer Person. Die Tötung auf Verlangen ist nach § 216 Strafgesetzbuch mit Freiheitsstrafe zwischen 6 Monaten und 5 Jahren bedroht.

(taz 26.2.14 S.3 - <http://www.taz.de/1/archiv/print-archiv/printressorts/digi-artikel/?ressort=sw&dig=2014%2F02%2F26%2Fa0081&cHash=4d9563f67640a624b6543cbd1b79bffe>)

- **Jeder zweite Deutsche kann sich einen Selbstmord vorstellen, wenn er zum Pflegefall wird. Nun entbrennt eine Debatte um Sterbehilfe.;**

Immer weniger Menschen hierzulande sehen den Tod als ein Lebensende, das von Gott oder vom Schicksal bestimmt wird. Im Zeitalter von Reanimation, künstlicher Beatmung und Peg-Sonde ist nicht mehr eindeutig, was es heißt, eines natürlichen Todes zu sterben. Der medizinische Fortschritt ist Segen und Fluch zugleich. Der Tod geschieht nicht mehr. Er verlangt Entscheidungen, deren ethische Tragweite nicht abzusehen ist.;

Seit der Aufklärung wird das religiöse Verbot der Selbsttötung nicht mehr allgemein anerkannt. Wer will, darf sich umbringen. Seit dem 19. Jahrhundert ist der Suizidversuch in Deutschland nicht mehr strafbar. In der Schweiz formulierte 2006 das Bundesgericht in Lausanne sogar ein Menschenrecht auf Suizid. Zum Selbstbestimmungsrecht im Sinne der Europäischen Menschenrechtskonvention gehöre "auch das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden".

Der Tod ist Privatsache, er ist das Allerpersönlichste. Aber er betrifft Staat und Gesellschaft. Denn die meisten Menschen wollen, wenn sie sich das Leben nehmen, von einem Arzt begleitet oder unterstützt werden können. Sie wollen selbstbestimmt sterben, aber die Hilfe anderer annehmen dürfen. In Umfragen spricht sich eine Mehrheit der Befragten für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe durch Ärzte aus.;

Sterbehilfe ist weit verbreitet in Deutschland. Verzweifelte Angehörige, die Medikamente überdosieren oder weglassen, Pfleger und Ärzte, die dem Sterbewunsch ihrer Patienten nachgeben. Es gibt keine verlässlichen Zahlen, wie viele Menschen in Deutschland mit Unterstützung anderer den Tod suchen und finden, auch weil viele Fälle unentdeckt bleiben - etwa weil in stillem Einverständnis zwischen Ärzten und Angehörigen geschwiegen wird.;

Wiedmann betreut seine Patienten oft seit Jahrzehnten. Er kennt ihre Lebensgeschichten, ihre Sorgen und ihre Familien. Sie haben ihm anvertraut, unter welchen Umständen sie Schluss machen wollen.

Wenn die Menschen dann unter Schmerzen und kaum bei Bewusstsein vor ihm liegen, der baldige Tod ohnehin unabwendbar, will er ihnen helfen. "Und ich weiß ja, ich kann sie von ihrem Leid erlösen", sagt Wiedmann. "Man spritzt dann ein starkes Opiat und nimmt in Kauf, dass es zum Atemstillstand kommt."

Wiedmann ist bei weitem nicht der einzige Arzt, der unter der Hand nicht nur das Leben, sondern auch den Tod befördert. "Unter Hausärzten ist das durchaus stark verbreitet", sagt der Anwalt für Medizinrecht Wolfgang Putz aus München. Bei Pflegekräften gebe es aus Mitleid sogar eine gefährliche Tendenz zu solchem Handeln. "Das ist aktive Sterbehilfe, und die ist aus guten Grund in Deutschland nicht erlaubt." Putz will den Patienten die Möglichkeit zum begleiteten Suizid nicht nehmen, spricht sich aber gegen eine auf Profit angelegte Sterbehilfe aus.;

Arnold redet selten darüber, wie vielen Menschen er in den vergangenen 15 Jahren beim Freitod geholfen hat. Nicht jeder ist am Ende noch in der Lage, den letzten Schritt selbst zu gehen. Es waren mehr als 200, und er hat ungefähr tausend Anfragen. "Sehr viel mehr melden sich bei mir, die es dann doch nicht in Anspruch nehmen", sagt er. Denn das sei die verschwiegene Kehrseite der Sterbehilfe. Viele wollten nur das Gefühl haben, Hilfe in Anspruch nehmen zu können.;

Suizidbeihilfe ist in Deutschland bisher nur in engen Grenzen gesellschaftlich akzeptiert: wenn der Sterbewillige unheilbar krank ist, unter starken Schmerzen leidet und nur noch kurze Zeit zu leben hat. Aktive Sterbehilfe durch Ärzte, wie sie in Belgien und den Niederlanden legal ist, war in Deutschland bisher aus historischen Gründen tabu. Das Grauen vor der Euthanasie der Nationalsozialisten wirkte nach. Doch inzwischen - das ergaben jüngste Umfragen - befürworten zwei Drittel der Deutschen aktive Sterbehilfe.;

Wenn man Sterbehilfe erst einmal für die Extremfälle für akzeptabel halte, werde sie früher oder später auch in anderen Fällen gemacht oder zumindest diskutiert. "Die jüngsten Ereignisse in Belgien und Holland zeigen, dass genau das dort passiert", so Radbruch. "Es gibt eine deutliche Aufweichung der Indikation, es wird über Dinge diskutiert, die früher nicht in Frage gekommen wären."; In Belgien und den Niederlanden ist die aktive Sterbehilfe für Ärzte erlaubt, in beiden Ländern wurde sie in jüngster Zeit ausgeweitet. So dürfen Ärzte in den Niederlanden seit dem vergangenen Jahr auch todkranke Babys töten, wie die Ärzteorganisation festlegte. In Belgien hat der Senat Mitte Dezember einen Gesetzentwurf vorgelegt, der Sterbehilfe auf Minderjährige ausweiten will. Die Zahl der Fälle, in denen aktive Sterbehilfe in Anspruch genommen wird, ist seit der Legalisierung in Belgien gestiegen. 2004 waren es noch 349 Fälle, 2012 dagegen 1432. In der Schweiz, wo Sterbehilfevereine besonders aktiv sind, sank dafür zwar anfangs die Selbstmordrate. Seit 2003 ist sie jedoch weitgehend konstant, während die Zahl der Fälle von assistiertem Suizid von damals 187 auf 431 im Jahr 2011 anstieg.;

Aber die Koalitionspartner kamen überein, das Thema im Bundestag nicht parteipolitisch zu behandeln. Für die geplante Abstimmung soll der Fraktionszwang aufgehoben werden, jeder Abgeordnete soll nach seinem Gewissen entscheiden können. "Wir wollen eine klare Mehrheit im Bundestag erreichen, über die Union hinaus", sagt Julia Klöckner, die stellvertretende CDU-Vorsitzende.

Doch das könnte schwierig werden. Denn in der SPD rechnet man damit, dass es drei oder sogar vier verschiedene Anträge im Bundestag geben wird. "Es wird mehr als drei Positionen geben", vermutet der Mediziner und Fraktionsvize Karl Lauterbach, der zusammen mit Eva Högl und Carola Reimann das Thema für die Sozialdemokraten koordiniert. Dass dann ausgerechnet der konservativste eine Mehrheit bekommt, ist nicht wahrscheinlich.

Die Spanne reiche von einem grundsätzlichen Verbot bis hin zur Legalisierung von organisierter Sterbehilfe. Fraktionschef Oppermann etwa tendiert grundsätzlich zu einer eher liberalen Haltung. "Das ist eine höchstpersönliche Entscheidung", sagt er. Mit Gesetzen und Paragrafen, so glaubt er, sei die finale Phase des Lebens nur schwer zu regeln. "Gesetzlich können wir nur regeln, was nicht sein darf - nämlich aggressive Werbung und Kommerzialisierung.";

Für die Mediziner selbst würde sich durch den Vorstoß der Union vermutlich wenig ändern. Sie arbeiten in einem Raum juristischer Dialektik: Nach dem Strafgesetzbuch ist die ärztliche Beihilfe zum Suizid nicht verboten. Das Berufsrecht indes droht mit Berufsverbot. Allerdings spielt das in der Praxis keine Rolle. Montgomery kann sich an keinen Fall erinnern, in dem es in den vergangenen Jahren zum Entzug der Approbation gekommen wäre.;

Längst kennt das Gesundheitssystem auch für das Sterben Paragrafen und Abrechnungsziffern. Seit 1997 zahlen die gesetzlichen Krankenkassen für die professionelle Begleitung in den letzten Lebenstagen. Die Förderung verdoppelte die Zahl der stationären Hospize in Deutschland annähernd: In den vergangenen zehn Jahren stieg sie von 111 (im Jahr 2004) auf inzwischen 200. Die Zahl der an Krankenhäuser angeschlossenen Palliativstationen kletterte von 95 auf 231. Und zwischen Flensburger Förde und Bodensee kümmern sich inzwischen auch Ehrenamtliche in rund 1500 ambulanten Hospizdiensten um die Sterbenden.;

(Der Spiegel 6-2014 S.31ff. - <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-124838570.html>)

- Interview mit Christiane Woopen, Vors. des Deutschen Ethikrates

...

SPIEGEL: Würden Sie aufgrund Ihrer Erfahrung sagen: Es ist in jedem Fall möglich, einen Patienten mit Sterbewunsch durch intensive Beschäftigung von diesem Wunsch abzubringen?

Woopen: Das würde ich mir nicht anmaßen. Ich halte es für möglich, dass trotz intensiver Begleitung, idealer palliativmedizinischer Betreuung und hervorragender psychologischer Begleitung Menschen zu der Überzeugung kommen, dass das für sie der richtige Weg ist.

SPIEGEL: Und dann sollen sie ihn auch gehen können?

Woopen: Ja.

SPIEGEL: Mit Hilfe ihres Arztes?

Woopen: Wenn der Arzt es mit seinem Gewissen vereinbaren kann: ja. Dazu gehört zuvor, dass es in einer langen Beziehung zum Patienten intensive Gespräche gibt, in denen der Arzt zusammen mit einem Psychologen oder einem Seelsorger sehr achtsam anhört, wie man die Hoffnungslosigkeit überwinden und dem Todeswunsch begegnen kann.

SPIEGEL: Die organisierte Ärzteschaft sieht das bislang anders. Ihre Berufsordnung verbietet es Ärzten, Patienten beim Suizid zu helfen.

Woopen: Beihilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Aber der Arzt kennt den Patienten und seine Situation am besten. Deshalb sollte der Arzt als Ansprechpartner zur Verfügung stehen und nicht irgendein Verein, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, zum Tod zu verhelfen. Um den Arzt zu stärken, müsste die Ärzteschaft aber die ärztliche Gewissensentscheidung unter bestimmten Voraussetzungen ausdrücklich anerkennen. Bislang heißt es in der Musterberufsordnung: Die Ärzte "dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten." Das halte ich für zu strikt.

SPIEGEL: 77 Prozent der Deutschen sprachen sich für die Möglichkeit einer ärztlichen Freitodbegleitung aus. Können die Ärzte diesen Wunsch weiter ignorieren?

Woopen: Solche Stimmungsbilder sind sehr ernst zu nehmen. ...;

Wooopen: ... Wir haben es hier jedoch mit einer existentiellen Ausnahmesituation zu tun. Deshalb fände ich es richtig, wenn der Gesetzgeber entgeltliche und unentgeltliche Dienstleistungsangebote für Suizidbegleitung verbieten würde.

(Der Spiegel 6-2014 S.36f. - <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-124838572.html>)

- Wie wollen wir sterben? Wie damit umgehen, wenn Schwerstkranke ihrem Leben ein Ende setzen möchten? Ihnen helfen? Oder besser jegliche Beihilfe zur Selbsttötung verbieten? Und was überhaupt ist Würde am Lebensende? Es sind große Fragen, die zur zentralen Ethikdebatte des Jahres werden könnten.

Als einer der Ersten wagt sich nun der CDU-Bundestagsabgeordnete Hubert Hüppe mit einem eigenen Gesetzentwurf an die Öffentlichkeit. "Die organisierte, geschäftsmäßige und selbstsüchtige Förderung des Suizids" sollte seiner Meinung nach am Lebensende nicht erlaubt sein. Hüppe, 57, war bis vor Kurzem Behindertenbeauftragter der Regierung und ist so etwas wie das ethische Gewissen des konservativen Flügels der Union. Auf zwölf Seiten wird in dem Entwurf die Beihilfe zum Sterben "als gesellschaftliches Problem" verhandelt, dem Hüppe mit Paragrafen begegnen möchte: "Der Gesetzentwurf schlägt daher vor, die auf wiederholte Tatbegehung gerichtete Suizidunterstützung durch Einzelpersonen oder organisierte Personengruppen strafrechtlich zu verbieten", heißt es darin.; Jetzt aber ist die Debatte erneut entbrannt - und damit bekommt Hüppes Gesetzentwurf Brisanz: Ob er ihn demnächst zur Abstimmung stellen wird, will Hüppe von der Diskussion in den nächsten Wochen abhängig machen, auch von der in seiner eigenen Fraktion. "Inhaltlich", sagt Hüppe, "stehe ich weiterhin dazu." Ihm gehe es vor allem darum, Sterbehilfeorganisationen wie Dignitas oder die des ehemaligen Hamburger Justizsenators Roger Kusch zu verbieten. Das sei aber nur möglich, wenn sich das Verbot sowohl auf die organisierte als auch auf die gewerbsmäßige Sterbehilfe erstreckt.

Die Regelung, die Hüppe anstrebt, wäre eine der restriktivsten überhaupt. Hüppe erkennt in Sterbehilfeorganisationen "die Gefahr, dass unter dem Mantel der vermeintlichen Selbstbestimmung am Lebensende die Solidarität ausgehöhlt wird, dass alte und kranke Menschen unter Druck gesetzt werden und sich als Last empfinden".

Auch die Rolle von Ärzten will Hüppe geregelt wissen. Derzeit befinden sich Mediziner in einem Dilemma. Nach deutschem Strafrecht ist die Beihilfe zum Suizid, wie gesagt, bislang nicht verboten. Wer also einem Menschen, der sterben möchte, hilft, indem er ihm etwa tödliche Medikamente besorgt, der wird in Deutschland nicht bestraft - es sei denn, er ist Arzt: Dann droht ihm zwar keine Sanktion nach dem Strafgesetzbuch, er riskiert aber nach dem Standesrecht für Ärzte seine Approbation. So hat es der Deutsche Ärztetag 2011 beschlossen.

Hubert Hüppe will ärztliche Beihilfe nun auch gesetzlich unter Strafe stellen. Er begründet das mit einer Aussage von Goethes Leibarzt Christoph Wilhelm Hufeland: "Der Arzt soll und darf nichts anderes tun, als Leben erhalten, ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn nichts an", hatte der gesagt.

(taz 7.2.14 S.3 - <http://www.taz.de/1/archiv/print-archiv/printressorts/digi-artikel/?ressort=sw&diq=2014%2F02%2F07%2Fa0075&cHash=79cad69303427522d43913ca7a59b5b9>)

- Belgien erlaubt Sterbehilfe auch für Kinder und Jugendliche; auch Jugendliche hätten das Recht auf einen würdevollen Tod; Umfragen zeigen, dass die Sterbehilfe in Belgien breit akzeptiert ist. In der Praxis dürften die Folgen des Gesetzes begrenzt bleiben. Belgische Ärzte erwarten künftig höchstens ein Dutzend Fälle von Sterbehilfe für Kinder pro Jahr; mehr als 1400 Erwachsene scheiden in Belgien jedes Jahr mit Hilfe eines Arztes aus dem Leben (Freie Presse Chemnitz 14.2.14 S.5)
- Der Tod kennt kein Alter. Stirbt ein Kind, wird er zum Skandal, nicht nur für Eltern, Geschwister, Ärzte. Es geschieht aber trotzdem. Auch Leid und Schmerzen kennen kein Alter. Kinder werden von todbringenden Krankheiten heimgesucht, seltener als Erwachsene, aber es geschieht. Ehrliche Palliativmediziner geben zu, dass sie nicht das Leid aller Todkranken lindern können. Es bleiben wenige Prozent, bei denen das nicht gelingt - auch bei Kindern. Das belgische Parlament hat dafür gestimmt, dass auch ein Kind künftig seinen Arzt bitten kann, sein Leben zu beenden, wenn es ohnehin bald sterben muss und unstillbare Schmerzen leidet. Mehrere Ärzte müssen darüber entscheiden, ein Psychologe muss bezeugen, dass das Kind die Tragweite seiner Bitte versteht. Die Eltern müssen zustimmen. Auch diese Entscheidung bringt Leid, vor allem für diejenigen, die weiterleben. Was ist für den Arzt des Kindes leichter: den Wunsch abzulehnen oder ihn zu erfüllen? Die Regelung ist eng gefasst, sie wird nur für sehr wenige Kinder pro Jahr gelten. Man kann davon ausgehen, dass Ärzte in solch extremen, seltenen Fällen schon heute Wege finden, das Leiden abzukürzen. Aber sie können es nicht offen tun, kein Kollege kontrolliert ihr Tun, und sie können mit dem Kind und seiner Familie nicht offen darüber sprechen. Es ist verständlich, dass die Vorstellung einer solchen Regelung erschreckt und Angst macht - vor allem bei jenen, die vor den grausamen körperlichen und seelischen Tatsachen eines jeden Todes eher die Augen verschließen. Sie verlagern ihre Abwehr vom Skandal des Sterbenmüssens auf den Skandal der Sterbehilfe. Damit machen sie es sich leicht. Die Gegner der Regelung müssten im

Angesicht eines aussichtslos und unerträglich leidenden Kindes sagen, worin sie die Alternative sehen: das Kind noch ein bisschen weiterleiden lassen, bis es zur Beruhigung der eigenen Moral von selbst stirbt?

(Der Spiegel 8-2014 S.122 - <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-125080836.html>)

- Interview: Der Medizinethiker Urban Wiesing plädiert dafür, die Hilfe zum Freitod unter bestimmten Voraussetzungen in die Hände von Ärzten zu geben. Das Thema Tötung auf Verlangen stehe in allen modernen Industriegesellschaften früher oder später auf der Agenda;

Wiesing: ... Vielmehr gibt es Anzeichen dafür, dass das Vertrauen in die Ärzteschaft wächst, wenn die Patienten wissen, dass sie in einer sehr schwierigen Situation einen seriösen Ansprechpartner haben.

Gegenargument: Wenn man Ärzten diese Möglichkeit gibt, werden sie zu den gefährlichsten Männern im Staate.

Es gibt es keinen wissenschaftlichen Beleg dafür, dass es zum Dammbuch kommt. Im Gegenteil: Wir wissen aus den US-Bundesstaaten Oregon und Washington, dass das Hinzuziehen von Ärzten dort nachweislich dazu geführt hat, dass ein Großteil der Suizidwünsche gar nicht praktiziert wird. Nur 20 bis 30 Prozent derjenigen, die den Suizid ursprünglich wollten, praktizieren ihn nach der Konsultation eines Arztes. Unter dem Aspekt des Lebensschutzes scheint es geboten zu sein, die Assistenz zum Suizid in die Hände von Ärzten zu geben.

Ärzte statt Dignitas - ist das Ihr Vorschlag?

Ja. Die Ärzte sollten sich dessen annehmen, sie sollten die Pluralität der Vorstellungen ihrer Patienten in Bezug auf das Lebensende akzeptieren und angemessen auf diese Pluralität reagieren.

Was heißt das?

Die Bürger sind über die Hilfe beim Suizid uneins. Zwei Drittel wollen diese Hilfe für bestimmte Situationen, andere lehnen sie ab. Wie muss die Ärzteschaft darauf reagieren? Indem sie die Hilfe kategorisch ablehnt? Dann nimmt sie zwei Drittel der Menschen nicht ernst. Oder, und das wäre mein Vorschlag: die Ärzte können nur angemessen darauf reagieren, indem sie für Patienten, die in einer aussichtslosen, medizinisch nicht verbesserbaren Situation ernsthaft um Hilfe bitten, als vertrauenswürdiger Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Sie können Patienten auch davon abbringen, Suizidformen zu wählen, die Dritte gefährden, ich denke an Verkehrsteilnehmer und Lokführer.

Wie kann ein Arzt überprüfen, dass der Patient aus eigenem Willen zu der Entscheidung gelangt ist, sterben zu wollen?

Wer sollte es besser können als der Hausarzt, der ein Vertrauensverhältnis zum Patienten hat und sein Umfeld kennt? Zusätzlich müsste ein Gutachten von einem weiteren, externen Arzt bestätigen, dass es sich um den authentischen, stabilen Patientenwillen handelt. Sämtliche Optionen für Palliativmedizin müssten ausgeschöpft sein. Und es müsste ausgeschlossen sein, dass eine behandelbare Depression vorliegt. Wenn diese Vorsichtsmaßnahmen erfüllt sind, denke ich, sind Patienten bei Ärzten besser aufgehoben als bei zweifelhaften Organisationen.

Weil Sterbehilfeorganisationen Geld machen mit dem Leid Schwerstkranker?

Auch das, manche Preise sind schlicht Wucher.

Manche Ärzte möchten lieber Palliativmedizin anbieten als Beihilfe zum Suizid.

Es macht keinen Sinn, Palliativmedizin gegen Sterbehilfe auszuspielen. Selbst die Palliativmediziner geben inzwischen zu, dass es bei bester Palliativmedizin Situationen gibt, in denen das Sterben für die Patienten unerträglich wird. Diese Fälle müssen wir regeln. Eine Regelung des ärztlich assistierten Suizids sollte mit einem Forschungs- und Entwicklungsprogramm der Palliativmedizin einhergehen.; ... Es gibt viele Dinge, für die ich diesen Staat schätze. Aber wie ich sterben möchte, mit Verlaub, das zu bewerten steht ihm nicht zu.

Der Staat scheint anderer Meinung zu sein - sonst würde die Debatte nicht so hitzig geführt, oder?

Man muss genau unterscheiden: Der Staat hat sich zu den Fragen, wie Menschen wohlüberlegt sterben wollen, nicht zu äußern. Er hat jedoch für Bedingungen zu sorgen, dass dies ohne Missbrauch und ohne Bedrängung geschieht, dass voreilige, affektiv überlagerte Entscheidungen vermieden werden. Den unterschiedlichen Einstellungen der Bürger zu Tod und Sterben hingegen hat er mit Neutralität zu begegnen. Wir leben nicht in einem Gottesstaat.

Können Kinder überblicken, was es heißt, den Zeitpunkt ihres eigenen Todes zu bestimmen?

