

- Roswitha Müller-Piepenkötter* „Unantastbar?“ Sterbehilfevereine: Eine Herausforderung für den Rechtsstaat, S. 66
- Hans Thomas* „Hirntod“: ungewisses Todeszeichen, aber Organentnahme erlaubt?, S. 74
- Knut Wiebe* Reformbedarf nur bei Spätabtreibungen?, S. 83

Editorial

- 65 Suizidbeihilfe – Hirntod – Spätabtreibungen

Thema

*Jusitzministerin Roswitha Müller-Piepenkötter,
Düsseldorf*

- 66 „Unantastbar?“ Sterbehilfevereine: Eine Herausforderung für den Rechtsstaat

Dr. med. Hans Thomas, Köln

- 74 „Hirntod“: ungewisses Todeszeichen, aber Organentnahme erlaubt?

Beitrag

RiLG Knut Wiebe, Köln

- 83 Reformbedarf nur bei Spätabtreibungen?

Judikatur

- 87 BGH: Zur Höhe der Strafe bei Tötung eines Kindes kurz nach der Geburt

- 89 AG Meschede: Versuchte Abtreibung durch Tritte gegen den Bauch einer vermeintlich Schwangeren

RiLG Knut Wiebe, Köln

- 89 Anmerkung zur Entscheidung des AG Meschede

Rezension

- 90 Soziologie der Abtreibung
92 Präimplantationsdiagnostik, Embryonenforschung, Klonen / Stammzellforschung

Umschau

- 92 Voluntas et vita: Tertium non datur

Aus der JVL

- 93 Ehrung für Bernward Büchner
95 Dankesworte von Bernward Büchner

III **Trends****Impressum**

Zeitschrift für Lebensrecht (ZfL)
ISSN 0944-4521

Redaktion

Rainer Beckmann (verantwortlich), Richter am AG, Würzburg (rb), Dr. Ruth Reimann, Richterin am Landgericht, Leichlingen (rei), Knut Wiebe, Richter am Landgericht, Köln (kw)

Anschrift der Redaktion

Weißdornweg 1
97084 Würzburg
eMail: zfl@juristen-vereinigung-lebensrecht.de
Telefon: 09 31 / 35 99 490

Herausgeber

Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V.
Postfach 50 13 30, D-50973 Köln
Telefon: 0221/13 44 78
Telefax: 0221/2 22 59 57

www.juristen-vereinigung-lebensrecht.de
eMail: info@juristen-vereinigung-lebensrecht.de

Vorstand der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V.

Bernward Büchner, Vors. Richter am VG a. D., Freiburg i. Br.; Prof. Dr. Christian Hillgruber, Bonn; Rainer Beckmann, Richter am AG, Würzburg; Dr. Werner Esser, Notar a.D., Köln; Erika Nagel, Richterin am AG, Brühl

Satz & Layout

Rehder & Partner Medienagentur, Aachen

Druck

Luthe Druck und Medienservice, Köln

Abonnement

Die ZfL erscheint viermal jährlich. Das Jahresabonnement beträgt 18 Euro inkl. Versand (Studenten zahlen 12 Euro).

Zahlungen erfolgen über die Dresdner Bank Köln, BLZ 370 800 40, Konto-Nr. 4 769 600.
IBAN-Code: DE 38 3708 0040 0476 9600 00
BIC: DRESDEFF370
Bestellungen an den Herausgeber erbeten.

Hinweis

Die ZfL ist urheberrechtlich geschützt. Namentlich gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Ansicht des Herausgebers wieder.
Die Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. ist interdisziplinär und nur dem Recht verpflichtet. Sie ist als gemeinnützig anerkannt.

Leserbriefe und Manuskripte ...

sind jederzeit willkommen und werden an die Anschrift der Redaktion erbeten.

Herausgeber: Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. (Köln)

Herausgeberbeirat

Prof. Dr. iur. Gunnar Duttge, Göttingen

Prof. Dr. med. Hermann Hepp, München

Prof. Dr. iur. Christian Hillgruber, Bonn

Prof. Dr. iur. Eike von Hippel, Hamburg

Prof. Dr. phil. Rupert Hofmann, Regensburg

Prof. Dr. iur. Winfried Kluth, Halle

Prof. Dr. iur. Karl Lackner, Heidelberg

Prof. Dr. iur. Winrich Langer, Marburg

Prof. Dr. iur. Joseph Listl, Bonn

Prof. Dr. iur. Dr. h.c. Harro Otto, Bayreuth

Prof. Dr. med. Johannes Pechstein, Mainz

Prof. Dr. theol. Anton Rauscher, Augsburg

Prof. Dr. iur. Wolfgang Rübner, Köln

Prof. Dr. phil. Manfred Spieker, Osnabrück

Prof. Dr. iur. Herbert Tröndle, Waldshut-Tiengen

Prof. Dr. iur. Dr. h. c. Wolfgang Waldstein, Salzburg

Prof. Dr. iur. Ralph Weber, Rostock

Prof. Dr. phil. Paul-Ludwig Weinacht, Würzburg

Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen

Suizidbeihilfe – Hirntod – Spätabtreibungen

Der ehemalige Justizsenator von Hamburg, Dr. Roger Kusch, hat mit seiner öffentlich inszenierten Beihilfe zum Suizid nicht nur die gesellschaftliche Diskussion angefacht, sondern auch rechtspolitische Reaktionen herausgefordert. Allerdings nicht in seinem Sinne. Denn der Bundesrat hat sich dazu aufgerafft, endlich etwas gegen organisierte Suizidbeihilfe zu unternehmen. Noch in diesem Jahr, so heißt es in einer Entschliebung der Länderkammer vom 4. Juli 2008, solle der Gesetzgeber tätig werden (s. hierzu den Beitrag von *Müller-Piepenkötter*, S. 66). Ob diese Zeitvorgabe eingehalten wird, erscheint jedoch angesichts der traditionellen Rivalität unter den Bundesländern auf dem Gebiet der Rechtspolitik äußerst fraglich. Aber ein Schritt in die richtige Richtung ist getan.

Um den Hirntod ist es dagegen sehr still geworden. Seit der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes im Jahr 1997 hat es praktisch keine nennenswerten (rechts-)politische Diskussion hierzu gegeben. Bemerkenswert ist lediglich, dass sich die Erwartungen, die mit diesem Gesetzesvorhaben verbunden waren, nicht erfüllt haben: die Organspendebereitschaft ist nach wie vor niedrig. Könnte dies auch daran liegen, dass die Bevölkerung kein wirkliches Vertrauen in die Gleichsetzung von Hirntod und Tod des Menschen hat? Kann man dem Hirntod nur den Status eines „unsicheren Todeszeichens“ beimessen, ihn aber trotzdem als „Entnahmekriterium“ akzeptieren? Dieser schwierigen Frage stellt sich *Hans Thomas* (siehe S. 74), auch wenn kaum damit zu rechnen ist, dass die Grundsatzdiskussion über den Hirntod bald wieder aufgegriffen wird.

Ein bisschen Bewegung ist dagegen in die Diskussion um die Eindämmung von Spätabtreibungen gekommen. Zunächst hatten die Unionsparteien versucht, mit ihrem Koalitionspartner SPD ein gemeinsames Vorgehen zu verabreden. Nachdem die Verhandlungen aber erfolglos blieben, haben sich Abgeordnete aus der CDU/CSU-Bundestagsfraktion unter Federführung von Johannes Singhammer (CSU)

und Fraktionschef Kauder (CDU) entschlossen, einen eigenen Gruppenantrag einzubringen. Er soll die Beratung bei embryopathisch motivierten Abtreibungen und die statistische Erfassung verbessern. Ein großer Wurf ist das natürlich nicht (s. Beitrag *Wiebe*, S. 83). Aber es ist derzeit die einzige Initiative, die überhaupt Chancen hat, im Bundestag diskutiert zu werden und möglicherweise auch eine Mehrheit zu finden. Ob eine verpflichtende Beratung in der Praxis mehr Schutz für ungeborene Kinder bei Spätabtreibungen bewirken wird, kann man bezweifeln. Die vorgesehene statistische Erfassung ist aber auf jeden Fall zu begrüßen. Sie wird es ermöglichen, diejenigen Fälle der weiten medizinischen Indikation, die auf „echten“ medizinischen Problemen während der Schwangerschaft beruhen, von denen mit embryopathischen Hintergrund zu unterscheiden. Wer könnte sich diesem Erkenntniszuwachs guten Gewissens entgegenstellen?

Rainer Beckmann

Jusitzministerin Roswitha Müller-Piepenkötter, Düsseldorf

„Unantastbar?“ Sterbehilfevereine: Eine Herausforderung für den Rechtsstaat*

„Selbstmord ist ein Ereignis der menschlichen Natur, welches, mag auch darüber schon so viel gesprochen und gehandelt sein, als da will, doch einen jeden Menschen zur Teilnahme fordert, in jeder Zeitepoche wieder einmal verhandelt werden muss.“

Diese Worte stammen von Johann Wolfgang von Goethe, aus seinem Werk „Dichtung und Wahrheit“.

Ja, immer schon haben Menschen sich allein oder mit Hilfe anderer das Leben genommen. Der Suizid ist so alt wie die Menschheit. Liebe, Ehre, Angst, Schuld und Krankheit haben die Menschen in den eigenen Tod getrieben. Die Gesellschaft hat die Selbsttötung moralisch und rechtlich unterschiedlich bewertet. Teils wurde sie geächtet und als feige oder sündhaft bezeichnet. Teils wurde sie als ehrenvoll und Ausdruck sittlicher Freiheit und Verantwortung verstanden.

Auch wir in unserer heutigen Gesellschaft müssen uns mit dem Thema befassen. Wir müssen unsere eigenen Wertungen vornehmen, unsere eigenen Fragen und auch Antworten finden.

Sucht man nach Attributen für unsere heutige Gesellschaft wird man schnell fündig: Wissensgesellschaft, Dienstleistungsgesellschaft. Im Rahmen der Wissensgesellschaft haben wir uns an medizinischen Fortschritt gewöhnt. Krankheiten, die früher den sicheren Tod bedeuteten, können heute vielfach geheilt werden. Ein Segen für die Menschheit. Auch haben wir uns daran gewöhnt, immer älter zu werden. Auch das ist ein Segen für die Menschheit. Eine Folge dieser Entwicklung ist, dass unter uns immer mehr pflegebedürftige Menschen leben. Bis zum Jahr 2030 wird sich ihre Zahl voraussichtlich um ca. 60 Prozent steigern. Und mit dem längeren Leben verlängern sich teilweise auch die Prozesse der Krankheit, des Leidens und des Sterbens. Hier sind glaube ich viele der Meinung, dass das kein Segen mehr ist.

Und wo die Wissensgesellschaft aufhört segensreich zu wirken, da fällt dem Menschen schnell eine Lösung aus der Dienstleistungsgesellschaft ein: In einer Forsa-Umfrage im Auftrag des „Stern“ haben 74 Prozent der Deutschen 2005 gemeint, es solle Ärzten erlaubt sein, Schwerstkranken auf deren Wunsch ein tödliches Mittel zu verabreichen. Nur 20 Prozent der Befragten lehnten aktive Sterbehilfe ab. In einigen westlichen Demokratien haben sich bereits parlamentarische Mehrheiten zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe gefunden.

Seine Vervollständigung findet der Dienstleistungsgedanke schließlich in der Gründung so genannter Sterbehilfevereine, zu nennen sind hier vor allem die Schweizer Vereine Dignitas und Exit sowie die deutsche Tochter von Dignitas, Dignitate. Diese Vereine bieten ei-

nen Komplettservice an. Sie stellen einen Raum und ein tödlich wirkendes Betäubungsmittel zur Verfügung, sie begleiten den Sterbewilligen bis zum Tode und assistieren bei der Tötungshandlung, die der Sterbewillige allerdings selbst vornehmen muss. Schließlich werden auch Bestattungsformalitäten abgewickelt. Das ganze Paket ist erhältlich zu einem Pauschalpreis von einigen tausend Euro.

Jede Gesellschaft muss ihre eigenen Wertungen vornehmen, muss ihre eigenen Fragen und Antworten finden. Wir müssen für uns die Frage beantworten, ob der Staat, ob unsere Gesellschaft ein solches Dienstleistungsangebot kommentarlos hinnehmen kann oder ob unsere Wertungen, unsere Werte nicht ein Einschreiten gebieten.

Unter quantitativen Gesichtspunkten ist der Suizid in Deutschland immer noch weit verbreitet, wenn auch die Anzahl zurückgeht. Während nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 1991 etwas über 14.000 und in 1999 noch gut 11.000 Suizide registriert wurden, lag in 2006 die Zahl erstmals unter 10.000, immer noch höher als die Zahl der Verkehrstoten. Die Dunkelziffer ist freilich unbekannt.

Warum töten sich heute in unserer Gesellschaft so viele Menschen? Gibt Herrmann Hesse eine Antwort, wenn er sagt:

„Was den freiwilligen Tod betrifft: Ich sehe in ihm weder eine Sünde noch eine Feigheit. Aber ich halte den Gedanken, dass dieser Ausweg uns offen steht, für eine gute Hilfe im Bestehen des Lebens und all seiner Bedrängnisse.“

Die Bedrängnisse des Lebens sind es in der Tat, die viele zur Selbsttötung treiben. Häufig spielen krankhafte psychische Störungen eine Rolle. Aber vielfach wird der Suizidversuch auch in einer Verzweiflung des Augenblicks begangen. Die weit überwiegende Zahl der Suizide hat appellativen Charakter.

Der Art und Weise des Suizids sind keine Grenzen gesetzt. Doch in Berührung kommen wir mit ihm nur selten. Bei der Meldung eines Personenschadens während einer Fahrt mit der Deutschen Bahn ahnen wir die Hintergründe nur, stellen aber keine Fragen.

Spektakuläre Einzelfälle

Aber wenn verzweifelte Menschen, die an unheilbaren Krankheiten leiden, die Gesellschaft und den Rechts-

* Der Beitrag entspricht in aktualisierter Fassung dem Vortrag, den die Autorin am 2. Juni 2008 anlässlich des 1. Juristentages im Erzbistum Paderborn in der Katholischen Akademie Schwerte gehalten hat. Der Vortragsstil wurde beibehalten.

staat zu Hilfe bitten, um ein rasches Sterben zu ermöglichen, beginnt die Diskussion über das Ob und Wie der Sterbehilfe in unserer Gesellschaft, über das Ob und Wie eines menschenwürdigen Sterbens.

Anlässlich spektakulärer Einzelfälle wird der Ruf nach staatlicher Unterstützung des sog. „assistierten Suizids“ oder „begleiteten Freitods“ laut.

Bereits in den 80er Jahren hat der Mediziner Prof. Hackethal Aufsehen erregt, als er sich für eine ärztliche Hilfe beim Suizid aussprach und in verschiedenen Fällen selbst den Suizid ermöglichte. Ihnen ist vielleicht noch der Fall der ehemaligen Postangestellten Hermy Eckert in Erinnerung. Sie litt an einem Gesichtstumor. Nach elf Tumoroperationen hatte sie ein Auge und eine Gesichtshälfte verloren. Sie war 69 Jahre alt, als sie 1983 die Praxis von Prof. Hackethal aufsuchte. 6 Jahre Therapie lagen hinter ihr. Mit Hilfe der Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben verschaffte Prof. Hackethal Zyankali, welches Frau Eckert während eines Aufenthalts in seiner Privatklinik einnahm und verstarb. Der Fall hat bundesweit Aufsehen erregt, da zwei Tage vor dem Suizid das ZDF ein Interview von Frau Eckert mit Herrn Prof. Hackethal ausgestrahlt hatte.

In jüngster Zeit hat ein ähnlicher Fall uns alle sehr berührt.

Die 52-jährige Französin Chantal Sébire litt an einem aggressiven, unheilbaren Krebstumor, der ihr Gesicht schwer und irreversibel entstellte. Auch die ehemalige Lehrerin kämpfte vor Gericht darum, ihrem Arzt zu erlauben, ihr eine tödlich wirkende Substanz auszuhändigen zu dürfen. Sie hatte sich in ihrer Verzweiflung sogar in einem öffentlichen Brief an den französischen Staatspräsidenten gewandt. Zwei Tage nachdem das Gericht ihren Antrag endgültig abgelehnt hatte, starb Chantal Sébire an einer Überdosis Barbiturate.

Solchen verzweifelten Menschen wie Frau Eckert und Frau Sébire, aber auch vielen anderen, die sich wahrhaftig oder vermeintlich in einer ausweglosen Situation befinden, gehört unser aller Mitgefühl und sie verdienen jede Hilfe. Aber ist das, was Sterbehilfevereine als Unterstützung zur Selbsttötung anbieten, wirklich Hilfe, wirklich eine Lösung?

Die Frage, ob und inwieweit es ethisch vertretbar ist, Menschen, die den Wunsch geäußert haben, aus dem Leben scheiden zu wollen, durch die Gabe todbringender Substanzen zu helfen, ist sicher schwierig und jeder Arzt, Angehörige, Seelsorger oder Pfleger wird in vergleichbaren Fällen erhebliche Gewissensnöte leiden.

Damit ist aber noch nicht die Frage beantwortet, ob das öffentliche geschäftsmäßige Angebot von Gelegenheiten zur Selbsttötung staatlich gutgeheißen oder untersagt werden darf und soll. Die geäußerten Ansichten reichen von der energischen Befürwortung bis hin zur kategorischen Ablehnung.

Sterbehilfevereine

Die öffentliche Diskussion zum assistierten Suizid wird in den letzten Jahren vor allem im Zusammenhang mit den bereits erwähnten Sterbehilfevereinen EXIT und Dignitas geführt. Das sind aber nur die beiden bekanntesten neben weiteren Personen und Vereinen. Sie tragen im Namen die Worte „humanes Sterben“ oder bezeichnen ihr Programm als Programm für „ein menschenwürdiges Sterben“.

Lassen sie mich – um sachlich zu bleiben – kurz die Vereine an Hand ihrer eigenen Broschüren vorstellen, damit wir wissen, worüber wir sprechen.

EXIT – Vereinigung für humanes Sterben Deutsche Schweiz –

ist ein auf Initiative von Hedwig Zürcher und Walter Baechi 1982 gegründeter Verein, der heute rund 50.000 Mitglieder zählt. EXIT tritt nach den Angaben in ihrer eigenen Broschüre für das Recht des Menschen auf seinen eigenen Tod ein. Zur Umsetzung dieses Rechts hilft EXIT seinen Mitgliedern beim Sterben. Gesuche von Nicht- und Neu-Mitgliedern werden nur in Ausnahmefällen berücksichtigt. EXIT bietet nur Schweizern oder Ausländern mit Wohnsitz in der Schweiz Sterbehilfe an. In den vergangenen Jahren hat EXIT jeweils im Durchschnitt etwas über hundert Menschen pro Jahr in den Tod begleitet. Nach seiner Broschüre verlangt EXIT für eine „Freitodbegleitung“ die Urteilsfähigkeit, die Dauerhaftigkeit des Todeswunsches und eine hoffnungslose Prognose, unerträgliche Beschwerden oder eine unzumutbare Behinderung. Bei einem Besuch eines Mitglieds des Freitodbegleitungsteams wird die Situation im persönlichen Gespräch geklärt. Kann – so die Angaben von EXIT – die Urteilsfähigkeit eindeutig bejaht werden und ist der Todeswunsch Ausdruck einer abschließenden Bilanzierung der Lebenssituation, wird die Rezeptierung des von EXIT verwandten Barbiturats (Natrium-Pentobarbital) veranlasst – entweder über den Hausarzt oder über einen Vertrauensarzt von EXIT. An dem vom betroffenen Menschen festgelegten Termin und in dem von diesem definierten Rahmen bringt ein Mitglied des Freitodbegleitungsteams – in Anwesenheit von Angehörigen und/oder einer Drittperson – das Medikament. Den letzten Schritt – das Trinken des in Wasser aufgelösten Barbiturats oder das Drehen des Infusionshahns – muss der sterbewillige Mensch selber tun.

„**Dignitas**“ tritt auf mit dem Schlagwort „Menschenwürdig leben - Menschenwürdig sterben“.

Der Verein wurde 1998 in Zürich als Verein für sterbewillige Menschen von dem 1932 geborenen Ludwig Minelli gegründet. Er war zunächst als Journalist bei der Schweizer Boulevardzeitung „Blick“ und sodann zehn Jahre als Korrespondent des „Spiegels“ tätig, bevor er Jura studierte und Rechtsanwalt wurde. Die Organisation wendet sich im Gegensatz zu EXIT vorwiegend an Ausländer. Der Verein hat ungefähr 6.000 Mitglieder

aus 52 Ländern. Während rund 850 ihren Wohnsitz in der Schweiz haben, sind es in Deutschland 3.000.

Wer an einer unfehlbar zum Tode führenden Krankheit leidet und seinem Leben und Leiden deshalb freiwillig ein Ende setzen möchte, kann als Mitglied von Dignitas den Verein darum ersuchen, ihm beim Freitod behilflich zu sein. Die Vorbereitung und Durchführung des Freitods kostet den Ausländer rund 7.000 Euro.

Es werden zunächst Gespräche geführt, um abzuklären, ob der Sterbewunsch wirklich einzig dem erklärten Willen des urteilsfähigen Mitglieds entspricht. Sodann muss ein Arzt, in der Regel der Hausarzt oder ein mit Dignitas zusammenarbeitender Schweizer Arzt, sich nach dem Studium der Krankenunterlagen dazu bereit erklären, ein Rezept für das tödlich wirkende Mittel Natrium-Pentobarbital auszustellen. Schließlich wird ein Termin für die Suizidbegleitung vereinbart, den jedoch nach einer Studie 70 Prozent der Mitglieder nicht wahrnehmen. Bevor der Arzt endgültig das Rezept ausstellt, führt er in der Schweiz ein persönliches Gespräch mit dem Sterbewilligen. Die Freitodbegleitung findet sodann in Anwesenheit von Angehörigen und mindesten zwei Zeugen in einer von Dignitas gemieteten Örtlichkeit statt. Den Becher mit dem Natrium-Pentobarbital hat der Betroffene selbst zu trinken. Um den Nachweis der vollen Tathoheit zu führen, wird der letzte Akt im Leben des Mitglieds mit einer Videokamera dokumentiert.

„**Dr. Roger Kusch Sterbehilfe e.V.**“. Dieser Verein verfährt nach einem etwas anderen Muster. Nach seinen eigenen Angaben geht es ihm nur um die Aufklärung der Öffentlichkeit, insbesondere betreffend die Frage nach der Grenze zwischen zulässiger und strafbarer Sterbehilfe. Eigentliche Sterbehilfeleistungen werden nach Vereinsangaben nur von Dr. Roger Kusch persönlich erbracht.

Über die konkrete Anzahl der Fälle, in denen Sterbehilfeorganisationen sterbewilligen Menschen in der Schweiz Beihilfe zum Suizid geleistet haben, liegen keine gesicherten unabhängigen Erkenntnisse vor. Nach Angaben von EXIT und Dignitas steigt die Zahl der Freitodbegleitungen seit Jahren kontinuierlich an.

Rechtliche Bewertung in Europa

Nun zur rechtlichen Bewertung dieser Praktiken in Europa, insbesondere in der Schweiz und in Deutschland. Die nationalen Strafrechtsordnungen bewerten den assistierten Suizid sowie die aktive Sterbehilfe unterschiedlich.

In den **Niederlanden** gilt wohl die weitgehendste Regelung zur Sterbehilfe. Am 1. April 2002 ist dort das Euthanasiegesetz in Kraft getreten. Danach ist aktive Sterbehilfe grundsätzlich strafbar. Auch Anstiftung und Beihilfe zum Suizid ist grundsätzlich strafbar. Das niederländische Strafbuch sieht aber in Artikel 293 Absatz 2 einen besonderen Strafausschlussgrund vor, der eingreift, wenn ein Arzt das Leben eines sich in ei-

nem aussichtslosen und mit unerträglichem Leiden verbundenen Zustand befindlichen Patienten auf dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin beendet, dabei bestimmte Sorgfaltskriterien beachtet und sein Handeln der zuständigen Stelle meldet.