Wir kennen Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, die sehr genau um sich wissen und durchaus ihren Tod gestalten können. Wir wissen es sicher ab 14 Jahren, dass Jugendliche die Tragweite und Bedeutung ihres Handelns verstehen können. In anderen Bereichen gestehen wir Jugendlichen dieses Alters auch Selbstbestimmung zu. Mädchen können heute mit 14 oder 15 Jahren die Pille vom Frauenarzt bekommen, ohne dass die Eltern informiert sein müssen.

Sie sehen da keinen Unterschied zwischen sexueller Selbstbestimmung und Fragen von Leben und Tod?

Frau Haarhoff, bitte! Ich sage, dass die starre Grenze von 18 Jahren der Vielfalt der Entwicklungen des Menschen nicht gerecht wird. Insofern glaube ich, dass es richtig war in Belgien, dies zu thematisieren. Bedenken habe ich allerdings bei der Ausweitung auf Kinder unter 14 Jahren.

(taz 10.4.14 S.4 - <http://www.taz.de/1/archiv/print-archiv/printressorts/digi-artikel/?ressort=sw&dig=2014%2F04%2F10%2Fa0134&cHash=74c7af9f4bb1fdc4c12147d839f7d29d>)

- Urban Wiesing:
Frankreichs Staatspräsident François Hollande hat eine Gesetzesinitiative zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe angekündigt. In den Niederlanden bleibt aktive Sterbehilfe seit vielen Jahren straffrei. Belgien hat kürzlich die Sterbehilfe für Minderjährige gesetzlich zugelassen. In Deutschland spricht sich eine wachsende Zahl von Bürgern für eine Liberalisierung der Regelungen aus. Die Landesvertreter der Ärzte und führende Politiker wünschen sich hingegen eine weitere Verschärfung: Der Deutsche Ärztetag wollte den ärztlich assistierten Suizid verbieten lassen. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe spricht sich für ein gesetzliches Verbot jeder Form organisierter Suizidhilfe aus und hat eine entsprechende parlamentarische Initiative auf den Weg gebracht.;
Die Bürger befürworten weit mehrheitlich die Beihilfe zum Suizid (wie auch die Tötung auf Verlangen). Eine von der Bundesärztekammer in Auftrag gegebene Untersuchung zeigte, dass 37 Prozent der Ärzte unter bestimmten Bedingungen bereit sind, beim Suizid zu helfen. Diese Zahlen folgen einem langjährigen Trend in den Industrienationen: Die Auffassungen der Bürger von gelingendem Leben und von gelingendem Sterben gelten als eine höchst persönliche Angelegenheit – die Menschen wollen auch am Lebensende ihre eigenen Vorstellungen umsetzen.;
Der Staat darf die Lebens- und Sterbeentwürfe seiner Bürger an sich nicht bewerten. Er ist zur Neutralität verpflichtet (nicht umsonst ist Suizid nicht verboten). Die Gesetze müssen für Verhältnisse sorgen, die es den Bürgern erlauben, ihre jeweiligen Lebensentwürfe zu gestalten, ohne andere dabei zu schädigen. Für den Staat geht es nicht mehr um die richtige Art, zu leben oder zu sterben, sondern nur um Vorkehrungen dagegen, dass jemand von anderen bedrängt, manipuliert oder geschädigt wird. Deshalb hat der Staat unter anderem die Aufgabe, die Palliativmedizin so auszubauen, dass der Wunsch nach Beihilfe zum Suizid nicht aufgrund mangelnder medizinischer Versorgung aufkommt. Gleichwohl besteht kein Zweifel, dass Menschen ihren Zustand auch bei bester Palliativmedizin als unerträglich einstufen und wohlüberlegt um Beihilfe zum Suizid ersuchen. Gute Palliativmedizin kann – und soll – das Problem reduzieren; sie kann es aber nicht aus der Welt schaffen.;
Wenn ein Bürger unerträglich leidet, alle medizinischen Optionen ausgereizt hat und aus freien Stücken nach Hilfe beim Suizid sucht, sollte er einen vertrauensvollen und kompetenten Ansprechpartner haben. Dieser muss ausschließen können, dass der Wunsch einer affektiven Kurzschlussreaktion entspringt oder Folge einer behandelbaren Depression ist. Auch eine unzureichende Schmerztherapie muss ausgeschlossen werden. Jede Sterbehilfeorganisation sollte in detaillierter Dokumentation Rechenschaft ablegen und so zur Transparenz beitragen. Organisierte Beihilfe zum Suizid sollte von Beginn an wissenschaftlich begleitet werden. In Deutschland findet Beihilfe jetzt schon ohne Zweifel statt (wie auch alle anderen Formen der Sterbehilfe). Nur wissen wir nichts darüber. Organisierte Beihilfe zum Suizid ermöglicht, zumindest einen Teil der Defizite zu beheben.;
Die Ärztekammern kämen den genannten Anforderungen am nächsten. Ihre Mitglieder, die Ärzte, verfügen über das notwendige Fachwissen. Sie können medizinisch gebotene Behandlungen einleiten. Sie sind in ihrem ärztlichen Ethos grundsätzlich dem Leben verpflichtet und verfügen damit über die notwendige Vorsicht. Sie sind organisiert und unterliegen einer Kontrolle. Selbstverständlich muss für jeden Arzt das Recht gelten, sich hier zu verweigern. Niemand darf gegen sein Gewissen zur Hilfe beim Suizid gezwungen werden. Nicht zuletzt bestehen die Kammern mit Nachdruck darauf, dass der ärztliche Beruf kein Gewerbe ist. Der Streit um gewerbliche Sterbehilfe hätte sich ganz nebenbei erledigt. Erfahrungen weltweit zeigen, dass die Zulassung des ärztlich assistierten Suizids das Arzt-Patient-Verhältnis nicht negativ beeinflusst. Das Vertrauen in die Ärzte ist eher gewachsen. Auch die Warnungen vor einem Dammbbruch, der den Lebensschutz aufweicht, lassen sich für den ärztlich assistierten Suizid nicht untermauern, im Gegenteil: Ärzte konnten durch ihre Beratung zahlreiche Suizide verhindern.
Die Ärztekammern der Länder sind zerstritten. Die Vorgabe des Deutschen Ärztetags, den ärztlich assistierten Suizid zu verbieten, haben sie nicht einheitlich übernommen. In der Ärztekammer Nordrhein darf der Arzt keine Beihilfe zum Suizid leisten, in Westfalen-Lippe soll er es nicht, in Bayern und Baden-Württemberg ist es ihm erlaubt. Wenn sich die Ärztekammern nicht konstruktiv einigen, dann sind neue Organisationen nötig, unter einer strikten Vorgabe: Sie müssen die gleichen Sicherheitsstandards gewährleisten. Es ist inakzeptabel, Menschen in höchst schwieriger Situation allein zu lassen, nur weil die geeignete Profession derzeit keine Antwort findet.
(Die Zeit 10.4.14 S.38 - <http://www.zeit.de/2014/16/sterbehilfe-deutschland-verbot>)

- Interview mit Ingrid Matthäus-Maier (SPD) ...
Freie Presse: Wer hat das Thema Sterbehilfe auf die Agenda gesetzt? Wer will den Status quo verändern?
Ingrid Matthäus-Maier: Das Thema ist von Gesundheitsminister Hermann Gröhe im Dezember auf die Tagesordnung gehoben worden. Das war überraschend, denn es gab keinen Grund dazu. Freitod ist in Deutschland nicht strafbar, also kann auch die Hilfe dazu nicht strafbar sein. Der Minister als

bekennender Christ glaubt, Gott hat das Leben erschaffen. Niemand habe das Recht, sein Leben selbst zu beenden. In einem religiös-weltanschaulich neutralen Staat darf die eigene religiöse Überzeugung aber anderen nicht aufgezwungen werden, vor allem nicht mit dem Strafrecht. Das soll gerade geschehen....

Welche Prämissen setzen Sie in punkto Sterbehilfe?

Der Betreffende muss im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte sein und bewusst entscheiden. Wenn dagegen jemand depressiv ist und deshalb Selbstmordgedanken hat, braucht er dringend ärztliche Hilfe. Auch muss derjenige, der einen begleiteten Freitod wünscht, die Tatherrschaft bis zum Schluss haben.

...

Wir leben in einer freien Gesellschaft, und ich möchte, dass man mir die Freiheit zu einem assistierten und würdevollen Freitod lässt, wenn ich ihn denn je wollte. Es gibt Menschen, die wollen Palliativangebote nicht annehmen, weil sie ihren letzten Lebensabschnitt als unerträglich oder als nicht lebenswert einstufen. Diese Lebenswertbestimmung darf niemandem außer den Betroffenen selbst zustehen. Wem denn sonst? Das gebietet das Grundgesetz.

Welche Artikel?

In Artikel 1 heißt es, die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt. Zudem gilt Artikel 2, Absatz 1, jeder hat das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, soweit er nicht Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt. ...

Gerade die Gewissheit, bis ans Ende des Lebens das Heft des Handelns in der Hand zu haben, hat beruhigende Wirkung, sogar eine suizidal-präventive Wirkung. Wenn Menschen wissen, dass ihnen am Ende in der Weise geholfen wird, wie sie es wünschen, wenn sie einen letzten Ausweg sehen, nehmen sie sich nicht unter unwürdigen Bedingungen das Leben.

(Freie Presse Chemnitz 27.8.14)

- Interview mit dem Medizinethiker Ralf Jox

Was ist denn Ärzten in Deutschland schon jetzt erlaubt, ohne dass sie ihre Approbation riskieren?

Ärzte dürfen lebenserhaltende Behandlungen einstellen oder unterlassen, sofern der Patient dies wünscht, auch auf dem Wege einer Patientenverfügung. Ärzten ist es zudem erlaubt, in den letzten Lebenstagen auf Bitten des Patienten das Bewusstsein zu betäuben, damit dieser die körperlichen Symptome weniger stark erleiden muss. Und sie dürfen Schmerz- und Beruhigungsmittel auch dann geben, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass als Nebenwirkung die letzte Lebensphase möglicherweise verkürzt wird. Das ist ein Graubereich. ...

Wieso Graubereich, wenn es doch erlaubt ist?

Wir wissen, dass die Medikamente - richtig dosiert - nicht direkt tödlich wirken. Das gilt entgegen einer weitverbreiteten Meinung auch für Morphin, das bei richtiger Dosierung nicht zum Atemstillstand führt. Wenn Ärzte diese Medikamente aber höher dosieren, um den Sterbevorgang zu beschleunigen, kann das den Straftatbestand der Tötung erfüllen.

Kann man hier überhaupt eine verlässliche Grenze ziehen?

Das ist schwierig. In der Praxis verschreiben Ärzte, die ihre Patienten und deren Angehörige gut kennen, in der letzten Lebensphase zum Teil starke Medikamente und überlassen die Packung den Betroffenen. Da geht es auch um Medikamente, die in einer hohen Dosis zum Tod führen können. Solche ärztlichen Entscheidungen sind palliativmedizinisch richtig, aber sie bauen auf Vertrauen. Und deswegen müssen Ärzte die Gewissheit haben, dass sie palliativmedizinisch behandeln dürfen, ohne dass der Staatsanwalt anklopft.

Diese Gefahr sehen Sie?

Ich sehe diese Gefahr, jedenfalls dann, wenn ein weitgreifendes Verbot der Suizidhilfe durch Ärzte Realität werden sollte, wie es - im Gegensatz zu uns - Teile der Union fordern.

Welche Konsequenzen hätte ein solches Verbot?

Zweierlei: Meine erste Befürchtung betrifft diejenigen Menschen, die bei einer unheilbaren Erkrankung in der letzten Lebensphase ihren Tod selbst herbeiführen wollen und dafür ärztliche Hilfe erbitten. Ihnen wäre durch ein Verbot nicht geholfen. Sie würden sich andere Auswege suchen, in der Schweiz Sterbehilfe in Anspruch nehmen oder gar auf eigene Faust versuchen, sich das Leben zu nehmen, was oft misslingt oder zu einem langen Koma führt oder Dritte traumatisiert, etwa Lokführer. ...

(Artikel) Vernichtende Kritik führender Mediziner

Seit Dienstag liegt er vor: der erste fertig ausformulierte Gesetzesvorschlag für eine Neuregelung der Sterbehilfe in Deutschland. Er sieht vor, die derzeit straffreie Beihilfe zur Selbsttötung - also etwa das Überlassen eines tödlichen Medikaments, das der Patient sodann einnimmt - zu verbieten und "mit einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe" zu bestrafen.

Hiervon ausgenommen werden sollen jedoch zwei nicht unrelevante Gruppen: Angehörige beziehungsweise dem Betroffenen "nahestehende Personen" sowie diejenigen, die als einzige Arzneimittel verordnen dürfen: Ärzte. Faktisch setzt sich der Gesetzesvorschlag damit für eine liberale Handhabung ein - in der Praxis wären von der Strafbarkeit nur Sterbehilfevereine betroffen; Ärzte dagegen genössen fortan Rechtssicherheit (siehe Interview). ...

Die Kritik der Wissenschaftler an Forderungen nach einem kompletten Verbot der Hilfe zur Selbsttötung, wie sie etwa prominente Unionspolitiker um den Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe oder den Fraktionschef Volker Kauder zuletzt vertraten, ist vernichtend: "Dogmatisch verteidigte weltanschauliche Positionen in Verbindung mit einer Unkenntnis der empirischen Daten sind als Herangehensweise nicht hilfreich", schreiben sie. Und: Ärzten die Beihilfe zum Suizid untersagen zu wollen, sei unvereinbar sowohl mit der "Berufsausübungsfreiheit" als auch mit dem "Grundrecht der Gewissensfreiheit des Arztes". ...

"Untersuchungen in Rechtssystemen, die die Suizidhilfe transparent regeln (wie die US-Bundesstaaten Oregon und Washington), zeigen übereinstimmend, dass Suizidhilfe zumeist von Menschen gewünscht wird, die an schweren, unheilbaren Erkrankungen mit einer begrenzten Lebenserwartung leiden." Für ihren Sterbewunsch ausschlaggebend seien aber nicht etwa unerträgliche Schmerzen. Sondern "die Wahrnehmung eines Verlustes von Würde, Lebenssinn und individueller Freiheit". ...

Die Legalisierung ärztlicher Suizidbeihilfe, schreiben Borasio, Jox, Taupitz und Wiesing unter Berufung auf Daten aus dem US-Staat Washington, wirke sich "suizidpräventiv" aus: So hätten 65 Prozent der Anfragenden aus Washington nach der Beratung von ihrem Wunsch nach Selbsttötung wieder Abstand genommen. Und von den 35 Prozent, die ein Rezept für ein todbringendes Medikament erhalten hätten, habe ein Drittel es nicht eingelöst.

(Taz 27.8.14 S.27)

- Die Giftspritze durch den Arzt bleibt aber zu Recht weiterhin strafbar. Wer als Kranker die Kontrolle über den eigenen Tod nicht selbst übernehmen will, will vielleicht doch nicht wirklich sterben.
(Taz 27.8.14 S.12)
- Immer mehr Menschen reisen in die Schweiz, um dort Angebote zur Sterbehilfe anzunehmen. Ihre Zahl hat sich innerhalb von 4 Jahren verdoppelt ... Dabei kommen die meisten sogenannten Suizidtouristen aus Deutschland. Von 2008 bis 2011 reisten insgesamt 611 Menschen aus 31 Ländern in die Schweiz, um sich dort von einer Sterbehilfe-Organisation in den Tod begleiten zu lassen ... aus Deutschland kamen 268 Menschen
(Freie Presse Chemnitz 20.8.14 S.8)
- Interview mit Peter Hintze (CDU)
Meiner Ansicht nach sollte der ärztlich assistierte Suizid in unerträglichen Situationen am Lebensende ohne jeden Zweifel straffrei sein, wenn der Patient sich dies wünscht und der Arzt in einer Gewissensentscheidung zu dem Ergebnis kommt, dass er diesem Wunsch nachkommen will. Mir geht es ausschließlich um diese Fälle extremen Leidens, nicht um Fälle, in denen Menschen aus psychischen Gründen des Lebens überdrüssig sind. ...
Ich bin dafür, dass die Medizin Mut zum Leben macht und dass wir alle Chancen der Palliativmedizin nutzen. Hier ist noch ein großer Nachholbedarf. Doch nicht jede unerträgliche Situation lässt sich palliativmedizinisch beherrschen. Da ist es ein Gebot der Menschenwürde, dass ein derart Betroffener am Lebensende den Arzt um Hilfe bitten darf. Es gibt auch eine Ethik des Helfens. ...
(Der Spiegel 33-2014 S.16)
- Interview mit Peter Hintze (CDU)
„Wir sind nicht Christus“
SPIEGEL: Herr Hintze, was ist ein guter Tod?
Hintze: Wenn ein Leben natürlich zu Ende geht, ohne Schmerzen, und man irgendwann für sich loslassen kann. Ein solcher Tod ist leider nicht allen vergönnt. Entscheidend ist, dass niemand einem anderen vorschreiben sollte, wie er zu sterben hat und wie viel Leid er am Lebensende aushalten soll. ...
SPIEGEL: Beihilfe zur Selbsttötung ist in Deutschland straffrei. Warum brauchen wir eine gesetzliche Regelung?
Hintze: Wir müssen Ärzten und Patienten mehr Rechtssicherheit geben. Das Arztrecht ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Die Gerichte geben zwar regelmäßig den Ärzten, die ihrem Gewissen folgen, recht. Aber ein Arzt will Sicherheit haben, nicht vor Gericht gezerrt zu werden und seine Approbation nicht zu gefährden.
SPIEGEL: Die Bundesärztekammer lehnt Ihren Vorschlag ab.
Hintze: Aber ein großer Teil der Ärzteschaft sieht das anders. Wir wollen eine legale Grundlage im Zivilrecht schaffen, für ein ärztlich verantwortliches Handeln. Wenn die Ärztekammern vorher tätig werden und sagen, doch, in bestimmten extremen Ausnahmesituationen, die wir auch kennen, wollen wir dieser Gewissensentscheidung des Arztes Raum geben, dann brauchten wir keine staatliche Regelung. ...
Hintze: Ein Arzt soll einem Patienten, der an einer unumkehrbar zum Tode führenden Krankheit leidet und einen sehr starken Leidensdruck spürt, ein Medikament zur Verfügung stellen dürfen, wenn er und ein weiterer Mediziner dieses Leiden nachvollziehen können. Dann kann der Patient friedlich entschlafen. ...
SPIEGEL: Was ist mit schwer depressiven Patienten?
Hintze: Depressionen werden von unserer Regelung nicht erfasst. Dem Sterbewunsch muss eine organische, keine psychische Erkrankung zugrunde liegen.

SPIEGEL: Warum eigentlich? Wenn Ihr Anliegen ist, unerträgliches Leid zu verkürzen, dann müssten Sie konsequenterweise auch unheilbar psychisch Kranke miteinschließen. Seelisches Leid kann mitunter unerträglicher sein als körperliches.

Hintze: Bei einem depressiven Patienten gibt es gute andere Möglichkeiten der Behandlung. Da geht es um die Überwindung der Depression und nicht um die Abwendung von Qualen, die aus einem Sterbeprozess herrühren. Deshalb wird sie von unserer Regelung nicht erfasst. ...

SPIEGEL: Ist die Hilfe zur Selbsttötung mit der christlichen Ethik vereinbar?

Hintze: Ja, absolut.

SPIEGEL: Die Kirchen argumentieren anders.

Hintze: Unsere Kirchen sprechen gern davon, dass der Mensch über sein Leben nicht verfügen soll. Das ist auch richtig, aber von jeder Norm gibt es Ausnahmen.

SPIEGEL: In den Zehn Geboten heißt es klipp und klar: Du sollst nicht töten.

Hintze: Das ist, mit Verlaub, eine sehr schlichte Sicht der Dinge. Erstens ist mit diesem Gebot nicht der Suizid gemeint. Aber selbst wenn: Die Zehn Gebote stehen bekanntlich im Alten Testament, und dieses müssen wir im Lichte des Neuen Testaments verstehen. ...

Das ist im Neuen Testament immer so: Wenn es einen Konflikt zwischen Hilfe und Gebot gibt, hat immer die Hilfe den Vorrang. Natürlich spielte das komplizierte Thema, über das wir heute reden, damals noch keine Rolle. ...

SPIEGEL: Eine Befürchtung, wenn Ärzten der assistierte Suizid erlaubt wird, ist, dass sich schwer kranke Menschen möglicherweise unter Druck fühlen könnten, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Etwa weil sie Angehörigen nicht zur Last zu fallen wollen. Wie wollen Sie das verhindern?

Hintze: Die Empirie widerlegt solche Befürchtungen klar. In allen Ländern und Staaten, in denen es die Erlaubnis zur Suizidassistenz gibt, ist sie dauerhaft niedrig, im Nullkommabereich.

SPIEGEL: Das ist nur die halbe Wahrheit. Sowohl in Oregon als auch in der Schweiz ist die Zahl der Fälle gestiegen.

Hintze: Aber auf sehr niedrigem Niveau. ...

SPIEGEL: In den Niederlanden ist auch die aktive Sterbehilfe, die Tötung auf Verlangen, durch Ärzte erlaubt. Die Zahl der Fälle steigt seit Jahren. 2013 waren es 4501.

Hintze: Das stimmt. In Deutschland ist und bleibt diese Möglichkeit durch Gesetz ausgeschlossen. ... (Der Spiegel 46-2014 S.28ff. - <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-130223268.html>)

- In Oregon im Nordwesten der USA wurde ärztliche Sterbehilfe 1997 durch einen Volksentscheid legal. Laut dem dortigen Gesundheitsministerium haben von 1997 bis 2013 752 Menschen ihr Leben mit verschriebenen Mitteln beendet. Ärzte hätten 1173 Sterbehilfe-Rezepte ausgestellt. ... Der Tod sei bei den Patienten zwischen einer Minute und 104 Stunden eingetreten (Mittelwert 25 Minuten) (Freie Presse Chemnitz 15.10.14 S.4)
- Interview - Der Arzt Uwe-Christian Arnold, 70, assistiert todkranken Patienten beim Suizid. Soeben erschien sein Buch *Letzte Hilfe* (mit Michael Schmidt-Salomon, Rowohlt Verlag);

ZEIT: Wenn jetzt über Suizid diskutiert wird, dann klingt es oft so, als gäbe es legitime und illegitime Gründe, sich umzubringen. Als wären viele Menschen, die sich an Sterbehelfer wenden, in keiner echten Not, sondern bloß "lebensmüde". Aus welchen Gründen kommen die Sterbewilligen tatsächlich zu Ihnen?

Arnold: Die häufigsten Suizidursachen sind Depressionen und die Tatsache, dass Menschen mit ihrem Leben nicht klarkommen. Wenn die mir schreiben oder mich anrufen, kann ich nur zuhören, nicht helfen.

...

Arnold: Natürlich gibt es die Angst, in einer Klinik unbekanntem Menschen ausgeliefert zu sein. Aber mit sozialem Druck hat noch keiner meiner Patienten seinen Sterbewunsch begründet. Diese Szenarien sind Spekulation. Der lungenkranke Mann, der heute anrief, will nicht sterben, weil er jemandem zur Last fällt. Er ist auch nicht depressiv. Er erstickt.

ZEIT: Was sagen Sie zu dem Argument, kein Sterbewilliger wisse, wie viele gute Tage er noch habe?

Arnold: Das ist blanker Paternalismus. Wieso soll ein Patient nicht selbst entscheiden, wenn er nicht mehr kann? ...

Oft geschieht es, dass Schwerstkranke nicht mit ihren Angehörigen geredet haben. Dann sage ich: Sie können nicht an der Familie vorbei bei mir anrufen. Auch wer sterben will, muss Rücksicht nehmen. Wir sind nicht allein auf dieser Welt. ...

ZEIT: Die Kirchen sagen, das Leben sei gottgegeben, also unverfügbar. Deshalb dürfe der Mensch es nicht selbst beenden.

Arnold: Das ist unsere christliche Tradition. Aber als Nichtchrist geht mir das völlig gegen den Strich. Warum sollen wir Leiden aushalten?

ZEIT: Weil Jesus Christus die Welt durch sein Leiden erlöst hat. Die alte Leidenstheologie hat zwar heute weitgehend ausgedient. Aber die Frage bleibt: Dürfen wir von jemand anderem als uns selbst fordern, Leiden zu ertragen?

Arnold: Ich sehe das überhaupt nicht ein! Jeder Bürger hat ein Selbstbestimmungsrecht. Warum soll das beim Sterben nicht gelten? Wenn Christen aus Glaubensgründen lieber leiden wollen, bitte. Ich möchte auch den Flagellanten nicht verbieten, sich zu geißeln. Wer leiden will, soll leiden. Wer nicht leiden will,

muss es nicht. ...

ZEIT: Wann haben Sie den ersten Hilferuf eines Sterbenden bekommen?

Arnold: Diesen Hilferuf kriegen Sie als Arzt von Anfang an. Die Leute sagen nicht: Bring mich um! Aber: Wann ist es endlich vorbei?

ZEIT: Was haben Sie beim ersten Mal getan?

Arnold: Nichts. Weil ich keine Erfahrung hatte. Wir sind ja nur ausgebildet, die Schmerzen zu lindern. Dann fragt man sich: Wie weit kann ich gehen, wenn ich Morphium spritze? Das Bereitstellen eines tödlichen Medikaments auf Wunsch eines todkranken Patienten ist übrigens keine aktive Tötung, sondern soll den Weg zum Tod erleichtern. ...

ZEIT: Viele Ärzte sind gegen Sterbehilfe. Trotzdem würde die Mehrheit im Ernstfall gern Sterbehilfe in Anspruch nehmen.

Arnold: Das ist Heuchelei. Was meinen Sie, wie vielen Ärzten ich schon geholfen habe? Die Studie, die von der Ärztekammer selbst veranlasst wurde, blieb einige Zeit im Schubfach, weil immerhin ein Drittel der Ärzte fand, wenn wir eine vernünftige Regelung hätten, könnten sie sich vorstellen, ihren Patienten beim Sterben zu assistieren. Ein Drittel, das sind 130.000 Ärzte.

ZEIT: Eine Menge, aber nicht die Mehrheit.

Arnold: Was heißt Mehrheit? Der Präsident der Bundesärztekammer Frank Ulrich Montgomery hat ein falsches Verständnis von Demokratie, wenn er Sterbehilfe ablehnt und ignoriert, was Minderheiten wollen.

ZEIT: Zwei Ärzte der Berliner Charité wurden verurteilt, weil sie gegen den Patientenwillen eine Dialyse gemacht haben.

Arnold: Der Patient wollte sich nicht umbringen, sondern einfach keine Dialyse. Warum widersetzt man sich dem? Weil das Sterbenlassen tabuisiert ist. Die jüngeren Ärzte haben mit der Muttermilch aufgesogen, dass man alle Therapieverfahren unbedingt anwenden muss. Dazu kamen Fallpauschale und Chefarzt-Boni, ein System, bei dem man belohnt wird, wenn man möglichst viel operiert – wie ein Autoverkäufer, der viele Autos verkauft.

ZEIT: Die Gegner der Sterbehilfe werfen den Sterbehelfern vor, Todkranke abzocken zu wollen.

Arnold: Meine Vorstellung war immer, dass man mit Sterbehilfe eben kein Geld verdient. Bei Dignitas und Sterbehilfe Deutschland funktioniert das nicht, weil es zu wenige Vereinsmitglieder gibt. Die Schweizer Organisation Exit dagegen hat viele Mitglieder, so dass bei kleinen Beiträgen große Summen zur Verfügung stehen. Die Mitglieder werden kostenlos begleitet. Das ist ideal. Aber ich gebe zu, dass mir einige Patienten Geld anbieten und mir ganz klar sagen, ich finde es gut, was Sie machen, und ich möchte das entsprechend honorieren.

ZEIT: In Deutschland könnte es nächstes Jahr eine neue Regelung geben, die Sterbehilfe zu kommerziellen Zwecken verbietet. Das wäre ein Totalverbot durch die Hintertür: Wie soll man eine ärztliche Dienstleistung kostenfrei machen?

Arnold: Gar nicht! Alles kostet Geld. Trotzdem muss man überlegen, wo das rechte Maß ist. Ich selbst will mit der Sterbehilfe bestimmt nicht reich werden. Manche Patienten geben mir für einen Besuch nur Benzinsgeld, soll ich bei dem Thema sagen, das kostet aber jetzt 150 Euro? Andere spenden großzügig. Aber ich würde mich schämen, etwa für telefonische Beratung Geld zu fordern. ...

Da rief sie mich an und meinte, jetzt sei es so weit. Ich fuhr hin, und wir besprachen, was zu tun sei. Wir haben dann die Morphiumpumpe genutzt, deren Sperrmechanismus man umgehen kann. Sie ist sanft eingeschlafen.

ZEIT: Sterbehilfegegner sagen, solche Extremfälle seien absolute Ausnahmen.

Arnold: Nein, der Extremfall kommt schon öfter vor. Man kann sich nicht mehr bewegen, nicht versorgen, nicht sprechen. Manche halten das aus, andere nicht. Ein Arztkollege, der durch eine neurologische Krankheit immer steifer und ausgemergelter wurde, nur im Kopf noch ganz klar blieb, bat mich um Hilfe. Und ich war geschockt. Dieser Mann lag nicht im Sterben, aber sein Zustand war elend. ...

ZEIT: Wie helfen Sie genau?

Arnold: Da gibt es viele verschiedene Möglichkeiten. Nahrungsverzicht, Schmerztherapie, Palliativmedizin. Und dann die Medikamente, die zum Tod führen. Dafür muss allerdings die Tatherrschaft des Patienten gegeben sein. Das Medikament wird oft aufgelöst in Apfelmus. ...

ZEIT: Wie gefährlich war es für Sie, beim Sterben zu helfen?

Arnold: Juristisch ist es kein Problem. Es zählt allein der freie Wille des Patienten, vorausgesetzt, dass dieser voll urteilsfähig ist.

ZEIT: Und was ist mit der Garantenpflicht?

Arnold: Sie besagt, dass ein Arzt oder Angehöriger verpflichtet ist, zu helfen. Aber nicht gegen den Willen des Patienten. Was er will, kann er schriftlich erklären. ...

ZEIT: Sie wurden bereits verklagt.

Arnold: Aber nie verurteilt. Ich hatte einer Patientin Hilfe zugesichert, sie erzählte es einem Nachbarn, daraufhin wurde mir der Kontakt verboten. Dann hat die Ärztekammer mir gedroht, im Wiederholungsfall müsse ich 50.000 Euro Strafe zahlen! Ich habe die Ärztekammer verklagt und den Prozess gewonnen, weil die Richter entschieden: Allein der Patientenwille zählt.

ZEIT: Dürfen Sie beim Suizid dabeibleiben?

Arnold: Ja. Früher war das nicht ganz klar. Aber die Patienten sagen: Bleib bei mir! Man geht ja auch nicht mitten in einer OP raus. Die Menschen wollen begleitet werden. ...

(Die ZEIT 20.11.14 S.66 - <http://www.zeit.de/2014/48/sterbehilfe-arzt-uwe-christian-arnold>)

- 1.816 Menschen – durchschnittlich fünf pro Tag – haben sich in **Belgien** 2013 für die Sterbehilfe entschieden. Und der Trend geht weiter nach oben. Mit der im Februar vom Parlament beschlossenen Abschaffung der unteren Altersgrenze für Kinder im Endstadium einer tödlichen Krankheit ist in Belgien ein weiteres Tabu gefallen. Unlängst wurde zudem dem Antrag eines 50 Jahre alten Mannes stattgegeben, der sich wegen Mordes und Vergewaltigung seit drei Jahrzehnten in Sicherheitsverwahrung befindet. ...

Situation in den **Bundesstaaten der USA:**

Oregon war der Pionier unter den amerikanischen Bundesstaaten. Bereits 1993 begann dort der Meinungsbildungsprozess, der per Volksabstimmung im November 1997 in das „Death with Dignity“-Gesetz einmündete – Tod in Würde. Seit Januar 1998 können sich im Nordwesten der USA unheilbar Kranke vom Arzt ein Medikament verschreiben lassen, um sich das Leben zu nehmen. Die Vergabe ist allerdings an strenge Kriterien gebunden. Der Patient muss volljährig und urteilsfähig sein, seinen Wohnsitz in Oregon haben und an einer Krankheit leiden, die nach Begutachtung von zwei Fach-ärzten innerhalb von einem halben Jahr aller Wahrscheinlichkeit zum Tod führt. Außerdem muss der Patient seinen Todeswunsch in einem Abstand von zwei Wochen zweimal mündlich und einmal schriftlich vorbringen. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, den Kranken über palliative Versorgungsangebote aufzuklären.

Von 1997 bis 2013 haben in Oregon, das 3,9 Millionen Einwohner hat, 1200 Menschen die finalen Rezepte bekommen. 750 haben das Medikament auch tatsächlich genommen. Die anderen starben eines natürlichen Todes. Oder ihnen genügte, so die Gesundheitsbehörde in der Hauptstadt Salem, „die Gewissheit, einem als unwürdig empfundenen Tod entgehen zu können“. Durchschnittsalter: 71 Jahre. Nach Einnahme der Mittel vergingen im Schnitt fünf Minuten bis zur Bewusstlosigkeit. Nach 25 Minuten waren die meisten Patienten ohne Schmerzen für immer eingeschlafen. Vor der Einnahme gaben die mehrheitlich gut gebildeten Patienten am häufigsten diese Gründe an: Angst vor dem Verlust der persönlichen Autonomie (91 Prozent), Furcht vor Einschränkung des Bewegungs-Radius und Sorge vor dem Verlust der Würde (81 Prozent). Nur 24 Prozent erklärten den Entschluss mit einer unzureichenden Schmerzbehandlung in Krankenhäusern oder Hospizen.

Im Nachbarstaat Washington State gilt das Tod-in-Würde-Gesetz seit 2009. Die Zahl der final verschriebenen Rezepte stieg von 69 im Auftaktjahr auf 173 Fälle in 2013. Der Grund in 80 Prozent der Fälle: Krebs. Rund zehn Prozent der Patienten machten laut Statistik keinen Gebrauch von den tödlichen Pillen. Nach Angaben der Gesundheitsbehörde des Bundesstaates waren 97 Prozent aller Patienten, die 2013 von dem Gesetz Gebrauch machten, Weiße. 76 Prozent hatten eine universitäre Ausbildung.

Der Neuengland-Staat Vermont ist der Novize unter den Tod-in-Würde-Bundesstaaten. Im ersten Jahr nach Verabschiedung eines Gesetzes in 2013 sind nach Angaben von Linda Waite-Simpson, Direktorin von „Compassion & Choices“, einer Lobby-Organisation, die sich für Sterbehilfe einsetzt, drei Patienten mit den Rezepten für Barbiturate versorgt worden. Anders als in Oregon werden in Vermont weniger Daten abgefragt. Nach einer Erprobungsphase sollen ab Sommer 2016 die Hürden noch weiter gesenkt werden.

In New Mexiko haben die Einwohner nach einem jüngsten Gerichtsurteil das Recht auf finale Hilfe via Rezept. Der Justizminister in Santa Fe ist dagegen in Berufung gegangen. Ausgang offen. In Connecticut, Hawaii, Kansas, Massachusetts, New Hampshire, New Jersey und Pennsylvania stecken Gesetzentwürfe im Verfahrensgang oder sind geplant.

(Das Parlament 17.11.14 S.4)

- US-Bundesstaat Oregon;
Choice, dieses Wort hört man in Gesprächen um die Sterbehilfe hier immer wieder: die Wahl. Die Freiheit, selbstbestimmt zu entscheiden, was ein Sterben in Würde für den Einzelnen bedeutet. Wer angesichts einer unheilbaren Krankheit sein Leben nicht mehr lebenswert findet, soll es sich mit ärztlicher Unterstützung nehmen dürfen. Wichtig ist aber, dass er es selbst tut. Direkte Sterbehilfe per Giftspritze durch die Hand eines Arztes wie in den Niederlanden oder Belgien ist in Oregon verboten. Für Stutsman ist das der Hauptgrund, warum sich die Bewegung für ein selbstbestimmtes Lebensende gerade in Oregon durchgesetzt hat. "Wir haben den ärztlich assistierten Suizid an strenge Bedingungen geknüpft", sagt er. So muss der Patient urteilsfähig sein und seinen Willen schriftlich wie mündlich mit einem Abstand von 14 Tagen zweimal äußern. Zwei Ärzte müssen ihm eine Krankheit bescheinigen, die im nächsten halben Jahr zum Tod führen wird. Die Gesundheitsbehörde wacht über die Einhaltung dieser Bedingungen.
Ihrem jüngsten Report kann man entnehmen, dass seit 1997 insgesamt 752 Männer und Frauen in Oregon so ihrem Leben ein Ende gesetzt haben: mit einer Überdosis Pentobarbital oder Secobarbital. Die große Mehrheit von ihnen waren Krebspatienten. Über die Jahre sind die Zahlen kontinuierlich gestiegen. Die aktuellsten Zahlen stammen aus dem Jahr 2012, für das die Statistik 85 Suizide ausweist (übertragen auf die deutsche Bevölkerung entspräche dies circa 1.500). Eine "Welle von Selbstmorden",

wie Kritiker vorausgesagt hatten, erlebte Oregon nicht: Von 1.000 Todesfällen lassen sich im Schnitt zwei auf das Sterbehilfegesetz zurückführen. Für Befürworter des Oregoner Modells wie Ralf Jox zeigt dies, "dass keinesfalls automatisch alle Dämme brechen, wenn man die Suizidbeihilfe in engen Grenzen ermöglicht".

Der Münchner Medizinethiker macht auf eine wichtige Beobachtung aufmerksam: Ein Drittel derer, die das todbringende Medikament verschrieben bekommen, nutzen es gar nicht. Vielen hilft es offenbar, die schiere Möglichkeit zu haben. Eine Studie in mehreren Krebszentren im Nachbarstaat Washington zeigt sogar, dass nur 20 Prozent der Tumorkranken, die eine Suizidhilfe erwägen, von dieser am Ende auch Gebrauch machen. Einige sterben vorher, die meisten dürften auf umfassende Schmerzlinderung vertrauen.

Schon bevor das Death-with-Dignity-Gesetz in Kraft trat, war Oregon in Amerika für seine gute Betreuung am Lebensende bekannt. Seitdem hat sich die Palliativmedizin dort stetig weiter verbessert. Die Ärzte verschreiben mehr Schmerzmittel als in anderen Bundesstaaten, Palliativmedizin ist fester Teil der Medizinerbildung, und kein unheilbar Kranker muss in Oregon auf einen Hospizplatz warten. Auch von den Patienten, die ihr Leben frühzeitig mit einem Todescocktail beenden, wurden die allermeisten zuvor in einem solchen Programm betreut. "In Oregon betrachten wir Sterbehilfe und Palliativmedizin nicht als Gegensatz", sagt Deborah Whiting Jaques, Leiterin der Oregon Hospice Association in Portland. Vor 20 Jahren hat ihre Organisation das Gesetz noch bekämpft. Man verstand – wie in Deutschland auch – jede Art der Sterbehilfe als Kapitulation der Palliativmedizin. Mittlerweile verhalte man sich in dieser Frage "neutral", sagt Jaques: "Wir unterstützen unsere Patienten, welchen Weg sie auch gehen."

Dabei – und das ist wohl die interessanteste Erkenntnis aus Oregon – bewegt die Sterbewilligen gar nicht zuerst die Angst vor übermäßigem Leiden. Die meisten Patienten haben in dem Moment, da sie das Rezept beantragen, überhaupt keine starken Schmerzen. Sie wollen vielmehr die Kontrolle behalten: Sie fürchten, in den letzten Monaten nicht mehr sie selbst zu sein und sich ganz auf andere Menschen verlassen zu müssen. Linda Ganzini, Psychiatrieprofessorin an der Oregon Health and Science University, sagt: "Diese Patienten haben keine Angst, qualvoll allein zu sterben. Es ist umgekehrt: Sie haben Angst, dass andere sich zu viel um sie kümmern müssen."

(Die ZEIT 30.10.14 S.35 - <http://www.zeit.de/2014/45/aerztliche-sterbehilfe-suizid-pentobarbital-rezept-oregon>)

- Der Deutsche Ethikrat begrüßt, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Hospiz- und Palliativversorgung im ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitssystems und der Pflege mit einer weiteren Gesetzgebungsinitiative nachdrücklich stärken sowie flächendeckend etablieren will. Eine gute palliative Versorgung, die für alle Patienten mit einer fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung erreichbar ist, lindert Not, kann Angst und Verzweiflung überwinden helfen und damit auf Fragen nach einer möglichen Unterstützung bei einer Selbsttötung lebensorientierte Antworten geben. Diese Angebote betreffen allerdings nur einen kleinen Teil der pro Jahr in Deutschland etwa 100.000 Menschen, die einen Suizidversuch unternehmen, da Suizidversuche zumeist nicht von Menschen unternommen werden, die bei absehbar knapp begrenzter Lebenserwartung an einer fortschreitenden Erkrankung leiden. Für vereinsamte und psychisch kranke Menschen beispielsweise bedarf es anderer suizidpräventiver Maßnahmen und Strukturen. ...
Die geltende Gesetzeslage, wonach weder ein Suizid noch eine Beihilfe zu einem im rechtlichen Sinne frei verantwortlichen Suizid strafbar ist, steht im Einklang mit den Prinzipien eines freiheitlichen Verfassungsstaates. Diese schließen es aus, den Suizid abstrakt-generell als Unrecht zu bestimmen. Denn dabei würde eine allgemeine, erzwingbare Rechtspflicht zum Leben vorausgesetzt, die grundlegenden Rechtsprinzipien widerspräche. Deshalb kann auch die Hilfe zu einem frei verantwortlichen Suizid ihrerseits nicht generell als Unrecht im Rechtssinne definiert werden, so umstritten die Freiverantwortlichkeit eines Suizids allgemein und ihre Erkennbarkeit im konkreten Einzelfall auch sein mögen. Bei einem solchen Suizid kann auch die Garantenpflicht oder die allgemeine Hilfeleistungspflicht keine Strafbarkeit des Gehilfen begründen. ...
empfeht der Deutsche Ethikrat, das derzeit geltende Strafrecht nicht grundsätzlich zu ändern. Eine eigene gesetzliche Regulierung etwa der ärztlichen Suizidbeihilfe lehnt die Mehrheit des Ethikrates ebenso ab wie jede Regulierung der Suizidbeihilfe für eine andere Berufsgruppe, auch weil auf diese Weise gleichsam „erlaubte Normalfälle“ einer Suizidbeihilfe definiert würden. ...
Eine Suizidbeihilfe, die keine individuelle Hilfe in tragischen Ausnahmesituationen, sondern eine Art Normalfall wäre, etwa im Sinne eines wählbaren Regelangebots von Ärzten oder im Sinne der Dienstleistung eines Vereins, wäre geeignet, den gesellschaftlichen Respekt vor dem Leben zu schwächen. ...
Die Mehrheit des Deutschen Ethikrates empfiehlt, dass die Ärztekammern einheitlich zum Ausdruck bringen sollten, dass ungeachtet des Grundsatzes, dass Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe ist, im Widerspruch dazu stehende Gewissensentscheidungen in einem vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnis bei Ausnahmesituationen respektiert werden. ...
Zudem ist eine Mehrheit des Ethikrates der Auffassung, dass der Gesetzgeber im Betäubungsmittelrecht

klarstellen sollte, dass eine im Ausnahmefall erfolgende Verschreibung von Betäubungsmitteln auch im Rahmen einer Beihilfe zu einem frei verantwortlichen Suizid nicht strafbar ist. ...

(Deutscher Ethikrat: Ad-hoc-Empfehlung - Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention

<http://www.ethikrat.org/publikationen/ad-hoc-empfehlungen/suizidbeihilfe>)

- Belgiens führende Sterbehelfer besuchen die Lager von Auschwitz. Am Ort des Hasses wollen sie Liebe lernen. Am Abgrund der Menschenverachtung diskutieren sie Freiheit und Demut.; Dass ein Arzt einen todkranken Menschen auf dessen Wunsch hin töten kann, ist in Belgien seit 2002 erlaubt. 1807 Menschen haben im vergangenen Jahr Sterbehilfe bekommen, zwei Prozent aller Verstorbenen. Seit wenigen Monaten können auch todkranke Kinder sie beantragen, egal, wie alt sie sind. Hilfe beim Sterben darf jeder bekommen, der unheilbar krank ist und dessen Leid unerträglich geworden ist. Was ist unerträglich? "Das bestimmt nur der Patient selbst", hatte Distelmans gesagt. Er sprach über Deutschland. Er sagte, dass ihm jeder Mensch leidtue, der kein Geld habe, um zum Sterben in die Schweiz zu fahren. Jeder Mensch, der also allein sterben müsse. Vor einem Zug. Im Wald. In Belgien muss ein Mensch, der mithilfe eines anderen sterben will, bei klarem Verstand sein. Er muss seinen Wunsch aufschreiben, ihn mehrfach äußern. Dann schaut der Arzt, ob der Mensch im Endstadium einer Krankheit ist. Er erklärt ihm, welche Behandlungen noch möglich sind. Das Gesetz schreibt vor, dass Arzt und Patient zu der Überzeugung kommen müssen, dass es keine andere vernünftige Lösung gibt. Würde der Patient in der nächsten Zeit ohnehin sterben, müssen zwei Ärzte über seinen Wunsch entscheiden. Lässt sich seine Lebensdauer nicht schätzen, müssen drei Ärzte gefragt werden. ...