Das Handeln des Arztes wird von einer vom Justiz- und Gesundheitsminister gemeinsam eingesetzten Kontrollkommission geprüft. Bei dieser Prüfung liegt der Schwerpunkt auf dem Handeln des Arztes aus medizinischer Sicht und auf der Art der Entscheidungsfindung. Hat der Arzt den Sterbehilfefall gemeldet und ist die Kontrollkommission nach Prüfung der Unterlagen zu der Überzeugung gelangt, dass der Arzt sorgfältig gehandelt hat, wird die Staatsanwaltschaft nicht verständigt und der Arzt wird nicht bestraft. Wird bei der Prüfung hingegen festgestellt, dass der Arzt nicht sorgfältig vorgegangen ist, werden Staatsanwaltschaft und Gesundheitsbehörde eingeschaltet. Beide prüfen dann, ob der Arzt strafrechtlich verfolgt wird.

Im Einzelnen hat der Arzt folgende Sorgfaltskriterien zu beachten:

Er muss sich davon überzeugt haben, dass der Patient sein Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat und dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist. Er muss den Patienten über seine Situation und über die ärztliche Prognose informiert haben und gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt. Er muss mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben. Dieser muss den Patienten begutachten und schriftlich zur Einhaltung der vorgenannten Sorgfaltskriterien Stellung nehmen und der Arzt muss bei der Lebensbeendigung oder bei der Hilfe zur Selbsttötung mit medizinischer Sorgfalt gehandelt haben.

In den Niederlanden soll also das absolute Tötungsverbot durch eine verfahrensrechtliche Regelung ersetzt werden. Dass ein Patient mit dem Anliegen, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, aus einem anderen Staat in die Niederlande einreist und ihm dort geholfen wird, soll nach Einschätzung des niederländischen Ministeriums für Auswärtige Angelegenheiten nicht möglich sein. Ein behandelnder Arzt könne nämlich nur dann beurteilen, ob sich der Patient in einem aussichtslosen Zustand befinde, unerträglich leide und seine Bitte um Sterbehilfe freiwillig und nach reiflicher Überlegung äußere, wenn er den Patienten gut kenne. Dies setze voraus, dass der Patient bei ihm seit einiger Zeit in Behandlung sei.

Es liegen in den Niederlanden keine gesicherten Informationen über die Gesamtzahl der Fälle vor, in denen aktive Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung geleistet worden sind. Im Jahr 2003 wurden 1.815 Fälle von aktiver Sterbehilfe gemeldet, was einem Rückgang von 300 Fällen im Vergleich zu 2002 entsprach. In den folgenden Jahren stieg die Zahl der gemeldeten Fälle wieder an. Die von Ärzten, Juristen und Ethik-Experten gebil-

deten gesetzlichen Regionalausschüsse zur Überprüfung von Sterbehilfe meldeten im Jahr 2006 1.923 und im Jahr 2007 2.120 Fälle von Lebensbeendigung auf Antrag und von Hilfe zur Selbsttötung. Es ist nicht davon auszugehen, dass alle Fälle erfasst wurden, denn bereits im Jahre 1996 bezifferte das Gesundheitsministerium die Anzahl der nicht gemeldeten Fälle auf 60 Prozent.

In **England** und **Wales** dagegen ist nicht nur aktive Sterbehilfe, sondern nach dem Suicide Act von 1961 auch Beihilfe zum Selbstmord strafbar.

Interessant ist, dass auch in der **Schweiz** anders als in Deutschland Beihilfe zum Selbstmord unter bestimmten Umständen strafbar ist.

In der Schweiz bedroht das Strafrecht jede Tötung und damit auch jede Verkürzung des Lebens eines anderen Menschen mit Strafe. Dieses strafrechtlich sanktionierte Fremdtötungsverbot gilt gemäß Artikel 114 des Schweizerischen Strafgesetzbuchs auch dann, wenn das Opfer in die Tötung einwilligt, ja sie sogar verlangt und der Täter aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid handelt. Selbst die Anstiftung und Beihilfe zum Suizid ist gemäß Artikel 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuchs unter Umständen, strafbar, wenn sie nämlich aus selbstsüchtigen Motiven geschieht. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Justiz der Schweizerischen Eidgenossenschaft zur rechtlichen Zulässigkeit der Tätigkeit von Sterbehilfevereinen öffentlich festgestellt: „Organisationen wie EXIT leisten Suizidbeihilfe im Rahmen dieses Gesetzes. Sie sind nicht strafbar, solange ihnen keine selbstsüchtigen Motive vorgeworfen werden können.“

In der **Bundesrepublik Deutschland** stellt sich die Rechtslage wie folgt dar:

Aktive Sterbehilfe ist ohne Ausnahme strafbar. Wer vorsätzlich tötet und dabei durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden ist, wird gem. § 216 Strafgesetzbuch mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft. Der Suizid ist straflos und, da die Teilnahme an einer Tat nur dann strafbar ist, wenn die Tat selbst strafbar ist, ist auch die Beihilfe und Anstiftung zur Selbsttötung grundsätzlich straflos, sofern die Selbsttötung auf einer freien und eigenverantwortlichen Entscheidung des zum Tode entschlossenen Menschen beruht. Im Grundsatz gilt dies auch für den Vorwurf des Unterlassens.

Änderungen in Deutschland erforderlich?

Nun stellt sich rechtlich die Frage, ob aufgrund der straflosen Beihilfe zum Suizid auch die Tätigkeit eines Sterbehilfevereins in Deutschland zulässig ist. Und es stellt sich die politische Frage, ob wir es bei der liberalen Regelung belassen können und wollen, oder ob Änderungen erforderlich sind.

Anlass zur Fragestellung bietet sich ganz konkret: Dignitate hat 2005 in Hannover unter dem Namen Dignitate

einen Verein nach deutschem Recht gegründet. Dignitate wartet noch auf den juristischen Präzedenzfall, auf die Chance, die Dienstleistung Sterben auch bei uns anbieten zu können. Die deutsche Gesellschaft für humanes Sterben propagiert die Zulassung ebenso wie der frühere Hamburger Justizsenator Kusch, der einen eigenen Verein „Dr. Roger Kusch Sterbehilfe e.V.“ gegründet hat. Im Juni dieses Jahres ist es dann zum ersten Präzedenzfall gekommen. In medienwirksamer Weise hat Roger Kusch seinen „ersten Fall“ einer Hilfeleistung zur Selbsttötung präsentiert. Die Verstorbene war eine ältere Dame, die weder schwerstkrank noch bedürftig, jedoch lebensmüde war. Die Hilfeleistung durch Herrn Kusch war offenbar dergestalt, dass sie strafrechtlich ohne Konsequenzen bleiben wird. Die Staatsanwaltschaft Würzburg hat jedenfalls nach Presseangaben einen Anfangsverdacht verneint.

Vordergründig könnte man daher zur rechtlichen Zulässigkeit von Sterbehilfevereinen sagen: Da nach dem geltenden Strafrecht die Beihilfe zum Suizid straflos ist, dürfte auch die von den Sterbehilfevereinen angebotene Freitodbegleitung – vorbehaltlich einer Prüfung im Einzelfall – als straflose Teilnahme am Suizid straflos sein, sofern die zum Tode führende Handlung auf einem frei verantwortlichen Willensentschluss des Sterbewilligen beruht und er die Herrschaft über die Tatbegehung behält.

Aber: Das Veranlassen, Fördern oder Nichtverhindern einer Selbsttötung kann durchaus auch eine Fremdtötung in mittelbarer Täterschaft durch Unterlassen sein. Wer bei einem Suizidversuch anwesend ist und dann, wenn der Suizident das Bewusstsein und damit die Tatherrschaft verloren hat, nicht sofort Rettungsmaßnahmen in die Wege leitet, kann sich unter Umständen wegen Totschlags strafbar machen.

Voraussetzung ist jedoch, dass er gegenüber dem Betroffenen eine Garantenpflicht innehat. Eine solche besteht regelmäßig gegenüber Verwandten oder Ehepartnern. Aber auch ein Arzt, der durch ein Arzt-Patientenverhältnis mit einem Menschen verbunden ist, kann eines Tötungsdelikts wegen Unterlassung beschuldigt werden. Eine Ausnahme von dieser Strafbarkeit soll nur bestehen, wenn von einem so gen. Bilanzsuizid gesprochen werden kann, also erkennbar ist, dass ein vollständig freiwilliger Suizid vorliegt.

Schließlich gibt es – unabhängig von dieser Garantenpflicht – die allgemeine Verpflichtung zur Hilfeleistung bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not gemäß § 323 c StGB. Die durch die Selbsttötungshandlung geschaffene Gefahrenlage ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ein Unglücksfall.

Diese strafrechtlichen Regelungen stehen allerdings der Tätigkeit von Sterbehilfevereinen nicht generell entgegen. Sie haben nur Einfluss auf die Art und Weise der Sterbebegleitung im Zeitpunkt der Einnahme des tödlichen Mittels. Um keinem Risiko der Strafverfolgung wegen unterlassener Hilfeleistung oder gar wegen Bege-

hung eines Tötungsdelikts durch Unterlassung ausgesetzt zu sein, wählen die Sterbehilfevereine vorwiegend Natrium-Pentobarbital als Tötungsmittel. Dieser Stoff führt derartig schnell zu einem irreversiblen Todesverlauf, dass jegliche Hilfe unmöglich und damit auch ein strafrechtlicher Vorwurf ausgeschlossen ist. Ansonsten müsste der Helfer den Suizidenten jedenfalls allein lassen, solange dieser noch bei Bewusstsein ist.

Wesentlich für die strafrechtliche Beurteilung des Verhaltens von Sterbehilfevereinen ist damit, ob das von den Sterbehilfevereinen verwandte Natrium-Pentobarbital in Deutschland verabreicht werden darf.

Die Frage ist leicht mit nein zu beantworten. Natrium-Pentobarbital unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz. Sein Erwerb bedarf der Erlaubnis. Diese Erlaubnis wird regelmäßig versagt werden, wenn nicht die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden, sondern das Betäubungsmittel einem unheilbar Schwerstkranken zum freien Suizid verhelfen soll.

Das Barbiturat darf in Deutschland nach geltender Rechtslage nicht von einem Arzt mit dem Zweck der beabsichtigten Selbsttötung verschrieben werden. Der Versuch, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in Bonn zu verklagen, eine tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital zur Verfügung zu stellen, ist bislang gescheitert. Das Verwaltungsgericht Köln hat rechtskräftig entschieden, dass eine entsprechende Verweigerung des Bundesinstituts rechters war.

Sollte gleichwohl ein Sterbehilfeverein in Deutschland die tödlich wirkende Substanz bereitstellen, droht jedenfalls eine Strafbarkeit wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz.

Das allein klärt aber immer noch nicht die Frage, ob die Tätigkeit von Sterbehilfevereinen in Deutschland zulässig ist. Die Methodik der Selbsttötung ist vielfältig. Allein die Rechtswidrigkeit der Verwendung von Natrium-Pentobarbital begründet nicht die Rechtswidrigkeit von Sterbehilfevereinen.

An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass in jüngster Zeit auch über andere Selbsttötungsmethoden bei Dignitas berichtet wurde. So informierte „Die Welt“ im März dieses Jahres, dass Dignitas Sterbewilligen rate, eine Plastiktüte über den Kopf zu stülpen und Luftballongas – Helium – einzuatmen. Auf diese Weise wolle man die Verschreibungspflicht und damit Kontrolle der Ärzte umgehen. Roger Kusch hat zudem der Öffentlichkeit einen „Selbsttötungsapparat“ präsentiert, der es auch ohne Anwesenheit eines Sterbehelfers dem Suizidenten ermöglicht, sein Ziel zu erreichen.

Unabhängig von Fragen der Zulässigkeit nach dem Betäubungsmittelgesetz wird man daher zu prüfen haben, ob Sterbehilfevereine rechtlich zulässig sind und bleiben sollen. Aus der Strafflosigkeit der Selbsttötung und Teilnahme an dieser folgt jedenfalls kein subjektiv geschütztes Recht, sich selbst das Leben zu nehmen und andere dabei zu unterstützen.

Sterbehilfevereine berufen sich auf das Recht, menschenwürdig zu sterben. Sie berufen sich auf das Selbstbestimmungsrecht des Menschen im Leben und im Sterben.

Menschenwürde versteht EXIT etwa als etwas, das dem Menschen zukommt aufgrund der Einigkeit seines Menschseins. Diese Würde sehe man bedroht, wenn ein Mensch in der Phase des Verfalls seiner körperlichen und/oder geistigen Kräfte zum manipulierten Objekt ärztlicher Fremdbestimmung werde. Die Frage des Verfügungsrechts über das eigene Leben bleibe immer eine Gewissensentscheidung des betroffenen Menschen – er sei Ausdruck seiner Autonomie und damit seiner Würde.

Und Herr Minelli bezeichnet das Recht auf ein selbst bestimmtes Sterben in Würde denn auch als das letzte Menschenrecht. Dienen Sterbehilfevereine der Wahrnehmung von Menschenrechten? Leiten Sterbehilfevereine ihre Berechtigung aus der Würde des Menschen ab?

Die Würde des Menschen ist unantastbar, so steht es in Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes. Die Würde des Menschen ist der höchste Rechtswert innerhalb unserer Verfassungsordnung. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

Es stellt sich damit für uns die Frage, ob von Verfassungs wegen aus dem Recht auf ein menschenwürdiges Leben und Sterben auch ein Recht folgt auf ein Sterben, bei dem der Sterbende den Zeitpunkt und die Art und Weise seines Todes selbst festlegt.

Bei der rechtlichen Bewertung von Konfliktentscheidungen im Grenzbereich zwischen Leben und Tod herrscht durchaus auch juristische Meinungsvielfalt.

Verfassungsrechtliche Fragen

Einig sind sich Rechtsprechung und Literatur im Ergebnis über den verfassungsrechtlichen Bestand des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Dieses Selbstbestimmungsrecht schließt die Selbstbestimmung zum natürlichen Tode, d. h. die Verweigerung ärztlicher Behandlung, mit ein. Und so kann man sagen, dass die Befugnis zur selbst bestimmten Lebens- und Sterbensgestaltung verfassungsrechtlich verbürgt ist.

Teilweise wird dieses Selbstbestimmungsrecht als Bestandteil des in Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz verorteten allgemeinen Persönlichkeitsrechts angesehen.

Das Bundesverfassungsgericht hingegen leitet die freie Selbstbestimmung des Patienten aus dem in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz gewährleisteten Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit ab. Aus Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz folgt eine Schutzpflicht des Staates für das Leben, die ihm gebietet, sich schützend und fördernd vor das Leben zu stellen. Dieses Grundrecht schütze – so das Bundesverfassungsgericht – die Unversehrtheit des Menschen nicht lediglich nach Maßgabe seines jeweiligen konkreten Gesundheits- oder Krankheitszustands; es gewährleiste zuvörderst Freiheitsschutz im Bereich der

leiblich-seelischen Integrität des Menschen, beschränke sich aber nicht auf speziellen Gesundheitsschutz. Auch der Kranke oder Versehrte habe das volle Selbstbestimmungsrecht über seine leiblich-seelische Integrität.

Die Einzelheiten freilich sind unklar und problematisch. Das Selbstbestimmungsrecht steht in einem Spannungsverhältnis zum Lebensschutz. Darauf beruhen auch die gegenwärtigen politischen Auseinandersetzungen.

Einerseits besteht der verfassungsrechtlich in Art. 2 Abs. 2 i.V.m. Art 1 Abs. 1 GG verankerte Auftrag des Staates, das Leben nicht nur als höchstpersönliches Rechtsgut jedes Einzelnen, sondern auch als objektives Prinzip zu schützen, andererseits besteht das ebenfalls verfassungsrechtlich abgesicherte Prinzip des Respekts vor der freien, eigenverantwortlichen Entscheidung des Einzelnen. Diese Schutzpflicht des Staates kann im Einzelfall dem Selbstbestimmungsrecht zuwider laufen.

Wenn auch immer wieder versucht wird, zur Klärung dieser Fragen auf die Menschenwürde abzustellen, so ist das nicht unproblematisch.

Die Würde des Menschen selbst gewährleistet körperliche Integrität und personale Identität gleichermaßen. Die Würde des Menschen wird sowohl zur Begründung der Selbstbestimmung, als auch zur Begründung der staatlichen Schutzpflicht über das Leben benannt. Und nicht zuletzt die besondere Normstruktur und das Konkurrenzverhältnis der Würde des Menschen zu den anderen Grundrechten macht es schwierig, Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz zum Entscheidungsmaßstab zu machen. Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz steht in einem Verhältnis der Spezialität und Subsidiarität zu den anderen Grundrechten. Unabhängig von der Frage, wie das Selbstbestimmungsrecht und die Würde des Menschen in die Dogmatik des Verfassungsrechts eingeordnet wird, sind folgende Fälle der Sterbehilfe und Sterbebegleitung verfassungsrechtlich geklärt:

Ein aus der Verfassung begründeter Anspruch auf aktive Sterbehilfe wird einhellig abgelehnt. Im Gegenteil: die Verfassung steht gerade dagegen. Der Verfassungsrechtler Kunig argumentiert treffend, dass jegliche Formen aktiver Sterbehilfe einem durch Art. 1 Abs. 1 GG fixierten unverzichtbaren moralischen Grundkonsens unserer Verfassung widersprächen.

Passive Sterbehilfe hingegen soll verfassungsrechtlich zulässig sein: Weder die Krankheit noch der ärztliche Heilauftrag begründen ein eigenständiges Behandlungsrecht des Arztes. Das Selbstbestimmungsrecht umfasst daher das Recht auf Ablehnung lebensverlängernder und gesundheitserhaltender Maßnahmen – unabhängig von der ärztlichen Indikation der Behandlung.

Spannungsverhältnis zwischen Lebensschutz und Selbstbestimmung

Wie ist nun das Spannungsverhältnis zwischen Lebensschutz und Selbstbestimmung bei der organisierten Bei-

hilfe zum Suizid zu beurteilen? Folgt aus der Würde des Menschen, folgt aus seinem Selbstbestimmungsrecht, das Recht auf eine staatliche Unterstützung der Sterbehilfevereine?

Bundesgerichte und das Bundesverfassungsgericht hatten diese Frage noch nicht zu entscheiden. Und so möchte ich einen Abstecker auf die Europäische Menschenrechtskonvention machen.

Die EMRK sieht in Art. 2 das Recht auf Leben und in Artikel 8 das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens vor. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hatte sich mit der Auslegung dieser Menschenrechte anlässlich des auch in der Presse bekannt gewordenen Falles von Diane Pretty zu befassen (NJW 2002, 2851). Die Britin, Diane Pretty, Mutter von zwei Kindern, Anfang 40, litt an der unheilbaren Motoneuron-Erkrankung ALS (Amyotrophe Lateralsklerose) und war vom Hals ab gelähmt. Sie wurde durch eine Sonde ernährt. Sie hatte in mehreren britischen Instanzen vergebens darum gekämpft, mit Hilfe ihres Mannes sterben zu können. Das britische Recht – wie bereits erwähnt – verbietet aktive Sterbehilfe und hält auch die Beihilfe zum Selbstmord für strafbar. Frau Pretty war allein nicht mehr in der Lage, einen Suizidversuch zu unternehmen. Ihr Ehemann sollte ihr dabei behilflich sein. Da das britische Recht für Beihilfe zum Suizid eine Freiheitsstrafe bis zu 14 Jahren androht, verlangte Frau Pretty die vorherige Genehmigung zur Beihilfe seitens der staatlichen Behörden, die ihr verweigert worden war.

Auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat ihrem Petition nicht entsprochen. Nach seiner Auffassung könne Art. 2 EMRK nicht so ausgelegt werden, dass er das diametral entgegen gesetzte Recht, nämlich das Recht zu sterben, begründe. Es könne ihm auch nicht ein Recht auf Selbstbestimmung mit dem Ziel an Stelle des Lebens den Tod zu wählen entnommen werden und deshalb sei es nicht willkürlich, wenn ein Gesetz der Bedeutung des Rechts auf Leben Rechnung trägt, indem es Beihilfe zum Selbstmord verbietet und ein System der Durchsetzung und Aburteilung vorsieht, das es erlaubt, in jedem Einzelfall dem öffentlichen Interesse an einer Strafverfolgung Rechnung zu tragen sowie den fairen und angemessenen Anforderungen an Sühne und Abschreckung. Es sei in erster Linie Aufgabe der Staaten, die Gefahr und die Wahrscheinlichkeit von Missbräuchen zu beurteilen, wenn das allgemeine Verbot der Beihilfe zum Selbstmord gelockert werde oder wenn Ausnahmen vorgesehen würden. Dass die Gefahr von Missbräuchen bestehe, sei klar, auch wenn man mögliche Sicherungen und Schutzmaßnahmen in Betracht ziehe.

Was folgt daraus? Ein zwingender Vorrang des Selbstbestimmungsrechts kann nicht ausgemacht werden. Ein gar menschenrechtliches Gebot, Sterbehilfevereine zu unterstützen, zu fördern oder nur zuzulassen, wird man keineswegs für gegeben ansehen. Vielmehr dürfte das Gegenteil der Fall sein. Entscheidet sich ein Staat für

das Verbot organisierter Sterbehilfevereine so steht ihm die EMRK nicht entgegen, er füllt vielmehr den vom Europäischen Menschenrechtsgerichtshof aufgezeigten Beurteilungsspielraum und damit seine Verantwortung für das Leben aus.

Auch die uns zunächst als so überaus tolerant erscheinende Schweiz sieht das nicht anders. Lassen sie mich kurz aus den Gründen einer Entscheidung des Schweizerischen Bundesgerichts vom 3. November 2006 berichten: Zum Selbstbestimmungsrecht im Sinne von Art. 8 Ziff. 1 EMRK gehöre auch das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden; dies zumindest, soweit der Betroffene in der Lage sei, seinen entsprechenden Willen frei zu bilden und danach zu handeln. Dennoch gelte es vom Recht auf den eigenen Tod in diesem Sinn den Anspruch auf Beihilfe zum Suizid seitens des Staates oder Dritter abzugrenzen. Ein solcher Anspruch des Sterbewilligen auf Beihilfe zur Selbsttötung oder gar aktive Sterbehilfe, lasse sich aus Art. 8 EMRK nicht herleiten. Das verfassungsrechtlich geschützte Recht auf Leben dürfte den Staat jedenfalls als Minimalvorgabe vorab dazu verpflichten, durch ein geeignetes Verfahren sicherzustellen, dass ein allfälliger Entscheid über die Beendigung des Lebens tatsächlich dem freien Willen des Betroffenen entspreche – so das Schweizerische Bundesgericht. Lebensschutz durch Verfahrensschutz – dies ist auch im deutschen Verfassungsrecht eine beliebte Sicherung von Menschen- und Grundrechten.

Das Schweizerische Bundesgericht hat gezeigt, dass sich die Schweiz dem Thema Sterbehilfe durchaus kritisch und mit hoher ethischer Verantwortung stellt. Und so wundert es nicht, dass die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin der Schweiz Sorgfaltskriterien und eine staatliche Aufsicht für die Sterbehilfe-Organisationen fordert (Stellungnahme Nr. 13/2006 „Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe“). Verschiedene Mindestanforderungen werden genannt, die erfüllt sein müssen, damit aus ethischer Sicht Beihilfe zum Suizid geleistet werden darf. Die Anforderungen beziehen sich im Wesentlichen auf die Abklärung des Suizidwunschs. Darüber hinaus wird klargestellt, dass psychisch kranken Menschen, bei denen der Suizidwunsch ein Ausdruck oder Symptom der Erkrankung ist, keine Beihilfe zum Suizid gewährt werden soll.

Lassen sie mich festhalten: Es gibt keinen verfassungs- oder menschenrechtlichen Anspruch auf staatliche Anerkennung oder Unterstützung des Suizids – weder nach der EMRK noch nach dem Grundgesetz. Wenn auch vertreten werden mag, der Einzelne könne sich zur Begründung eines Sterbens in Würde auf Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz berufen, so verschließt sich jedem Sterbehilfeverein diese Möglichkeit.