"Was heißt das für uns?", fragt Distelmans. "Viele von uns sind Ärzte. Wir haben Macht über andere Menschen. Wir wissen alles besser. Man hat uns beigebracht, Leben zu erhalten. Wir müssen aber aufpassen, dass wir unsere Patienten nicht gegen ihren Willen weiterbehandeln, wenn sie eigentlich sterben wollen. Niemand darf sich einbilden, über den Wert eines Lebens urteilen zu dürfen. Wir müssen Diener unserer Patienten werden, und wenn es zu Ende geht, müssen wir unser Scheitern als Arzt akzeptieren." ...

Ein paternalistischer Arzt ist für ihn ein Arzt, der einem Menschen das Leben aufzwingt. Einer, der alles besser weiß und den Patienten zur Behandlung überreden will, anstatt ihn nur über seine Möglichkeiten zu informieren. Ein paternalistischer Arzt ist ein Machtmensch. ...

Aber Distelmans ist, anders als die anderen Ärzte, mit einer Idee nach Auschwitz gekommen. Er wollte, dass seine Kollegen seine Definition von Freiheit verstehen. Dass sie einsehen, dass es Freiheit nur geben kann, wenn ein Mensch sich aus der Macht von anderen löst. Distelmans ist ein radikaler, ein absoluter Mensch. Er sieht nicht, dass die Freiheit, über das eigene Leben zu entscheiden, einen Patienten auch überfordern kann. Er sieht nicht, dass sich ein Mensch auf der Schwelle zwischen Leben und Tod vielleicht jemanden wünscht, der sagt: Geh nicht. ...

(Der Spiegel 47-2104 S.50ff. - <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-130335546.html>)

- Interview mit dem Mediziner Gian Domenico Borasio;
SPIEGEL: Herr Professor, Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) will Suizidhilfe überflüssig machen, indem er Hospize und Palliativmedizin ausbaut. Das muss Sie doch freuen.
Borasio: Das würde mich auch freuen, wenn sie denn tatsächlich ausgebaut würden - in den letzten Jahren gab es dazu ja leider vorwiegend Lippenbekenntnisse. Aber ich habe in 25 Jahren als Neurologe und Palliativmediziner Tausende Patienten betreut und weiß: Auch wenn wir alle Patienten optimal versorgen, werden immer ein paar verständlicherweise sagen: "Das, was mir noch bevorsteht, möchte ich nicht erleben." Auch diese Menschen verdienen unsere Hilfe. ...
Borasio: Unter deutschen Ärzten besteht eine große Unsicherheit, weil niemand weiß, was erlaubt und was verboten ist. Die Suizidhilfe, auch die ärztliche, ist in Deutschland derzeit nicht strafbar. Aber der Arzt muss in den meisten Bundesländern befürchten, seine Berufserlaubnis zu verlieren. Viele Patienten haben Angst davor, abgewiesen oder sogar in die Psychiatrie eingewiesen zu werden. Es sind diese Ängste, die verhindern, dass Arzt und Patient miteinander sprechen. ...
... was ist mit denen, die nicht an Gott glauben? Ärzte sind nun einmal für alle da. Statistisch handelt es sich ohnehin um ein marginales Problem: Unser Palliativzentrum in Lausanne betreut etwa tausend sterbenskranke Patienten pro Jahr. Ein bis zweimal jährlich erfahren wir, dass ein Patient um Suizidhilfe gebeten hat, die in der Schweiz erlaubt ist. Ähnliches zeigt sich im US-Bundesstaat Oregon: Dort handelt es sich um etwa zwei von 1000 Todesfällen. Die ganze Thematik wird leider sehr aufgebauscht. ...

Ein Drittel derer, die in Oregon ein tödliches Medikament erhalten, nehmen es nie ein. Ohne diese Regelung hätten einige von ihnen sehr wahrscheinlich einen gewaltsamen und für die Familie belastenden Suizid begangen. Es ist anscheinend für viele beruhigend, eine Art Sterbeversicherung im Nachttisch zu verwahren.

SPIEGEL: Eine Abgeordnetengruppe aus Union und SPD hat jetzt auch einen Entwurf vorgestellt. Danach sollen Patienten im Endstadium einer unheilbar und tödlich verlaufenden Krankheit ihren Arzt um ein tödliches Medikament bitten können.

Borasio: Der Entwurf ist unserem Vorschlag sehr ähnlich. Allerdings wollen die Abgeordneten Suizidhilfe nur dann erlauben, wenn der Patient "objektiv schwer leidet". Dieses Kriterium haben wir

bewusst nicht gewählt, denn wie wollen Sie so etwas entscheiden? Kein Mensch auf dieser Welt, auch kein Arzt, hat das Recht, einem anderen zu sagen: Dein Leiden ist nicht schwer genug.

SPIEGEL: Laut Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, stehen Ärzte als Sterbehelfer nicht zur Verfügung.

Borasio: ... und in einer Umfrage derselben Bundesärztekammer haben sich 37 Prozent der deutschen Mediziner bereit erklärt, Suizidhilfe zu leisten. Das sind über 100 000 Ärzte. Da mit etwa 2000 assistierten Suiziden pro Jahr in Deutschland zu rechnen ist, müsste jeder dieser Ärzte nur ein einziges Mal in seinem gesamten Berufsleben bei einem Suizid helfen. ...

Borasio: Es war ein sehr wichtiger Mann, ein Banker. Er war es gewohnt, dass alle befolgen, was er sagt. Immer wieder hatten ihm seine Ärzte versichert, es gebe noch etwas, das sie für ihn tun könnten. Doch als er an Atemnot und Ödemen in den Beinen litt, räumten die Ärzte ein, dass sich sein Zustand von nun an nur noch verschlechtern werde. "Gut", hat er gesagt, "dann will ich sterben. Und zwar sofort."

SPIEGEL: Wie ging es weiter?

Borasio: Der Kardiologe erwähnte, dass sein Patient einen Herzschrittmacher habe, von dem sein Leben abhängt. Ich schlug vor, den Patienten zu fragen, ob er das Gerät abschalten wolle. Ein Herzschrittmacher ist ebenso eine Therapie wie eine künstliche Beatmung. Jeder Patient hat das Recht, sie abzulehnen und beenden zu lassen. Der Kollege war verblüfft. Als er den Patienten schließlich fragte, antwortete dieser trocken: "Darauf hätten Sie aber auch früher kommen können."

Spiegel: Wie hat der Kardiologe reagiert?

Borasio: Er hat den Herzschrittmacher abgeschaltet, brauchte danach allerdings psychologische Betreuung. Was ich gut verstehen kann. Sie stehen neben einem Menschen, und einen Augenblick später ist dieser tot. Auch wenn ein Arzt weiß, dass er im Sinne des Patienten gehandelt hat, wird es nie einfach sein.

SPIEGEL: Wie soll ein Arzt abwägen, was ein angemessener Grund ist zu sterben?

Borasio: Das ist gar nicht seine Aufgabe. Kein Patient muss begründen, warum er auf eine Behandlung verzichtet. Natürlich gibt es schwierige Situationen: Eine junge Zeugin Jehovas, schwanger, Mutter eines dreijährigen Kindes, verweigert aus religiösen Gründen eine lebensrettende Bluttransfusion und stirbt. Für die Ärzte und Pflegenden ist das fürchterlich. Aber der Respekt vor der Selbstbestimmung des Menschen ist genau dann gefordert, wenn der Patient etwas wünscht, was wir nicht tun würden. ...

SPIEGEL: Zeigen Länder wie die Niederlande nicht gerade, dass solche Befürchtungen überzogen sind? 2013 gab es dort knapp 5000 Fälle von aktiver Sterbehilfe.

Borasio: Die Zahl der Fälle von Tötung auf Verlangen steigt dort aber seit Jahren deutlich an. Diese Entwicklung macht mir wirklich Sorgen. 2013 waren es bereits über drei Prozent aller Todesfälle - in Oregon, wo nur die Beihilfe zur Selbsttötung erlaubt ist, sind es lediglich rund 0,2 Prozent. (Der Spiegel 44-2014 S.134ff.)

- Dabei ist Suizidhilfe in Deutschland – bislang – nicht strafbar, was allerdings kaum jemand weiß: Bis zu 93 Prozent der Allgemeinbevölkerung, aber auch 73 Prozent der Medizinstudierenden gehen in Befragungen von einer Strafbarkeit der Suizidassistenz aus. Das erinnert an eine Umfrage unter neurologischen Chefärzten, bei der über die Hälfte die Meinung vertrat, dass die Behandlung der Atemnot in der Sterbephase mit Morphin "Euthanasie" sei, also strafbare aktive Sterbehilfe. Dabei ist das Gegenteil der Fall, die Gabe von Morphin lindert die Atemnot und verlängert nachweislich das Leben. Eine weitere Umfrage unter deutschen Betreuungsrichtern stellte fest, dass über ein Drittel den Unterschied zwischen (verbotener) aktiver und (erlaubter) passiver Sterbehilfe nicht verstanden hatte. Eine beunruhigende Vorstellung.

Wenn schon diejenigen, die es wissen müssten, wenig Ahnung haben, wundert es nicht, was in Talkshows, Stellungnahmen und Interviews zum Thema Sterbehilfe deutlich wird: Man diskutiert im Brustton der Überzeugung, aber in bemerkenswerter Unkenntnis der Fakten. Dabei werden zum Teil eklatante Fehlaussagen so oft wiederholt, bis die Menschen sie glauben oder zumindest verunsichert sind. Es ist deshalb nötig, die wichtigsten dieser Aussagen – die teilweise als Begründung für die aktuellen Gesetzentwürfe herhalten müssen – einem Faktencheck zu unterziehen. ...

Ein Lieblingssatz vom Bundesärztekammer-Präsidenten Frank Ulrich Montgomery lautet: "Ärzte heilen manchmal, lindern oft, trösten immer und töten nie." Damit wird suggeriert, es gehe in der gegenwärtigen Debatte um die Tötung auf Verlangen, wie sie in den Niederlanden oder Belgien gesetzlich erlaubt ist. Dabei wird der Patient vom Arzt durch eine Injektion aktiv getötet. Das aber will in Deutschland niemand, nicht einmal die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben, die sich für eine weitgehende Selbstbestimmung am Lebensende einsetzt.

Aufschlussreich ist ein Blick auf die Zahlen: In den Ländern, welche die Tötung auf Verlangen erlauben, steigen die Fälle in den letzten Jahren stark an, insbesondere in den Niederlanden. In der Schweiz, wo die Aktivitäten von Suizidhilfe-Organisationen offiziell toleriert, aber nicht rechtlich geregelt sind, zeichnet sich ebenfalls eine Steigerung ab, wenn auch auf niedrigerem Niveau. Im

US-Bundesstaat Oregon hingegen, der nur die ärztliche Suizidhilfe bei Schwerstkranken erlaubt, sind die Zahlen seit 17 Jahren konstant niedrig, sie liegen bei etwa zwei von tausend Todesfällen. ...
Aussage: Wir brauchen nur die Palliativmedizin zu stärken, dann verschwindet der Wunsch nach Suizidassistenz von allein.

Fakten: Die Stärkung der Palliativmedizin und der Hospizarbeit ist immens wichtig, aber die Aussage ist nicht richtig. 90 Prozent der Suizidenten in Oregon sind palliativmedizinisch betreut, und die Palliativversorgung in den Niederlanden gehört inzwischen zu den besten Europas. Doch auch bei bester Palliativbetreuung – das zeigen alle Studien übereinstimmend – wird es immer Menschen geben, die am Lebensende sagen: "Das, was mir noch bevorsteht, möchte ich nicht erleben."

Aussage: Die deutsche Ärzteschaft ist geschlossen gegen die ärztliche Suizidhilfe.

Fakten: Nach den vorhandenen Umfragen, unter anderem von der Deutschen Gesellschaft für Onkologie, wird das berufsrechtliche Verbot der Suizidhilfe nur von einer Minderheit der Ärzteschaft unterstützt. Eine Umfrage im Auftrag der Bundesärztekammer ergab zudem, dass über ein Drittel der deutschen Ärzte grundsätzlich bereit wäre, Suizidhilfe zu leisten. ...

Aussage: Eine gesetzliche Regelung der Suizidhilfe würde die Anzahl der Suizide steigen lassen.

Fakten: Die Zahlen steigen dort, wo die Suizidhilfe toleriert, aber rechtlich nicht geregelt ist, wie etwa in der Schweiz. In Oregon sind sie seit 17 Jahren nahezu konstant. Außerdem nimmt dort über ein Drittel der Menschen, welche das Rezept für ein tödliches Mittel erhalten, dieses am Ende nicht ein und stirbt eines natürlichen Todes – womit Suizide verhindert werden. ...

Schon heute stehen Ärzte unter einer rechtlichen Dreifachbedrohung, wenn sie Suizidhilfe leisten. Erstens durch die sogenannte Garantenstellung für das Leben ihrer Patienten: Wenn jemand nach einem Suizidversuch das Bewusstsein verliert, muss der Arzt ihn retten. Zweitens durch das strafrechtlich sehr scharfe Betäubungsmittelgesetz: Wenn man bei der Suizidhilfe nicht pfuschen will, muss man Substanzen verwenden, die unter dieses Gesetz fallen – das ist aber streng verboten. Und drittens durch die deutschen Landesärztekammern: 10 von 17 Kammern drohen Mitgliedern, die Suizidhilfe leisten, mit berufsrechtlichen Konsequenzen. ...

Aus Grafik : Hilfe zum Sterben; Fälle pro 1000 Todesfälle		
Land	2003	2013
<i>Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe)</i>		
Niederlande	10	34,4
Belgien	3	16,3
<i>assistierter Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung)</i>		
Schweiz	3	8,9
US-Staat Oregon	2	2,2

- (Die Zeit 17.9.15 S.37 - <http://www.zeit.de/2015/38/bundestag-sterbehilfe-diskussion-gesetzesentwurfe>)
- ZEIT: Ich bin überrascht: Keiner von Ihnen hat von einem Patienten berichtet, der unter unerträglichen Schmerzen litt und deshalb sterben wollte.
De Ridder: Beim ärztlich assistierten Suizid, über den wir hier sprechen, geht es selten in erster Linie um Schmerzen. Es geht um Abhängigkeit und Kontrollverlust und um eine nicht hinnehmbare Einschränkung der Lebensqualität. Die von mir beschriebene querschnittsgelähmte Patientin sagte einmal: Ich möchte Sie so gern berühren, aber nicht einmal das wird mir je möglich sein.
Thöns: Schmerzen bekommen wir Ärzte heute tatsächlich sehr viel besser in den Griff als früher. In gewissen Situationen jedoch sind wir machtlos. Im Fall der von mir geschilderten Frau mit Brustkrebs waren es die Entstellung und der Ekel vor dem eigenen Gestank, die den Sterbewunsch bedingten. Es ging um ihre Würde als Mensch.
ZEIT: Wie würden Sie die Menschen charakterisieren, die Sie um Sterbehilfe bitten?
De Ridder: Anders als in der Diskussion um die Sterbehilfe befürchtet, sind es nicht die Schwachen, die Ungebildeten oder die Einsamen, die ihren Wunsch zu sterben gegenüber dem Arzt äußern. Im Gegenteil, aus meiner Erfahrung sind es gebildete und selbstbewusste Menschen, die sich zudem viele Gedanken machen. Ich hatte auch niemals den Eindruck, dass die Patienten sich aufgrund äußeren Drucks für diesen Schritt entscheiden.
ZEIT: Wie entsteht dieser Eindruck?
De Ridder: Wenn irgendwie möglich, versuche ich immer mit den nächsten Angehörigen zu sprechen.
Wohlfart: Was diese Patienten aus meiner Erfahrung verbindet: Sie haben sich unwiderruflich entschieden. Beide Patienten, denen ich geholfen habe, waren völlig klar und angstfrei, was den Tod angeht. Sie hatten nicht den geringsten Zweifel, dass sie selbstbestimmt sterben wollten, und zwar so bald wie möglich. ...
De Ridder: Ich sehe das anders. Ich hatte einmal einen Patienten, einen recht bekannten Intellektuellen übrigens, der litt unter einem schweren Hautkrebs, befand sich aber noch nicht im Endstadium. Dennoch bat er um meine Hilfe, weil sein Lebensentwurf dahin war und er seinen Todeszeitpunkt selbst bestimmen wollte. Ich habe das mitgetragen. ...

De Ridder: Wichtig ist für mich, den Patienten möglichst genau kennenzulernen und ihn eine bestimmte Zeit lang zu begleiten, in der ich seine Motive erkunde und ihm natürlich auch die Alternativen aufzeige. Am Ende ist für mich entscheidend, ob ich selbst überzeugt bin, dass die Suizidassistentz nicht nur gerechtfertigt, sondern sogar geboten ist. Dass es also unethisch wäre, diese Hilfe nicht zu gewähren. ...

Thöns: Allein die Option, mithilfe eines Arztes aus dem Leben scheiden zu dürfen, rettet Leben. Aus den USA wissen wir, dass nur ein Fünftel derjenigen, die eine Selbsttötung im Gespräch mit dem Arzt erwägen, diese auch vollziehen.

ZEIT: Wenn es dennoch dazu kommt – sind Sie dann beim Sterben als Arzt immer dabei?

Wohlfart: Das erste Mal war die Ehefrau des Patienten bei ihm, das zweite Mal, bei der alleinstehenden Patientin, bin ich bis zum sicheren Tod geblieben.

Thöns: Ich bin nicht immer anwesend.

ZEIT: Warum nicht?

Thöns: Wegen der Garantenpflicht. Wenn jemand nach einem Suizid im Sterben liegt, muss der Arzt ihn retten – so hieß es lange. Glücklicherweise haben Gerichte diese Pflicht vor einiger Zeit beim selbstbestimmten Freitod aufgehoben. Darüber hinaus muss ich als Arzt bei jedem nicht natürlichen Tod unmittelbar die Polizei holen. Das aber wollen viele Angehörige, die den Sterbenden begleiten, nicht. ...

ZEIT: Verschreiben Sie die todbringenden Medikamente auch auf Vorrat für den Notfall?

Wohlfart: In seltenen Fällen ja. Eine Patientin zum Beispiel bewahrt die Pillen hinter Büchern auf. Ich habe jedoch bis jetzt noch nicht erlebt, dass die Patienten die Medikamente wirklich genommen haben. Sie sind entweder auf natürliche Weise gestorben oder leben noch und sind sehr beruhigt, dass sie sich im äußersten Fall selbst helfen könnten.

Thöns: Ich möchte etwas betonen: Wir sprechen hier über ein Randthema. In 99 Prozent der Fälle können wir den Menschen anders helfen. Das ärgert mich auch so an der aktuellen Debatte: Die echten Probleme am Lebensende sind ganz andere.

ZEIT: Welche denn?

Thöns: Die Übertherapie. Viel dringender als die Frage, wann wir beim Sterben helfen dürfen, ist die Frage, warum wir Ärzte Menschen am Sterben hindern. Ich erlebe das jede Woche. Da werden Demenzkranke künstlich ernährt und Hochbetagte Operationen unterzogen, die nur den Zweck haben, die OP-Kapazitäten auszulasten. Das Gleiche gilt für die fünfte Chemotherapie bei Krebs im Endstadium. Die bringt der Klinik schlicht mehr Geld als eine einfache Schmerzbehandlung. ...

Thöns: ... und eine verblüffende Unwissenheit darüber, was sie dürfen und was nicht. Viele meiner Kollegen scheuen sich immer noch, ausreichende Opiate zur Schmerzlinderung zu geben. Ebenso denken viele Ärzte fälschlicherweise, die Hilfe zum Suizid sei in Deutschland strafrechtlich verboten. Dabei unterscheidet sich unsere jetzige Rechtslage kaum von derjenigen der Schweiz. Nur wird sie hierzulande nicht offen angewandt, unter anderem weil das ärztliche Standesrecht die Sterbehilfe in einigen Bundesländern verbietet. ...

ZEIT: Sie sagen richtig, dass die Beihilfe zum Suizid schon heute nicht verboten ist. Brauchen wir denn überhaupt ein neues Gesetz?

Thöns: Ja, und zwar vor allem, um die Unsicherheit der Ärzte zu beenden. Immerhin gut ein Drittel wäre ja laut anonymen Umfragen zur ärztlichen Suizidbeihilfe im Extremfall bereit. ...

(Die Zeit 26.2.15 S.33 - <http://www.zeit.de/2015/09/sterbehilfe-aerzte-brechen-tabu>)

- Ein Jahr ist es her, dass Bus um ihren Tod gebeten hat. Wer in den Niederlanden Sterbehilfe erhalten möchte, muss unheilbar krank sein und unerträglich leiden. So besagt es das Gesetz. Was es nicht verrät: Wie misst man unerträgliches Leid?

Ihr Hausarzt, eigentlich für die Euthanasie zuständig, lehnte die Sterbehilfe ab. Ihr Ehemann beharrte darauf, seine Frau weiterzupflegen. Ihre drei Töchter haderten: "Mach das alleine. Sonst heißt es noch: Ihr wollt mich loswerden!"

So wandte sich Bus an jene Spezialklinik, in der sich die Ärzte nicht darum kümmern, das Leben zu verlängern, sondern es zu beenden. Die Levendseindekliniek ("Lebensendeklinik") liegt in Den Haag, hohe Decken, kleine Balkone vor den Fenstern, mehr Büro als Krankenhaus. Hier stehen keine Betten, auch stirbt hier niemand. Stattdessen kommen die Sterbehelfer nach Hause.

Fast drei Jahre nach Eröffnung beschäftigt die Klinik 37 Teams aus jeweils einem Arzt und einem Pfleger. Im vorigen Jahr leisteten sie über 200-mal Sterbehilfe; viermal so viele Patienten hatten darum gebeten. Wenn der Hausarzt die Euthanasie verweigert, findet ein Patient hier Experten fürs Sterben. Und wer hier arbeitet, hegt großes Verständnis für die Todeswünsche seiner Patienten.

Es sind oft die besonders heiklen Fälle, die bei der Levendseindekliniek landen. ...

Neben ihr liegt die Akte ihrer Patientin, in der sie jeden Besuch, jedes Telefonat notiert. Wenn Bus tot ist, wird eine dreiköpfige Kommission aus einem Arzt, einem Juristen und einem Ethiker prüfen, ob de Vries sorgfältig gehandelt hat. Sechsmal werden die Ärztin und ihre Patientin sich insgesamt treffen, vier Monate werden zwischen dem ersten und dem letzten Besuch vergehen. ...

Eigentlich führt de Vries eine Praxis als Hausärztin. Ihre Patienten leiden an Magengeschwüren oder

Allergien, auch an Demenz oder Krebs. Aber die allermeisten wollen leben. Als Sterbehelferin arbeitet de Vries nebenbei, aus Überzeugung. Sie habe ihre Euthanasiepatienten nicht gezählt, vielleicht seien es sieben pro Jahr, maximal zehn. Und niemals zwei an einem Tag; nur einmal habe sie eine Ausnahme gemacht.

Aber ganz gleich, wie viele Leben sie beende, zur Routine werde es nie. Da steht sie vor einem Menschen, der in einem Moment noch atmet und spricht, und im nächsten Moment ist er tot.

"Und ich habe ihn getötet", sagt de Vries. "Beim ersten Mal habe ich noch gezittert." Bis heute sei sie dabei nervös.

Einmal hat sie sich von einer Feier weggestohlen, um Sterbehilfe zu leisten. Als sie zurückkehrte, zwinkerte ihr Mann ihr zu. Nur er wusste, wo sie gewesen war.

Wenn de Vries unter ihrer Berufung leidet, dann hat sie gelernt, es zu verbergen.

Als erstes Land der Welt stellten die Niederlande 2002 das Töten auf Verlangen für Ärzte straffrei. 2003 erhielten 1815 Menschen aktive Sterbehilfe, 2013 waren es schon 4829, mehr als drei Prozent aller Todesfälle. Die meisten von ihnen waren unheilbar an Krebs erkrankt. Aber die Zahl der psychiatrischen Patienten, die an Depression, Schizophrenie oder Angststörungen litten, steigt; 42 waren es im vorigen Jahr. Es sind die schwierigen Fälle, weil bei ihnen die Antwort besonders schwerfällt, was einem Menschen zuzumuten ist. ...

Es war bereits dunkel, als de Vries bei der 82-jährigen Frau K. auf dem Sofa saß. Ihr linkes Bein ruhte auf einem Hocker, ihr Rücken schmerzte. Ihr Kontakt zur Welt sind der Fernseher und das Internet, aber auch das lässt nach. Sie habe sich immer Kinder gewünscht, sagte sie, aber ihr erster Mann starb bei einem Flugzeugabsturz, der zweite an einer unheilbaren Krankheit. Damals endete ihr Leben, trotzdem sei sie noch da.

Die 82-Jährige leide "an einem vollendeten Leben", so de Vries. Es klingt wie eine Diagnose. Und de Vries hätte ihr vielleicht geholfen, wäre ein Leben, das zum Problem wird, weil es nicht enden will, Grund genug für Euthanasie. Stattdessen verweigerte die Klinik jedoch die Sterbehilfe, weil keine Krankheit vorlag. Was sie nun vorhabe, fragte die Ärztin abends noch auf dem Sofa. "Mich ertränken", antwortete Frau K.

Etwa 1854 Niederländer brachten sich im vorigen Jahr um. Bevor sich ein Mensch auf womöglich grausame Weise selbst tötet, so argumentieren die Befürworter der Sterbehilfe, sei es doch humaner, ihnen einen Tod in Würde zu ermöglichen. ...

Zwei Tage vor ihrem Tod gibt ein pensionierter Pfarrer Bus die Letzte Ölung. Zwei amtierende Pfarrer hatten dies abgelehnt. Bus' Wunsch verstoße gegen Gottes Willen. Sie kann gar nicht aufhören, darüber zu schimpfen. 75 Jahre lang war sie Katholikin, vier Holzkreuze hängte sie in ihr Haus; und als sie die Kirche brauchte, half sie nicht.

(Der Spiegel 6-2015 S.112 - <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-131578979.html>)

- "Euthanasie" nennen es die Niederländer, wenn ein Arzt die tödlichen Medikamente spritzt. In den vergangenen sechs Jahren hat sich die Zahl dieser ärztlich assistierten Suizide auf nunmehr 5.000 Fälle jährlich verdoppelt. ...

Einer seiner Söhne ist Bestatter, der die Überreste "ungeregelter" Suizide beseitigen muss. "Er hat viele grausam verstümmelte Selbstmordopfer gesehen", sagt Dijks Frau.

Wie viel friedlicher kann es doch zugehen, wenn ein Mensch freiwillig und mit ärztlicher Unterstützung aus dem Leben scheidet. Jan Dijk selbst war anwesend, als sich sein 94 Jahre alter lungenkranke Schwiegervater vom Arzt einen tödlichen Trank geben ließ. Damals hatten die Ärzte gefragt, ob der Patient noch einen letzten Wunsch habe. "Ich möchte eine Zigarre rauchen", habe dieser atemlos geantwortet. Einen letzten Zug, dann den Todestrank, und zehn Minuten später sei er fort gewesen. "Es war ruhig und friedvoll", erinnert sich Jan Dijk lächelnd – so solle es auch bei ihm sein. Der Familienhausarzt Gerrit Kimsma empfahl, den Sterbewunsch in eigenen Worten zu Papier zu bringen. Werde die Situation unerträglich und erstelle ein zweiter Arzt ein positives Gutachten, wolle der Hausarzt ihm die tödliche Injektion verabreichen. ...

Wen man in den Niederlanden auch anspricht, jeder kennt irgendjemanden, der sein Leben mit einer Euthanasie beendet hat; jeder weiß von Freunden, die es planen, oder sieht es als selbstverständliche und beruhigende Option bei auswegloser Krankheit. Das Wort Euthanasie hat hier einen guten Klang. Wie es scheint, haben die Niederländer einen humanen, pragmatischen Umgang mit einem urmenschlichen Dilemma gefunden – nicht leiden wollen, wenn man schon sterben muss. ...

Gerrit Kimsma ist seit 34 Jahren Hausarzt der Familie Dijk. ... Manche seiner sterbewilligen Patienten schluckten das todbringende Pentobarbital in hoher Dosis selbst, anderen spritzte Kimsma zunächst ein starkes Schlafmittel und danach ein atemlähmendes Gift. Wer sich als Arzt auf die Sterbehilfe einlässt, kann damit rechnen, alle zwei bis drei Jahre einem Patienten helfen zu müssen. Drei Monate ist es her, dass er zuletzt einem Patienten diesen Dienst erwies. Für ihn und viele seiner Kollegen ist die Euthanasie ein mentaler Kraftakt. ...

Angehörige und Patienten ahnen, welche Bürde der Mediziner mit dem Versprechen, eine Euthanasie durchzuführen auf sich nimmt. "Wenn der Tag gekommen ist, kümmern sich die Angehörigen um das Wohlergehen des Arztes." Sie fragen besorgt nach seinem Befinden. ... Frank Ulrich Montgomery, Präsident der deutschen Bundesärztekammer, prophezeit, dass die

Erlaubnis zur ärztlich assistierten Sterbehilfe in Deutschland das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient erschüttern würde.

In den Niederlanden scheint das Gegenteil der Fall zu sein. Die amerikanische Anthropologin Frances Norwood begleitete dort fünfzehn Monate lang zehn Ärzte und ihre Krebspatienten. Ihr Fazit: Der Wunsch nach Euthanasie ist kein Hinweis auf ungenügende palliative Pflege, und er stärkt und verbessert die Beziehung zwischen Arzt und Patient sogar. "Wer diese Situation durchsteht", sagt Kimsma, "gewinnt ein tieferes, innigeres Verhältnis zu seinen Patienten und speziell zu den Ängsten vor dem eigenen Tod." Der Patient werde in gewisser Weise zum Lehrer des Arztes. Das Verhältnis zwischen den Niederländern und ihren Hausärzten ist tatsächlich ganz besonders. Oft währt es innig über Jahrzehnte. Manchmal geht es auch so weit, dass Mediziner sogar dann aktive Sterbehilfe praktizieren, wenn der Patient sich in den frühen Stadien einer Demenz befindet. Ob der Kranke in dieser Phase noch die Tragweite seines Wunsches überblicken kann, entscheidet der Arzt, kontrolliert von einem unabhängigen Kollegen.

Die Möglichkeit der tolerierten Sterbehilfe existiert in den Niederlanden im Prinzip seit 1984. Was viele dort nicht wissen: Das geltende Sterbehilfegesetz von 2002 zielte nicht in erster Linie auf das Selbstbestimmungsrecht der Patienten. Die neue Regelung sollte vor allem den Ärzten Rechtssicherheit bieten und den Konflikt zwischen maximaler Behandlung und Linderung von Leid entschärfen. Doch heute nehmen die Bürger die Regelung als Freiheits- und Selbstbestimmungsrecht wahr.

Bisher hat sich die Sterbehilfe vor allem auf unheilbar Krebskranke wie Jan Dijk konzentriert. Aber das Gesetz lässt viel mehr Spielraum. Es spricht von "unerträglichem Leiden" – und unterscheidet nicht, ob dieses psychisch oder physisch begründet ist. Jetzt verlangen mehr und mehr Menschen danach, die andere schwere Leiden haben: neurologische und psychiatrische Erkrankungen oder eine Herzmuskelschwäche, die das Weiterleben unerträglich macht. ...

Der Druck für eine weitere Liberalisierung der Sterbehilfe wächst. Speerspitze der Bewegung ist die Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende (NVVE) mit ihren 160.000 Mitgliedern. Die Zentrale liegt in Amsterdam in der Leidsegracht. Als Lungenfachärztin hat NVVE-Direktorin Petra de Jong selbst Patienten beim Sterben geholfen – und zwar schon vor 2002. ...

Jetzt fordert Petra de Jong, auch noch den letzten Schritt zu gehen: Sterbehilfe für Gesunde, die des Lebens überdrüssig sind. Ihr schwebt vor, dass kein Arzt mehr anwesend sein müsse, wenn der Patient das todbringende Medikament einnehme. Er würde nur noch ein Rezept über das tödliche Präparat ausstellen. "Das nennen wir die Letzter-Wille-Pille", sagt sie. Besonders für alte Menschen sei das doch eine gute Regelung, die sagten: Es ist genug, mein Leben ist erfüllt. ...

Wie in Deutschland fordern auch in den Niederlanden viele Kritiker der Sterbehilfe eine bessere Versorgung alter Menschen sowie eine umfassende Palliativmedizin. Doch dieses Argument lässt die NVVE-Direktorin nicht gelten. In den Niederlanden gibt es bereits mehr Palliativbetten als in den meisten Staaten Europas – trotzdem organisieren sich viele ältere und gesunde Menschen die tödlichen Medikamente selbst, unter anderem aus China. Wenn es keine Freunde mehr gebe, keine Kraft mehr da und das Leben vollendet sei, sagt de Jong, dann müsse es möglich sein zu gehen. ... Der NVVE verfolgt die Mission, jedem Menschen ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. Weil längst nicht alle niederländischen Hausärzte ihren Patienten den Sterbewunsch erfüllen, hat der Verein in Den Haag die Lebensendeklinik gegründet. Wer sich an die Klinik wendet, die tatsächlich nur aus einer Villa mit ein paar Büroräumen besteht, wird an eines von vierzig mobilen Euthanasie-Teams vermittelt. Sie besuchen die Patienten zu Hause und verabreichen nach intensiver Prüfung und Bestätigung durch einen weiteren Arzt dort die tödlichen Medikamente. Am häufigsten fragen psychisch kranke Menschen nach – die meisten werden jedoch abgewiesen.

Noch kann man in den Niederlanden nicht von einem Dammbbruch sprechen. 1990 hatte eine anonyme Befragung gezeigt, dass viele Ärzte das Sterben ihrer Patienten auf eigene Faust beschleunigten. Nach dem Sterbehilfegesetz von 2002 ist die Zahl der nicht offiziell gemeldeten Fälle drastisch gesunken. Dafür hat sich der Anteil der ärztlich assistierten Suizide an allen Todesfällen auf einem hohen, aber konstanten Niveau stabilisiert. In gewisser Hinsicht ist die heimliche Praxis von früher nur sichtbar geworden. ...

der Journalist Gerbert van Loenen, "ich war dafür." Als jedoch sein Lebenspartner Niek an einem Hirntumor erkrankte und sich dessen Situation dramatisch verschlechterte, rieten Freunde zum Freitod. "Ich war schockiert", sagt van Loenen. Seit Mitte der 1990er beobachtet er, wie sich die Ansichten zur Sterbehilfe wandeln. Je liberaler die Haltung der Bürger gegenüber dem Ausweg Sterbehilfe werde, desto mehr mischten sich Außenstehende ein. "Bei uns urteilt man nicht nur über das eigene Leben", sagt van Loenen, "sondern auch über das der anderen."

Immer finde sich ein logisches Argument, um die Grenzen noch etwas weiter zu verschieben, meint van Loenen. Ein Beispiel seien die umstrittenen Fälle von schwerstbehinderten Neugeborenen. Im Jahr 2005 hat die niederländische Vereinigung für Kindermedizin das Groninger Protokoll des Groninger Pädiaters Eduard Verhagen akzeptiert. Es sieht vor, dass unter bestimmten Bedingungen die "Lebensbeendigung Neugeborener" und die "Lebensbeendigung von Kindern bis 12 Jahren" angewandt werden darf, ohne strafrechtlich belangt zu werden. Jährlich werden bis zu 20

Neugeborene auf diese Weise getötet. In solchen Fällen wird eine Grenze überschritten: Getötet wird ein Mensch, der keinen Sterbewunsch geäußert hat. Zu Herren über sein Leben machen sich die Ärzte und Angehörigen. Die Mediziner verweisen indes darauf, dass diese seltene Praxis auch in anderen Ländern vorkommt – dort aber nicht darüber gesprochen wird. ...

(Die Zeit 29.4.15 S.35 - <http://www.zeit.de/2015/18/sterbehilfe-liberalisierung-niederlande-hausarzt>)

- Kanada: Tätowierung gegen Sterbehilfe
Calgary (idea) - Aus Furcht davor, aktiver Sterbehilfe zum Opfer zu fallen, hat sich eine 81-jährige Christin in Kanada den Satz »Don't euthanize me« (Schläfert mich nicht ein) auf den linken Oberarm tätowieren lassen. Christine Nagel aus Calgary entschied sich für das Tattoo, nachdem das kanadische Parlament im Juni den ärztlich assistierten Suizid legalisiert hatte.
(Der Sonntag 16.10.2016)
- Kritik an Sterbehilfe für Minderjährige
BRÜSSEL/ROM - Der erste Fall von Sterbehilfe für Minderjährige in Belgien hat heftigen Protest aus dem Vatikan hervorgerufen. Das belgische Sterbehilfe-Gesetz nehme Kindern das Recht auf Leben, kritisierte Kardinal Elio Sgreccia laut Radio Vatikan. Am Samstag war bekanntgeworden, dass ein minderjähriger Mensch in Belgien mit medizinischer Hilfe gestorben war. Damit hätten Ärzte erstmals die gesetzlich erlaubte Sterbehilfe für Minderjährige angewandt, bestätigte der Vorsitzende der staatlichen Sterbehilfe-Kommission, Wim Distelmans. Er sei innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Frist unterrichtet worden. Der Patient war den Angaben zufolge todkrank.
(Freie Presse Chemnitz 19.9.2016 S.5)
- Wenn eine alte Frau nicht sterben will

STERBEHILFE IN DEN NIEDERLANDEN

Die Fälle von Euthanasie stiegen seit 2010 um 76%.

In den Niederlanden haben Behörden nach einem Fall von Sterbehilfe erstmals eine Rüge ausgesprochen. Eine Ärztin hatte einer demenzkranken Seniorin zunächst ohne deren Zustimmung Beruhigungsmittel gegeben, um ihr anschließend die Todesspritze zu verabreichen. Als sich die Patientin dagegen wehrte, bat die Medizinerin Familienmitglieder, die Frau festzuhalten. Nach Ansicht der zuständigen Prüfungskommission hat die Ärztin damit „eine Grenze überschritten“. Sie hätte den Tötungsprozess abbrechen müssen, nachdem sich die Seniorin heftig wehrte. Informationen der Nachrichten-Plattform „DutchNews“ zufolge war die Demenzerkrankung der Frau vor vier Jahren diagnostiziert worden. Damals soll sie gesagt haben, sie wäre bereit, ihrem Leben durch Euthanasie ein Ende zu setzen, „aber noch nicht jetzt“. Laut der Prüfungskommission konnte das jedoch nicht als eindeutiges Verlangen nach Sterbehilfe verstanden werden - auch wenn sich ihr Zustand inzwischen verschlechtert hatte. Von einem Gerichtsverfahren sah das Gremium dennoch ab. Schließlich habe die Medizinerin „in gutem Glauben“ gehandelt. Die getötete Frau soll über 70 Jahre alt gewesen sein. Das genaue Alter ist nicht bekannt.

„Töten aus Mitleid ist salonfähig“ Kritik an der Entscheidung übte die Geschäftsführerin des Instituts für Medizinische Anthropologie und Bioethik (Wien), Susanne Kummer. Das niederländische Rechtssystem habe komplett versagt, sagte sie der Agentur Kathpress: „Töten aus Mitleid ist salonfähig geworden. Daran sieht man, wie innerhalb weniger Jahre Gesetze zum sogenannten selbstbestimmten Tod in einen fremdbestimmten kippen.“ Seit 2002 ist in den Niederlanden sowohl die aktive Sterbehilfe als auch die Beihilfe zum Suizid rechtlich erlaubt. Die Regierung möchte diese Regelung noch ausweiten. In Zukunft sollen auch ältere Menschen, die nicht unheilbar krank sind, aber ihr Leben als beendet betrachten, Beihilfe zur Selbsttötung bekommen. Eine Entscheidung ist noch nicht gefallen. Widerstand kommt vor allem von christlichen Parteien und den Kirchen.
(Fälle von Euthanasie in den Niederlanden: 2010: 3136; 2013: 4428; 2015: 5516)

... auch in Belgien

Auch in Belgien nahm die Zahl derer, die durch die Hand von Ärzten zu Tode kamen (aktive Sterbehilfe), von 2011 bis 2015 um 40% auf 2.022 Fälle (im Jahr 2015) zu.

Uni in **Kanada** ließ untersuchen: Wir sparen viel bei Euthanasie

Unterdessen hat eine Studie von Forschern der Universität von Calgary (Kanada) das Einsparpotenzial durch aktive Sterbehilfe am Lebensende ermittelt. In Kanada könnten demzufolge jedes Jahr umgerechnet rund 100 Millionen Euro eingespart werden. Denn während Pflege am Lebensende teuer sei, koste Euthanasie nur wenige Euro pro Patient. Zwischen Juni und Dezember 2016 starben 774 Kanadier durch Tötung auf Verlangen. Die Studie wurde im „Canadian Medical Association Journal“ veröffentlicht.

(IdeaSpektrum 7/2017 S.13)

- „Dann komme ich in die Hölle“ Ethik Seit mehr als einem Jahr gelten strengere Regeln für die Sterbehilfe. Palliativmediziner fühlen sich kriminalisiert, Schwerkranken droht sinnloses Leiden. „Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ (§ 217 Strafgesetzbuch.) ...
Nun muss das Bundesverfassungsgericht entscheiden. 13 Beschwerden gegen die Reform sind inzwischen in Karlsruhe eingegangen. Derzeit sind die Richter dabei die Erfolgsaussichten der

Schriftsätze zu prüfen. Inzwischen hat Verfassungsgerichtspräsident Andreas Voßkuhle den Bundestag, die Länderkammer, das Bundeskanzleramt und das Justizministerium schriftlich aufgefordert, bis Ende Februar eine Stellungnahme einzureichen. Wann über das Gesetz entschieden wird, steht noch nicht fest. Aber es ist absehbar, dass das höchste Gericht ein Grundsatzurteil zur Sterbehilfe fällen könnte. ...

Das Problem beginnt mit einer ungenauen Formulierung des neuen Gesetzes. Verboten ist seit der Reform die „geschäftsmäßige“ Beihilfe zum Suizid. Die Mehrheit der Abgeordneten hielt das für eine kluge Lösung: Wer nur ein einziges Mal und aus ganz selbstlosen Motiven eine Möglichkeit zum Suizid verschaffe, der bleibe auch nach der Neuregelung ohne Strafe. Wer aber mehr als einmal beim Sterben assistiert, muss mit bis zu drei Jahren Gefängnis rechnen. ...

Unsicher sind Klinikärzte, die sich fragen, ob sie Schwerstkranke mit unerträglichen Schmerzen noch in einen leidlosen Tiefschlaf versetzen dürfen, wenn der möglicherweise das Leben verkürzt und die Patienten zuvor von Suizid gesprochen haben. Ist diese „Palliative Sedierung“ in jedem Fall noch durch das Gesetz gedeckt? ... Schon bevor der Bundestag über das neue Gesetz beriet, hatten 141 Strafrechtsprofessoren in einer Resolution vor einer Kriminalisierung der Ärzte gewarnt. Sicherheitshalber nahmen die Abgeordneten in die umfangreiche Begründung des Gesetzes den Passus auf, „die Hilfe beim Sterben“, wie sie grundsätzlich in Hospizen und auf Palliativstationen geleistet wird“, sei „strafrechtlich irrelevant“. Allerdings weisen Medizinrechtler auf zwei Tücken hin: Erstens findet sich diese Klarstellung nicht im entscheidenden Paragraphen des Gesetzbuches. Und zweitens ist die Formulierung so schwammig, dass sie bei der Auslegung kaum hilft. ... Allerdings gehört zu dieser Würde auch das ehrliche Gespräch. Jeder vierte Schwerstkranke, das haben Wissenschaftler herausgefunden, bittet irgendwann um einen schnelleren Tod. Die wenigsten wollen Hilfe zum Suizid tatsächlich in Anspruch nehmen. ...

Damals, bevor es das neue Gesetz gab, fiel die Antwort noch leicht. Matenaer schrieb einen kurzen Gruß, ein paar Worte nur, „ich lasse meine Patienten auch in dieser Frage nicht allein“. Heute hätte er schon dabei ein ungutes Gefühl. „Ich bin froh um jeden einzelnen Tag, an dem mir niemand solche Fragen stellt.“ ... Matenaer will dazu nicht schweigen. „Es geht um ein Signal, dass man über alles reden kann“, sagt er. Vor das Verfassungsgericht zieht er auch deshalb, weil er „die Möglichkeit will, ergebnisoffen zu beraten“ Es könne auch eine ärztliche Aufgabe sein, einen Menschen beim Suizid zu unterstützen. Matenaer nennt das eine Form von „barmherziger Medizin“. ...

Eine parteiübergreifende Gruppe von Abgeordneten um CDU-Politiker Peter Hintze und SPD-Fraktionsvize Lauterbach hatte vor der Reform jedoch dafür geworben, Ärzten in klaren, engen Grenzen in Zukunft ausdrücklich zuzugestehen, Patienten in schwerster Not beim Sterben zu assistieren. Voraussetzung sollte unter anderem eine „unheilbare, unumkehrbar zum Tode führende Erkrankung“ sein. Es gebe nun einmal Leiden, die ließen sich nicht lindern. Als die Gruppe ihre Pläne vorstellte, berichtete sie von Sterbenden, denen Tumore aus dem Hals wucherten, und von Schwerstkranken, die Kot erbrachen. Es waren Fälle, die sich niemand vorstellen will....