Lassen sie mich eine klare Passage aus dem Bericht unserer Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ zitieren:

„Zu einem würdigen Leben und Sterben gehört die Achtung vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und seiner Angehörigen. Sie dürfen nicht zu bloßen Objekten medizinischen oder pflegerischen Handelns gemacht werden. Zur Menschenwürde gehört es, sein eigenes Leben und seinen eigenen Tod sterben zu dürfen. Dieses Recht bedeutet nicht, den Zeitpunkt des eigenen Todes bestimmen zu können, sondern dass innerhalb des natürlichen Sterbeprozesses die Wünsche und Bedürfnisse des Einzelnen bis zu seinem letzten Atemzug ernst genommen und berücksichtigt werden.“

Jede Form einer staatlich legalisierten ärztlichen Tötungspraxis kann es nach unserer Grundordnung daher nicht geben. Es gilt zu unterscheiden zwischen der individuellen Entscheidung eines Einzelnen und einem staatlich tolerierten Dienstleistungsangebot von Sterbehilfevereinen. Die institutionalisierte Förderung der Selbsttötung – wenn auch nur für einen engen Personenkreis sterbenskranker Menschen gedacht – würde eine Relativierung der Bedeutung des Lebens und der Lebenserhaltung im gesellschaftlichen Bewusstsein zur Folge haben. Die Individualität des Geschehens ist aufgehoben, wenn Sterbehilfe durch Vereine oder geschäftsmäßig handelnde Einzelpersonen organisiert wird.

Gefahren der organisierten Suizidhilfe

Die staatliche Pflicht, das Leben zu schützen, ist in besonderer Weise gefordert, wenn eine hohe Gefahr des Missbrauchs des Selbstbestimmungsrechts, des Rechts auf ein selbst bestimmtes Sterben, zu Lasten des Lebens droht. Von einer solchen Gefahr dürfen wir ausgehen. Die Missbrauchsgefahr bei Sterbehilfevereinen ist schier unendlich.

Ich denke an den Missbrauch, der sich aus einer Überalterung unserer Gesellschaft ergibt: Kranke und Alte werden in einer vom jugendlichen Schönheitswahn und Leistungsdenken geprägten Gesellschaft oft als nutz- und wertlos empfunden oder empfinden sich selbst als Last. Nicht selten werden Alte und Kranke nur noch als Last für die Gesellschaft und als Kostenfaktor in der Pflege- und Krankenversicherung bezeichnet. Wir diskutieren die Rationierung von Intensivmedizin. Da mag der ein oder andere den Suizid nicht nur als eigene, sondern gar als von der Gesellschaft gewünschte Form der Lebensbeendigung empfinden. Ein solches Empfinden wird nur verstärkt, wenn Sterbehilfevereine rechtlich zulässig sind.

Von Johannes Rau stammen die Worte: „Wo das Weiterleben nur eine von zwei legalen Optionen ist, wird jeder rechenschaftspflichtig, der anderen die Last seines Weiterlebens aufbürdet.“ Wer wie die Sterbehilfevereine die Möglichkeit der organisierten und institutionalisierten Selbsttötung proklamiert, und hierfür eintritt, der erhöht den Druck, der erhöht die Rechenschaftspflicht der Leidenden, der Verzweifelten und der Pflegebedürftigen. Nicht ohne Grund wird Roger Kusch betonen, dass

die Dame, die sich als sein „erster Fall“ das Leben nahm, weder leidend noch bedürftig war. Denn damit lenkt er von der Tatsache ab, dass eine breit organisierte Sterbehilfe v. a. diese Bevölkerungsgruppen treffen wird.

Auch scheint es mir nicht fern liegend, dass der „ordentlich organisierte Freitod“ manch einem im persönlichen Umfeld des möglicherweise Sterbewilligen die Gewissenslast bei der Frage erleichtert, ob er zur Selbsttötung eher zu- oder abraten sollte. Sterbehilfevereine stellen aus meiner Sicht auch wegen ihrer mehrfach bewiesenen Öffentlichkeitswirksamkeit noch einen großen Qualitätsunterschied zu dem individuellen Sterbehelfer dar, der in einem einzelnen verzweifelten Fall – jetzt drücke ich es wieder strafrechtlich aus – Beihilfe zur Selbsttötung leistet.

Ich denke aber auch an den Missbrauch, der Sterbehilfevereinen selbst immanent ist: Im Zusammenhang mit der Tätigkeit der Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas haben uns Berichte über Suizidenten erreicht, die nach der Verabreichung tödlich wirkender Medikamente unter qualvollen Schmerzen gestorben sein sollen. Wir haben von Menschen erfahren, die ihrem Leben mit Hilfe von Dignitas unter unwürdigen Umständen auf Parkplätzen ein Ende gesetzt hätten. In einigen Fällen ist der Verdacht entstanden, der geäußerte Wille zur Selbsttötung sei nicht in jedem Fall sorgfältig geprüft worden. Unter den Suizidenten hätten sich auch Menschen befunden, die an einer psychischen Krankheit litten und daher möglicherweise nicht in der Lage waren, die Tragweite ihrer Entscheidung zu überblicken.

Sterbehilfeorganisationen erheben neben ihren Mitgliedsbeiträgen zusätzlich für ihre jeweiligen Einzelleistungen Gebühren. In der Schweiz soll es zudem bereits mehrfach dazu gekommen sein, dass ergänzend Erbeinsetzungen oder Schenkungen an die jeweilige Organisation in einer Größenordnung zwischen 20.000 und 130.000 EUR erfolgt sind.

Notwendigkeit des gesetzgeberischen Einschreitens

Wenn die reale Gefahr besteht, dass Menschen, deren Entschlussfreiheit möglicherweise aufgrund psychischer Störungen, Depressions- oder Suchterkrankungen oder einfach nur bloßer Irrtumslagen eingeschränkt ist, sich in einer scheinbar aussichtslosen Situation ohne ausreichende Möglichkeit der Erfahrung und Abwägung von Alternativen für einen Freitod entscheiden, kann und darf der Gesetzgeber dem nicht tatenlos gegenüberstehen. Selbst wenn nur in vereinzelt Fällen ernsthafte Zweifel an der Ernstlichkeit des Tötungsverlangens angebracht sind, bin ich der Auffassung, dass die hohe Bedeutung des Rechtsguts Leben ein gesetzgeberisches Einschreiten erforderlich macht.

Wegen des verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsprinzips ist die Normierung eines Straftatbestandes zwar erst dann erforderlich und geboten, wenn der Schutz ei-

nes Rechtsgutes nicht auf andere Weise wirksam gewährleistet werden kann. Das Strafrecht ist insoweit per se fragmentarisch und kann und will keinen lückenlosen Schutz bieten. Daher sind auch allein klarstellende Änderungen der bestehenden Rechtslage in einem hoch sensiblen Bereich, wie dem der Sterbehilfe, nur mit größtmöglicher Vorsicht vorzunehmen.

Was die organisierte Sterbehilfe angeht, verlangt jedoch das hohe Rechtsgut Leben in einer Gesamtabwägung das Einschreiten des Strafrechtsgesetzgebers. Nach meiner persönlichen Einschätzung wird eine staatliche Aufsicht über Sterbehilfevereine – wie die Schweiz es vorsieht – nicht ausreichen, um dem staatlichen Auftrag zum Lebensschutz gerecht zu werden. Die Bemühungen um eine gesetzliche Regelung unterstütze ich deshalb durch meine Arbeit tatkräftig.

Ein erster Vorschlag zu einer Gesetzesinitiative zielte darauf ab, die geschäftsmäßige Vermittlung und Verschaffung von Gelegenheiten zur Selbsttötung unter Strafe zu stellen. Dabei sollte in subjektiver Hinsicht zur Erfüllung des Tatbestandes das Vorliegen eines Eventualvorsatzes ausreichen. Das hätte jedoch bedeutet, dass unter Umständen auch Ärzte und Pflegekräfte im Bereich der palliativen und hospiziellen Behandlung von sterbenskranken Menschen der Gefahr einer Strafverfolgung ausgesetzt gewesen wären.

Im Jahr 2006 ist vom Saarland, dem Freistaat Thüringen und dem Land Hessen in den Bundesrat ein Gesetzesantrag eingebracht worden, der die Schaffung eines Straftatbestandes zur Ahndung geschäftsmäßiger Förderung von Selbsttötung mit folgendem Inhalt vorsieht:

„§ 217 StGB-E

Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit vermittelt oder verschafft, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

Durch die auf mein Betreiben in die Tatbestandesformulierung aufgenommene Beschränkung der Strafbarkeit auf die absichtliche Förderung der Selbsttötung ist sichergestellt, dass auf das Lindern von Schmerzen abzielendes Handeln im Rahmen der Palliativmedizin auch künftig von Strafe ausgenommen ist. Ziel der palliativen Behandlung ist es ja gerade nicht, den Todeseintritt herbeizuführen oder zu beschleunigen, sondern sie erfolgt mit dem Willen, das Leiden erträglicher zu machen.

Nach der Begründung des Gesetzesantrags handelt geschäftsmäßig, wer die Wiederholung gleichartiger Taten zum Gegenstand seiner Beschäftigung macht, und zwar auch dann, wenn er dabei ohne Einverständnis handelt. Daher stehe grundsätzlich auch die nicht entgeltliche Hilfeleistung oder die Hilfeleistung aus ideellen Motiven unter Strafandrohung, soweit sie in organisierter oder gleichartig wiederkehrender Form erfolgt.

Mit dieser Definition wird das Tatbestandsmerkmal der Geschäftsmäßigkeit klar umrissen und mithin inhaltlich

hinreichend konkretisiert. Dadurch ist sichergestellt, dass auch künftig Teilnahmehandlungen von Strafe ausgenommen sind, die in schweren persönlichen Konfliktlagen von Menschen erbracht werden, die dem Sterbewilligen nahe stehen.

Im Zuge des noch andauernden Gesetzgebungsverfahrens ist der Vorschlag unterbreitet worden, in Anlehnung an die Straftatbestände der Bildung krimineller bzw. terroristischer Vereinigungen einen Organisationsstrafatbestand auch für Sterbehilfevereinigungen zu schaffen. Mit bis zu drei Jahren strafbar soll danach die Gründung einer Vereinigung sein, deren Zweck oder Tätigkeit darauf gerichtet ist, anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung zu gewähren oder zu verschaffen, während die einzelne Tat straflos bleiben soll.

Ich habe insoweit Bedenken. Wie bereits erwähnt, besteht eine Gefahr für suizidgelegte Menschen nicht nur – wie der Änderungsvorschlag vermuten lässt – durch Sterbehilfevereinigungen, die aus mehreren Personen bestehen. Sie erstreckt sich auch auf die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung durch Einzelpersonen. Diese Problematik hat auch Roger Kusch bereits erkannt und darauf reagiert. Leistungen der Sterbehilfe erbringt er ausdrücklich nur persönlich, während der nach ihm benannte Verein nach seinem Vereinszweck lediglich Öffentlichkeitsarbeit leistet. Die von mir zunächst nur vorhergesehene Umgehung des Vereinigungsverbots hat hier einen ersten Präzedenzfall.

Wir benötigen daher keine „lex Dignitate“. Es bedarf einer gesetzlichen Regelung, die wirksam verhindert, dass Menschen in von ihnen als ausweglos empfundenen Situationen zum Opfer von Personen werden, die möglicherweise nicht allein aus altruistischen Motiven handeln, sondern auch eigene finanzielle – oder möglicherweise auch nur ideelle – Interessen verfolgen.

Die Landesjustizministerien sind sich in ihrem Ziel einig, die organisierte Sterbehilfe zu unterbinden. Um auch einen gemeinsamen Weg zu diesem Ziel zu beschreiten, hat sich der Bundesrat in seiner diesjährigen Juli-Sitzung entschlossen, noch nicht über die vorliegenden Gesetzentwürfe abzustimmen, sondern weiter nach einer effektiven und gemeinsamen Lösung zu suchen. Dieser Wille nach Gemeinsamkeit wurde in einem von dreizehn Ländern eingebrachten Entschließungsantrag dokumentiert, der auch von Nordrhein-Westfalen unterstützt wurde. Ich hoffe, dass die Bemühungen auch um eine gemeinsame gesetzliche Regelung bald von Erfolg gekrönt sein werden, sodass der Staat diesem als schädlich erkannten Tun von Sterbehilfevereinen und organisierten Sterbehelfern entschieden entgegen treten kann.

Meine Damen und Herren, lassen wir uns nicht von Sterbehilfevereinen Suizidhilfe als Lebensschutz verkaufen, lassen wir es nicht zu – so die Worte des Vorsitzenden der Schweizerischen Bischofskonferenz Kurt Koch –,

dass der Staat zum Komplizen der Hoffnungslosigkeit wird, wenn Menschen sich das Leben nehmen, um nicht sterben zu müssen.

Dr. med. Hans Thomas, Köln

„Hirntod“: ungewisses Todeszeichen, aber Organentnahme erlaubt?

Im April 2007 hat der Nationale Ethikrat – als quasi letzte Amtshandlung vor seiner Ablösung durch den Deutschen Ethikrat – eine grundlegende gesetzliche Neuregelung der Organspende vorgeschlagen, um dem herrschenden Mangel an Spenderorganen abzuwehren. Mediziner sollen „Hirntoten“ (der Ethikrat spricht von *Verstorbenen*) im Zweifelsfall immer Organe entnehmen dürfen, um Schwerstkranken mit einer Transplantation das Leben zu retten. Der Spender oder seine Angehörigen müssen dies nach dem Vorschlag des Gremiums ausdrücklich ablehnen, ansonsten gelte das Schweigen als Zustimmung. Gemäß dem 1997 in Kraft getretenen Transplantationsgesetz gilt, dass der Spender persönlich zugestimmt haben muss (z. B. durch einen Organspendeausweis). Äußert sich jemand nicht, sollen dem Vorschlag des Nationalen Ethikrates zufolge seine Organe im Todesfall entnommen werden können, sofern die Angehörigen nicht ausdrücklich widersprechen. Fehlender Widerspruch gilt also als Zustimmung.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes von 1997¹ wurde über den Hirntod als Todeszeichen nicht mehr breit diskutiert. Das könnte daran liegen, dass die Kernfrage nach dem Tod des Menschen nicht eindeutig entschieden wurde. Nach dem Gesetz ist der Tod des Organspenders Voraussetzung für eine Explantation und der Tod soll „nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft“ festgestellt worden sein (§ 3 Abs. 1 Nr. 2 TPG). Die entsprechenden Richtlinien der Bundesärztekammer zur Todesfeststellung gehen von der Zerstörung des gesamten Gehirns aus („Ganzhirntod“).

Die Diskussion in Deutschland vor dem Transplantationsgesetz

Vor und während des Gesetzgebungsverfahrens, also vor November 1997, gab es in Deutschland in Sachen Transplantationsethik eine breite, erhitzte Debatte. Im Mittelpunkt standen zwei Themenkomplexe. Erstens die Frage, ob ein Hirntoter nun eigentlich tot ist oder nicht.

¹ Zum Text vgl. <http://www.medizinrecht.de/gesetze/transplantationsgesetz.htm>

Zweitens die Frage, welche Relevanz der Einwilligung des Organspenders zukommt und welche Anforderungen erfüllt werden müssen, um sich dieser Zustimmung zu vergewissern. Beide Fragen waren schon damals nicht unabhängig voneinander.

Der tatsächliche Ablauf sowohl der fachlichen wie der öffentlichen Diskussion zu beiden Fragekomplexen hat – bei aller Vollständigkeit der ausgetauschten Argumente – gezeigt, wie wünschenswert es wäre, solch grundsätzliche Fragen nicht unter dem politischen Druck von Gruppeninteressen klären zu müssen. Aus dieser Erfahrung seien vorab zwei Bemerkungen zu ethischen und rechtlichen Diskussionen über medizinische Grenzfragen erlaubt:

1. Unter den Bedingungen des herrschenden „Wertpluralismus“ (der in Wirklichkeit ein Pluralismus der *Wertvorstellungen* ist) wird der so genannte ethische Diskurs – das gilt auch für die Entscheidungsfindungen in institutionalisierten Ethik-Kommissionen – unvermeidlich zu einer rechtlichen, wenn nicht politischen Diskussion. Die Teilnehmer müssen sich bereits bei Eintritt wechselseitig verschiedene Auffassungen darüber zubilligen, was richtig und falsch, gut und böse oder zulässig und unzulässig ist – und diese Positionen als für den Diskurs gleich gültig anerkennen. Dies bedeutet, dass die ethische Reflexion der einzelnen Teilnehmer dem Diskurs vorausgeht, jedenfalls außerhalb stattfindet – oder auch nicht stattfindet. Zweck der Diskussion ist dann die Suche nach Gemeinsamkeiten, idealtypisch nach Konsens. In der Wirklichkeit genügt die Suche nach einer Mehrheit, wie in der Politik.²

2. Der zur rechtlichen Diskussion gewandelte ethische Diskurs neigt, zumal wenn er unter dem Druck von Interessen geführt wird, zu zweckrationalen Argumenten, und dies bei medizinisch-ethischen Fragen auf zwei Ebenen, erstens auf der medizinisch-fachlichen, zweitens auf der juristischen Ebene.

Medizinische Ebene: Beispiel In-vitro-Fertilisation. Als Praxis hat sie sich gegen die Bedenken des Embryonenschutzes durchgesetzt wegen des Interesses an Retortenbabys und des noch stärkeren Interesses an Forschung an frühen Embryonen. Ähnlich hätte ohne das massive medizinische Interesse an Organtransplantation sich die Identifizierung des Hirntodes mit dem Tod des Menschen wohl auch nicht durchgesetzt.

Juristische Ebene: Beispiel In-vitro-Fertilisation. Orientiert am Embryonenschutz sprach sich der 56. Deutsche Juristentag 1986 gegen die Herstellung von mehr Embryonen durch In-vitro-Fertilisation aus, als in die Gebärmutter transferiert werden (wenn nicht der Mutter, dann einer anderen Frau). Was, wenn nun trotzdem „überzählige Embryonen“ vorhanden sind? Die Versammlung erfand den Namen „verwaiste Embryonen“. „Verwaiste Embryonen“, heißt es im Beschluss, sind „ihrem Schicksal zu überlassen.“³ Der juristisch zweckrational inspirierte Ausdruck „verwaiste Embryonen“ erlaubte eine abweichende Normierung.

Ohne die Frage, ob der Hirntote tot ist oder noch lebt, zu präjudizieren, liefert die These, dass er tot ist, eine juristisch besonders einfache Lösung der Transplantationserlaubnis. Die bloße Feststellung, der Hirntod sei ein Kriterium zulässiger Organentnahme gäbe hingegen zu Spekulationen darüber Anlass, hier werde womöglich das Tötungsverbot missachtet. Manche Autoren fürchteten, Organentnahmen mit Einwilligung des Spenders könnten als eine Art von Tötung auf Verlangen interpretiert oder in deren Nähe gerückt werden. In der ontologischen Bestimmung Hirntod = Tod kam ein rechtlich zweckrationales Argument zum Tragen.

In Deutschland waren, zumal in der interessierten medizinischen Fachwelt, die Verfechter der These Hirntod = Tod in der großen Mehrheit. Sie beriefen sich auf ein medizinisch-empirisches Faktum. Es handle sich nicht um eine neue Definition des Todes, sondern nur um ein endlich wieder gewisses Todeszeichen, nachdem der Herzstillstand diese Funktion nicht mehr erfülle. Die Gegner, eine Minderheit, behaupteten zu wissen, dass der Hirntote noch lebe. Und daraus schlossen sie, dass eine Organentnahme unzulässig sei. Das machte den Streit so erregt, zumal manche Medien ihn noch mit Berichten über angebliche Hirntodfehldiagnosen anheizten. Bei Einhaltung der „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“⁴ der Bundesärztekammer und Durchführung durch erfahrene Neurologen oder Neurochirurgen sind Fehldiagnosen heute aber praktisch ausgeschlossen. Eine Minderheit der Minderheit lehnte zwar die These Hirntod = Tod ab, hielt gleichwohl Transplantationen für legitim. Der Gesetzgeber folgte der Mehrheit, bestand aber darauf, das Gesetz müsse klarstellen, dass Organentnahmen an Hirntoten postmortale Organspenden sind. Hier begegnete nun der Gesetzgeber der Schwierigkeit, dass es seine Kompetenz überschreitet, von Staats wegen zu dekretieren, was der Tod ist oder wann genau er eintritt.

Dieses Dilemma hat im Gesetz seine Spuren hinterlassen. Nach § 3 Abs. 1 TPG ist die Explantation *zulässig*, „wenn der Tod nach Regeln, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist“ – ohne den Hirntod zu erwähnen. Nach § 3 Abs. 2 TPG ist die Explantation *unzulässig*, wenn „nicht vor Entnahme bei dem Organspender der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes (...) festgestellt ist.“ Hier wird der Hirntod zwar benannt, aber nur als Explantationskriterium. Beide Absätze zusammen lassen allerdings keinen Zweifel daran zu, dass der Hirntod als der

2 Hierzu ausführlicher: Hans THOMAS, *Ethik und Pluralismus finden keinen Reim. Die Ethikdiskussion um Reproduktionsmedizin, Embryonenforschung und Gentherapie*, in: Scheidewege – Jahresschrift für skeptisches Denken, Jg. 20, 1990-91, 121-140, bes. 129 f.

3 *Weißbuch Anfang und Ende des menschlichen Lebens – medizinischer Fortschritt und ärztliche Ethik*, hrsg. v. Vorstand der Bundesärztekammer, Köln 1988, 119.

4 Deutsches Ärzteblatt 1998, C 1381-1388.

Tod des Menschen angesehen wird. Immerhin: Das Gesetz verlangt den Ganzhirntod – des Großhirns, Kleinhirns und Hirnstamms – und schiebt einem Teilhirntod als Explantationskriterium einen Riegel vor.

Was die Einwilligung des Spenders anbelangt, standen drei Alternativen zur Debatte. Um die Präferenzen konkurrierte die individuelle ethisch gebotene Rücksicht auf den Spenderwillen mit dem sozialen Interesse an gesteigertem Organangebot. Gemäß der „Widerspruchslösung“ sollten Organe entnommen werden dürfen, wenn der Spender dem nicht selbst widersprochen hatte und auch seine nächsten Angehörigen nicht spontan widersprachen. Nach der „Informationslösung“ sollten, sofern seitens des Spenders selbst keine Stellungnahme vorlag, die nächsten Angehörigen über die Absicht der Organentnahme zwar informiert, aber nicht befragt werden. Widersprächen sie nicht, dürfe explantiert werden. Die „Zustimmungslösung“ machte eine ausdrückliche Einwilligung nötig. Die Anhänger einer „engeren Zustimmungslösung“ verlangten eine dokumentierte Einwilligung des Organspenders selbst. Für die „erweiterte Zustimmungslösung“ genügte, wenn eine Willensäußerung des Spenders selbst nicht vorliege, auch dessen mutmaßliche Einwilligung. Die Entscheidung lag dann bei den nächsten Angehörigen (oder einer vom Spender zur Entscheidung beauftragten Person). Ins Gesetz ist die erweiterte Zustimmungslösung eingegangen. Das will etwa der Nationale Ethikrat geändert sehen.

Hirntod: Wissen oder Konvention?

Bei der Debatte um den Spenderwillen konnte man, wie übrigens in vielen gegenwärtigen medizinethischen Debatten derzeit, in denen die Patientenautonomie betont wird, den Eindruck bekommen, als sei die Wahrung der Selbstbestimmung des Betroffenen das einzige ethische Gebot. So richtig es sein mag, selbst angemessenes ärztliches Handeln nicht gegen den Willen des Patienten durchzusetzen, so wenig darf der Arzt sein Handeln nur davon abhängig machen, was der Patient will. Dieser kann Unterlassung verlangen, aber nicht ein bestimmtes Handeln. Auch der Arzt ist ein ethisches Subjekt. Für ihn ist der Patientenwille eine zwar wichtige, aber nachgeordnete Instanz. Sie gibt den Ausschlag bei Entscheidungen zwischen Alternativen, die in der Sache selbst ethisch zulässig sind. Der Patientenwille kann aber ein in der Sache ethisch verwerfliches Tun nicht rechtfertigen. Auch in der zentralen Frage der Transplantationsmedizin, die nach wie vor die Frage nach dem Status des Hirntoten ist, ersetzt die Einwilligung des Spenders nicht die objektive sittliche Rechtfertigung.

In der deutschen Diskussion um den Hirntod waren viele Philosophen und Theologen der Meinung, es sei Sache der Mediziner, ihnen zu sagen, wann der Tod eintritt. Sie sind in guter Gesellschaft, denn so äußerte sich auch bereits Papst Pius XII.⁵ Mit Blick auf die Feststel-

lung des genauen Todeszeitpunkts – nach religiösem Verständnis: des genauen Zeitpunktes der Trennung der Seele vom Leib – machte er sogar auf die Ungenauigkeit der Begriffe „Trennung“ und „Leib“ aufmerksam. Die Seele ist keine sichtbare Substanz und ihre Trennung vom Leib als solche nicht beobachtbar. Es geht also um die Feststellung, wann die Wirkung der Seele, das heißt die Belebung des Körpers aufhört. Und wir dürfen interpretierend ergänzen: des Organismus als einer einheitlichen Ganzheit. So äußert sich die katholische Kirche bis heute. Allerdings dürfte Pius XII, als er eine kirchliche Kompetenz zur Feststellung des genauen Todeszeitpunkts ablehnte und darauf verwies, dies sei Sache der Mediziner, verlangt haben, dass diese das mit medizinisch-empirisch-wissenschaftlichen Mitteln leisten, nicht aber nun ihrerseits die Philosophie bemühen.

In der medizinischen Welt ist heute weitestgehend anerkannt, dass Hirntote nicht mehr leben. Sie sind also Leichen. Der Hirntod gilt als der Tod des Menschen. Dies wirft drei Fragen auf:

1. Beruht diese Geltung auf Wissen?
2. Wenn ja, beruht dieses Wissen auf naturwissenschaftlich-empirischer Erkenntnis?
3. Oder ist die Gleichsetzung von Hirntod und Tod eine philosophische Einsicht?

Wird die erste Frage verneint, bleibt die Gleichung Hirntod = Tod das Ergebnis einer (normativen) Vereinbarung mit dem Zweck, angesichts einer unentscheidbaren Frage eine plausible Annahme zur allgemeinen Handlungsgrundlage zu erklären. Deren Berechtigung und Grenzen bleiben dann kritisch zu prüfen.

Auf die zweite Frage gibt es zunächst eine sehr kurze Antwort, zu deren Vertiefung sich dann aber längere Überlegungen anschließen lassen. Die kurze Antwort: Ein beatmeter Hirntoter bleibt warm, schwitzt, zeigt noch Reflexe; eine Leiche wird kalt, starr, verfärbt sich, verbreitet Verwesungsgeruch. Zwei empirisch verschiedene Zustände oder Prozesse können mit Berufung auf Empirie nicht als identisch erklärt werden.

Die Entscheidung des Harvard-ad-hoc-Committees von 1968, den Hirntod als Kriterium des eingetretenen Todes festzulegen⁶, hatte sowohl einen praktischen Grund, nämlich Organentnahmen am Hirntoten zu legitimieren, als auch einen sachlichen Grund. Dieser bestand darin, dass im Gefolge der Reanimation durch Herzmassage und erst recht mit der Herztransplantation der Herzstillstand kein eindeutiges Todeszeichen mehr war. Unter Einsatz der Herzlungenmaschine war im strengen Sinne das Herz kein lebensnotwendiges Organ mehr. Bei einer Herztransplantation lebt der Organempfänger eine ganze Weile ohne Herz. Was über Jahrtausende den Herzstillstand zum verlässlichen Todeszeichen gemacht hatte, war die Erfah-

5 Pius XII, *Risposte ad importanti quesiti sulla „reanimazione“*, 24.11.1957, in *Discorsi e radiomessaggi* die S.S. Pio XII, Bd. 19, 612-621.

nung, dass auf den Herzstillstand die für jedermann untrüglichen Todeszeichen unausweichlich folgten: Abbruch der Kommunikation, Reglosigkeit, Abkühlung, Muskelstarre, Verfärbung, Verwesungsgeruch. Man wusste aber, dass das Gehirn auf eine Unterbrechung der Durchblutung besonders empfindlich reagiert: mit Ausfall der Hirnfunktion. Nach rund zehn Minuten ist das Gehirn vollständig und endgültig zerstört. Der Ausfall der Hirnfunktion führt zur Atemlähmung, diese zum Ausfall der Sauerstoffversorgung des Herzens und damit zum Herzstillstand und allen anderen altbekannten Todeszeichen. Angesichts der wechselseitigen Abhängigkeit von Herz- und Hirnfunktion lag also nichts näher, als nunmehr im irreversiblen Funktionsausfall des gesamten Gehirns – besser: in der Zerstörung des gesamten Gehirns – das entscheidende zweifelsfreie Todeszeichen zu sehen. Soweit bewegen wir uns im Bereich medizinischer Empirie.

Trifft allerdings der Funktionsausfall des gesamten Gehirns einen Patienten, der auf der Intensivstation an ein Atemgerät angeschlossen ist – und nur in diesem Fall pflegen wir im engeren Sinne von einem Hirntoten zu sprechen –, dann folgen weder der Herzstillstand noch die anderen bekannten Todeszeichen. Vielmehr wirkt das Atemgerät (ggf. ergänzt durch andere Maßnahmen) als Prothese, die eine wichtige Hirnfunktion ersetzt. So wie jede Prothese eine Körperfunktion ersetzt, etwa der Herzschrittmacher die Steuerung des Herzens, übernimmt der Respirator die ausgefallene Atemsteuerung. Das Herz schlägt weiter, der Kreislauf des Hirntoten bleibt in Funktion. Gemäß der Hirntodkonzeption handelt es sich nun aber um eine Leiche.

Der Hirntod wurde zum untrüglichen Todeszeichen erklärt, weil – so die ursprüngliche Begründung – der Ausfall der Hirnfunktion auch den Herzstillstand nach sich zieht, mit anderen Worten: weil es nach medizinischer Erkenntnis unmöglich sei, ohne Hirnfunktion zu leben. Nun ist diese medizinische *Unmöglichkeit* mit der *Tatsächlichkeit* konfrontiert, dass unter Beatmung auf der Intensivstation Herz- und Kreislauffunktion erhalten bleiben. Von medizinischer Seite wird nun meist argumentiert, der Hirntote sei trotzdem tot, nur werde die Kreislauf-funktion rein technisch-maschinell von außen noch aufrechterhalten.

Dieses Argument ist insofern interessant, als es niemals verwendet wird, wenn jemand nur dank eines Herzschrittmachers noch lebt, der ja dann auch rein technisch und von außen die Kreislauffunktion gewährleistet. Es trifft im Übrigen auch in der Sache nicht zu. Das Atemgerät ist zwar eine notwendige Bedingung zur Aufrechterhaltung der physiologischen Funktionen im Hirntoten, dafür aber keine hinreichende Bedingung. Denn es handelt sich nicht nur um eine mehr oder minder mechanische Kreislauffunktion. Im Organismus des Hirntoten wird der Stoffwechsel und die Homöostase aufrechterhalten, laufen Energie verbrauchende Prozesse ab, wird Nahrung verwertet, kann sogar eine Schwan-

gerschaft fortgeführt werden. Das alles sind keine naturgemäßen Leistungen einer Luftpumpe, einer Nährlösung und etwaiger zusätzlicher, zum Beispiel kreislaufstabilisierender Mittel.

Empirie oder Philosophie?

Wesentlich größeres Gewicht hat das von Vertretern der These Hirntod = Tod vorgetragene Argument, ein Mensch sei tot, wenn der Organismus in seiner funktionell integrierten Ganzheit zu existieren aufgehört habe. Dies sei beim Hirntod der Fall. Denn das Gehirn integriere die Körperfunktionen zu einer einheitlichen Ganzheit. Kurzformel: Ohne Gehirn keine Integration des Organismus. Allerdings lässt sich diese These nicht ohne Rückgriff auf philosophische Überlegungen begründen. Man sollte zwar meinen, die Frage „Was ist Leben?“ sei doch eine biologische Frage. Und ganz in diesem Sinne geht auch etwa der Wiener Internist und Kardiologe Johannes Bonelli von der eindeutig biologischen Bestimmbarkeit des menschlichen Todes aus: Der Tod ist die Dekomposition, d.h. die Auflösung der Integration des menschlichen Organismus. Und der ist biologisch-empirisch zugänglich. Bonellis vorausgehende Überlegungen konfrontieren den Leser aber mit hochphilosophischen Kriterien des Lebens. Hierbei unterscheidet er Kriterien von Leben ganz allgemein, welches auch einzelnen noch vitalen Körperzellen und -organen zuzusprechen ist – wie Immanenz und Selbstdynamik – und Kriterien, die ein konkretes Lebewesen auszeichnen – wie Abgeschlossenheit und Identität.⁷

6 BEECHER H.K., *A definition of Irreversible Coma. Report of the Ad hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the Definition of Brain Death*, in: JAMA 205, 1968, 337-340.

7 BONELLI Johannes, *Leben – Sterben – Tod*, in: Johannes Bonelli (Hrsg.), *Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens*, Wien-New York, 1995, 83-112; ferner BONELLI J., E.H. PRAT, N. AUNER, R. BONELLI, *Brain Death: Understanding the Organism as a Whole*, in: *Medicina e Morale* 1999/3, 497-515.

1995 nennt Bonelli 2 Kriterien für Leben im allgemeinen: *Immanenz* (=Selbstursprung) und *Selbstdynamik* (= Eigenbewegung) – sowie 3 Kriterien eines Lebewesens: *Selbstgeschlossenheit* (= Unteilbarkeit) *Selbstintegration* (= Selbstgestaltung) und *Selbstidentität* (= Kontinuität).

1999 sind die Kriterien weiter differenziert und nunmehr je vier. Für Leben allgemein: 1. *Dynamik* (Lebenszeichen, darunter ausdrücklich Metabolismus, Regeneration, Wachstum, Fortpflanzung, aber auch Pulsschlag, Atmung, Fortbewegung); 2. *Integration* (Interaktionen der Teile); 3. *Koordination* (Ordnung der Interaktionen); 4. *Immanenz* (Dynamik, Integration und Koordination entspringen dem Leben selbst). Kriterien eines Lebewesens: 1. *Abgeschlossenheit* (nicht Teil eines größeren Ganzen); 2. *Unteilbarkeit*; 3. *Selbstreferenz* (Selbstzweck); 4. *Identität* (biografische Kontinuität, Nichtintegrierbarkeit in Identität eines anderen – im Gegensatz zu transplantierten Zellen, Organen und Organsystemen).

Bei der Zuordnung der Kriterien ahnt man die Schwierigkeiten im Detail, wenn das Wort „Integration“ 1995 bei Lebewesen, 1999 bei Leben allgemein steht. Mindestens überraschend ist die Aufzählung der Lebenszeichen, die 1999 auch nichtintegrierten Teilen des Organismus zugesprochen werden: Metabolismus, Regeneration, Wachstum, Fortpflanzung, sowie auch Pulsschlag, Atmung, Fortbewegung.

Die beim Hirntoten noch wahrnehmbaren „Lebenszeichen“ deutet Bonelli als Ausdruck der noch erhaltenen Vitalfunktionen einzelner Organe und Organsysteme. Für Vitalleistungen, die einzelne Organe übergreifen (Fortsetzung einer Schwangerschaft!) prägt er den Ausdruck „Organbiotop“. Handelt es sich hier um eine empirische Erkenntnis oder um eine Interpretation aufgrund passender philosophischer Prämissen?

Überlegen ist Bonellis Argumentation im Sinne der Integrationstheorie jedenfalls der konkurrierenden so genannten Geistigkeitstheorie: Weil der Hirntote zu bestimmten typisch menschlichen Leistungen endgültig nicht mehr fähig sei, handle es sich beim Hirntot jedenfalls um den „Tod der Person“. Selbst wenn der Hirntote biologisch irgendwie noch weiterlebe, die Person sei tot. Problematisch an dieser Theorie ist bereits, dass sie den Tod des Menschen auftrennt in einen Tod der Person und einen biologischen Tod, und noch problematischer, dass sie das Menschsein aufteilt in eine personale und eine biologische Existenz. Sie bindet das Personsein an bestimmte Leistungen des Bewusstseins oder an bestimmte Gehirnfunktionen (welche auch immer), die sie für das Personsein als maßgebend erklärt.⁸ Diese Funktionen erlöschen aber meist nicht erst, wenn das gesamte Gehirn zerstört ist, sondern bereits, wenn der Kortex zerstört oder geschädigt ist, der Patient aber noch spontan atmet. Die „Geistigkeitstheorie“ verführt geradezu, ihn schon dann für tot zu erklären („Teilhirtod“).⁹

Die „Geistigkeitstheorie“ und die „Integrationstheorie“ neigen beide dazu, das Ich des Menschen im Gehirn zu lokalisieren. Der übrige Körper wird irgendwie zum bloßen Anhangsorgan. Die „Geistigkeitstheorie“ ist aber schon deshalb nicht akzeptabel, weil sie die ontologische Klärung eines medizinischen Phänomens mit einem Begriff von Person belastet, der jedem empirischen Zugang entzogen ist. Damit wird eine Trennung zwischen Mensch und Person eingeführt. „Person ist der Mensch selbst, nicht ein bestimmter Zustand des Menschen“ schreibt Robert Spaemann. Lebende Menschen, so Spaemann, „die offenbar gar keiner personalen Lebensäußerung fähig sind, sind keineswegs Wesen anderer Art. Wir können sie nur als defekt, als krank beschreiben.“¹⁰

Die Absicht, einen normativen Tod vom deskriptiven Tod zu unterscheiden, sieht Ralf Stoecker veranlasst durch die nach wie vor ungebrochene „Selbstverständlichkeit der ethischen Grundannahme“, dass sich die ethische Situation des Sterbenden mit dem Tod schlagartig ändert: Bis zu diesem Augenblick verdient er alle moralische Rücksicht, in diesem Augenblick verliert er den moralischen Schutz, ab diesem Augenblick ist er eine Leiche und man kann mit ihm entsprechend verfahren. Eine solche Punktgrenze ist biologisch-deskriptiv mit dem Hirntot illusorisch geworden, wird aber normativ weiter verlangt und unterstellt. Wann verliert der Sterbende seine moralische Personalität? Genauer: die

entscheidende Eigenschaft, die für die menschliche Personalität verantwortlich ist?

Stoecker analysiert systematisch die philosophischen Ansätze, aus denen sich eine solche Einzeleigenschaft ableiten lassen könnte - und verwirft sie alle. Es sind mehrere, vielleicht viele Eigenschaften. Und der Sterbende büßt sie nicht zeitgleich ein, er erleidet aber deshalb nicht eine Abfolge unterschiedlicher Tode. Das Sterben des Menschen ist, so Stoecker, ein Prozess, in dem der Mensch eine Abfolge unterschiedlicher Verluste erleidet. Normalerweise in schneller Abfolge, also nahezu zeitgleich. Diese Abfolge wird beim dissoziierten Hirntod irgendwo unterbrochen.

Was die Ethik der Transplantationen anlangt, hält Stoecker die Suche nach jener eindeutigen Punktgrenze, an der die ethische Grundannahme wie selbstverständlich festhält, deshalb überhaupt für verfehlt. Vielmehr gehe es darum herauszufinden, welche im Sterbeprozess erlittenen Verluste hinreichen, um Transplantationen zu rechtfertigen. Und darum, ob mit dem Hirntod ein Rechtfertigungsfall gegeben sei.¹¹

Bei der Suche nach einem solchen Kriterium des Personseins trifft Stoecker beim Philosophen W.V.O. Quine auf eine semantisch-pragmatische Antwort: Wenn wir es für sinnvoll erachten, den menschlichen Körper als Person zu bezeichnen ... was eine Person ausmache, hänge davon ab, was wir mit dem Wort bezeichnen wollen. Es sei eine Frage des zweckmäßigen Sprachgebrauchs.¹²

8 So sehr entschieden Peter SINGER in: *Praktische Ethik*, Stuttgart 1984; aber auch Hans M. SASS, *Hirntod und Hirnleben*, in: H. M. Sass (Hrsg). *Medizin und Ethik*, Stuttgart 1989, 160-181.

9 Zum Kortikaltod siehe unter anderen: BELLER F.K., REEVE J., *Brain Life and Brain Death – The Anencephalic as an Explanatory Example. A Contribution to Transplantation*, in: *J. Med. Philos.* 14, 1989, 5-23; DEVETTERE R.J., *Neocortical Death and Human Death*, *Law Med. Health Care* 18, 1990, 96-104; GERVAIS K.G., *Redefining Death*, New Haven, 1987; GILLET G.R., *Consciousness, the Brain, and What Matters*, in: *Bioethics* 4, 1990, 181-198.

10 SPAEMANN Robert., *Person ist der Mensch selbst, nicht ein bestimmter Zustand des Menschen*, in: Hans Thomas (Hrsg): *Menschlichkeit der Medizin*, Herford 1993, 261-276, hier: 272.

11 STOECKER Ralf, *Der Hirntod. Ein medizinethisches Problem und seine moralphilosophische Transformation*, Alber Praktische Philosophie Bd. 59, Freiburg-München 1999.

Für die Selbstverständlichkeit der ethischen Grundannahme gibt Stoecker zwei Erklärungen: 1. Dass bis zur Mitte dieses Jahrhunderts diese Annahme „für alle praktischen Zwecke so gut wie richtig war“ (332); 2. Die „immer noch verbreitete Vorstellung, dass Menschen so etwas wie einen Seelenkern haben, der auch in moralischer Hinsicht ihre Persönlichkeit ausmacht. Wenn es die Seele ist, die dafür verantwortlich ist, dass wir moralische Personen sind, und wenn sie im Tod den Körper verlässt, dann ist es klar, dass der Tod ein plötzlicher Umschwung ist, vom moralisch zu berücksichtigenden Wesen zu den bloß 'sterblichen' Überresten“ (334). Die Seelenlehre lehnt Stoecker daher ab.

12 QUINE Willard Van Orman, *Things and Their Place in Theories*, in: W. V. O. Quine, *Theories and Things*, Cambridge/Mass.-London 1981: 1-23.

Hier zit. n. Stoecker (Anm. 11, S. 194): „Some philosophers propound puzzles as to what to say about personal identity in cases of split personality or in fantasies about metempsychosis or brain transplants. These are not questions about the nature of identity. They are questions about how we might best construe the term 'person'“.

Zwischen zweckmäßigem Sprachgebrauch und allgemeinem Sprachgebrauch gibt es aber einen Unterschied. Die Bedeutung eines Ausdrucks – darauf haben Mary Geach und Luke Gormally hingewiesen¹³ – lässt sich nicht beweisen, ergibt sich vielmehr daraus, wie *allgemein* der Ausdruck verwendet wird. Zweckmäßiger Sprachgebrauch verfügt womöglich über die Sache selbst.

So hat die Gleichung Hirntod = Tod ein nicht zu unterschätzendes sprachliches Problem zur Folge, hinter dem sich ein Problem des Verstehens nur mühsam verbirgt.

Dass Ärzte seit eh und je gerufen wurden, um festzustellen, dass der Tod eingetreten ist, hatte nie etwas damit zu tun, dass sie anderen im Wissen darum voraus wären, was der Tod ist. Sie konnten allenfalls früher und täuschungsfreier feststellen, dass er eingetreten ist. Was sie festgestellt haben, war immer, dass sie etwas nicht mehr feststellen konnten, nämlich Zeichen von Leben. Diese Feststellung drängte sich dann schnell jedermann auf. Und man sagte: Er oder sie ist tot, oder: ist gestorben. Die Feststellung des Hirntodes ist kompliziert, gerade weil Zeichen von Leben vorhanden sind, weil der Hirntote für den unbefangenen Betrachter nicht tot ist. Wenn der Hirntod ein Zeichen des Todes ist, bleibt die Feststellung, dass jemand tot ist, der allgemein menschlichen Einsicht und Erfahrung entzogen. Das spiegelt sich in der Sprache. Nicht nur sträubt sich der gesunde Menschenverstand gegen die „Leiche mit schlagendem Herzen“. Jemand, der am Bett der Ehefrau sitzt und ihr den Puls fühlt, muss sich sehr beherrschen, wenn er belehrt wird, sie sei tot. Und die Sprache versagt, wenn sie nun benennen soll, was denn nun eigentlich geschieht, wenn das Atemgerät abgestellt wird: Wenn sie tot ist, kann sie ja nicht mehr „wirklich sterben“.

Die Hirntodkonzeption verlagert die Kompetenz aus einer solch elementaren menschlichen Urerfahrung, wie es die Begegnung mit einem Toten ist, in hochwissenschaftliche Zuständigkeit. Diese Entfremdung wirft das Problem der verschiedenen Verstehenshorizonte der allgemein-menschlichen Erfahrungswelt und wissenschaftlicher Erkenntnis auf. Gewiss ist allerdings, dass die allgemein-menschliche Erfahrung eine unverzichtbare Grundlage jedes wissenschaftlichen Verstehens ist. Günter Pöltner hat das überzeugend dargelegt.¹⁴

Wer jeweils lebt oder stirbt, schreibt Günter Pöltner in einem anderen Beitrag (der bemerkenswerterweise die Hirntodkonzeption stützt), ist nicht irgendein Organismus, sondern je dieser oder jener konkrete Mensch. Legitimerweise beschäftigt sich aber die Wissenschaft nur mit dem menschlichen Leib als einem lebenden Organismus. Dies sei eine bewusste Reduktion, die auch bewusst bleiben müsse. Denn das Leben sei keine *Eigenschaft* des Organismus, auch keine *Eigenschaft* des Menschen, sondern seine *Existenzweise*. Der menschliche Leib sei aber das *Wesensmedium* der menschlichen Existenz. Und deshalb höre mit dem Verlust der integrier-

ten Einheit seines Leibes der Mensch auf zu existieren.¹⁵ Um die integrierte Einheit und Ganzheit eines Lebewesens zum Ausdruck zu bringen, hat die antike Philosophie bekanntlich den Begriff der Seele eingeführt. Die Seele, nicht zusammengesetzt, sondern eine einheitliche Ganzheit, war das Prinzip des Lebens. Und schon bei Platon bestand der Tod in der Trennung der Seele vom Leib.¹⁶ Dieser fiel, weil aus Teilen bestehend, sofort der Desintegration, dem Verfall anheim. Für Platon war der Mensch seine Seele. Der Leib war irrelevant¹⁷, minderwertig, der Kerker der Seele¹⁸, ihr Werkzeug¹⁹. Mit Platon wäre die Vorstellung noch am ehesten vereinbar, dass auch unabhängig von der Seele der Leib rein biologisch weiter existiert.

Bei Aristoteles und Thomas von Aquin bleibt hingegen kein Raum, dem Leib ein von der Seele losgelöstes Eigendasein zuzuschreiben. Die Seele ist die Form des Körpers und das Prinzip des Lebens jeden lebendigen Wesens, zumal des Menschen.²⁰ Wird die Seele vom Leib getrennt, existiert der Mensch nicht mehr, der Leib ist ein Leichnam, der verfällt. Die Seele subsistiert, ist aber nicht mehr die ganze Person, die der Mensch war (und – wie Thomas theologisch weiterdenkt – wieder sein wird mit dem Leib der neuen Schöpfung).²¹

Fassen wir die Philosophen zusammen: Tot ist, wer nicht mehr imstande ist, die lebende Einheit seines Leibes zu bewahren.²² Und Leben ist, auf die kürzeste Formel gebracht: *automotio*, Bewegung aus sich selbst²³, was wiederum die integrierte Ganzheit eines Organismus verlangt.

Ist nun die Aufrechterhaltung des Kreislaufs, des Metabolismus, der Homöostase im Hirntoten ein statischer

13 Ref. nach Winfried Anselm Müller, *Tötung auf Verlangen – Wohltat oder Untat?*, Stuttgart 1997, 85.

14 Vgl. PÖLTNER G., *Menschliche Erfahrung und Wissenschaft*, in: Hans Thomas (Hrsg): *Naturherrschaft*, Herford 1991, 237-252.

15 PÖLTNER G., *Die theoretische Grundlage der Hirntodthese*, in: Johannes Bonelli (Hrsg): *Der Status des Hirntoten*, Wien-New York 1995, 125-146.

16 Kratylus, 399 d-e.

17 Phaidon, 66 b - 67 b

18 Kratylus, 400 c

19 Platons Bild vom Wagen und seinem Lenker (Phaidros, 246 ff) kehrt im Gefolge des Leib-Geist-Dualismus eines Descartes im modernen Bild vom Geist in einer Maschine oder auch im Brain-Mind-Interaktionsmodell von John Eccles abgewandelt wieder. Auf die Hirntod-Problematik angewandt, s. H.T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, Oxford Univ. Press 1986.