Der Konflikt um die ärztliche Rolle am Ende des Lebens ist nicht vorbei, er hat sich nur von Berlin nach Karlsruhe verlagert. Die meisten Unterstützer von damals halten heute an der Reform fest, auch Gröhe gibt sich noch immer überzeugt. Palliativmediziner könnten weiter „nach bestem Wissen und Gewissen sterbenskranken Menschen beistehen“, heißt es in seinem Ministerium.

(DER SPIEGEL 6/2017 S.40)

- Tödliche Dosis in Extremfällen legal
Schwer kranke Menschen dürfen künftig ein Mittel zur Selbsttötung mit Zustimmung des Staates erwerben. VON CHRISTINA STICHT
LEIPZIG- Schwer kranken, sterbewilligen Patienten darf der Staat in extremen Ausnahmefällen den Zugang zu einer tödlichen Dosis Betäubungsmittel für einen Suizid nicht verwehren. Das hat das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig gestern entschieden. Das Persönlichkeitsrecht umfasse unter bestimmten Voraussetzungen auch das Recht zu entscheiden, wie und wann er aus dem Leben scheiden wolle.
Zugrunde lag der Fall einer Frau, die nach einem Unfall hochgradig querschnittsgelähmt und pflegebedürftig war. Sie wollte ihrem als unwürdig empfundenen Leben ein Ende setzen und beantragte beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Erlaubnis, 15 Gramm Natrium-Pentobarbital zu erwerben. Das Institut lehnte ab, weil dies durch das Betäubungsmittelgesetz ausgeschlossen sei. Die Frau nahm sich 2005 in der Schweiz mit Hilfe eines Vereins das Leben. Ihr Ehemann hat sich seither durch die Instanzen geklagt. Er wollte festgestellt wissen, dass der Bescheid des BfArM rechtswidrig war. Das hat das Bundesverwaltungsgericht nun so entschieden - und damit für ähnliche extreme Fälle einen bisher versperrten Weg eröffnet. Die Leipziger Richter argumentierten mit dem Grundgesetz: „Aus Sicht des Senats ist die entscheidende Frage, wie es verfassungsrechtlich zu sehen ist“, sagte die Vorsitzende Richterin Renate Philipp. Das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen aus Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes schütze auch das Recht des Einzelnen, seinem Leben ein selbstbestimmtes Ende zu setzen. Grundsätzlich sei es nach den Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes nicht

möglich, den Erwerb einer tödlichen Dosis zum Zweck des Suizids zu erlauben. Es sei aber „eine Ausnahme für schwer und unheilbar kranke Patienten zu machen, wenn sie wegen ihrer unerträglichen Leidenssituation frei entschieden haben, ihr Leben beenden zu wollen, und ihnen keine zumutbare Alternative - etwa durch einen palliativ-medizinisch begleiteten Behandlungsabbruch - zur Verfügung steht“. Der Anwalt des 74 Jahre alten Klägers sagte, die Entscheidung habe eine große Signalwirkung für ähnlich gelagerte Fälle. Allerdings ließen die Leipziger Richter offen, ob die Frau des Klägers tatsächlich ein extremer Einzelfall gewesen wäre. Das BfArM hätte das damals prüfen müssen. „Diese Prüfung lässt sich nicht mehr nachholen“, teilte das Gericht mit. Kritik an dem Urteil kam von der Deutschen Stiftung Patientenschutz. Die Entscheidung sei praxisfern. „Denn was eine unerträgliche Leidenssituation ist, bleibt offen“, erklärte Vorstand Eugen Brysch. „Leiden ist weder objektiv messbar noch juristisch allgemeingültig zu definieren. Auch ist das ein Schlag ins Gesicht der Suizidprävention in Deutschland.“ (dpa) (Freie Presse Chemnitz 3.3.2017 S.8)

- Heinz Rüeßger:
Kurt Marti, der bekannte Pfarrer und Dichter, der kürzlich im Alter von 96 Jahren starb, bekannte einmal, dass sein Leben inzwischen zum »Leerlauf« geworden sei. Marti war verwitwet und lebte in einem Pflegeheim. Er wusste sein Leben zwar durchaus in Gottes Hand. Aber im Blick auf sein irdisches Leben sah er kein Ziel und keinen Sinn mehr. Er erfuhr keinen Inhalt mehr, der sein Leben lebenswert machen würde. Deshalb betete er, wie er sagte, jeden Abend darum, am anderen Morgen nicht mehr aufwachen zu müssen. Unabhängig von der Debatte um die Selbsttötung muss man redlicherweise sagen: Ja, es kann gerade im hohen Alter durchaus Situationen geben, die als sinnlos wahrgenommen werden. Das aber ist immer eine subjektive Einschätzung. (Publik Forum 6-2017 S.30)
- 4,5 Prozent aller Todesfälle in den Niederlanden gingen 2015 auf Euthanasie zurück. 2010 betrug der Anteil derer, die von Medizinerhand gestorben waren, noch 2,8 Prozent, 2005 waren es 1,7 Prozent. Legal ist die Euthanasie“ in den Niederlanden seit 2002. Mittlerweile, so berichten Forscher im Fachblatt New England Journal of Medicine“, erfüllen Ärzte rund die Hälfte der Bitten Schwerstkranker um Tötung. (Spiegel 38-2017 S.114)
- (Schmerzmittelmissbrauch)
Es war die Zeit um die Jahrtausendwende, als die riesige Opioid- und Heroinwelle begann, eine Epidemie, größer als jede bis her dagewesene. Sie hält bis heute an und wütete nicht wie zuvor in den Metropolen, sondern zerstörte biedere Provinzstädte. Ground Zero war hier im südlichen Ohio. Angefangen hatte alles mit einer Art Schmerz-Revolution. Bis zu den Neunzigerjahren sah der medizinische Alltag Schmerzen als ein Leiden, das in den meisten Fällen einfach ausgehalten werden musste, sie gehörten quasi zum Leben. Opiate galten wegen ihrer Suchtgefahr als riskant und wurden fast nur in Krankenhäusern benutzt, doch kaum verschrieben. Ab Mitte der Neunzigerjahre aber setzte sich die Ansicht durch, Schmerz sei unterbehandelt. Plötzlich war die Rede vom Recht auf Schmerzfreiheit, vor allem bei Krebspatienten, denen Substanzen mit morphinartiger Wirkung, genannt Opioide, ein würdevolleres Sterben ermöglichen könnten. Gleichzeitig erschienen Studien, die zu belegen schienen, dass Opioide bei medizinischer Verwendung nur geringes Suchtpotenzial aufwiesen. 1996 kam Oxycontin auf den Markt und veränderte alles. Es enthielt nur einen Wirkstoff: Oxycodon, das aus denselben | chemischen Elementen wie Heroin besteht. Oxycontin bot eine entscheidende Neuerung. Es schüttete den Wirkstoff zeitverzögert in gleichmäßig geringer Dosis über Stunden hinweg aus. Dadurch wird ein Rausch vermieden, die Suchtgefahr gesenkt. Einige Staaten, darunter Ohio, stellte nun für Ärzte das Verschreiben von Opioiden nicht mehr unter Strafe. Ärzte wurden sogar ermutigt oder unter Druck gesetzt, Opioide zu verschreiben. Zwischen 1999 und 2010 vervierfachte sich der Absatz von Opioiden. In Ohio River Valley, nicht weit von Van| ce' Heimatort Middletown, wurde noch in den Neunzigerjahren die erste Praxis eröffnet, in der die Ärzte nichts anderes taten, als Oxycontin zu verschreiben. Er gab noch nicht einmal einen Untersuchungsraum. Pro Patient drei Minuten, 250 Dollar, Cash only. Bald bildeten sich Schlangen vor der Praxis. Pill Mills, Pillenmühlen, wurden die Praxen genannt, und sie vermehrten sich in ganz Ohio, Kentucky, West Virginia, später auch in anderen Staaten. Oxycontin-Pillen, kurz Oxys oder Hillbilly-Heroin, hatten einen Fehler oder, je nach Betrachtungsweise, einen Vorteil: Wenn man sie zerkleinerte, ging die zeitverzögerte Ausschüttung verloren, und die Wirkung setzte mit einem Mal ein. Außerdem konnte man sie so durch die Nase ziehen oder in Wasser aufgelöst spritzen, was die Wirkung verstärkte. Es war besser, reiner und damit kontrollierbarer als Straßenheroin. Jahr für Jahr kamen Hunderttausende neue Süchtige hinzu, doch die Epidemie blieb fast unbemerkt. Es gab keine Drogengangs, keine Schießereien, keine Gettos wie in L.A. oder in New York. Es gab nur allerorts einen Haufen süchtiger Kleinstädter auf den Parkplätzen vor den Pill Mills. Viele ältere Patienten, die Unmengen von Oxys nach einer Knieoperation verschrieben bekamen, verkauften ihre Pillen. Auf der Straße kosten 80 Milligramm Oxycontin ungefähr 80 Dollar, das ist ein Dollar pro Milligramm. Ein Schuss Heroin ist inzwischen für 10 Dollar zu bekommen. Früher oder später stiegen die meisten um. Ab 2011 begannen die Behörden in Ohio, gegen die Pill Mills vorzugehen, viele Ärzte kamen vor Gericht. Aber es war zu

spät. Aus tablettensüchtigen Hausfrauen waren Junkies geworden. In Huntington, einer Kleinstadt auf der anderen Seite des Ohio River, schon in West Virginia, hatten sie vergangenen Sommer 28 Überdosierungen an einem Tag. Jeder Vierte hier sei abhängig von Opioiden, heißt es beim städtischen Gesundheitsamt.

(Spiegel 14-2017 S.108ff)

- Der Schrecken am Ende des Lebens

Sie können furchtbar sein, Schmerzen, Übelkeit und mehr, Die gute Nachricht: Man muss nicht wirklich alles aushalten. Es gibt ein Recht auf Linderung. Eins Palliativmediziner redet Klartext.

...

Dabei gibt es für Morphin keine Höchstgrenze. Wenn Sie irgendwann das 10-Fache, das 100- oder 1000-Fache der derzeitigen Menge brauchen, Sie werden es bekommen, und es wird wirken. Es gelingt uns bei fast jedem Menschen, den Schmerz zumindest so weit zu kontrollieren, dass er gut aushaltbar ist und dass der Patient weiterhin kommunizieren kann. ...

... Morphin verkürze das Leben?

Das ist ein Mythos. Morphin verlängert das Leben! Alle Studien belegen das. ...

Das wirkt immer?

Es gibt Menschen – wenn die Lungen voll Wasser laufen oder die Metastasen zunehmen –, bei denen die Luftnot trotz aller Bemühungen immer noch quälend ist. | Es sind aber wenige Menschen. Und wir können bei allen Symptomen, die nichterträglich gemacht werden können, immer noch eine Abschirmung anbieten, eine palliative Sedierung. Wir dämpfen dann das Bewusstsein. So wie man Schwerverletzte in ein künstliches Koma legt? Genau, aber oft ist es gar nicht nötig, das Bewusstsein komplett auszuschalten. Häufig reicht es, milde abschirmende Medikamente zu geben. Dann können die | Menschen noch kommunizieren. Aber | wir brauchen diese Abschirmungsmaßnahme selten – vielleicht bei fünf bis zehn | Patienten von insgesamt weit über 1000, | die wir hier im Jahr versorgen. Und es sind vielleicht zwei, die in der kontrollierten Bewusstlosigkeit sterben, weil es nicht anders machbar ist.

(Chismon 3-2017 S.11)

-

Patientenverfügung

- (5) Nach allgemeinem Verständnis wird unter einer Patientenverfügung eine individuelle schriftliche oder auch mündliche Willensäußerung eines entscheidungsfähigen Menschen zur zukünftigen Behandlung im Falle der eigenen Äußerungsunfähigkeit verstanden. Sie enthält Angaben zur gewünschten Art und zum Umfang medizinischer Behandlung, möglicherweise die Ablehnung jeglicher Behandlung in bestimmten Krankheitssituationen ...;
- (6) Umfrage 1999: 8 % der Bundesbürger haben eine PV verfasst.; 81 % halten sie für sinnvoll und wollen eine aufsetzen (2003:: 10 % haben PV, über 60-jährige: 23 %);
- (7) Bundesärztekammer 1999 „Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen“, darin auch Situationen wie „nicht aufhaltbare schwere Leiden“ oder „dauernder Verlust der Kommunikationsfähigkeit“ aufgenommen;
- (8) Bundesärztekammer 2004 „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“, darin: die künstliche Nahrung- und Flüssigkeitszufuhr wird explizit den ärztlich indizierten (Behandlungs- JK) Maßnahmen zugeordnet und damit aus dem Katalog der Basismaßnahmen herausgenommen, lediglich das Stillen von Hunger und Durst wird zu den nicht absetzbaren Basismaßnahmen gezählt;
- (8) Beschluss des 12. Zivilsenats des BGH vom 17.3.03: Darin wurde festgestellt,
 - + dass Patientenverfügungen grundsätzlich für Arzt und Betreuer verbindlich sind
 - + dass PV Ausdruck des tatsächlichen Patientenwillens sind und nur beim Fehlen einer solchen Willensbekundung der mutmaßliche Patientenwille ermittelt werden muss;
 - + dass die in eigenverantwortlicher Entscheidung getroffene und in der PV schriftlich niedergelegte Entscheidung nicht unter spekulativer Berufung darauf unterlaufen werden darf, dass der Betroffene in der konkreten Situation vielleicht doch etwas anderes gewollt hätte;
- (9) Der Begriff des „informed consent“ lässt sich am besten mit „informierter Zustimmung“ übersetzen und als „auf bestmöglicher Aufklärung basierende bewusste, freiwillige Zustimmung“ verstehen;
- (14) (Abbruch von Behandlungsmaßnahmen bei bestehender Überlebenschance, z.B. Dialyse JK) bei Einwilligungsfähigen ist das Zustimmungserfordernis zu medizinischen Maßnahmen nicht von der ärztlichen Prognose abhängig;
- (15) Ärzte und Pfleger dürfen nicht zu unerlaubten Handlungen gezwungen werden; Sie können ihre Beteiligung an der Umsetzung der vom Patienten erwünschten Maßnahmen unter Berufung auf ihre Gewissensfreiheit verweigern;
- (16) Solange ein Patient selbst entscheidungsfähig ist, kann er über anstehende medizinische Maßnahmen selbst entscheiden. Sein aktuell geäußertes Willen ist für das Handeln der Ärzte und des Pflegepersonals maßgeblich.
- (17) Behandlungsverbote vonseiten des einwilligungsfähigen Patienten sind für den behandelnden Arzt verbindlich. Generell darf ohne Einwilligung des Patienten eine die körperliche Unversehrtheit beeinträchtigende Behandlung nicht durchgeführt werden, auch dann nicht, wenn diese objektiv geeignet ist, die Gesundheit des Patienten wiederherzustellen. ...
Selbst ein objektiv unvernünftiger Wille ist zu respektieren. Gegen den Willen des Patienten sind Behandlungen nicht zulässig, sondern strafbar.;
- (23) Dänemark seit 1992 gesetzliche Regelung für PV;
Standardformular, zwei ankreuzbare Alternativen, kein Raum für individuelle Bemerkungen:
 - a) ich möchte keine lebensverlängernde Behandlung in einer Situation, in der ich unvermeidlich sterben werde
 - b) ich möchte keine lebensverlängernde Behandlung, wenn fortgeschrittene Demenz, ein Unfall, Herzstillstand oder Ähnliches mich so schwer behindert, dass ich nie wieder physisch oder geistig in der Lage sein werde, mich um mich selbst zu kümmern;
- (38) Enquete-Kommission Vorschlag zur Reichweite von PV:
auf Fallkonstellationen beschränken, in denen das Grundleiden irreversibel ist und trotz medizinischer Behandlung nach ärztlicher Erkenntnis zum Tod führen wird (also Zustände von Demenz, Wachkoma nicht erfasst)
- (Deutscher Bundestag, Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, Zwischenbericht 13.9.04 „Patientenverfügungen“)
- Situationen, in denen Willensbekundungen des Patienten gelten, z.B. künstliche Ernährung, Beatmung, Dialyse
Verabreichung von Antibiotika ...
(Bundesärztekammer 1999 „Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen“, Dtsch. Ärzteblatt 29.10.1999 S.A2720ff)
- Statement von Prof. Beileites zur Erläuterung:
dass die Anlegung einer PEG sowie die Fütterung über sie nur statthaft ist, wenn sie nicht gegen den Willen oder gegen den mutmaßlichen Willen des Patienten erfolgen;

im Text:

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu

erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. ...

in jedem Fall für Basisbetreuung zu sorgen: menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit, Stillen von Hunger und Durst ...

Art und Ausmaß der Behandlung sind vom Arzt zu verantworten;

der Arzt muss dabei den Willen des Patienten beachten ...

mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen nimmt der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wahr, sie sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes ...

bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt den Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zur Ablehnung einer Behandlung zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Maßnahmen deckt ...

bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Ablehnung einer Behandlung für den Arzt bindend, sofern diese Situation konkret beschrieben ist ...

(Bundesärztekammer 2004: „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“, Dtsch. Ärzteblatt 7.5.04)

- PEG = Perkutane endoskopische Gastrostomie (Ernährungssonde wird mittels eines Endoskops durch die Bauchwand in den Magen eingeführt)
- (17) wann eine Behandlung bei NICHT Urteilsfähigen abgebrochen wird, ist in Deutschland nicht reguliert; liegt weitgehend in der Entscheidungshoheit des Arztes (humanismus aktuell 8/2004)
- Wachkoma: Erst die Magensonde macht ein Dauerkoma möglich. Früher wurden Menschen mit einem Schlauch durch die Nase oder den Rachen künstlich ernährt. Das führte nach einiger Zeit zu schrecklichen Wunden Segen, aber auch Fluch: jahrelanges Dahinvegetieren; dieses „ewige Leben“ wird also in Wahrheit durch die modernen Magensonden in Pflegeheimen garantiert – und nicht, wie viele befürchten, weil man an vielen Apparaten auf Intensivstationen hängt (ZEIT 20.11.03 S.29)
- Beleites, Bundesärztekammer: Jeder muss festlegen können: Ich will nicht gerettet werden.; Borasio, Palliativmediziner: Viel wichtiger (als in einer Patientenverfügung genaue Regelungen zu treffen für Fälle, die dann doch nicht eintreten) sei es, einem vertrauten Menschen eine Vorsorgevollmacht zu erteilen. Der kann Ihre Interessen viel besser vertreten als ein Blatt Papier, in dem Sie niemals alle Eventualitäten abdecken können. (Spiegel 37/2004 S.168)
- Erstellen einer Patientenverfügung ist nur der erste Schritt; schließlich ist auch eine Person erforderlich, die den Willen des Betroffenen den behandelnden Ärzten übermittelt und diesen gegenüber durchsetzt; dies kann nur ein Bevollmächtigter oder Betreuer (Freie Presse Chemnitz 18.11.06)
- Eine im Heimvertrag übernommene Verpflichtung der Einrichtung zu einer auch die künstliche Ernährung umfassenden Versorgung berechtigt die Einrichtung nicht, die Annahme dieser Leistung gegen den Willen des Patienten zu erzwingen.; Die Würde, das Selbstbestimmungsrecht und die Gewissensfreiheit der Pflegekräfte sind dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten gegenüber nachrangig; Zudem sollte eine urkundliche Patientenverfügung durch eine personale Verfügung ergänzt werden. Am besten ist eine Vorsorgevollmacht, mit der eine Vertrauensperson bevollmächtigt wird, unter anderem zur Durchsetzung des Willens des Patienten auf Grund der urkundlich festgelegten Patientenverfügung. (HomeCare Journal 1/06 S.5)
- 70 % der PEG-Anlagen betreffen Heimpatienten, bei denen diese Maßnahme oft medizinisch nicht indiziert (notwendig JK) ist (Dtsch. Ärzteblatt 8.8.05 S.A2154)
- Bundestag hat mit den Stimmen aller vier Fraktionen eine vom Bundesrat vorgeschlagene Änderung des Betreuungsrechtes gebilligt; der Rechtsausschuss hatte zuvor wesentliche Änderungen an der Initiative des Bundesrates vorgenommen: So lehnte er insbesondere angesichts der nicht auszuschließenden Missbrauchsgefahr die Einführung einer gesetzlichen Vertretungsmacht für Ehegatten ab. Im ursprünglichen Entwurf war noch vorgesehen gewesen, dass einer der beiden Ehepartner, wenn der andere in Folge einer Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage ist, seine Rechte und Pflichten selbst wahrzunehmen, beispielsweise begrenzt über ein Girokonto verfügen darf. Der Ausschuss wies in diesem Zusammenhang darauf hin, die Möglichkeit einer Vollmacht in Betracht zu ziehen. (Das Parlament 21.2.05 S.4)
- (9) Jeder Mensch hat das Recht, eine medizinische Behandlung zu gestatten oder auch zu verweigern. Jede gegen den Willen des Patienten durchgeführte Maßnahme (sei es eine Operation oder auch nur das Legen einer Magensonde) stellt nach geltendem Recht eine Körperverletzung dar. Auch Schwerkranke und Sterbende haben das Recht auf Selbstbestimmung. (10) eigenverantwortlich ausgeübte Selbstbestimmung muss letztlich den Vorrang haben. Dieser Vorrang gilt auch dann, wenn die Entscheidung gegen die medizinische Behandlung aus Sicht anderer

unvernünftig erscheint oder das Leben des Patienten bedroht, und dies nicht nur, wenn die Situation für den Patienten hoffnungslos oder der Krankheitsverlauf irreversibel tödlich ist.;

(12) Die Fortsetzung einer einmal begonnenen Behandlung (etwa die künstliche Ernährung per Magensonde) ist nicht mehr gerechtfertigt, wenn sich herausstellt, dass von vornherein keine (erklärte oder mutmaßliche) Einwilligung vorgelegen hat oder diese im weiteren Verlauf widerrufen worden ist. Erhält der Arzt keine Einwilligung, muss er die Weiterbehandlung unterlassen.

(Nationaler Ethikrat; Stellungnahme „Patientenverfügung“ 2005)

- Kosten pro Betreuungsfall in Deutschland durchschnittlich 359 Euro pro Jahr; Staatskasse zahlte 2003 395,5 Millionen Euro; Betreute, die nicht mittellos sind, bezahlen ihre Betreuung selbst; in etwa 70% der Fälle übernehmen Angehörige die Betreuung; Berufsbetreuer können zwischen 27 und 44 Euro je Stunde verlangen (erwartet wird Aufwand von 2 Stunden pro Betreuungsfall im Monat); (Öko-Test 1/06 S.45)
- (6) ist das Abwarten des Todes die angemessene Haltung im Blick auf das – eigene und fremde – Sterben; dass in das Sterben des einzelnen immer andere Menschen eingebunden sind: Angehörige, Freunde, Pflegende, Ärzte, Seelsorger. Selbstbestimmung und Fürsorge durchdringen und bedingen sich auch im Blick auf das Lebensende gegenseitig; (Form der Patientenverfügung) Die evangelische Kirche empfiehlt eine schriftliche - oder anders dokumentierte (z.B. Ton- oder Videoaufnahme) – Form als Regel. Dafür spricht, dass die meisten Menschen ihre Entscheidungen und Worte besonders genau abwägen, wenn sie sich schriftlich äußern. Aber auch mündliche Äußerungen, die verlässlich belegt sind, müssen berücksichtigt werden. (11) (Bezug auf das Formular der „christlichen Patientenverfügung“) Der vorgegebene Text im Formular der Patientenverfügung bezieht sich ausschließlich auf sterbende Menschen. In der zweiten Auflage wurde darüber hinausgehend Raum für ergänzende individuelle Zusatzverfügungen (z.B. auch für Krankheitssituationen wie Wachkoma, Demenz) gegeben. (13) Patientenverfügung ist Ausdruck der Erkenntnis eines Menschen, dass auch dem Sterben seine Zeit gesetzt ist, in der es darauf ankommen kann, den Tod zuzulassen und seinem Kommen nichts mehr entgegenzusetzen. Diese Erkenntnis kann niemand stellvertretend für einen Anderen haben. Jeder muss sie für sich selbst gewinnen und vor Gott verantworten. ... Sicht des Menschen zu achten ... wann im Blick auf sein Sterben was für ihn an der Zeit sein wird. (14) Vor wesentlichen Entscheidungen zum weiteren Behandlungsverlauf sollte das gemeinsame Gespräch unter Einbeziehung der behandelnden Ärzte, der Angehörigen des Patienten, Mitgliedern des Pflegepersonals sowie von Seelsorgern stattfinden. Die Entscheidungen sollten nach Möglichkeit im Einvernehmen mit dem Bevollmächtigten bzw. Betreuer getroffen werden. Jedoch trägt die letzte Verantwortung der behandelnde Arzt. (15) Einem urteilsfähigen Patienten wird das Recht zuerkannt, Therapien abzulehnen, auch wenn sein Leben dadurch auf unbestimmte Zeit erhalten werden könnte ... Grundsätzlich gilt dies auch dann, wenn in einer Patientenverfügung für den Fall der Urteilsunfähigkeit bestimmt wird, dass bei Eintreten bestimmter Krankheitsumstände auf weitere Therapien verzichtet werden soll, selbst wenn das Leben noch auf unbestimmte Frist verlängert werden könnte. ... dass im zweiten Fall Andere für einen Patienten entscheiden und Handeln müssen. Für sie kann nicht allein der Patientenwille maßgebend sein, sondern sie haben dem Patienten gegenüber auch Fürsorgepflichten. (19) wenn ein urteilsfähiger Patient angesichts von schwerster Krankheit und Leiden Nahrung verweigert, verbietet es der Respekt vor dessen Selbstbestimmung, ihn in diesem Fall zwangsweise zu ernähren ... muss dies prinzipiell auch für den Fall seiner Urteilsunfähigkeit gelten. (24) (Demenzkrankungen) Je näher sich der Patient beim Pol des Endstadiums der Demenz befindet, umso größeres Gewicht erlangt der in der PV niedergelegte Wille (EKD-Texte 80: Sterben hat seine Zeit – Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht, 2005)
- Insgesamt zeigt meiner Auffassung nach der Fall des Wachkomas, dass die Beschränkung der Patientenverfügung allein auf Krankheiten, die aus sich heraus absehbar zum Tode führen, eine problematische Engführung ist. In dem Beitrag der Kammer für öffentliche Verantwortung wird als Regel etwa so formuliert: „In Fällen, in denen der Patient ohne Bewusstsein ist und mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit das Bewusstsein nicht wieder erlangen wird, ist der Patientenverfügung gemäß zu handeln, was auch heißen kann, dass man auf therapeutische Interventionen verzichtet und ihn sterben lässt.“ Eine therapeutische Intervention ist etwa die Behandlung mit Antibiotika. Ich persönlich halte es auch für vertretbar, in einer Patientenverfügung für diesen Fall den Verzicht auf künstliche Ernährung vorzusehen. Nahezu jede Patientenverfügung muss ausgelegt werden. Dafür braucht man eine Gesprächsebene ... Eine besonders starke Stellung braucht der min einer Vorsorgevollmacht eingesetzte Bevollmächtigte. (Hermann Barth, Präsident des Kirchenamtes der EKD, Interview in „Sonntag“ 21.1.07)
- Interview mit Bruno Reichart, berühmter Herzchirurg und Transplantationsmediziner, München; Wenn Patienten oder Angehörige kommen und sagen, Herr Doktor, hier ist eine Patientenverfügung,

dann sage ich: Die können Sie ruhig in Ihrem Nachtkästchen lassen. Sie interessiert mich nicht. ... Die Sache ist doch ganz einfach: Ein Patient liegt in einer schweren Krisensituation auf der Intensivstation. Wir behandeln ihn, solange wir eine Chance sehen, dass dieser Mensch überlebt. Von außen betrachtet, sieht das oft hoffnungslos aus, ist es aber nicht. Wenn nun ein Angehöriger kommt und sagt, der Patient hat in seiner Verfügung geschrieben, er will nicht abhängig von Maschinen sein: Soll ich den Patienten deshalb umbringen? Nein, ich ignoriere das.

(ZEIT 6.6.07 S.15ff)

- Präsident der Bundesärztekammer Hoppe: Der Wille des Patienten ist sehr verbindlich, das wissen nur zu wenige. Niemand darf gegen seinen Willen behandelt werden. Das gilt für den Patienten, der seinen Prostatakrebs nicht operieren lässt, weil er sagt: Ich riskiere lieber, kürzer zu leben, als inkontinent und impotent zu werden. Das gilt aber auch für einen Patienten, der sich nicht äußern kann. Dann sind die Ärzte durch eine schriftliche oder mündliche Patientenverfügung gebunden, sofern sie auf die Situation passt und nichts Konkretes dafür spricht, dass er seinen Willen geändert hat. ...
Die Erfindung der PEG-Magensonde war ein Riesenfortschritt. Dass man sie auch missbrauchen kann, mussten wir erst lernen.
Palliativmediziner Borasio: Die wahren Dramen spielen sich in den Pflegeheimen ab. Eine halbe Million Menschen werden dort dauerhaft künstlich ernährt, ein Großteil davon ohne medizinische Indikation oder gegen den erklärten oder mutmaßlichen Willen. Dass das verboten ist, wissen viele gar nicht. ...
In Befragungen hielt die Hälfte der Ärzte, aber auch ein Drittel der Vormundschaftsrichter die Beendigung von künstlicher Ernährung oder Beatmung für strafbare aktive Sterbehilfe. Dabei ist der Abbruch dieser Maßnahmen nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten, wenn es dem Willen des Patienten entspricht und dem Sterben seinen natürlichen Lauf lässt. ...
Im Prinzip bedeutet Freiheit auch die Freiheit, sich selbst zu schaden ...
„irreversibel tödlicher Krankheitsverlauf“ – einzig sinnvolle Definition dafür, dass er die Lebenserwartung verkürzt; das trifft sowohl auf Wachkoma als auch auf die Demenz eindeutig zu;
beide: meine Frau hat eine Vorsorgevollmacht
(Spiegel 13/2007 S.138)
- 7-9 Millionen Deutsche haben eine Patientenverfügung;
Es gilt als Körperverletzung, wenn ein Arzt einen Patienten gegen dessen Willen behandelt;
Urteil des Bundesgerichtshofs 2003: Patientenverfügungen verbindlich, wenn die Krankheit einen „irreversibel tödlichen Verlauf“ genommen hat;
Richterin später dazu: in ihren Augen sei ein Wachkoma doch als irreversibel tödlich anzusehen, wenn die Rückkehr des Bewusstseins nicht zu erwarten sei
(taz 29.3.07)
- Bundesjustizministerin Zypries: Der Wille des Patienten in einer Patientenverfügung muss beachtet werden. Für den Arzt, der sich nicht daran hält (Körperverletzung), könnte das strafrechtliche Konsequenzen haben.
(ZEIT 22.3.07 S.7)
- Dokumentation Bundestagsdebatte zur Patientenverfügung
Kauch/FDP: die Alternative zum vorausverfügten Willen unter Unsicherheit ist, dass ein Dritter für einen selbst entscheidet. Die Alternative ist die Fremdbestimmung des Menschen.
Ministerin Zypries: Jeder Mensch, der eine heilbare Krankheit hat, kann heute festlegen, dass er nicht geheilt, dass er nicht behandelt werden will.
(Das Parlament 2./10.4.07)
- Der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille des Patienten ist grundsätzlich verbindlich, deshalb dürfen sich Ärzte nicht über die in einer Patientenverfügung enthaltenen Willensäußerungen hinwegsetzen ...
Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen sind grundsätzlich verbindlich und können damit eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes sein. Ärzte sollten Patienten motivieren, von diesen Möglichkeiten Gebrauch zu machen ...
In der ärztlichen Praxis haben sich besonders die Vorsorgevollmacht und eine Kombination aus Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung bewährt ...
Eine Vorsorgevollmacht geht einer gesetzlichen Betreuung grundsätzlich vor ...
Eine Patientenverfügung ist eine individuelle, schriftliche oder mündliche, formfreie Willenserklärung eines entscheidungsfähigen Menschen zur zukünftigen Behandlung im Fall der eigenen Einwilligungsunfähigkeit. Sie sollte Angaben zu Art und Umfang der medizinischen Behandlung in bestimmten Situationen enthalten. Adressat der Verfügung ist nicht nur der behandelnde Arzt, sondern jeder (z.B. Pflegepersonal), der an der Behandlung und Betreuung teilnimmt. Der in der Patientenverfügung geäußerte Wille ist, sofern die Wirksamkeit der Erklärung gegeben ist und keine Anhaltspunkte für eine Veränderung des Willens vorliegen, zu beachten. Hilfreich kann die Benennung einer Vertrauensperson sein, mit der der Patient die Patientenverfügung besprochen hat und mit der ein Arzt die erforderlichen medizinischen Maßnahmen besprechen soll, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen selbst zu äußern ...

Patientenverfügungen sind auch außerhalb der eigentlichen Sterbephase zu beachten ...

Mit der Vorsorgevollmacht benennt der Vollmachtgeber einen Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten. Damit hat der Arzt einen Ansprechpartner, der den Willen des Verfügenden zu vertreten hat und der bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens mitwirkt ... Situationen, in denen Willensbekundungen gelten sollen, z.B.:

- Sterbephase
 - nicht aufhaltbare schwere Leiden
 - dauernder Verlust der Kommunikationsfähigkeit (z.B. Demenz, apallisches Syndrom, Schädelhirntrauma)
 - akute Lebensgefahr
 - irreversible Bewusstlosigkeit
- Ärztliche und damit in Zusammenhang stehende Maßnahmen
- künstliche Ernährung
 - künstliche Beatmung
 - Dialyse
 - Organersatz
 - Wiederbelebung
 - Verabreichung von Medikamenten (z.B. Antibiotika, Psychopharmaka, Zytostatika/Chemotherapie)
 - Art der Unterbringung und Pflege
 - Schmerzbehandlung
 - andere betreuende Maßnahmen
 - Hinzuziehung eines oder mehrerer weiterer Ärzte
 - alternative Behandlungsmethoden
 - Gestaltung des Sterbeprozesses

Gegenüber dem Bevollmächtigten und dem Betreuer ist der Arzt zur Auskunft berechtigt und verpflichtet, da Vollmacht und Betreuung den Arzt von der Schweigepflicht freistellen ...

In Notfallsituationen, in denen der Wille des Patienten nicht bekannt ist und auch für eine Ermittlung des mutmaßlichen Willens keine Zeit bleibt, ist die medizinisch indizierte Behandlung einzuleiten, die im Zweifel auf die Erhaltung des Lebens gerichtet ist ...

(Bundesärztekammer: Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis; Deutsches Ärzteblatt 30.3.07 S.A891ff.; http://www.baek.de/downloads/Empfehlungen_Vorversion.pdf)

- Die Tötung auf Verlangen oder gar die vorsätzliche Tötung ohne Einwilligung des Patienten sowie die Beihilfe zur Selbsttötung sind ethisch unter allen Umständen unzulässig; Es ist davon auszugehen, dass die Ärzteschaft laut neueren Studien weitgehend uninformiert über die herrschende Rechtsprechung und deswegen im Unklaren darüber ist, welche Grenzziehungen zwischen Tötung auf Verlangen, Leidensminderung und Behandlungsbegrenzung bestehen; sind Initiativen (wie vom Nationalen Ethikrat und dem Deutschen Juristentag 2006) zu unterstützen, die noch in der Christlichen Patientenverfügung gebrauchte Begrifflichkeit wie z.B. "aktive Sterbehilfe" zugunsten einer klareren, auch hier verwendeten Terminologie zu ändern (also statt Sterbehilfe: Sterbebegleitung, statt aktive Sterbehilfe: Tötung auf Verlangen, statt indirekte Sterbehilfe: Leidensminderung, statt passive Sterbehilfe: Sterbenlassen oder Behandlungsbegrenzung, statt assistierter Suizid: Beihilfe zur Selbsttötung); Es muss klar unterschieden werden zwischen einem/r Bevollmächtigten, der/die mit einer Vorsorgenden Vollmacht ausgestattet ist, und einem Betreuer bzw. einer Betreuerin, der/die erst eingesetzt wird, wenn eine Person nicht mehr selbst äusserungsfähig ist; Dem Patienten steht es frei, ob er selbst in einer differenzierten Patientenverfügung Wünsche zu seiner Behandlung äußert oder sich darauf beschränkt, eine/n Bevollmächtigte/n zu benennen; **Umstritten** sind jedoch Verfügungen zur Therapiemodifikation bei Patienten, die sich noch nicht in der Sterbephase befinden. Hier ist besonders an den Fall des Wachkomas zu denken. **11. Bei Wachkoma-Patienten** sollte die Möglichkeit bestehen, eine Patientenverfügung, die eine Begrenzung der lebenserhaltenden Maßnahmen auf einen bestimmten Zeitraum und danach deren Beendigung vorsieht, als bindend anzusehen. Damit ist gemeint: Wenn bei einem stabilen Wachkoma, das schon viele Monate andauert, zusätzliche, lebensgefährdende Erkrankungen (wie z.B. eine Lungenentzündung) auftreten, soll, sofern eine entsprechende Patientenverfügung vorliegt, auf therapeutische Maßnahmen (wie etwa die Gabe von Antibiotika) verzichtet werden können. Darüber hinaus ist auch der Verzicht auf künstliche Ernährung, die nicht zur Basisversorgung gezählt wird, nach einer bestimmten Zeit (etwa 6 Monate) in einer Patientenverfügung vorstellbar ... **12. Demenzerkrankungen** werden üblicherweise in drei Stadien unterteilt: Im Anfangsstadium treten zwar erste geistige Störungen auf, aber ein vollständig selbständiges Leben ist möglich; im mittelschweren Stadium kommt es zu einem zunehmenden Verlust der geistigen Fähigkeiten und zu eingeschränkter Selbständigkeit; erst im schweren Stadium besteht ein vollständiger Verlust der Alltagskompetenz mit völliger Pflegeabhängigkeit. Nur für diese Situation – einer Demenzerkrankung im

schweren Stadium – sollte ebenso wie bei lang anhaltendem Wachkoma die Möglichkeit bestehen, bei zusätzlich auftretenden lebensbedrohlichen Erkrankungen auf therapeutische Maßnahmen zu verzichten, sofern eine entsprechende Patientenverfügung vorliegt. Diese Möglichkeit sollte jedoch nicht für die beiden anderen Stadien vorgesehen werden.;

(Eckpunkte des Rates der EKD für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen, 11.7.2007)

- Dorothea Mühle (52, Dresden) hat ALS;
eine Patientenverfügung und eine Betreuungsvollmacht wurden verfasst. Sollte zur Lähmung eine ernsthafte Erkrankung hinzukommen, solle keine Heilung mehr angestrebt werden – das legte Dorothea Mühle fest. Ohne Ernährung in einem künstlichen Schlaf bleiben, bis der Tod eintritt
(Der Sonntag Sachsen 26.8.07)
 - Telefonforum mit Notaren zu Vollmacht usw.
Beglaubigung: Die Unterschrift des Vollmachgebers kann man beglaubigen lassen, das bietet den Nachweis, dass das Papier tatsächlich vom Vollmachtgeber unterschrieben ist. Eine Inhaltskontrolle bzw. eine Tauglichkeitsprüfung findet dabei nicht statt;
Bei der notariellen **Beurkundung** wird der gesamte Text beurkundet. Dabei findet auch eine rechtliche Beratung statt. Außerdem prüft der Notar die Geschäftsfähigkeit.;
- Kosten für eine notarielle Beurkundung: richten sich nach einem Teilwert des Vermögens des Vollmachtgebers, z.B. bei 20.000 Euro = 80 Euro Kosten
der Bevollmächtigte kann im Bedarfsfall sofort handeln;
(Freie Presse Chemnitz 30.8.07)
- Welche Behandlung sich Patienten und Ärzte für das Ende ihres Lebens jeweils wünschen (Umfrage in 6 europäischen Ländern; 528 Intensivmediziner; 330 ehemalige Intensivpatienten);
maximale medizinische Versorgung am Lebensende wünschen: Patienten 40% / Ärzte 6 %;
Aufnahme in eine Intensivstation wünschen: P 62 % / Ä 19 %;
im Notfall Wiederbelebungsversuch wünschen: P 54 % / Ä 6 %;
Lebensqualität ist wichtiger als Überlebenszeit: P 51 % / Ä 88 %;
(bdw 3-2008 S.35)
 - Ernährung bis zuletzt?
in Deutschland werden pro Jahr etwa 140.000 PEG-Sondenanlagen durchgeführt, davon 65% bei älteren Menschen;
drei weithin akzeptierte ethische Grundprinzipien ärztlichen Handelns; Ärzte sollen:
+ den Patienten nutzen (Prinzip des Wohltuns)
+ ihnen keinen Schaden zufügen (Prinzip des Nichtschadens)
+ ihre Selbstbestimmung fördern und respektieren (Prinzip des Respekts der Autonomie);
Nicht erst der Verzicht auf eine PEG ist legitimationsbedürftig, sondern bereits ihre Anlage ... Fehlt hierfür eine klare Legitimation, begehen Ärzte eine prinzipiell strafbare Körperverletzung;
mehrere Studien belegen, dass die Einschätzungen von Patienten und Stellvertretern oft nicht einmal erfragt werden ... und dass Ärzte allein Entscheidungen über lebenserhaltende Maßnahmen treffen;

Ablauf einer stellvertretenden Entscheidung:

+ Ist der Patient einwilligungsfähig?

JA: Patient entscheidet nach Aufklärung

NEIN:

+ Existiert eine Patientenverfügung ?

JA: nach erklärtem Patientenwillen entscheiden

NEIN:

+ Sind die Präferenzen des Patienten bekannt?

JA: nach mutmaßlichem Patientenwillen entscheiden

Im Zweifel: Nach Patientenwohl entscheiden (allgemeine Wertvorstellungen);

gebietet es die ärztliche Fürsorgepflicht, bei medizinischer Nutzlosigkeit keine PEG-Sondenernährung mehr anzubieten. Bei einer fortgeschrittenen Demenz gibt es beispielsweise keine Evidenz dafür, dass eine PEG 1. das Überleben verlängert, 2. die Lebensqualität oder den funktionellen Status verbessert oder auch nur erhält... 4. Mangelernährung vorbeugt oder lindert

(Deutsches Ärzteblatt 7.12.07 S. A3390)

- Würdevolles Lebensende;
manche Maßnahmen sind nicht „lebensverlängernd“, sondern nur biologisch funktionsverlängernd;
Weiterbestehen vegetativer Kreislauffunktionen;
(Deutsches Ärzteblatt 14.9.07 S.A2486)
- Interview mit Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer;
Die Palliativmedizin ist ein breites Feld, zu dem auch die terminale Sedierung gehört. Manche Menschen sehen darin allerdings bereits eine „milde Form“ der Tötung auf Verlangen. Wie begegnen Sie diesem Eindruck?
H.: Die terminale Sedierung ist indiziert, wenn keine geeignete Schmerztherapie mehr hilft, dann versetzt

man die Betroffenen in eine Art Narkose, damit sie den Rest ihres Lebens ohne Schmerzen überstehen. Die terminale Sedierung ist somit eine Form der Sterbebegleitung, die dafür sorgt, dass jemand würdig einschläft. Das hat nicht mit Tötung auf Verlangen zu tun.
(Deutsches Ärzteblatt 1.6.07 S. A1548)

- Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen (zertifizierte ärztliche Fortbildung); Jeder ärztliche Eingriff stellt tatbestandlich eine Körperverletzung dar. Zu den ärztlichen Eingriffen zählen nicht nur therapeutische, sondern auch diagnostische Maßnahmen. Die Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes, der Patientenautonomie und der Entscheidungsfreiheit des Patienten haben eindeutigen Vorrang vor der medizinischen Auffassung des Arztes. Daraus folgt, dass sich der Patient auch gegen die medizinische Vernunft entscheiden und ärztliche Eingriffe ablehnen kann. Maßstab ist letztendlich der Wille des Patienten. Die Selbstbestimmungsaufklärung des Patienten wird untergliedert in Diagnoseaufklärung, Behandlungsaufklärung, Risikoaufklärung, Verlaufsaufklärung. Die Einholung der ausdrücklichen Einwilligungserklärung des Patienten hat vor dem Eingriff zu erfolgen. (Deutsches Ärzteblatt 2.3.07 S. A576)
- Diskussion im Bundestag über rechtliche Regelung zu Patientenverfügungen; 9 bis 10 Millionen Bundesbürger sollen Patientenverfügung erstellt haben; Antrag von 209 Abgeordneten (Stünker SPD): „Falls der Patient entscheidungsunfähig ist, hat der behandelnde Arzt eine vorgelegte Patientenverfügung zu respektieren, sofern diese aktuell und auf die gegebene Situation anwendbar ist“; muss schriftlich vorliegen; Ablehnung künstlicher Beatmung oder Ernährung sollen nur dann umgesetzt werden, wenn die Verfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft; Arzt und Betreuer oder Bevollmächtigter müssten dies gemeinsam feststellen; gebe es keine Einigung, müsse das Vormundschaftsgericht entscheiden; Gegenstimme: „Gefahr, dass ein Patient irrtümlich eine Patientenverfügung unterschreibt ...“; weitere Argumente: Niemand muss eine Patientenverfügung verfassen; Gut, wenn jemand einen Bevollmächtigten hat, der im Falle schwerer Krankheit für ihn entscheidet; Patientenwohl kann nicht heißen, dass andere sagen, was für einen erwachsenen Menschen (der klar weiß, was er will und sich festgelegt hat) gut ist; „Der einzelne hat das Recht, zu leben, aber nicht die Pflicht, zu leben“ in Deutschland werden pro Jahr 140.000 Magensonden gelegt; (Das Parlament 30.6.08 S. 1; Freie Presse 27.6.08)
- Das apallische Syndrom
 - a) „apallisches Syndrom“ hier synonym mit der englischen Bezeichnung „persistent vegetative state“ (PVS); Bei betroffenen Personen fehlen jegliche Hinweise auf eine bewusste Wahrnehmungsfähigkeit der eigenen Person und der Umwelt, eine Interaktion mit dem Untersucher ist nicht möglich. Sprachfunktionen sind aufgehoben. Es besteht jedoch ein Schlaf-Wach-Zyklus, so dass die Patienten intermittierend wach sind und die Augen geöffnet haben. Bei der Untersuchung zeigen sich keinerlei willkürliche Reaktionen auf visuelle, akustische, taktile oder nozizeptive Reize. (*n.* = *schädigende Reize anzeigend JK*) Es handelt sich somit um eine Bewusstseinsstörung, bei der nicht die Wachheit, sondern die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigt ist. Vegetative Funktionen, wie Temperatur-, Kreislauf- und Atemregulation, die im Hypothalamus und im Hirnstamm integriert werden, sind so weit erhalten, dass ein Überleben der Patienten möglich ist, wenn entsprechende medizinische und pflegerische Maßnahmen gewährleistet sind. Hirnsatmmreflexe und spinale Rflexe sind in unterschiedlichem Ausmaß noch auslösbar. Schließlich besteht bei Patienten mit apallischen Syndrom regelmäßig eine Harn- und Stuhlinkontinenz.;

Differentialdiagnosen

Aufgrund der klinischen Befunde muß das apallische Syndrom von folgenden neurologischen Störungen abgegrenzt werden:

1. Das **Koma** ist eine Bewußtseinsstörung, bei der Wahrnehmung und Wachheit aufgehoben sind. Es handelt sich um einen schlafähnlichen Zustand, die Augen des Patienten sind geschlossen. Je nach Komatiefe sind unterschiedliche Reaktionen auf Schmerzreize möglich. Der Patient ist jedoch nicht erweckbar. In den meisten Fällen geht das apallische Syndrom aus einem Koma hervor. Andererseits kann sich das apallische Syndrom zu einem Koma entwickeln.
2. Das **Locked-in-Syndrom** kann nach ausgedehnten Läsionen im Bereich des Brückenfußes auftreten und ist Ausdruck einer Deafferentierung. Solche Patienten sind wach und zu allen Wahrnehmungen fähig, aufgrund einer Tetraplegie und hochgradiger Hirnnervenausfälle jedoch nur zu vertikalen Augenbewegungen und Lidbewegungen in der Lage, wodurch im begrenzten Umfang eine Kommunikation ermöglicht wird. Ein vergleichbares klinisches Bild kann bei einer schweren Polyneuroradikulitis mit Hirnnervenbeteiligung auftreten.
3. Bei der **fortgeschrittenen Demenz** können kognitive Funktionen sehr stark eingeschränkt sein, im begrenzten Ausmaß sind jedoch willkürliche Reaktionen auf äußere Reize möglich. Allerdings kann eine solche schwere Demenz im Spätstadium in ein apallisches Syndrom übergehen.