20 Aristoteles, *De anima*, 412a27f.; Thomas v. Aquin, *De anima*, a2 ad 2; auch Summa Theol. I q 76 aa3, 4.

21 Thomas v. Aquin, Summa contra Gentiles IV, 81; Summa theol. Suppl. q 79 aa2, 3.

22 Vgl. auch JONAS H., *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, Frankfurt/Main (Erstveröff. 1968). Hier besonders: Gehirntod und menschliche Organbank. Zur praktischen Umdefinierung des Todes, S. 219-241. Ders.: *Against the Stream: Comments on the Definition and Redefinition of Death*, in: *Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man*, Englewood New Jersey, 1974, 132-140. Vgl. ferner PALLIS C., *Whole-Brain Death reconsidered. Physiological Facts and Philosophy*, in: *J. of Med. Ethics* 9, 1983, 32-37.

23 Platon, Phaidros, 245e; Aristoteles, *Physik*, 201a 11; Thomas v. Aquin, S.Th. I q 18aa 1,2.

Zustand oder ein dynamischer Prozess, Bewegung? Ja, Bewegung schon, eben *motio*, aber nicht *automotio*, sagen diejenigen, die diese Bewegung als von außen „künstlich“ angestoßen werten. Angesichts erfolgreich fortgeführter Schwangerschaften kann dabei von Gewissheit aber wohl keine Rede mehr sein.

Aristoteles nennt die innere Dynamik des jedem Lebewesen innewohnenden Lebensprinzips, welches in die Wirklichkeit drängt, Entelechie²⁴. Er bezeichnet die Seele als die erste Entelechie eines organischen Körpers.²⁵ Thomas übersetzt dies mit „*anima est primus actus corporis physici organici*“. Wie bei Thomas *actus* und *potentia* komplementäre Gegensätze sind, so bei Aristoteles *energeia* (oft synonym mit entelechia) und *dynamis*. Entelechie darf nicht mit Potenzialität verwechselt werden. Letztere ist offen für verschiedene mögliche Entwicklungen. Entelechia hat, wie das Wort sagt, das Ziel bereits in sich. Das Ziel (*telos*), das Ende (im Sinne von Vollendung) ist der eigentliche Antrieb des Lebens. Im entelechialen Lebensantrieb (Seele) ist das tatsächliche zukünftige Leben, das erst noch in die Verwirklichung drängt, antizipiert.

Aristoteles hat unsere Frage schon gestellt, aber keine Antwort gegeben, die für unsere medizinischen Zwecke hinreichend wäre. Ist der Hirntote schon an sein *telos*, an sein Ende gelangt, ist das Lebensprinzip, der Antrieb, erloschen? Oder zeugen die Lebenszeichen im Hirntoten gerade noch davon, dass es noch *energeia* gibt? Vielleicht wirft Aristoteles aber ein Licht darauf, warum sich gerade Ärzte besonders schwer tun, empirisches Wissen und philosophische Erklärung klar zu trennen. Der Arzt ist ein Grenzgänger zwischen den Welten der Kausal- und Finalursachen. Er muss einerseits naturwissenschaftlich arbeiten, andererseits heilen. In der Naturwissenschaft gibt es keine Finalursachen. Alles muss auf Wirkursachen zurückgeführt werden. Aber Heilen ist selbst bereits ein entelechialer Begriff: allein vom Ziel bestimmt, beherrscht von der Prognose. Der Hirntod hat keine Prognose. Das gab es bisher nur beim Tod.

Der Philosoph Pöltner und der Arzt Bonelli treffen sich darin, dass der Mensch mit dem Verlust der integrierten Einheit seines Leibes aufhört zu existieren. Von Leben im eigentlichen Sinne, so Pöltner, könne man nur bezogen auf einen konkreten Menschen sprechen. Von den Vitalfunktionen einzelner Organe oder eines einzelne Organe übergreifenden Organverbunds sei „Leben“ nur in einem analogen Sinne aussagbar. So auch beim Hirntoten, den Bonelli deshalb als „Organbiotop“ qualifiziert. Und nun folgen beide der „Integrationstheorie“, die viel weiter geht und die Brücke zur Empirie zu schlagen sucht. Sie erklären, beim Hirntoten habe der Desintegrationsprozess des Organismus eingesetzt. Auch wenn dieser von außen *künstlich* verzögert oder aufgehalten werde, mit dem Hirntod sei der Tod des Menschen eingetreten. Aber wird hier nicht die Maxime „Ohne Ge-

hirn keine Integration“, deren Richtigkeit erst zu erweisen ist, nicht bereits vorausgesetzt?

Hirntod zwischen Leben und Tod – ein *tertium comparationis*?

Empirische Fakten belegen einerseits, dass mit der Zerstörung des Gehirns zahlreiche Steuerungsfunktionen im Organismus ausfallen, andererseits, dass erhebliche physiologisch koordinierte Funktionen noch fortbestehen. Lässt sich überhaupt eine Grenze ziehen zwischen „immer noch“ integrierte Ganzheit des – zwar schwerst geschädigten – Organismus und „nur noch“ desintegrierter Organverbund? Die Antwort auf diese Frage läuft auf eine quantitative Entscheidung hinaus, wieviel Integration oder Koordination noch erlaubt, von Leben zu sprechen, und wie wenig Integration oder Koordination nahe legt, schon vom Tod zu sprechen? In diesem Falle wäre die Frage nur durch Konvention beantwortbar.

Unterstellen wir aber einmal, mit dem Ausfall aller integrativen Funktion des Gehirns setze die Desintegration des abhängigen Organismus ein. Dieser Patient ist also tot. Nun kommt ein Patient mit einer Blutung oder einem Tumor, der große Teile des Stammhirns zerstört hat. Das Großhirn ist aber nicht unmittelbar geschädigt. Es gibt noch Großhirnfunktionen, vielleicht sogar noch Bewusstsein und Sinneswahrnehmungen.²⁶ Die Atmung ist gelähmt. Auch alle anderen Hirnsteuerungen des abhängigen Restkörpers sind ausgefallen – wie bei der Zerstörung des gesamten Gehirns.²⁷ Also müsste auch hier der Desintegrationsprozess – gemäß der Integrations- theorie – eingesetzt haben und die noch erhaltenen Organfunktionen wären nur noch Lebenszeichen im analogen Sinne. Gemäß der Ganzhirntod-Konzeption lebt dieser Patient aber. Denn sie verlangt den irreversiblen Ausfall der gesamten Hirnfunktion, die Nekrose des ganzen Gehirns.

Von der empirischen Erfassung von Organen oder Organsystemen, die noch in Funktion gehalten werden, lässt sich keine Brücke schlagen zur Idee von der hinreichend integrierten Ganzheit des Leibes, die wir von einem lebendigen Menschen aussagen. Aufgrund rein empirischer Faktizität kann man auch den Leib eines

24 *De partibus animalium*, 641 a17-b10 und 645 b14 ff.

25 *De anima*, 412 a27 f.

26 Einzelne Fälle, bei denen das Bewusstsein durch Elektrodenreizung im Thalamus stimuliert werden konnte, erwähnt D. Alan SHEWMON: *The Metaphysics of Brain Death, Persistent Vegetative State, and Dementia*, in: *The Thomist*, 49, 1985, 24-80, hier: 50. Shewmon, der hier – 1985 – radikal die Hirntodkonzeption vertrat und in Thomas v. Aquin eine Stütze zu finden glaubte, wendete später seine Position in das direkte Gegenteil.

27 Zum Hirnstammtod siehe unter anderem: LAMB D., *Death, Brain and Ethics*, Albany New York, 1985, 49 f.; INGVAR D.H., BERGENTZ S.E., *Definition of Death and Organ Transplantation – Experiences from Sweden*, in: R. J. White, H. Angstwurm, I. Carrasco de Paula (eds.), *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*, Città del Vaticano, 1992, 63-72.

Gesunden als einen bloßen Satz funktionstüchtiger Organe deuten.

Auf die Frage nach dem Status des Hirntoten gibt es keine eindeutige Antwort im Sinne der überlieferten Alternative: entweder er lebt oder er ist tot. Weil der isolierte Hirntod nur unter künstlicher Beatmung zur Ansicht kommt, ist er ein völlig neues Phänomen – jenseits aller bisherigen Menschheitserfahrung im Umgang mit Lebenden und Toten. Deshalb entzieht es sich auch der eindeutigen Bestimmung mit Hilfe der Sprache, die unsere Menschheitserfahrungen spiegelt. Die menschliche Sprache ist durch von der Dichotomie Leben oder Tod geprägt. Ist der Hirntod etwa ein *tertium comparationis*?

Elemente der Unbestimmbarkeit sind in der modernen Wissenschaft zwar überraschend, aber nichts Außergewöhnliches mehr – seit Gödels Theorem in der Mathematik und Heisenbergs Unschärferelation in der Physik. Allerdings hatten Gödels unentscheidbare Probleme in der Mathematik und die Unschärfen der Quantenphysik keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf zur Folge. Das ist beim Hirntod anders. Und dennoch – oder besser: eben deshalb – wäre es wünschenswert, die biologisch-ontologische Unbestimmbarkeit des Hirntodes auf ein spezialwissenschaftliches Problem zu begrenzen. Den Hirntod zu begreifen als einen biologisch dritten Status neben (und zwischen) Leben und Tod, ist mindestens der ehrlichere Weg – gegenüber der Behauptung zu wissen, der Hirntote lebe noch, und der Behauptung zu wissen, er sei tot. Der Sonderstatus enthält keine ontologische Aussage, es sei denn im Sinne einer Fiktion. Es handelt sich um eine erkenntnistheoretisch erforderliche Abgrenzung. Ihr Grund liegt in der Untauglichkeit der verfügbaren Begriffe, um sonst dem Sachverhalt gerecht zu werden. Der Sonderstatus ist aber keine bloß zweckrationale Festlegung, um ein konkretes Handeln – etwa Organtransplantationen – zu legalisieren oder ethisch zu legitimieren (normative Vereinbarung). Sicher ist: Der Hirntote hat in einzigartig objektiver Weise den „point of no return“ überschritten. Mehr noch: Der Zeitpunkt seines „natürlichen Todes“ ist überschritten. Den natürlichen Tod soll der Arzt akzeptieren. Die Diagnose Hirntod verlangt, lebensverlängernde Maßnahmen einzustellen. Anders zu verfahren, bedürfte jedenfalls einer besonderen Rechtfertigung. Ist der Hirntod ein Status, der diese Voraussetzung erfüllt? Erlaubt der erkenntnistheoretische Sonderstatus Hirntod, um es mit anderen, vorgreifenden Worten zu sagen, die Organspende als legitimen letzten Akt der Hingabe an einen zu heilenden Schwerkranken?

Ethische Folgerungen für die Transplantationsmedizin

Für die ethische Bewertung der Organentnahme am Hirntoten gibt es zunächst drei Grundpositionen, je

nach Deutung des ontologischen Status des Hirntoten. 1. Er ist mit Gewissheit ein Lebender: Explantation unzulässig. 2. Er ist mit Gewissheit tot: Explantation zulässig. 3. Es ist ungewiss, ob er lebt oder tot ist: In dubio pro vita – Explantation gemäß ethischem Tutorismus ethisch unzulässig.²⁸

Zu 1: Lebensverlängernde Maßnahmen ohne Aussicht auf Zustandsbesserung sind schon beim todesnahen Kranken sittlich nicht unproblematisch. Beim Hirntoten sind sie nicht gerechtfertigt. Die Lebensverlängerung ist allerdings auch keine in sich schlechte Handlung. Objektiv darf der Hirntote nicht nur als Mittel für einen fremden Zweck betrachtet werden. Das ist bei guter Versorgung und Pflege, die ihm selbst gelten, auch nicht der Fall. Aber nicht nur die objektive Ausführung der Handlung muss gut sein, um sie sittlich zu qualifizieren, sondern auch ihre leitende Absicht. Die Rettung des Kindes einer hirntoten Schwangeren rechtfertigt deren „Lebensverlängerung“. Das gilt für die Organentnahme zur Heilbehandlung eines anderen aber nur dann, wenn die Entnahme selbst ethisch erlaubt ist. Wenn nicht, sind auch die Lebensverlängerung und die sonstigen Vorbereitungsmaßnahmen wie Perfusion mit Spül- und Nährflüssigkeit nicht gerechtfertigt. Natürlich muss auch die (ggf. mutmaßliche) Einwilligung des Spenderkandidaten vorliegen.

Zu 2: Die Position, der Hirntote sei tot, ist die derzeit vorherrschende Annahme. Ihr entspricht die Praxis.

Zu 3: Ist es ungewiss, ob der Hirntote lebt oder tot ist, dann ist es auch ungewiss, ob der Arzt ihn durch die Organentnahme tötet. Bei ethisch tutoristischer Betrachtung ist die Entnahme nicht zulässig: „im Zweifel für das Leben“. Allerdings deckt eine zusätzliche Analyse dieser (ontologischen) Ungewissheit auf, dass sie ethisch nicht zwingend relevant ist:

Das ethische Legitimationsproblem stellt sich in zwei Schritten: a) Sind lebensverlängernde Maßnahmen am Hirntoten mit Blick auf Organentnahme zu rechtfertigen? b) Ist die Entnahme lebensnotwendiger Organe zulässig?

Die ontologische Ungewissheit betrifft die Frage, ob der Hirntote lebt oder tot ist. Moralisch relevant ist – wenn er noch lebt – nicht das Eintreten des Todes, sondern ob er getötet wird oder nicht. Tritt also der Tod des Organspenders durch die Organentnahme ein oder infolge der indikationsgemäßen Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen? Beides ist womöglich schwer zu unterscheiden. Eine Voraussetzung der Transplantationsmedizin ist, dass ein Mensch eine Weile auch ohne das Organ zu leben vermag, welches transplantiert werden soll. Auch der Organempfänger, dem ein anderes Herz, eine Lunge oder Leber eingepflanzt wird, lebt ei-

²⁸ Katholisch-pastoraltheologisch betrachtet: Sakramentenspendung 1. uneingeschränkt; 2. gar nicht, 3. sub conditione, (4. spräche in dieser Hinsicht der 3. Position).

ne Weile ohne das betreffende Organ. Die hierzu benötigte Technik könnte im Zweifelsfall auch beim Spender eingesetzt werden, um sicherzugehen, dass er die Organentnahme – und sei es nur für einen Augenblick – überlebt, ehe die Technik indikationsgemäß abgestellt wird.

Beide etwaigen Todesursachen rücken derart ineinander, dass sie nicht mehr klar unterscheidbar sind. Auch in der Hinsicht, dass, wenn er noch lebt, sein Leben durch die Behandlung, die Lebensverlängerung und Organentnahme umfasst, nicht verkürzt, vielmehr verlängert wird. Die Aussage, der Hirntote werde getötet, verliert ihren moralischen Sinn. Das ethisch unbedingte Tötungsverbot gilt von der Empfängnis bis zum natürlichen Tod. Mit Hilfe technischer Assistenz hat der Hirntote aber sozusagen (in wiederum untauglicher Sprache ausgedrückt) seinen natürlichen Tod überlebt. Der Grund für das begriffliche Versagen liegt offenkundig in dem durch Medizintechnik hervorgerufenen neuen Phänomen, dass der Hirntote sich in einem Zustand jenseits seines natürlichen Todes befindet. Die ethische Reflexion muss sich hier von einer ihrem Gegenstand gegenüber untauglichen Begrifflichkeit lösen.

Andererseits darf sie aber auch keine Analogien liefern für Fälle, die dieser Begrifflichkeit zugänglich sind, zum Beispiel für die ethische Bewertung der Tötung auf Verlangen. Diesen Forderungen kommt es entgegen, zwischen Leben und Tod im Hirntod einen biologisch dritten Status zu erkennen. Die sich daraus ergebenden ethischen Folgerungen bleiben auf den Umgang mit Hirntoten begrenzt. Und sie erlauben, diese Begrenzung in Gesetzesrecht zu übertragen.

Transplantationen begründen nicht das einzige mögliche Interesse an Hirntoten. Eine verbesserte zukünftige Technik vorausgesetzt, kann man sich Hirntote auch als Übungsobjekte für Studenten der Chirurgie vorstellen. Oder auch Lagerstätten beatmeter Hirntoter als Organbanken oder zur Hormonproduktion, oder hirntote Frauen als „Gebärmachines“ fremder Kinder. Solche Szenarien hat Hans Jonas schon 1968 ausgemalt.²⁹

Bei der Umsetzung ethischer Postulate in juristische Texte, zumal in Gesetze, ist es von nicht geringer Bedeutung, an überraschende Weiterentwicklungen der Wissenschaft zu denken. Sie können völlig andere, jetzt nicht voraussehbare Interessen an Hirntoten wecken als das Interesse an Transplantationen. Eine undifferenzierte Gleichsetzung von Hirntod und Tod böte schwerlich Schutz vor etwaigem Missbrauch. Sie würde jedem Zugriff auf Hirntote – zu gleich welchem Zweck – anbie-

ten, sich auf die – zwar nicht unbegrenzte – Verfügbarkeit von Leichen zu berufen, und die Abgrenzung legitimer von missbräuchlichen Vorhaben erschweren. Ein Gesetz für einen konkreten Zweck – z.B. Transplantationen – könnte hingegen Hirntote den Toten gleichstellen. Die Gleichstellung erlaubt, rechtliche Geltung auf einen oder mehrere konkrete Zwecke zu begrenzen und deren Erfüllung unter Bedingungen zu stellen.

Der erkenntnistheoretische Sonderstatus würde einen Umgang mit Hirntoten erlauben, in dem Transplantationen einen mindestens gegen Missbrauch geschützten Platz haben:

1. Gegenüber der allgemeinen Gleichsetzung Hirntod = Tod erlaubt deren rechtliche Gleichstellung allein für den Zweck der Transplantation die Sicherung gegen Relativierungen (Teilhirtod); den Schutz gegen Missbrauch von Hirntoten für andere Zwecke; die Verantwortung für diagnostische und pflegerische Sorgfalt; die Relevanz des Spenderwillens für die Organentnahme; den Charakter der Organspende als letzter Akt der Hingabe.
2. Gegenüber der Deutung, der Hirntote lebe noch, betont sie die ethische Zulässigkeit der Organspende; den Akt der Hingabe (statt den Hirntoten unter Verzicht auf die Heilung eines Organempfängers sterben zu lassen).
3. Gegenüber der Situation des Zweifels, ob der Hirntote tot ist oder noch lebt, ist sie geeignet, das Misstrauen in der Öffentlichkeit gegen die Transplantationsmedizin zu überwinden (Widerspruch zum Augenschein, Entfremdung der Sprache, Verwissenschaftlichung des Todes, Unterstellung von Realinteressen) und die Organspendebereitschaft zu erhöhen.

Denn es provoziert Menschen geradezu zum Misstrauen, wenn Angehörige ein Familienmitglied als „lebend“ wahrnehmen und belehrt werden, es sei tot. Wird ihnen aber erklärt, es sei nichts mehr zu machen, das Gehirn sei vollständig zerstört, einen eigenen Atemzug werde der Hirntote nie wieder tun, mit Abstellen des Atemgeräts sei es aus, die Beatmung fortzusetzen habe nur noch den Sinn, die Möglichkeit offen zu halten, mit einer Organspende einen anderen Schwerkranken zu heilen, reagieren Menschen womöglich auf den Appell an die Großzügigkeit mit Großzügigkeit.

²⁹ S. Anm. 22.

RiLG Knut Wiebe, Köln

Reformbedarf nur bei Spätabtreibungen?

Aus den Reihen der CDU/CSU-Bundestagsfraktion wurde eine Initiative gestartet, um den allgemein als bedrückend empfundenen „Spätabtreibungen“ eine Pflichtberatung vorzuschalten¹. Hierzu ist eine Ergänzung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchwKG) beabsichtigt. Damit sollen „Spätabtreibungen“ zurückgedrängt werden. Von „Spätabtreibungen“ könnte man gemäß § 218a Abs. 2 StGB ab der 13. Schwangerschaftswoche sprechen, da für „Frühabtreibungen“ bis zur 12. Schwangerschaftswoche andere Regelungen gelten (§ 218a Abs. 1 StGB). Die hier gemeinten „Spätabtreibungen“ sind aber diejenigen ab der 20. Woche. Von diesem Zeitpunkt an ist ein Schwangerschaftsabbruch besonders belastend: Zum einen liegt in diesen Fällen zumeist das Ergebnis einer – in der späteren Schwangerschaft möglichen – Pränataluntersuchung vor, wonach das Kind mit einer (geistigen oder körperlichen) Behinderung zur Welt kommen wird. Zum anderen ist die Entwicklung des Kindes bereits so weit fortgeschritten, dass, würde eine Frühgeburt eingeleitet, schon lebensfähig wäre. Diese extrakorporale Lebensfähigkeit ist in der Regel ab der 22., gelegentlich auch schon ab der 20. Schwangerschaftswoche gegeben². Damit ist nicht zu übersehen, dass eine Abtreibung die vorgeburtliche Tötung eines Kindes ist. Die Fälle, in denen Kinder ihre (Spät-)Abtreibung überlebten, haben dies deutlich gemacht.

Die vorgesehene Pflichtberatung vor Spätabtreibungen erinnert an die Beratungspflicht, wie sie in § 218a Abs. 1 StGB zur Durchführung einer straffreien „Frühabtreibung“ (bis zur 12. Schwangerschaftswoche) gesetzlich vorgeschrieben ist. Allerdings soll nach dem Willen der CDU/CSU in dem von ihr erarbeiteten Entwurf zu einem Gruppenantrag³ die Beratung vor Spätabtreibungen umfassender sein. Vorgesehen sind u.a. eine Aufklärung über Methoden und Risiken der Spätabtreibung wie auch über die Möglichkeiten, mit einem behinderten Kind zusammen zu leben und welche Hilfen in Anspruch genommen werden können. Nicht zuletzt sollen auch die psychischen Folgen aufgezeigt werden, die bei Frauen nach einer Abtreibung auftreten können.

Die Bundesärztekammer (BÄK) begrüßt den Unionsvorstoß, weil sie die von ihr favorisierte Lösung – keine Abtreibungen bei extrakorporaler Lebensfähigkeit – nicht für durchsetzbar hält⁴. Demgegenüber will die SPD-Fraktion einer Änderung zum Recht der Spätabtreibungen nur im Zusammenhang mit dem geplanten Gendiagnostikgesetz zustimmen⁵. Darin will sie eine Pflichtberatung noch vor der Durchführung der Pränataluntersuchung einführen, damit Schwangere sich möglichst früh mit etwaigen Konsequenzen aus der Prä-

nataldiagnostik auseinandersetzen können. Dies wiederum hält die CDU/CSU für unzureichend. Sie sieht die Beratung der Schwangeren nach der Mittelung, dass ihr Kind behindert sein werde, als notwendig an. Erst durch die Mitteilung eines solchen Befundes gerate die Schwangere in die Konfliktsituation. Deshalb beabsichtigt die CDU/CSU, den schon erwähnten Gruppenantrag zur Verringerung der Zahl der Spätabtreibungen im Bundestag einzubringen⁶. Allerdings geht eine solche, allein auf Spätabtreibungen bezogene Gesetzesänderung „Am Kern des Übels vorbei“⁷. Es ist nicht zu sehen, wie sich die Abtreibungssituation insgesamt oder auch nur hinsichtlich der Spätabtreibungen verbessern soll, wenn das materielle Strafrecht sowohl hinsichtlich der Spätabtreibungen als auch hinsichtlich der Frühabtreibungen unverändert bleibt.

Die 1974 eingeführte Indikationenslösung⁸ wurde 1995 durch die noch liberalere Beratungsregelung (Fristenlösung mit Pflichtberatung)⁹ ergänzt. Inzwischen sind rund neun Millionen (!) Abtreibungen¹⁰ straffrei durchgeführt worden. Hierzu gehören Jahr für Jahr, wobei die Tendenz steigend sein dürfte, etwa 800 Spätabtreibungen¹¹. Diese sind zulässig bis zum Einsetzen der Geburt. Voraussetzung ist nur, dass die Spätabtreibung „medizinisch“ indiziert ist, um eine gesundheitliche Gefahr für die Schwangere abzuwenden und die Gefahrenabwehr nicht auf eine andere „für sie zumutbare Weise“ möglich ist (§ 218a Abs. 2 StGB). Hauptanwendungsfall der Spätabtreibung ist die nach Durchführung einer Pränataldiagnostik erwartete Behinderung eines Kindes, sofern die Schwangere – ärztlich attestiert – befürchtet, mit einem behinderten Kind nicht leben zu können und dadurch einen gesundheitlichen Schaden erleidet. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass Spätabtreibungen bis vor kurzem wie Frühgeburten eingeleitet wurden. Ziel war es aber, ein totes Kind zur Welt zu bringen. Deshalb hat die (vaginal oder operativ) als „Frühgeburt“ durchgeführte Spätabtreibung keine

1 *Matthias Gierth*, Rheinischen Merkur Nr. 18 vom 1.5.2008 und Nr. 27 vom 3.7.2008.

2 *Manfred Spieker*, Kirche und Abtreibung in Deutschland, 2. Auflage 2008, S. 257, 261.

3 Entwurf des Gruppenantrags der CDU/CSU unter Federführung des Abgeordneten Singhammer (CSU) vom 11.6.2008, zu beziehen über die CDU/CSU-Bundestagsfraktion.

4 Interview mit dem Präsidenten der BÄK *Hoppe* in: „Die Tagespost“ vom 17.7.2008.

5 „Die Welt“ vom 1.7.2008 – Union plant Alleingang bei Spätabtreibungen – a. E.

6 FAZ vom 30.6.2008 – Union will Zahl der Spätabtreibungen verringern; „Die Welt“ vom 1.7.2008 – Union plant Alleingang bei Spätabtreibungen.

7 *Bernward Büchner* – Leserbrief in „Die Tagespost“ vom 12.7.2008.

8 BGBl I 1974, S. 1297.

9 BGBl I 1995, S. 1050.

10 *Manfred Spieker*, Der Verleugnete Rechtsstaat, 2005, S. 22; fortgerechnet bis 2008; *ders.*, (Anm. 2), S. 52-58; zu den älteren Zahlen vgl. *Rainer Beckmann*, Abtreibungen in der Diskussion, 3. Auflage 1998, Seite 148.

11 *Spieker* (Anm. 10), S. 31 u. 35.

Rücksicht auf das Kind genommen. Im Allgemeinen hat dies zur Totgeburt des Kindes geführt. Jährlich haben aber auch etwa 100 Kinder¹² ihre Spätabtreibung – zunächst oder dauerhaft – überlebt. Diese Kinder wurden, weil sie nicht weiterleben konnten oder sollten, im Kreißsaal abgelegt und nahezu unversorgt liegengelassen. Zumeist trat der Tod dann ein. Verschiedentlich überlebte ein Kind aber auch noch sein „Liegenlassen“. Zu trauriger Bekanntheit ist das „Oldenburger Baby“¹³ gelangt. Rund neun Stunden hat es neben Schmerzen auch Hunger und Durst gelitten, von seiner Todesangst in akuter Todesnähe ganz abgesehen. Zu Recht wurde dies alles als „grauenvoll“¹⁴ und unmenschlich gebrandmarkt. Kinder, die ihre Spätabtreibung überlebt haben, sind nicht nur wegen ihrer vorgegebenen Behinderung, sondern häufig auch noch aufgrund ihrer Unterversorgung (schwerst-)geschädigt geblieben. Vereinzelt kam es sogar zu einer direkten Tötungshandlung während und nach der Geburt. So sollte das „Zittauer Baby“¹⁵ noch während seiner Geburt durch Auflegen eines Tuches und danach durch Zuhalten von Mund und Nase erstickt werden. Überlebt das Kind alle Versuche, es tot zur Welt zu bringen, es sterben zu lassen oder gar direkt zu töten, geraten Ärzte in die Gefahr einer zivilrechtlichen Haftung (Unterhaltspflicht für das entgegen dem Abtreibungsvertrag überlebende Kind) wie auch einer straffrechtlichen Verantwortlichkeit (Vorwurf der fahrlässigen Körperverletzung, der unterlassenen Hilfeleistung oder auch der direkten oder fahrlässigen Tötung, sei es durch Tun oder durch Unterlassen). Abtreibungsärzte vermeiden inzwischen von vornherein jedwedes Überlebensrisiko: sie töten das Kind vorab durch eine Injektion im Mutterleib (Fetozid) und führen erst dann die Schnittentbindung zur operativen Entfernung des bereits toten Kindes durch¹⁶.

Unter diesen Umständen erscheint es vielleicht doch richtig, die „zumutbare“ Alternative zur Spätabtreibung – entgegen anderer Auffassung¹⁷ – darin zu sehen, dass das bereits lebensfähige Kind lebend zur Welt kommt und an Pflege- oder Adoptionse Eltern vermittelt werden kann¹⁸, sofern die Schwangere, was nicht immer der Fall sein wird, nach der Lebendgeburt an der Ablehnung ihres Kindes festhält. Ein Widerspruch der Schwangeren gegen eine Pflege- oder Adoptionsvermittlung muss als unbeachtlich angesehen werden. Denn ein rechtlich nachvollziehbares Interesse an einer nicht erforderlichen Tötung des Kindes ist nicht zu erkennen. Eventuelle Unterhaltspflichten, die auf die Schwangere und den Kindesvater, soweit bekannt, zukommen können, sind kein Grund, das schon lebensfähige Kind zu töten. Dies um so weniger, als dem Verlangen der Frau, die Schwangerschaft zu beenden, entsprochen wird. Außerdem wird die Frau von einem Zusammenleben mit dem von ihr abgelehnten Kind freigestellt. Folgt man der hier vertretenen Auffassung, so sind schon nach der geltenden Regelung Spätabtreibungen ab der 22. (20.)

Schwangerschaftswoche unzulässig. Einer gesetzlichen Änderung, auch Spätabtreibungen eine Pflichtberatung vorzuschalten, bedarf es dann nicht. Allein der Umstand, dass durch die Pflichtberatung das mit einer Spätabtreibung verbundene Geschehen offensichtlicher würde als bisher, rechtfertigt keine Gesetzesänderung. Die Umstände und Risiken zur Spätabtreibung können auch ohne Pflichtberatung verdeutlicht werden. Dabei ist nicht einmal sicher, ob eine solche Verdeutlichung die Zahl der Spätabtreibungen in Verbindung mit der Einführung einer Pflichtberatung zurückgehen lässt. Bisher hat noch kein Reformgesetz, das die Straffreiheit von Abtreibungen ermöglicht oder beibehalten hat, zu einer Einschränkung des Abtreibungsgeschehens geführt. Die Einführung der Pflichtberatung vor Spätabtreibungen kann auch zu deren Ausweitung führen, wie dies nach der Einführung der Beratungsregelung von 1995 für Frühabtreibungen der Fall gewesen ist¹⁹. Mit der Einführung einer gesetzlichen Pflichtberatung könnten Spätabtreibungen als gesetzlich vorgesehene Möglichkeit zur Vermeidung der Geburt eines behinderten Kindes (miss-)verstanden werden. Dies um so mehr als Spätabtreibungen gemäß der gesetzlichen Regelung des § 218a Abs. 2 StGB ausdrücklich als „nicht rechtswidrig“ ausgewiesen sind, woran sich nach dem Gruppenantrag auch nichts ändern soll. Da Spätabtreibungen schon jetzt überwiegend als Fetozid²⁰ durchgeführt werden, fallen sie zudem, weil in jeder Hinsicht „risikolos“, auch weniger auf als früher. Beim Fetozid gibt es keine „Überlebenskomplikation“. Dies alles kann dazu führen, dass Spätabtreibungen in Kürze kaum noch thematisiert werden. Die häufige Abrechnung als „Totgeburt“ zeigt überdies, dass Spätabtreibungen auch sprachlich verschleiert werden. Bessere statistische Erhebungen, wie sie von der CDU/CSU vorgeschlagen

12 *Spieker*, a.a.O., S. 23.

13 Amtsgericht Oldenburg ZfL 2004, 118 ff. mit Anm. des Verfassers. Ein vergleichbares Geschehen lag dem Verfahren der Staatsanwaltschaft Saarbrücken, Az: 10 Js 21771/93 zugrunde, das durch Verfügung vom 24.1.2001 eingestellt wurde.

14 *Spieker* (Anm. 10), S. 31 mit Hinweis auf Däubler-Gmelin.

15 Urteile Landgericht Görlitz und BGH in: ZfL 2003, 83 ff. mit Anm. des Verfassers.

16 *Spieker* (Anm. 2), S. 261; vgl. auch *Stefan Rehder*, Gott Spielen – Im Supermarkt der Gentechnik, 2007, S. 197 ff.

17 Vgl. hierzu die Kommentierung bei *Fischer*, StGB, 55. Auflage, Anm. 28 zu § 218a m.w.N.; aber auch *Christa Pesch* in: JVL-Schriftenreihe Nr. 14 (1997), S. 25 ff. und *Hans Hattenhauer* (a.a.O.), S. 35 ff., die sich beide mit der Frage der Adoption als Alternative zum Schwangerschaftsabbruch befassen, allerdings nicht speziell unter dem Gesichtspunkt der Spätabtreibung.

18 Es gibt Adoptions- oder Pflegeeltern, die auch ein behindertes Kind ohne Vorbehalt aufnehmen, so auch beim „Oldenburger Baby“, vgl. Filmbericht von Udo Kilimann: „Er sollte sterben – doch Tim lebt“, erstmals ausgestrahlt in der ARD (WDR) am 16.3.2005, 23.40 Uhr.

19 *Spieker* (Anm. 2), S. 52 ff., 61.

20 *Spieker* (Anm. 2), S. 261; *Rehder* (Anm. 16), S. 197 ff.; vgl. auch *Reinhard Merkel*, in: Strafgesetzbuch, Nomos-Kommentar, 2005, Rn 109 a.E. zu § 218a StGB, der den Fetozid als die gebotene Form der Spätabtreibung ansieht, um Lebendgeburten nach Abtreibungen zu vermeiden.

werden, werden kaum zu einer größeren Wahrnehmbarkeit des mit der Spätabtreibung verbundenen Unrechts führen, auch wenn die allgemeine Bedrückung auf ein noch vorhandenes Unrechtsbewusstsein schließen lässt. Dies aber wird sich verlieren, da Spätabtreibungen, wie erwähnt, schon jetzt „nicht rechtswidrig“ sind und es nach dem Gruppenantrag auch weiterhin bleiben. Dies alles begünstigt die Entwicklung, dass Spätabtreibungen nach und nach genauso selbstverständlich werden wie es die Frühabtreibungen geworden sind. Auch bei den Frühabtreibungen war es die Verbindung von Pflichtberatung und nachfolgend strafreier Durchführung der Abtreibung, was dazu führte, dass man sich weithin an das (Früh-)Abtreibungsgeschehen gewöhnt hat und es kaum noch als Unrecht wahrnimmt. Sollte sich eine vergleichbare Entwicklung auch bei Spätabtreibungen einstellen, würde die vorgeschaltete Pflichtberatung nicht zu einem besseren Schutz des schon lebensfähigen Embryos führen, sondern eine weitere Schlechterstellung bedeuten.

Selbst wenn es nicht so kommen sollte, wäre es keinem Arzt, der eine Spätabtreibung durchführen soll, verwehrt, sich auf § 12 Abs. 1 SchwKG zu berufen²¹. Nach dieser Vorschrift ist niemand, also auch kein Arzt, verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken. Der Arzt könnte daher seine Bereitschaft, eine Spätabtreibung durchzuführen, davon abhängig machen, dass die Schwangere z. B. solche Voraussetzungen und Vorgaben erfüllt, die der Gruppenantrag vorsieht. Darüber hinaus könnte der Arzt die Bereitschaft der Schwangeren verlangen, die Lebendgeburt eines lebensfähigen Kindes zu akzeptieren und es gegebenenfalls zur Pflege- oder Adoptionsvermittlung freizugeben. Der Wunsch der BÄK, Abtreibungen generell auf die Zeit bis zum Eintritt der extrakorporalen Lebensfähigkeit des Kindes zu begrenzen²², könnte damit schon nach der geltenden Rechtslage durchgesetzt werden. Die BÄK müsste den Abtreibungsärzten nur die vorgenannten Maßnahmen empfehlen oder sie ins ärztliche Standesrecht übernehmen. Eine Gesetzesänderung wäre dann auch unter diesem Gesichtspunkt nicht erforderlich.

Demgegenüber ist zwingend, dass das Abtreibungsstrafrecht für Frühabtreibungen (§ 218a Abs. 1 StGB) geändert werden muss. Nicht nur, weil die Zahl der Frühabtreibungen mit jährlich bis zu 250.000²³ ungleich höher ist als die jährlich etwa 800 Spätabtreibungen²⁴. Ethisch ist es ohne Bedeutung, ob ein Kind im Alter vor der 12. oder ab der 22. (20.) Schwangerschaftswoche vorgeburtlich getötet wird. Der Unterschied besteht nur darin, dass man bei der Spätabtreibung das Tötungsdelikt nicht übersehen kann. Aber auch ohne das Unrecht so plastisch vor Augen zu haben, erfordert die Frühabtreibung gleichermaßen den Einsatz physischer (chirurgischer Löffel oder Saugrohr) oder chemischer („Pille danach“, Mifegyne/RU 489) Gewalt. Nur ist diese Gewalt-

einwirkung – dem frühen Entwicklungsstand des Kindes entsprechend und aus der Sicht eines erwachsenen Menschen – relativ gering. Dies aber darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass selbst der Embryo im Alter der 10. Schwangerschaftswoche, dem häufigsten Zeitpunkt der Frühabtreibung, sich heftig gegen das Abtreibungsinstrument wehrt und ihm zu entkommen sucht. So wird dies jedenfalls von *Sendler*²⁵ nach der Betrachtung eines die Abtreibung dokumentierenden Films beschrieben. Dennoch hat sich *Sendler* nicht gegen (Früh-)Abtreibungen ausgesprochen, sondern lediglich gemeint, sie dürften nicht mehr durchgeführt werden, wenn das Schmerzempfinden des Kindes ausgebildet ist. Dieses aber wird schon mit der 8. Schwangerschaftswoche angenommen²⁶, was selbst nach *Sendler* Abtreibungen in der 10. Schwangerschaftswoche verbieten würde. Außerdem würde die Überlegung *Sendlers* nicht nur den Embryo vor der 8. Schwangerschaftswoche schutzlos stellen, sondern auch den geborenen Menschen, der infolge Krankheit oder Alters schmerzempfindlich geworden ist, der Euthanasie aussetzen.

Unabhängig von diesen Überlegungen hat die gesetzliche Beratungsregelung von 1995 auch ihr Ziel, die Zahl der Frühabtreibungen zurückzudrängen, verfehlt. Das Abtreibungsgeschehen hat seit der Gesetzesreform sogar noch zugenommen, so sehr, dass das Bewusstsein, (Früh-)Abtreibungen als Unrecht zu empfinden, inzwischen weithin verloren gegangen ist. Und das, obwohl die straffrei möglichen Frühabtreibungen nach wie vor rechtswidrig sind, wie es das BVerfG²⁷ ausdrücklich festgestellt hat. Dennoch hat das BVerfG jüngst nicht beanstandet, dass einem Abtreibungsdemonstranten von den Zivilgerichten untersagt wurde, einem Arzt vorzuhalten, er nehme „rechtswidrige Abtreibungen“ vor. In der Öffentlichkeit, so das BVerfG, könne die Äußerung dahin verstanden werden, dass der Arzt strafbar handeln würde, was jedoch nicht der Fall sei²⁸. Werden aber Abtreibungen, die gemäß dem fortgeltenden § 218 Abs. 1 StGB grundsätzlich weiterhin strafbewehrt sind und nur unter den Voraussetzungen des § 218a StGB strafrei durchgeführt werden können, nicht mehr als Unrecht wahrgenommen, so wird verständlich, dass jährlich bis zu 250.000 Abtreibungen erfolgen. Auch wenn dem Statistischen Bundesamt jährlich nur bis zu

21 *Büchner*, Das Weigerungsrecht bezüglich vorgeburtlicher Kinde-stötungen, ZfL 2008, 2 ff.

22 Interview mit dem Präsidenten der BÄK *Hoppe* in: „Die Tagespost“ vom 17.7.2008.

23 *Spieker* (Anm. 2), S. 57-61.

24 *Spieker* (Anm. 10), S. 35.

25 *Sendler*, Menschenwürde, PID und Schwangerschaftsabbruch, NJW 2001, 2147 ff., s. a. ZfL 2001, 92.

26 *Reimann/Reimann*, Der Schmerz des Kindes bei der Abtreibung, ZfL 1997, 62 ff.

27 BVerfG NJW 1993, 1751 Leitsatz 15, 1758 - 1760.

28 Hierzu ausführlich *Müchl*, Lebensschutz und Meinungsfreiheit, ZfL 2007, 62 ff. und *Zimmermanns*, BVerfG schränkt Meinungsfreiheit für Abtreibungsgegner ein, ZfL 2007, 80 ff., beide m.w.N., auch zur Rechtsprechung des BVerfG.

130.000 Abtreibungen gemeldet werden²⁹, muss man aufgrund statistischer Lücken und der tatsächlich – offen wie verdeckt – abgerechneten Abtreibungen in Verbindung mit einer verbleibenden Dunkelziffer davon ausgehen, dass die amtlichen Zahlen zu verdoppeln sind, um ein realistisches Bild vom Ausmaß der Abtreibungen zu erhalten³⁰. Dass die absolute Zahl der Frühabtreibungen seit kurzem zurückgeht, erklärt sich allein daraus, dass die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter als schon feststellbare Folge des Abtreibungsausmaßes geringer geworden ist. Relativ steigt die Abtreibungshäufigkeit – berechnet auf je 1000 Geburten – gleichwohl weiter an³¹. Es hat sich also gezeigt, dass die Beratungsregelung nicht geeignet ist, das Geschehen hinsichtlich der Frühabtreibungen einzuschränken.

Ob für die beabsichtigte Einführung der Pflichtberatung vor Spätabtreibungen etwas anderes gelten wird, erscheint fraglich. Es ist daher unerlässlich, zunächst der Anordnung des BVerfG aus seinem Abtreibungsurteil von 1993³² nachzukommen und die Beratungsregelung für Frühabtreibungen zu überprüfen und aus dem Scheitern der Beratungsregelung für Frühabtreibungen Konsequenzen zu ziehen. Dies ist um so dringlicher, als *Di Fabio*³³ in seiner Kommentierung zum Grundgesetz das Abtreibungsgeschehen (gemeint sind die Frühabtreibungen bis zur 12. Schwangerschaftswoche) als eine „massenhaft medizinisch-technisierte Tötung“ menschlichen Lebens charakterisiert. Weiter spricht er davon, dass das Abtreibungstöten mit der „staatlichen Pflicht, menschliches Leben zu schützen“, nur in sehr eng gelagerten Fällen vereinbar sein kann. Damit hat sich die geltende Beratungsregelung für Frühabtreibungen als verfassungswidrig herausgestellt. Das Abtreibungsstrafrecht muss also zumindest für Frühabtreibungen geändert werden. Würde der Bundestag dies unterlassen, so würde er selbst verfassungswidrig handeln, da das Grundgesetz gemäß der Rechtsprechung des BVerfG verlangt, dass Gesetze auf ihre fortdauernde Verfassungsmäßigkeit hin beobachtet werden müssen. Weil in der Abtreibungsgesetzgebung die Art. 1 und 2 GG betroffen sind, hat das BVerfG die Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht eigens in sein Urteil von 1993 hineingeschrieben.

Im Ergebnis kann der Gesetzgeber durchaus Maßnahmen beschließen, die zur Einschränkung von Spätab-

treibungen führen oder führen sollen. Hiervon unabhängig muss er aber auch der schon erwähnten Anordnung des BVerfG nachkommen und das Reformgesetz von 1995 als Ganzes auf seine Wirksamkeit hin überprüfen³⁴. Der Gesetzgeber wird dann feststellen, dass das Abtreibungsreformgesetz von 1995, so wie es Rechtswirklichkeit geworden ist, den Anforderungen des Grundgesetzes aus seinen Art 1 und 2 nicht genügt, da die Regelungen von 1995 einen verfassungskonformen, also wirksamen Lebensschutz für das ungeborene menschliche Leben nicht oder nicht mehr gewährleisten. Dies gilt sowohl für die Zeit zu Beginn wie auch für die Zeit gegen Ende der Schwangerschaft. Die enorm hohe Zahl der Frühabtreibungen spricht für sich, der Fetozid, also die direkte Tötung eines extrakorporal schon lebensfähigen Kindes noch im Mutterleib nicht minder. Diese das Lebensrecht des Kindes direkt verletzende, also tötende Handlung wird auch durch die Einführung einer vorgeschalteten Pflichtberatung nicht aufgehoben, selbst wenn per saldo deren Zahl zurückgehen würde.

Hinzu kommt bei Spätabtreibungen aber auch noch eine Verletzung des Art 3 Abs. 3 GG. Hiernach darf niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Eben dies geschieht – zumindest im Regelfall – bei Spätabtreibungen. Es bleibt somit festzuhalten, dass eine umfassende Neuregelung des materiellen Abtreibungsstrafrechts, also der §§ 218 ff. StGB, zum Schutz des vorgeburtlichen Lebens des Menschen geboten ist. Teillösungen, welcher Art auch immer, sind unzureichend und werden nicht zu einem besseren Lebensschutz führen. Auch die inzwischen übliche Unterscheidung von „frühen“ und „späten“ Schwangerschaftsabbrüchen ist nicht hilfreich. Denn immer läuft es auf die Tötung eines Menschen in seinem embryonalen Entwicklungsstadium hinaus. Dies ist es, was unterbunden werden muss.

29 *Spieker* (Anm. 10), S. 19; zu den älteren Zahlen: Beckmann (Anm. 10), S. 148.

30 *Spieker* (Anm. 10), S. 21.

31 *Spieker*, a.a.O.

32 BVerfG NJW 1993, 1751, 1767.

33 *Di Fabio* in: Maunz/Dürig/Herzog, GG, Stand 2004, Rn 44 zu Art 2 Abs 2 GG.

34 Vgl. *Büchner*, ZfL 2007, 72.

– Veranstaltungshinweis –

3. Eichstädter Gespräch zu Biomedizin und Bioethik

Menschenwürdig sterben – aber wie?

Medizinische, juristische und ethische Aspekte

Freitag, 7. November – Samstag, 8. November 2008
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Ostenstraße 28, 85072 Eichstätt, Raum: KG I / A 201
Information und Anmeldung: 08421 / 50-617 o. -615

BGH: Zur Höhe der Strafe bei Tötung eines Kindes kurz nach der Geburt

StGB §§ 212 Abs. 1, 21, 46 Abs. 1

Leitsätze der Redaktion:

1. Die Tötung eines Kindes kurz nach der Geburt stellt objektiv schwerstes Unrecht dar.
2. Angesichts der Häufung einschlägiger Fälle dürfen bei der Findung des (noch) schuldangemessenen Strafmaßes auch generalpräventive Gesichtspunkte Berücksichtigung finden.
3. Ein Strafmaß von 11 Jahren und 6 Monaten Freiheitsstrafe wegen Totschlags wird der Tatschuld nicht mehr gerecht, wenn eine „selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“ mit schizoiden und emotional instabilen Anteilen, körperliche Erschöpfung durch die Geburt und Gefühle von Angst, Ratlosigkeit und Verzweiflung in der Tatsituation vorgelegen haben.

Urt. v. 19. Juni 2008, 4 StR 105/08

Zum Sachverhalt:

Die zur Tatzeit 27-jährige Angeklagte war von 2001 bis 2005 mit W. fest liiert. Aus dieser Beziehung stammt eine Tochter. Zwei weitere Schwangerschaften während ihrer Beziehung zu W. brach sie ab. Seit dem Sommer 2005 unterhielt sie eine Beziehung zu dem verheirateten H. Als sie erstmals vom ihm schwanger wurde, ließ sie auch diese Schwangerschaft abbrechen. Die Beziehung zu H. endete im Juli 2006. Im Dezember 2006 stellte die Angeklagte fest, dass sie von H. erneut schwanger geworden war. Inzwischen hatte sie aber bereits die Verbindung zu W. wieder aufgenommen, der zwar zwischenzeitlich geheiratet hatte, aber von seiner Ehefrau getrennt lebte und bei dem es sich um den Mann handelte, den sie „immer wollte“.