4. Der **Hirntod** ist durch den irreversiblen Ausfall aller zerebraler Funktionen charakterisiert, so daß der Patient tief komatös ist und sämtliche Hirnstammreflexe erloschen sind. Im Gegensatz zum apallischen Syndrom wird der Hirntod nach medizinischer, juristischer und theologischer Auffassung mit dem Tod gleichgesetzt, wobei durch mechanische Beatmung und Kreislaufunterstützung die Funktionen der anderen Organe nur über einen kurzen Zeitraum aufrechterhalten werden können. Nach Feststellung des Hirntodes ist eine Organexplantation möglich, während dies beim apallischen Syndrom unter keinen Umständen erlaubt ist.

(Deutsches Ärzteblatt 94, 14.3.1997 S.A-661ff --- gesamter Artikel
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=5529>)

- 140.000 Menschen, so schätzen Experten, werden in Deutschland über PEG-Magensonden künstlich ernährt
 (Spiegel 25/2008 S.42)
- in geschätzten 400.000 bis 600.000 Fällen im Jahr ist in Deutschland irgendeine medizinische Entscheidung am Sterbebett notwendig, dann hilft der vorher festgelegte Wunsch für das Lebensende den Betroffenen wie den Ärzten;
 eine halbe Million Menschen werde in Pflegeheimen dauerhaft künstlich ernährt, ein Großteil, ohne dass dies medizinisch geboten sei;
 inzwischen haben rund 9 Millionen Menschen eine Patientenverfügung;
 Ärztevertreter wie Hoppe halten die Vollmacht jedoch für das wichtigere Instrument;
 Patientenverfügungen als doppelter Notbehelf: 1. nur dann notwendig, wenn Patient sich selbst nicht (aktuell) äußern kann, 2. müssen auf die verschiedensten Situationen passen
 (Das Parlament 2./8.6.09 S.3)
- **Gesetz zu Patientenverfügungen**, verabschiedet im Deutschen Bundestag am 18.6.2009:

Zu den Regelungen im Einzelnen:

+ Volljährige können in einer schriftlichen Patientenverfügung im Voraus festlegen, ob und wie sie später ärztlich behandelt werden wollen, wenn sie ihren Willen nicht mehr selbst äußern können. Künftig sind Betreuer und Bevollmächtigter im Fall der Entscheidungsunfähigkeit des Betroffenen an seine schriftliche Patientenverfügung gebunden. Sie müssen prüfen, ob die Festlegungen in der Patientenverfügung der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation entsprechen und den Willen des Betroffenen zur Geltung bringen.

+ Niemand ist gezwungen, eine Patientenverfügung zu verfassen. Patientenverfügungen können jederzeit formlos widerrufen werden.

+ Gibt es keine Patientenverfügung oder treffen die Festlegungen nicht die aktuelle Situation, muss der Betreuer oder Bevollmächtigte unter Beachtung des mutmaßlichen Patientenwillens entscheiden, ob er in die Untersuchung, die Heilbehandlung oder den ärztlichen Eingriff einwilligt.

+ Eine Reichweitenbegrenzung, die den Patientenwillen kraft Gesetzes in bestimmten Fällen für unbeachtlich erklärt, wird es nicht geben.

+ Die Entscheidung über die Durchführung einer ärztlichen Maßnahme wird im Dialog zwischen Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigtem vorbereitet. Der behandelnde Arzt prüft, was medizinisch indiziert ist und erörtert die Maßnahme mit dem Betreuer oder Bevollmächtigten, möglichst unter Einbeziehung naher Angehöriger und sonstiger Vertrauenspersonen.

+ Sind sich Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigter über den Patientenwillen einig, bedarf es keiner Einbindung des Vormundschaftsgerichts. Bestehen hingegen Meinungsverschiedenheiten, müssen folgenschwere Entscheidungen vom Vormundschaftsgericht genehmigt werden.

(Internetseite des Bundesministeriums der Justiz BMJ 23.6.09;

http://www.bmj.de/enid/6bec0408f5115e77bb082c6a50be3616_3a07b9706d635f6964092d0936303333093a095f7472636964092d0935323933/Pressestelle/Pressemitteilungen_58.html)

Gesetzestext unter: [http://www.patientenverfuegung.de/files/593-09\[1\].pdf](http://www.patientenverfuegung.de/files/593-09[1].pdf)

- Rechtsanwaltskammer Sachsen zum Gesetz über Patientenverfügungen;
 Auch wenn weder Patientenverfügung noch Vorsorgevollmacht der notariellen Form bedürfen, gilt nach wie vor, dass man sich über die Gestaltung ... eingehend beraten lassen kann
 (Freie Presse Chemnitz 27.8.09 S.A8)
- Eine Vollmacht gilt im Zweifel über den Tod hinaus. Besser ist es, die Geltungsdauer einer Vollmacht im Vollmachtstext klar zu regeln. Eine Vollmacht kann auch vom Bevollmächtigten oder vom Erben widerrufen werden.
 (Freie Presse Chemnitz 6.11.09 S.A8)

- Patientenverfügung – im englischen auch als letzter Wille eines Lebendigen (living will) umschrieben – legt fest, was Mediziner und Helfer tun dürfen, aber auch, was sie lassen sollen; immerhin ist in geschätzten 400.000 bis 600.000 Fällen im Jahr (in Deutschland?) irgendeine medizinische Entscheidung am Sterbebett notwendig. Dann hilft der vorher festgelegte Wunsch für das Lebensende den Betroffenen wie den Ärzten.; Wahre Dramen spielen sich in Pflegeheimen ab. Eine halbe Million Menschen werde dort dauerhaft künstlich ernährt, ein Großteil, ohne dass dies medizinisch geboten sei; inzwischen haben rund 9 Millionen Menschen eine Patientenverfügung; Ärztevertreter wie Hoppe (Bundesärztekammer) halten die Vollmacht jedoch für das wichtigere Instrument;
(Das Parlament 2./8.6.09 S.3)
- Patientenverfügungen für Altersheime
Projekt „Beizeiten begleiten“, um Altenheimbewohner durch „Beratung und Entwicklung valider Patientenverfügungen die Teilhabe an zukünftigen Behandlungsentscheidungen zu ermöglichen“; 35 Heimmitarbeiter, überwiegend Pflegekräfte, auch Sozialarbeiter, hätten sich bisher zu Vorsorgebegleitern weiterqualifiziert; sie sollen aktiv auf die Heimbewohner zugehen, zudem werben Plakate und Faltblätter für ihre kostenlose Beratung, mit Überschriften wie „Ich möchte gerne in Würde leben. Bis zuletzt.“;
Man kann im Vordruck zum Beispiel markieren, dass man „jegliche lebensverlängernde Behandlung einschließlich künstlicher Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ablehne. Man kann auf den Musterverfügungen auch sein pauschales Einverständnis erklären „mit intensiv- und notfallmedizinischen Maßnahmen, ungeachtet eventuell geringer Erfolgsaussichten.“
Neuer Vorschlag: die „**Hausärztliche Anordnung für den Notfall**“ (HAnNo); 6 Ankreuz-Wahl-Möglichkeiten zwischen „uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung. einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung“ und „Ausschluss jeder lebensverlängernden Therapie im Notfall“ (sowohl stationär als ambulant);
HAnNo und Patientenverfügung müssen mehrere Unterschriften tragen: Der Patient soll seinen „Behandlungswillen“ ausdrücken. Sein Angehöriger bestätigt, dass er die HAnNo „zustimmend zur Kenntnis genommen“ hat. Der projektgeschulte Begleiter erklärt, dass er den Entscheidungsprozess unterstützt hat. Und der ebenfalls von „Beizeiten begleiten“ fortgebildete Hausarzt bestätigt per Praxisstempel und Unterschrift, dass der Betroffene oder sein Vertreter beim Abfassen der Erklärungen einwilligungsfähig war und die Tragweite seiner Festlegungen verstanden hat;
Neuer Vorschlag: „**Vertreterverfügungen**“; Bevollmächtigten und Betreuern von Menschen mit Demenz wird nahegelegt, den mutmaßlichen Willen ihrer schon nicht mehr einwilligungsfähigen Schutzbefohlenen vorab verbindlich zu erklären – zum Beispiel, ob und wie der Betreute behandelt werden wolle, falls ihn später ein lebensbedrohlicher Infekt, Schlaganfall oder Herzversagen treffen sollte
(taz 6.8.2010 S.18)
- Nach jahrelangem, oft erbittert geführtem Streit gibt es seit 1. September 2009 das Recht, eine Patientenverfügung durchzusetzen, wenn sie bestimmten formalen Aspekten genügt: Sie muss schriftlich verfasst sein; eine mündliche Willensäußerung genügt nicht. Der Wille des Betroffenen ist unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung zu beachten. Ärzte und das Klinikpersonal, aber auch die Angehörigen des Patienten müssen sich daran halten. Besonders schwerwiegende Entscheidungen eines Betreuers oder Bevollmächtigten über die Zustimmung oder die Ablehnung ärztlicher Maßnahmen sollen vom Vormundschaftsgericht genehmigt werden müssen. Dabei soll nach dem Willen der Abgeordneten die Tötung auf Verlangen in einer Patientenverfügung unwirksam sein.
(Das Parlament 8.11.2010 S.11, <http://www.das-parlament.de/2010/45/Themenausgabe/32124111.html>)

- **Gesetz zur Patientenverfügung (3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes)**
Gesetz vom 29.07.2009, BGBl. I. S. 2286
Änderungen des BGB

§ 1901a Patientenverfügung

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf

die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

§ 1901b Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend

Der bisherige § 1901a wird § 1901c.

§ 1904 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

(3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

(4) Eine Genehmigung nach Absatz 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist.

Änderung des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG)

§ 287 Wirksamwerden von Beschlüssen

(1) Beschlüsse über Umfang, Inhalt oder Bestand der Bestellung eines Betreuers, über die Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts oder über den Erlass einer einstweiligen Anordnung nach § 300 werden

mit der Bekanntgabe an den Betreuer wirksam.

(2) Ist die Bekanntgabe an den Betreuer nicht möglich oder ist Gefahr im Verzug, kann das Gericht die sofortige Wirksamkeit des Beschlusses anordnen. In diesem Fall wird er wirksam, wenn

der Beschluss und die Anordnung seiner sofortigen Wirksamkeit dem Betroffenen oder dem Verfahrenspfleger bekannt gegeben oder

der Geschäftsstelle zum Zweck der Bekanntgabe nach Nummer 1 übergeben werden. Der Zeitpunkt der sofortigen Wirksamkeit ist auf dem Beschluss zu vermerken.

(3) Ein Beschluss, der die Genehmigung nach § 1904 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs zum Gegenstand hat, wird erst zwei Wochen nach Bekanntgabe an den Betreuer oder Bevollmächtigten sowie an den Verfahrenspfleger wirksam.

§ 298 Verfahren in Fällen des § 1904 des Bürgerlichen Gesetzbuchs

(1) Das Gericht darf die Einwilligung eines Betreuers oder eines Bevollmächtigten in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff (§ 1904 Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) nur genehmigen, wenn es den Betroffenen zuvor persönlich angehört hat. Das Gericht soll die sonstigen Beteiligten anhören. Auf Verlangen des Betroffenen hat das Gericht eine ihm nahestehende Person anzuhören, wenn dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(2) Das Gericht soll vor der Genehmigung nach § 1904 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs die sonstigen Beteiligten anhören.

(3) Die Bestellung eines Verfahrenspflegers ist stets erforderlich, wenn Gegenstand des Verfahrens eine Genehmigung nach § 1904 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist.

(4) Vor der Genehmigung ist ein Sachverständigengutachten einzuholen. Der Sachverständige soll nicht auch der behandelnde Arzt sein.

Artikel 3 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. September 2009 in Kraft.

(Quelle: http://wiki.btprax.de/Synopse_Patientenverf%C3%BCgungsgesetze)

- (S.6 zu Vorsorgevollmacht) Erteilt der Vollmachtgeber die Vollmacht für den Fall der eigenen Entscheidungsunfähigkeit, handelt es sich um eine Vorsorgevollmacht. ... Die Vorsorgevollmacht kann gegen Entgelt bei der Bundesnotarkammer registriert werden – Bundesnotarkammer – Zentrales Vorsorgeregister – PF 080151, 10001 Berlin; www.vorsorgeregister.de)

(S.14) ... von Ihrer Patientenverfügung sind ... Menschen Ihres persönlichen Umfelds sowie Ärzte, Pflegende und Einrichtungsleitungen betroffen, die sich mit deren Inhalt auseinandersetzen müssen ... Dabei hat der in Ihrer Patientenverfügung festgelegte Wille oder Ihr aus dieser Maßnahme abgeleitete mutmaßliche Wille absolut verpflichtenden Charakter. Er muss auch dann umgesetzt werden, wenn beteiligte Personen etwa aus Fürsorglichkeit, Zuneigung oder um Ansprüchen des eigenen professionellen Handelns gerecht zu werden, gerne anders handeln würden. Eine medizinische Behandlung gegen Ihren geäußerten oder mutmaßlichen Willen ist als Körperverletzung strafbar.

(S.15) Der Vorsorgebevollmächtigte oder der Betreuer sind laut Gesetz verpflichtet, Ihrem Willen unbedingt – und damit auch gegen die Auffassungen beispielsweise von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften oder Angehörigen – Geltung zu verschaffen.

(S.16) Ärztinnen und Ärzte sind gesetzlich verpflichtet, Ihren in einer Patientenverfügung festgelegten Willen oder den daraus abgeleiteten mutmaßlichen Willen zu beachten und nach diesem zu handeln. Das kann sie dann in Gewissenskonflikte bringen, wenn sie aus ihrer fachlichen Sicht oder für ihre eigene Person andere Entscheidungen treffen würden. Aber weder eine akute Krankheit noch der ärztliche Heilauftrag oder die Pflege begründen ein eigenständiges Behandlungsrecht gegen den Willen des Patienten. Vielmehr stellt der ärztliche Eingriff ohne Einwilligung oder gar gegen den Willen eine strafbare Körperverletzung dar.

(S.17) Der in Ihrer Patientenverfügung festgelegte Wille ist auch für Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen und andere Einrichtungen verbindlich.

(S.20) Die Patientenverfügung kann jederzeit formlos, also auch mündlich oder durch Gesten, widerrufen werden.

(S.20) Für die Beachtung und Durchsetzung des in der Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachten Patientenwillens kommt es nicht auf die Art oder das Stadium der Erkrankung an. Die Verfügung gilt, bei entsprechender Bezeichnung der Situation, in jeder Lebensphase, also auch dann, wenn ein Mensch noch nicht unmittelbar stirbt. Der rechtliche Betreuer oder der Bevollmächtigte des entscheidungsunfähigen Betroffenen ist an die Regelungen in der Patientenverfügung gebunden.

(S.22) In der Praxis hat sich eine Kombination von Patientenverfügung (auf der einen Seite) und Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung (auf der anderen Seite, als Ergänzung) bewährt. Für diese verbundenen Erklärungen sollten Sie zwei getrennte Formulare verwenden. Denn die Vorsorgevollmacht richtet sich an außenstehende Dritte. Mit ihr weist der Bevollmächtigte - je nach Umfang der Vorsorgevollmacht – nicht nur gegenüber Ärzten oder dem Krankenhaus, sondern auch gegenüber Behörden und im sonstigen Geschäftsverkehr seine Vertretungsbefugnis nach. Diese Außenstehenden müssen keine Kenntnis vom Inhalt der Patientenverfügung haben. Andererseits sollte Ihre Patientenverfügung einen Hinweis auf bestehende Vorsorgevollmachten oder Betreuungsverfügungen enthalten und die betreffende Person ausdrücklich benennen

(Diakonie Bundesverband: Patientenverfügungen aus christlich-diakonischer Sicht, Broschüre, Stuttgart, Oktober 2010)

- Was kostet es, wenn ich eine Vorsorgevollmacht beim Notar beurkunden lasse?
Die Kosten sind bei allen Notaren gleich, da sie gesetzlich geregelt sind. Sie hängen ab vom Vermögen des Vollmachtgebers. Bei einem Vermögen von 50.000 Euro können Sie mir Kosten von etwa 150 Euro rechnen;
Wie lange gilt eine Patientenverfügung?
Jede Vollmacht und Patientenverfügung gilt so lange, bis sie widerrufen wird. Bei PV wird empfohlen, in Abständen zu prüfen, ob sie weiterhin aufrechterhalten werden sollen.
(Freie Presse 2.4.13 S.A4)
- S.13:
Vorschlag einer Formulierung in einer Patientenverfügung, um eine Organspende zu ermöglichen:
„Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann (Alternativen) geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor
ODER
gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

ODER:

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe und Gewebe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Die Patientenverfügung hat bereits vor dem Eintreten des Hirntodes Gültigkeit. Liegt eine aussichtslose Prognose eines Patienten vor und der Eintritt des Hirntodes ist wahrscheinlich, dann kann das Thema Organspende bereits zu diesem Zeitpunkt, also vor der Feststellung des Hirntodes bedeutsam werden. Patientinnen und Patienten, die sich in ihrer Patientenverfügung für eine Organspende ausgesprochen haben, sollten wissen, dass für die Hirntoddiagnostik und eine mögliche Organspende die künstliche Aufrechterhaltung des Kreislaufs und eine vorübergehende Beatmung notwendig sind.

(Organspende – eine persönliche und berufliche Herausforderung, BZGA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011,
<http://www.bzga.de/pdf.php?id=2e7870130f68510338e2cdbe2bbe196c>)

- **Trauerverfügung**
Links:
<http://www.verfuegungsdatenbank.de/trauerverfuegung/>
http://www.verfuegungszentrale.org/cms/upload/pdf/Formulare/DVZ_Trauerverfuegung_M_nichtdruckbar.pdf

- **Sorgerechtsverfügung**

„Natürlich werde ich immer für dich da sein,“ – welche Eltern haben diesen Satz nicht schon mal zu ihrem Kind gesagt. Und dabei die Risiken, die dieses Versprechen bedrohen könnten, verdrängt. Denn wer denkt gerne daran, was passiert, wenn ein Schicksalsschlag die Kinder von einem Tag auf den anderen ohne sorgeberechtigten Elternteil zurücklässt? Wo und bei wem die minderjährigen Kinder dann aufwachsen, muss ein Gericht aussuchen – es sei denn, die Eltern haben eine Sorgerechtsverfügung hinterlassen.

Die D.A.S. Rechtsschutzversicherung erläutert die Szenarien.

Links:

http://www.krause-schoenberg.de/sterben_sorgerechtsverf%C3%BCgung_merkblatt_DAS.pdf oder:

<http://www.das.de/-/media/87BD3216DED94E86972303312FC9A1BF.ashx>

- schätzungsweise 10% der Deutschen haben eine Patientenverfügung
(Der Spiegel 6-2014 S.31ff.)
- Die Kosten einer vom Notar beurkundeten Vorsorgevollmacht richten sich vorrangig nach dem Vermögen des Vollmachtgebers. Für eine umfängliche Vollmacht fallen bei einem Vermögen von 100000 Euro maximal 165 Euro nebst Umsatzsteuer und Auslagen an.
(Freie Presse Chemnitz 23.9.15 S.16)
- Letzte Hilfe
Ein Computerprogramm unterstützt dabei, Wünsche fürs Lebensende festzulegen. Ist das die bessere Patientenverfügung?
(Die Zeit 19.5.2016 S.39 - <http://www.zeit.de/2016/22/patientenverfuegung-computerprogramm-start-up-dipat>)