Die Angeklagte verbarg ihre erneute Schwangerschaft erfolgreich vor anderen und traf auch keinerlei Vorbereitungen für die bevorstehende Geburt. Auch ihrer Mutter, die ihre wichtigste Bezugsperson ist, erzählte sie nichts, weil sie Vorwürfe bezüglich ihrer Lebensführung fürchtete. Ebenso setzte sie auch H. von ihrer Schwangerschaft nicht in Kenntnis, da ihr aufgrund seines früheren Verhaltens klar war, dass er das Kind nicht würde haben wollen. Am Tattag, dem 28. Februar 2007, spürte die Angeklagte morgens Bauchschmerzen, dachte aber noch nicht an eine bevorstehende Geburt, mit der sie erst im April rechnete. Im Laufe des Vormittags fühlte sie jedoch, dass es sich bei den Bauchschmerzen um Geburtswehen handelte. Wenig später brachte sie im Bad problemfrei ein gesundes Mädchen zur Welt. Sie durchtrennte die Nabelschnur und säuberte das Kind. Dann reinigte sie das Bad. Während sie damit beschäftigt war und anschließend überlegte sie über einen Zeitraum von drei bis vier Stunden nach der Geburt unentschieden hin und her, ob sie das Kind umbringen oder behalten solle.

Das Aufsuchen eines Krankenhauses oder die Abgabe des Kindes in eine so genannte Babyklappe zog sie nicht in Betracht, weil sie glaubte, dass sie als Mutter des Kindes und H. als dessen Erzeuger bekannt würden. Das wollte sie aber wegen der befürchteten Vorwürfe ihrer Mutter, der Ablehnung von H. sowie ihres eigenen Interesses an der wieder aufgenommenen Beziehung zu W. vermeiden. Sie verspürte Angst, Ratlosigkeit und Verzweiflung und war von der Geburt auch körperlich erschöpft. Als nunmehr das Kind zu schreien begann, nahm sie es auf den Arm und entschied sich dann, es zu töten. Sie drückte es mit Mund und Nase so gegen ihren Oberkörper, dass das Kind nicht mehr atmen konnte, legte es sodann auf dem Boden ab und überzeugte sich davon, dass es kein Lebenszeichen mehr von sich gab. Anschließend steckte sie die Kindesleiche in einen Plastiksack, den sie zunächst in einem Schrank im Bad versteckte. In der folgenden Nacht brachte sie den Sack mit der Kinderleiche zu einem nahe gelegenen See.

Das Landgericht Dessau-Roßlau hat die geständige Angeklagte des Totschlags (§ 212 Abs. 1 StGB) für schuldig befunden. Aufgrund von Sachverständigengutachten hat es eine Aufhebung (§ 20 StGB) oder auch nur erhebliche Verminderung der Steuerungsfähigkeit im Sinne des § 21 StGB verneint. Zwar weise die Angeklagte eine selbstunsichere Persönlichkeit mit schizoiden und emotional instabilen Elementen auf. Gerade der mehrstündige Prozess des Hin- und Herüberlegens zeige aber, dass sie den Tatanreizen in ganz beträchtlichem Maße Widerstand entgegenzusetzen vermocht habe. Eine Verurteilung der Angeklagten wegen Mordes aus niedrigen Beweggründen sprächen die Angst der Angeklagten vor Vorwürfen ihrer Mutter, die sie dabei bewegendes Gefühl der Angst, Ratlosigkeit und Verzweiflung und auch ihre mögliche Sorge um den Bestand der Ehe des Erzeugers. Zudem spreche das mehrstündige Hin- und Herüberlegen vor der endgültigen Entscheidung zur Tötung gegen eine besondere Geringschätzung des fremden Lebens.

Das Landgericht hat die Angeklagte zu einer Freiheitsstrafe von elf Jahren und sechs Monaten verurteilt. Die Revision der Angeklagten hatte zum Strafausspruch Erfolg; dagegen blieb der Revision der Staatsanwaltschaft der Erfolg versagt.

Aus den Gründen:

III. Revision der Staatsanwaltschaft

Die Staatsanwaltschaft dringt mit ihrer Beanstandung, die Schwurgerichtskammer habe zu Unrecht das mordqualifizierende Merkmal der Tötung aus niedrigen Beweggründen verneint, nicht durch.

Die Beurteilung der Frage, ob Beweggründe zur Tat „niedrig“ sind und – in deutlich weiter reichendem Maße als ein Totschlag – verachtenswert erscheinen, hat

aufgrund einer Gesamtwürdigung aller äußeren und inneren für die Handlungsantriebe des Täters maßgeblichen Faktoren, insbesondere der Umstände der Tat, der Lebensverhältnisse des Täters, und seiner Persönlichkeit zu erfolgen (st. Rspr.; vgl. BGHSt 47, 128, 130; BGHR StGB § 211 Abs. 2 niedrige Beweggründe 47; jew. m.w.N.). Die Ablehnung niedriger Beweggründe im angefochtenen Urteil ist aus revisionsrechtlicher Sicht nicht zu beanstanden. Das Landgericht hat alle wesentlichen für die Beurteilung maßgebenden Umstände in seine Abwägung mit einbezogen. Mit ihren Einwänden unternimmt die Beschwerdeführerin lediglich den Versuch, die in erster Linie dem Tatrichter vorbehaltene Wertung durch eine eigene Würdigung zu ersetzen. Damit kann sie angesichts des eingeschränkten revisionsgerichtlichen Prüfungsmaßstabes nicht gehört werden. Dass die Angeklagte bei ihren stundenlangen Überlegungen, ob sie das Kind leben lassen oder es töten solle, auch ihre Beziehung zu ihrer Mutter und zu W. und die Haltung des Kindesvaters H. im Blick hatte, hat das Landgericht nicht verkannt. Die Verfolgung eigener Interessen und ein Missverhältnis zwischen Anlass und Tat sind der Regelfall der vorsätzlichen rechtswidrigen Tötung eines anderen. Dass die Tat der Angeklagten demgegenüber von besonders krasser Selbstsucht geprägt war, die allein die Qualifizierung der Tat als mit lebenslanger Freiheitsstrafe statt als mit zeitiger Freiheitsstrafe bedrohter Totschlag rechtfertigen könnte, ist nicht ersichtlich. Jedenfalls liegt ein die Revision begründender Rechtsfehler nicht darin, dass das Landgericht der von Angst, Ratlosigkeit, Verzweiflung geprägten psychischen Verfassung der Angeklagten, zu der die körperliche Erschöpfung nach der Geburt hinzukam, ein solches Gewicht beigemessen hat, dass deswegen die Mordqualifikation zu verneinen war.

IV. Revision der Angeklagten

Dagegen führt die Revision der Angeklagten auf die Sachrüge zur Aufhebung des Strafausspruchs.

1. Ohne Erfolg beanstandet die Beschwerdeführerin, dass das Landgericht eine erhebliche Verminderung ihrer Steuerungsfähigkeit im Tatzeitpunkt im Sinne von § 21 StGB verneint hat. Bei Kindstötungen wird selbst unter den engeren Voraussetzungen des früheren § 217 StGB (zu den Gründen der Aufhebung dieser Vorschrift durch das 6. StrRG vgl. BT-Drucks. 13/8587 S. 34 zu Nr. 26 und S. 81/82 zu Nr. 15) eine erhebliche Verminderung oder gar Aufhebung der Schuldfähigkeit kaum in Betracht kommen, wenn bei der Täterin außer der Belastung durch die Geburt keine unabhängig hiervon bestehenden rechtlich relevanten körperlichen und geistig-seelischen Beeinträchtigungen vorliegen (vgl. BGH, Urt. vom 5. Juni 2003 - 3 StR 55/03). Dies gilt erst recht, wenn die Tat wie hier – anders als im früheren § 217

StGB vorausgesetzt – nicht „in oder gleich nach der Geburt“ erfolgt. Danach hat das Landgericht ungeachtet der Persönlichkeitsauffälligkeiten der Angeklagten zu Recht – darin den gehörten psychiatrischen Sachverständigen folgend – das Vorliegen der Voraussetzungen des § 21 StGB verneint.

2. Gleichwohl hat der Strafausspruch keinen Bestand.

Ohne Rechtsfehler hat das Schwurgericht allerdings das Vorliegen eines minder schweren Falls des Totschlags gemäß § 213 StGB verneint und die Strafe dem Strafrahmen des § 212 Abs. 1 StGB entnommen. Der Strafausspruch ist aber aufzuheben, weil nach den Feststellungen, die das Landgericht zur Schwere der Tat und zum Grad der persönlichen Schuld der Angeklagten getroffen hat, bei Abwägung der strafmildernden und der strafscharfenden Gesichtspunkte die verhängte Freiheitsstrafe unvertretbar hoch ist, das für vergleichbare Fälle übliche Maß erheblich überschreitet, damit den Anforderungen an einen gerechten Schuldausgleich nicht mehr entspricht und deshalb rechtsfehlerhaft ist (vgl. BGHR StGB § 46 Abs. 1 Beurteilungsrahmen 9, 11, 12 m.w.N.). Nach den Erkenntnissen des Senats halten sich die in einschlägigen Fällen gegen die Kindesmütter verhängten Strafen deutlich unterhalb der hier erkannten Freiheitsstrafe. Dabei steht außer Frage, dass solche Taten objektiv schwerstes Unrecht darstellen. Angesichts einer sich in letzter Zeit ersichtlich häufenden Zahl einschlägiger Fälle dürfen bei der Findung des (noch) schuldangemessenen Strafmaßes auch generalpräventive Gesichtspunkte Berücksichtigung finden. In erster Linie hat sich die Strafe indes nach dem Maß der Tatschuld im Einzelfall auszurichten. Bei deren Gewichtung darf insbesondere die häufig verzweifelte Situation der Kindesmütter nicht außer Betracht bleiben. Zwar hätte die Mutter der Angeklagten ihre Unterstützung nicht versagt und standen schon deshalb für die Angeklagte – wie das auch sonst bei solcher Sachlage regelmäßig der Fall ist – objektiv Lösungsmöglichkeiten für die Versorgung des Kindes zur Verfügung. Dass die Angeklagte davon keinen Gebrauch gemacht und sich schließlich für die Tötung des Kindes entschieden hat, ist aber nicht zuletzt den Besonderheiten in ihrer Persönlichkeit zuzuschreiben. Zu Recht hat das Landgericht der Angeklagten im Rahmen der Strafzumessung im engeren Sinne deshalb auch ihre „selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“ mit schizoiden und emotional instabilen Anteilen sowie ihre körperliche Erschöpfung durch die zuvor überstandene Entbindung zugute gehalten. Hinzu kommt, dass die psychische Verfassung der Angeklagten in der Tatsituation von Gefühlen der Angst, Ratlosigkeit und Verzweiflung geprägt war. Angesichts dieser schuld-mildernden Umstände von Gewicht wird das hier im zweistelligen Bereich gefundene Strafmaß der Tatschuld der Angeklagten nicht mehr gerecht.

AG Meschede: Versuchte Abtreibung durch Tritte gegen den Bauch einer vermeintlich Schwangeren

StGB §§ 223, 218 Abs. 1, 2 und 4, 22, 23, 47, 49, 52

Leitsatz der Redaktion:

Zur Strafbarkeit eines Täters, der eine nicht mehr bestehende Schwangerschaft durch Tritte gegen den Bauch der vermeintlich Schwangeren abbrechen will

Urteil vom 08.05.2008, Az: 8 Ds - 292 Js 248/07 - 30/08

Zum Sachverhalt:

Zwischen dem Angeklagten und seiner Ehefrau, der geschädigten Zeugin R, gab es Spannungen, die auch zu tätlichen Übergriffen des Angeklagten führten. Im Dezember 2006 vermutete R, schwanger zu sein. Dies äußerte sie auch gegenüber dem Angeklagten, der jedoch kein weiteres Kind wollte. Deswegen versuchte der Angeklagte die Zeugin R im weiteren Verlauf vergeblich zu einer Abtreibung zu überreden. Obwohl R inzwischen eine Ausschabung gehabt hatte, ließ sie ihren Mann in dem Glauben, dass sie schwanger sei. Der Angeklagte schloss jedenfalls nicht aus, dass eine Schwangerschaft vorlag, als er im Zuge eines Streits mit seiner Frau auf sie einschlug und ihr mehrmals – barfuß – in den Unterleib trat. Dabei sagte er zu ihr, dass, wenn das Kind jetzt nicht weg wäre, er es auch nicht mehr wüsste. Er wollte auf keinen Fall, dass seine Frau ein weiteres Kind bekommt, denn er beabsichtigte, sich von seiner Frau zu trennen. Die Geschädigte erlitt durch die Tritte starke Schmerzen im Unterleib und Blutungen. Eine Schwangerschaft bestand zum Tatzeitpunkt nicht. Das AG verurteilte den Angeklagten rechtskräftig zu einer Geldstrafe von 85 Tagessätzen.

Aus den Gründen:

Durch sein Verhalten hat sich der Angeklagte wegen vorsätzlicher Körperverletzung strafbar gemacht gem. § 223 StGB. Er hat die Zeugin R an der Gesundheit beschädigt, in dem er sie getreten hat. Dies stellt eine üble und unangemessene Behandlung dar, die das Wohlbefinden der Geschädigten mehr als nur unerheblich beeinträchtigt hat. Dies geschah auch vorsätzlich. Ferner hat er sich wegen versuchten Schwangerschaftsabbruchs gem. §§ 218 Abs. 1, 2 Ziff. 1, 22, 23 StGB strafbar gemacht. Da die Geschädigte tatsächlich nicht schwanger gewesen ist, ist der Erfolg nicht eingetreten. Es handelt sich insoweit um einen Versuch am untauglichen Objekt, somit einen strafbaren untauglichen Versuch.

Der Angeklagte ging davon aus, dass die Möglichkeit besteht, dass eine Schwangerschaft auf Seiten der Geschä-

digten vorliegt. Er wollte auf keinen Fall, dass die Geschädigte das Kind austrägt. Die Tritte dienten zumindest auch dazu, diese Schwangerschaft zu beenden. Dabei handelte er gegen den Willen der Geschädigten.

Die Taten stehen zueinander im Verhältnis der Tateinheit.

Anmerkung

Das Urteil zeigt erneut (siehe schon LG Wiesbaden ZfL 2006, 103; LG Lübeck ZfL 2007, 17 und zuletzt BGH ZfL 2008, 19) die Rücksichtslosigkeit, mit der Männer miteinander gegen Schwangere vorgehen, wenn sie die Schwangerschaft ablehnen, die Schwangere selbst aber nicht zu erkennen gibt, abtreiben zu wollen oder wie hier eine Ausschabung schon hat vornehmen lassen. Allein wegen der um sich greifenden Gewalt gegen schwangere Frauen, die zur Abtreibung genötigt und im Weigerungsfalle misshandelt werden, ist das Urteil des Amtsgerichts wert, dokumentiert zu werden.

Da zur Tatzeit eine Schwangerschaft objektiv nicht (mehr) bestanden hat, ist das Gericht zu Recht von einem versuchten Schwangerschaftsabbruch in einem besonders schweren Fall in der Alternative: gegen den Willen der Schwangeren, § 218 Abs. 2 Ziff. 1 StGB, ausgegangen. Der Angeklagte wollte mit seinen Tritten gegen den Bauch der vermeintlich Schwangeren ein Abgehen der Leibesfrucht, also einen Schwangerschaftsabbruch herbeiführen. Der versuchte Schwangerschaftsabbruch gemäß § 218 Abs. 2 StGB gebietet bei Herabsetzung des Strafrahmens nach Versuchsgrundsätzen über § 49 Abs. 1 StGB eine Strafandrohung von einem Monat bis zu drei Jahren neun Monaten Freiheitsstrafe und ermöglicht bei in Betracht kommender Freiheitsstrafe von unter sechs Monaten auch die Verhängung einer entsprechenden Geldstrafe (§ 47 Abs. 2 StGB). Weiter hat der Angeklagte den Tatbestand der Körperverletzung gemäß § 223 StGB erfüllt. Denn er hat die vermeintlich Schwangere – barfuß – gegen den Bauch getreten und hierdurch Schmerzen im Unterleib und Blutungen verursacht. Die gleichzeitige Verwirklichung beider Delikte geschieht nach der jüngsten Rechtsprechung des BGH (a.a.O.) in Tateinheit. Hiernach ist gemäß § 52 StGB die Strafe dem jeweils konkret zu ermittelnden höheren Strafrahmen zu entnehmen (Fischer, StGB, 55. Auflage, Anm. 3 zu § 52 StGB). Dies ist hier der Strafrahmen des § 223 StGB, der bis zu fünf Jahre Freiheitsstrafe oder Geldstrafe vorsieht. Mit der verhängten Geldstrafe hat das Gericht den Vorgaben der §§ 223, 218 Abs. 1, 2 und 4, 22, 23, 47 Abs. 2, 49 Abs. 1, 52 StGB und auch der jüngsten Rechtsprechung des BGH entsprochen.

Würde man jedoch mit der früheren Auffassung des BGH (BGHSt 10, 312; vgl Fischer, a.a.O., Anm. 22 zu § 223 StGB) zwischen Körperverletzung und Schwangerschaftsabbruch Gesetzeskonkurrenz mit Konsumtion

der Körperverletzung annehmen, so wäre die Strafe aus dem niedrigeren Strafraumen für einen versuchten Schwangerschaftsabbruch zu entnehmen gewesen, §§ 218 Abs. 1, 2 und 4, 22, 23, 49 Abs. 1, 47 Abs. 2 StGB. Zwar wäre auch dann, da schon aus der höheren Strafandrohung des § 223 StGB auf Geldstrafe erkannt worden ist, die Verhängung einer Geldstrafe erfolgt. Somit kann für den vorliegenden Fall offen bleiben, ob der früheren oder der neueren Rechtsprechung des BGH zur Konkurrenz zwischen Körperverletzung und Schwangerschaftsabbruch zu folgen ist.

Allerdings wird auch durch das Urteil des AG Meschede deutlich, dass der nur versuchte strafbare Schwangerschaftsabbruch nach § 218 Abs. 2 StGB ein über die Körperverletzung hinausgehendes Unrecht enthält. Deshalb ist das Strafraumgefüge insoweit nicht stimmig. Nach der zu Recht erfolgten Anhebung des Strafraums für Körperverletzungsdelikte müssen auch die Strafen für die bestehen gebliebenen Delikte des Schwangerschaftsabbruchs angehoben werden. Hierfür

sprechen nicht zuletzt die Gründe, die der BGH (BGHSt 10, 312) für seine frühere Auffassung zur Gesetzeskonkurrenz zwischen Körperverletzung und Schwangerschaftsabbruch herangezogen hat. Diese Auffassung nur deshalb aufzugeben, weil der Gesetzgeber eine Strafraumenerhöhung allein bei den Körperverletzungsdelikten vorgenommen hat, ist nicht konsequent (s. a. die Anmerkung des Verf. zur neuen BGH-Rechtsprechung, ZfL 2008, 16 f.). Denn der die Körperverletzung übersteigende Unrechtsgehalt des Schwangerschaftsabbruchs bleibt dann unberücksichtigt. Erforderlich ist deshalb, dass der Gesetzgeber den Schwangerschaftsabbruch, soweit er noch strafbar ist, der inzwischen höheren Strafandrohung der Körperverletzungsdelikte anpasst. Zugleich müsste § 66 Abs. 3 Satz 1 StGB (Sicherungsverwahrung nach bestimmten Anlasstaten) um die Vorschrift des § 218 Abs. 2 StGB erweitert werden, da § 224 StGB dort ausdrücklich erwähnt ist und diese Vorschrift in § 218 Abs. 2 StGB ihre Entsprechung hat.

RiLG Knut Wiebe, Köln

rezension

Der innere Widerspruch

Luc Boltanski

Soziologie der Abtreibung

Aus dem Französischen von Marianne Schneider

Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main 2007

ISBN 978-3-518-58475-0

Geb., 142 Seiten, 29,80 EUR

Der französische Soziologe Luc Boltanski hat seine neueste Untersuchung überschrieben mit „*La condition fetale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*“, was im Deutschen heißen müsste: „Die Lage, die *conditio foetus*. Eine Soziologie der Zeugung und der Abtreibung.“ Aber die jetzt bei Suhrkamp erschienene Übersetzung verkürzt das Anliegen des Autors, indem sie die Lage des Foetus und die Zeugung einfach fortlässt und sich auf den Titel „Soziologie der Abtreibung“ beschränkt. Dabei kommt es Boltanski offensichtlich darauf an, die Abtreibung im Gesamtzusammenhang mit der Fortpflanzung des Menschen zu sehen und die Lage des Foetus „in der Schwebe“ zu beschreiben.

Unter „Foetus“ versteht er übrigens, wie das außerhalb der Medizin weitgehend üblich ist, alle Stadien des Menschen von der Vereinigung der Geschlechtszellen bis zur Geburt. „In der Schwebe“ befinde sich der menschliche Foetus nach Boltanski in dieser Zeit, nämlich zwischen einem Nichts und einem Menschen. Das soll nicht als Urteil verstanden werden, sondern als eine nicht wertende Beschreibung, wie es die Soziologie ver-

langt. Diese versteht sich ja als möglichst voraussetzungslos.

Doch schon Boltanskis erste These enthält bereits ein wertendes Urteil. Sie geht – insoweit noch richtig – davon aus, dass es Abtreibung gibt, und dass dies bekannt ist. Aber er folgert dann, dass eine Schwangere deswegen gezwungen sei, sich zu entscheiden, die Schwangerschaft abzuberechnen oder fortzusetzen. Dagegen ist ganz trivial festzustellen, dass die Fortsetzung der Schwangerschaft keiner Entscheidung bedarf, weil diese sich ganz von selbst fortsetzt. Entscheidungsbedürftig wäre nur eine Abtreibung. Es ist eben falsch, aus der bloßen Möglichkeit der Abtreibung einen Entscheidungszwang für die Schwangere zu konstruieren, der übrigens zur Folge hätte, dass ihr allein die Verantwortung für die Existenz ihres Kindes aufgebürdet und der Mann entlastet würde. Einen solchen Entscheidungszwang zu behaupten, ist genau so falsch wie die völlig absurde Meinung, man müsse sich dauernd dagegen entscheiden, seinem Nachbarn das Haus anzuzünden oder ihm den Schädel einzuschlagen, weil man dazu die Möglichkeit habe. Auch bedarf es keiner Entscheidung eines Ehepartners, sich nicht scheiden zu lassen, obwohl dazu sogar die gesetzliche Möglichkeit besteht. Aber um einen solchen absichtlich für die Schwangerschaft konstruierten Entscheidungszwang rankt sich leider Boltanskis Untersuchung.

Dessen ungeachtet vermittelt sie aber wichtige Erkenntnisse. So stellt er in einer weiteren These einen zweiten Zwang fest, unter dem die Schwangere steht, nämlich den Zwang zur Nicht-Diskriminierung, einfa-

cher ausgedrückt: das Verbot, unter ihren Zeugungsprodukten (!) eine Unterscheidung zu treffen, wonach die einen akzeptiert, die anderen aber verworfen werden. Der Zwang zur Entscheidung für Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft und der Zwang zur Nicht-Diskriminierung stehen aber zueinander in einem unauflösbaren Widerspruch, und darin liege das Dilemma der Abtreibung. (Ganz unsoziologisch könnte man auch sagen, Abtreibung ist deswegen schlecht, weil man über den ungeborenen Menschen ebensowenig wie über den geborenen verfügen darf.)

Dieses Dilemma der Abtreibung habe aber nicht nur in den westlichen Ländern, sondern in den verschiedensten Kulturen zur Folge, dass sie Gegenstand der Missbilligung sei, obwohl ein jeder wisse, dass es die Möglichkeit dazu gebe. Dennoch werde sie toleriert, und es fehle praktisch jede Darstellung in Wort und Bild und jede rituelle Begleitung, Abtreibung nehme niemals einen zentralen Platz in einer Kultur ein, und sie werde selbst von der klassischen Philosophie ignoriert. Angesichts der Häufigkeit der Abtreibung - in Frankreich habe es bis vor nicht langer Zeit eine Abtreibung auf zwei und seit der Verbreitung der Empfängnisverhütung immerhin noch auf drei bis vier Geburten gegeben - hält Boltanski diese Abschiebung ins Dunkle für höchst auffällig.

Er schildert dann die vielfältigen Versuche, den Widerspruch zwischen den beiden Zwängen, der die Abtreibung trotz weitgehender Legalisierung auch heute noch im Verborgenen hält, aufzulösen oder doch wenigstens abzumildern. Als zentrales Begriffspaar dient ihm dabei der „Mensch durch das Fleisch“, also das nur biologische Zeugungsprodukt, und der „Mensch durch das Wort“, nämlich der als Mensch Angenommene. Erst eine besondere Annahme mache aus dem bloß biologischen und deswegen noch wertlosen Wesen den preislosen, also unbezahlbaren Menschen. Kein Zweifel, erst durch einen rituellen Akt wird in den verschiedenen Kulturen das Neugeborene in die Gemeinschaft aufgenommen, so auch in der Taufe in die Gemeinschaft der Christen. Und kein Zweifel, dass das von seiner Mutter vor und nach der Geburt akzeptierte Kind bessere Voraussetzungen für seine Entwicklung als Mensch genießt als ein abgelehntes. Doch ist diese Akzeptanz für den Menschen nicht konstitutiv, sondern sie ist nur förderlich. Wenn Boltanski eine solche Akzeptanz als konstitutiv für das Menschsein ansieht, dann urteilt er vorausklärerisch. Er macht dann den Menschen von Zuschreibungen, letztlich also von der Willkür der bereits vorhandenen Menschen abhängig (*closed shop*).

Doch kennt und beschreibt der Soziologe einen Ausweg aus dem Dilemma, den er als „die spirituelle Übereinkunft mit dem Schöpfer“ bezeichnet. Diese bestehe darin, „die Rolle Gottes als des Schöpfers bei der Zeugung von Wesen im Fleisch hervorzuheben“ in dem Sinne, dass „jedes Wesen, das ins Fleisch kommt, in seinem Menschsein schon im voraus als Kind Gottes bestätigt

ist“. Dadurch habe die Zeugung „spirituellen und geradezu sakramentalen Charakter“. Mit dieser Übereinkunft sei „jede Vorstellung der Selektion unter der Gesamtheit der ins Fleisch gekommenen Wesen“ ausgeschlossen, und „Alles, was im voraus bestätigt und der Erlösung versprochen ins Fleisch kommt, entgeht der Allmacht einer weltlichen Autorität, welche auch immer es sein mag.“ Boltanski gibt die „Übereinkunft mit dem Schöpfer“ recht distanziert wieder und verzichtet darauf, in diesem Zusammenhang etwa die päpstlichen Enzykliken „*Casti connubii*“ und „*Humanae vitae*“ oder das Schreiben der Glaubenskongregation „*Donum vitae*“ zu zitieren. *Catholica non leguntur*, man liest nichts Katholisches. Auch findet sich nichts davon in den mehr als 140 Gesprächen mit betroffenen Frauen und beteiligten Ärzten, die dem Buch zugrunde liegen - allerdings darin auch nichts von den gelehrten moralphilosophischen Überlegungen aus Frankreich und Amerika, die von Boltanski breit wiedergegeben werden. Die Gespräche mit den Betroffenen lassen vielmehr deren Leiden, das ein Leiden zwischen den Zwängen und Widersprüchen ist, erkennen.

Ein weiteres Begriffspaar wird von Boltanski eingeführt, nämlich der „authentische Foetus“, also der gewollte und akzeptierte, und der „tumorale Foetus“, der als aggressiver Eindringling einem Tumor vergleichbar verstanden wird. Dem folgt nun ein interessanter Gedanke. Es könne diese Unterscheidung heute nicht mehr einfach ins Dunkle abgeschoben und verdrängt werden, denn die Reproduktionstechniken hätten den extrakorporalen „Technofoetus“ hervorgebracht, mit dessen Sichtbarkeit die Frage nach der „condition“ des Foetus, nach seinem Status und seiner Lage, unausweichlich und die Widersprüchlichkeit der Abtreibung offensichtlich geworden sei.

Boltanski kommt zu dem Schluss, dass Abtreibung weder gerechtfertigt noch verboten, allenfalls entschuldigt werden könne - was letztlich auf die Formel „rechtswidrig, aber straffrei“ hinausläuft. Er ist sich, ohne von religiösen oder gar christlichen Vorstellungen auszugehen, der inneren Widersprüchlichkeit der Abtreibung bewusst und hält diese für nicht auflösbar. Die Abtreibung könne nur entweder aufhören oder aber wieder in das Dunkel der Vergessenheit verdrängt werden.

Das Diskriminierungsverbot, zu dem Boltanski sich mit dem von ihm so bezeichneten zweiten Zwang bekennt, dürfte er als ein Ergebnis der Aufklärung verstehen und seine christliche Wurzel verkennen. Seine soziologische Untersuchung ist für die gegenwärtige Auseinandersetzung aber gerade deswegen von besonderer Bedeutung, weil sie ohne den Rückgriff auf diese christlichen Wurzeln auch für Nichtchristen akzeptabel wird.

Und das nicht nur in Bezug auf die Ungeborenen. Boltanski schließt seine Untersuchung mit dem Satz: „Denn die Lage, die *conditio*, des Foeten ist die des Menschen.“

Prof. Dr. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen

Präimplantationsdiagnostik, Embryonenforschung, Klonen

Martin Heyer/Hans-Georg Dederer

*Präimplantationsdiagnostik, Embryonenforschung, Klonen
Ein vergleichender Überblick zur Rechtslage in ausgewählten Ländern*

(Reihe: *Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE*, Bd. 3)

Verlag Karl Alber, Freiburg 2007

144 S., kartoniert, 13,- Euro / SFr 23,60

Stammzellforschung

Thomas Heinemann/Jens Kersten

Stammzellforschung – Naturwissenschaftliche, rechtliche und ethische Aspekte

(Reihe: *Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE*, Bd. 4)

Verlag Karl Alber, Freiburg 2007

248 S., kartoniert, 18,- Euro / SFr 32,90

Wer sich umfassend, „neutral“ – falls das bei bioethischen Themenstellungen überhaupt möglich ist – und relativ preisgünstig informieren will, wird in der Reihe „Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE“ fündig. Das Deutsche Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE) hat seine Sachstandsberichte so konzipiert, dass sie in wissenschaftlich fundierter Weise bioethische Themen für die interdisziplinäre Auseinandersetzung und die gesamtgesellschaftliche Debatte aufzubereiten. Die Beiträge der Reihe werden von der Wissenschaftlichen Abteilung des DRZE inhaltlich und redaktionell betreut. Als Autoren fungieren neben Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Wissenschaftlichen Abteilung des DRZE und des Bonner Instituts für Wissenschaft und Ethik (IWE) auch externe Experten aus den Bereichen Medizin und Biowissenschaften, Rechtswissenschaften und Ethik.

Band 3 der Reihe gibt einen Überblick zur Rechtslage in ausgewählten europäischen und außereuropäischen Ländern zu den Themen Präimplantationsdiagnostik, Embryonenforschung und Klonen. Dazu werden im er-

sten Teil die entsprechenden Regelungen der einzelnen Länder ausführlich dargestellt, um dem Leser einen raschen Überblick über die medizinrechtliche Praxis in Deutschland und im Ausland zu ermöglichen. Im zweiten Teil werden die einschlägigen internationalen Regelungsabkommen (des Europarats, der EU, der WHO und der UNESCO) zusammengefasst. Abschließend wird die Vielfalt der Regelungsvarianten bzw. -optionen veranschaulicht und typische Regelungsmuster skizziert, so dass sich Gemeinsamkeiten und Verschiedenheiten der internationalen biorechtlichen Normgebung erkennen lassen.

Band 4 der gleichen Reihe befasst sich ausschließlich mit der Stammzellforschung. Seit der ersten Publikation über die Gewinnung und Etablierung embryonaler Stammzellen aus Zellstadien früher menschlicher Embryonen und aus primordialen Keimzellen menschlicher Foeten sowie dem Nachweis gewebespezifischer Stammzellen in vielen Organen bei Mensch und Tier und ihrer Kultivierung in vitro hat sich die Stammzellforschung in kurzer Zeit als ein eigenständiges Feld biomedizinischer Forschung etabliert. Die Zielsetzungen dieses Forschungszweiges haben auch Hoffnungen auf die Möglichkeit therapeutischer Ansätze von gegenwärtig unzureichend oder nicht behandelbaren Erkrankungen geweckt. Doch die Gewinnung von embryonalen Stammzellen aus menschlichen Embryonen hat weltweit zu Diskussionen über die ethische Vertretbarkeit dieser Techniken geführt und unterschiedliche Ansätze zur rechtlichen Regelung entstehen lassen. Der vorliegende Band stellt zunächst ausführlich den aktuellen medizinisch-naturwissenschaftlichen Sachstand dar. Im Anschluss daran wird die deutsche Rechtslage, insbesondere das Stammzellgesetz (in der noch gültigen Fassung mit dem Stichtag 1. Januar 2002), das Embryonenschutzgesetz und das Patentgesetz, erörtert. Abschließend werden die Hauptargumente innerhalb der ethischen Debatte um die Stammzellforschung vorgestellt und analysiert. Der Band gibt somit eine umfassende Einführung in eine kontroverse Diskussion, die sich auch nach der Stammzellentscheidung des Bundestages vom 11. April 2008 (Verschiebung des Stichtages auf den 1. Juli 2007; Beschränkung der Strafbarkeit auf Inlandstaten) sicherlich fortsetzen wird. (rb)

umschau

Voluntas et vita

In **MedR 2008**, 181 ff. befasst sich Privatdozent **Dr. Adrian Schmidt-Recla** von der Universität Leipzig mit dem Problemkreis Behandlungsabbruch, Patientenverfügung und künstliche Ernährung. In seinem Aufsatz mit

dem Titel „**Voluntas et vita: Tertium non datur**“ kommt der Autor zu dem Ergebnis, dass primär der Patientenwille für die Behandlung schwer kranker oder sterbender Patienten maßgeblich sei. Wo ein erklärter Wille fehle oder nicht ermittelt werden könne, müsse im Zweifel für die Weiterbehandlung, also „pro vita“ entschieden werden.

In seinen grundlegenden Bemerkungen zur Einordnung des Behandlungsabbruchs in den Themenbereich der „Sterbehilfe“ stellt Schmidt-Recla zunächst klar, dass auch die künstliche Ernährung als medizinischer Eingriff der Einwilligung durch den Patienten bedarf – und zwar zum Zeitpunkt der Behandlungsaufnahme. Patientenverfügungen seien als wirklicher Wille des Patienten in allen Krankheitsphasen, die vor dem unmittelbaren Sterbeprozess liegen (in dem es bereits an einer medizinischen Indikation für die Weiterbehandlung fehle), verbindlich. Lasse sich auch kein „mutmaßlicher Wille“ ermitteln, müsse im Zweifel „pro vita“ entschieden werden. Die vermeintliche Alternative „pro dignitate“ sei abzulehnen, weil ein Vorrang der Menschenwürde vor dem Leben nicht bestehe, da das Innehaben der Menschenwürde das Leben voraussetzt, und „mensenunwürdige Lebensbedingungen nicht dadurch beendet werden müssen, dass eben gestorben wird“.

Eine Beschränkung der Bindungswirkung von Patientenverfügungen lehnt der Autor ab. Auch wenn sich die Einstellung von Patienten zu ihrer Behandlung ändern könne, sei es eine unzulässige Verallgemeinerung anzunehmen, dass eine Vorausverfügung immer widerrufen würde. Ferner könne gegen die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen nicht eingewendet werden, dass es sich um unsichere Vorausverfügungen für schwer durchschaubare Situationen handle, denn es sei gerade der Sinn einer Patientenverfügung, noch bei klarem Bewusstsein eine Entscheidung für schwer durchschaubare Situationen zu treffen.

Eine Notwendigkeit, in bestimmten Fällen die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts einzuholen, sieht

Schmidt-Recla nicht. Die vormundschaftsgerichtliche Praxis habe nur mit den so genannten „Konfliktfällen“ im Sinne der BGH-Rechtsprechung zu tun, in denen der Arzt weiterbehandeln, der Betreuer aber die Behandlung abbrechen lassen wolle. Solche Konflikte seien nur möglich, wenn der „mutmaßliche Wille“ des Patienten ermittelt werden müsse. Liege eine wirksame Patientenverfügung vor, könne ein Konflikt nicht auftreten. Gehe es um den „mutmaßlichen Willen“, so lasse sich dieser entweder „ermitteln – oder eben nicht. Im ersteren Falle ist diesem zu folgen, in letzterem, in non liquet-Situationen, ist die Behandlung ebenso fortzusetzen, wie eine Notfallbehandlung aufzunehmen wäre.“

Hier übersieht der Autor, dass zum einen Patientenverfügungen in der Realität nicht immer so klar und eindeutig formuliert sein müssen, wie es idealtypisch wünschenswert wäre. Von daher können auch bei (formalem) Vorliegen einer Patientenverfügung durchaus Zweifelsfälle entstehen, in denen eine Entscheidung des Vormundschaftsgerichts keineswegs überflüssig erscheinen muss. Und gerade bei der Ermittlung des „mutmaßlichen Willens“ können unterschiedliche Sichtweisen zu konträren Vorstellungen über das weitere Vorgehen im Sinne des Patienten führen. Wie sollen diese Konflikte gelöst werden, wenn nicht durch eine neutrale und der Objektivität verpflichtete Instanz, wie das Vormundschaftsgericht? Wer – wie Schmid-Recla – in allen Fällen, in denen der Betreuer einen Behandlungsabbruch verlangt, eine Beteiligung des Vormundschaftsgerichts für „unnötig“ hält, öffnet dem Missbrauch Tür und Tor und dient damit letztlich nicht dem Patientenwillen. (rb)

aus der jvl

Verleihung der päpstlichen Auszeichnung „Komtur des Gregoriusordens“ an den Vorsitzenden der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e. V., Bernward Büchner, am 17. Juni 2008

Gott ist ein Freund des Lebens

Sehr geehrter Herr Büchner! Werte Frau Büchner! Ich heiße Sie herzlich hier bei uns im Erzbischöflichen Ordinariat willkommen. Ich freue mich, Sie und Ihr vielfältiges Wirken aus dem Geist des christlichen Glaubens heute mit der Verleihung der päpstlichen Auszeichnung „Komtur des Gregoriusordens“ zu ehren und zu würdigen. Ein Blick auf Ihre Vita zeigt schnell: Ihr Leben ist eng mit Fragen des Rechts und der Gerechtigkeit verknüpft. In jungen Jahren haben Sie sich für das Studium der Rechtswissenschaften entschieden. Ihr Stu-

dium führte Sie nach München, Wien und auch hierher in Ihre Heimatstadt Freiburg. Nach der zweiten juristischen Staatsprüfung arbeiteten sie zunächst in der Verwaltung des Landes Baden-Württemberg, bis Sie als Richter an das Verwaltungsgericht Freiburg wechselten. Ihre hohe Qualifikation und geschätzten juristischen Kenntnisse fanden nicht zuletzt ihre Anerkennung in der Ernennung zum Vorsitzenden Richter am Verwaltungsgericht Karlsruhe im Jahre 1980. Sechs Jahre später übernahmen Sie den Vorsitz hier in Freiburg bis ins Jahr 2002. Neben all Ihren beruflichen Anforderungen haben Sie immer auch Zeit gefunden, sich ehrenamtlich zu engagieren und sich mit Ihrem Wissen und Können in das kirchliche Leben einzubringen. Ich erinnere nur an Ihre Mitarbeit in der Gemeinde und im Pfarrgemeinderat St. Cyriak sowie an Ihre Tätigkeit als Vorsitzender des kirchlichen Disziplinargerichts für Kirchenbeamte in unserem Erzbistum.

Die Frage nach der Gerechtigkeit, die Suche nach einer gerechten Gesellschaftsordnung ist keine leichte und einfache Aufgabe. Das wissen Sie so gut wie ich. Zu unterschiedlich, ja zum Teil sogar gegenläufig sind die Einschätzungen, wie denn das hohe Gut der Gerechtigkeit im Alltag zu verwirklichen sei und wie Gerechtigkeit im Recht einen adäquaten Niederschlag zu finden habe. Dennoch: Ohne Gerechtigkeit wächst die Unzufriedenheit, kann eine Gesellschaft langfristig nicht leben. Wie wichtig und notwendig die Tugend der Gerechtigkeit im menschlichen Zusammenleben ist, war auch dem Architekt unseres Hauses und dieses Sitzungssaals durchaus bewusst. Nicht ohne Grund setzte er über die Eingangstür die vier Kardinaltugenden: die Tapferkeit, die Mäßigung, die Klugheit und – die Gerechtigkeit. Tugenden, die unsere Demokratie braucht und die unsere Gesellschaft in die Zukunft führen.

Zweifellos: Mit der Verbreitung des Christentums kam auch eine neue Sicht des Menschen in die Welt. Denn alle Menschen – arme und reiche, junge und alte, gesunde und kranke – sind Adressaten der Frohen Botschaft. Der Mensch wird im Christentum auf neue Weise gesehen. Daraus entwickelten sich Formen des Zusammenlebens, die sich von den Gewohnheiten der damaligen Umgebung deutlich unterschieden. Es entstanden Tätigkeiten, die viele heute ganz unreflektiert als „staatlich“ empfinden, die aber dem kirchlichen Engagement entwachsen sind: Die Sorge für Arme, Kranke und Hilfsbedürftige, Einrichtungen der Bildung, Erziehung und Wissenschaft. Das biblische Menschenbild hinterlässt deutliche Spuren in der Geschichte des modernen freiheitlichen Rechtsstaats. Gerade auch die Väter und Mütter unseres Grundgesetzes hatten ein waches und sicheres Gespür dafür, dass der Mensch eben kein „Humankapital“ ist. Heute stellt sich vielfach die Frage auf, die durch aktuelle politische wie gesellschaftliche Entwicklungen geradezu bestärkt wird: Kann der moderne Rechts- und Sozialstaat, der jeden einzelnen in seiner Individualität schützt, seine persönliche Entwicklung fördert und im Alter, in Krankheit und Not nicht im Stich lässt, unabhängig vom christlichen Bezugsrahmen überleben? Viele vertrauen heute – ob bewusst oder unbewusst – darauf, dass die Würde des Menschen, dass Freiheit und soziale Gerechtigkeit für alle einleuchtend, sozusagen von selbst evident seien. Doch kann man auch dann von sozialer Verantwortung sprechen, wenn der Schutz des Lebens grundsätzlich in Frage gestellt wird?

Sie, werter Herr Büchner, knüpfen an dieser Frage an, wenn Sie vor wenigen Wochen, am 2. Mai 2008, in Köln das Symposium der „Juristen-Vereinigung Lebensrecht“ mit den Worten eröffneten: *„In den letzten Wochen mussten wir schmerzliche Niederlagen für den Lebensschutz in Deutschland und in Europa erleben.“* Sie greifen damit die Entscheidung des deutschen Bundestags zum Stammzellengesetz auf wie auch die Resolution der Parlamentarischen Versammlung des Europarats zum angeblichen

„Recht auf Abtreibung“. Und dennoch enden Sie ihre Einführung in Köln mit einer Ermutigung an die Teilnehmer, wenn Sie sagen: *„Zeichen eines neuen Nachdenkens gibt es dennoch. Dieses Nachdenken zu wecken und zu fördern ist eine bleibende Aufgabe. Das unablässige und geduldige Arbeiten an dieser Aufgabe wird uns so bald keine spektakulären Erfolge bescheren. Doch auf Dauer wird es nicht vergeblich sein.“* In diesen wenigen Worten wird deutlich, mit welchem Engagement Sie sich seit Jahrzehnten für den Schutz des menschlichen Lebens in all seinen Phasen einsetzen. Mit welcher Beharrlichkeit und Entschiedenheit Sie für die Würde des Menschen eintreten. Nicht wegschauen und zum Tagwerk weitergehen, wie es der Levit im bekannten Gleichnis vom barmherzigen Samariter tut, ist Ihre Devise, sondern anpacken, sich einbringen und Gesellschaft gestalten. Seit 1985, und damit seit weit mehr als zwei Jahrzehnten leiten Sie als Vorsitzender die Geschicke der Juristen-Vereinigung Lebensrecht und seit 2002 sind Sie stellvertretender Vorsitzender des Bundesverbands Lebensrecht. In unzähligen Vorträgen, Artikeln, Stellungnahmen und anderen Publikationen haben Sie sowohl in rechtswissenschaftlichen Fachorganen als auch in Tageszeitungen die rechtlichen Herausforderungen des Lebensschutzes analysiert und das Recht auf Leben eingefordert. Dafür gilt ihnen mein Dank und meine Anerkennung. Ihr Name und Ihr Engagement ist weit über die Grenzen unseres Erzbistums hinaus mit der Juristen-Vereinigung Lebensrecht verbunden und eng verwoben. Sie machen auf vielfältige Art und in ermutigender Weise deutlich, dass Menschenwürde gerade nicht an gesellschaftliche Nützlichkeit gebunden ist, schon gar nicht an ökonomische Produktivkraft, sondern dass immer auch der Kleinste und Schwächste ganz Mensch ist und ganz Anteil hat an der gottgegebenen Würde.

Wo immer sich Menschen dafür einsetzen, das Leben des anderen in seiner Würde zu achten und als wertvoll und unverfügbar anzuerkennen, folgen wir der Botschaft des Evangeliums. Es geht dabei um die Priorität und Vorliebe Gottes selbst, den die Heilige Schrift als „Freund des Lebens“ (Weish 11,26) bezeichnet. Insofern sage ich Ihnen an dieser Stelle noch einmal – für alles Ausgesprochene wie auch für alles, was in der Kürze der Zeit und aufgrund der Vielfalt Ihres Wirkens unerwähnt geblieben ist – mein herzliches Vergelt's Gott. So darf ich Ihnen die päpstliche Auszeichnung „Komtur des Gregoriusordens“ überreichen in Anerkennung Ihres vielfältigen und überaus wertvollen Einsatzes für das Leben und seinen Schutz. Ich wünsche Ihnen die Kraft und den Segen Gottes für das unablässige und geduldige Arbeiten an der so fundamental wichtigen, ja unersetzlichen Aufgabe zum Schutz des menschlichen Lebens, von der Sie selbst in Köln gesprochen haben, eine Aufgabe, „die auf Dauer sicher nicht vergeblich sein wird“.

Dr. Robert Zollitsch, Erzbischof von Freiburg

Dankesworte von Bernward Büchner

Sehr verehrter Herr Erzbischof,

als ich Ihnen anlässlich der Verabschiedung des Regierungspräsidenten Dr. von Ungern-Sternberg für meine erneute Ernennung zum Vorsitzenden Ihres Disziplinargerichts gedankt habe, sagten Sie mir, da komme noch etwas nach. Ich habe mir daraufhin überlegt, was das wohl sein könnte. Doch nicht im Traum habe ich an eine solch hohe päpstliche Auszeichnung gedacht.

Die Überreichung dieses Ordens freut mich zunächst einmal ganz persönlich, ebenso meine Familie. Eine besondere Ehre ist für mich, dass Sie, Herr Erzbischof, sich die Zeit genommen haben, mir diesen Orden persönlich zu überreichen, und dies im prominenten Kreis Ihrer höchstrangigen Mitarbeiter. Große Freude empfinde ich insbesondere darüber, dass mit dieser Ordensverleihung in erster Linie mein Engagement für den Schutz des menschlichen Lebens von der Empfängnis bis zum natürlichen Tod eine Würdigung erfährt. Auch innerhalb unserer Kirche versteht sich das ja nicht von selbst. Nicht jedem ist bewusst, dass zum Christsein auch gehört, Lebensschützer zu sein. Papst Johannes Paul II. hat uns diese Erkenntnis besonders eindrucksvoll vermittelt, in seiner Enzyklika „Evangelium vitae“, die auch aufzeigt, wie wir dem Evangelium vom Leben auf vielfältige Weise dienen können. Die Bischöfe der Vereinigten Staaten haben dies den amerikanischen Katholiken unter dem Titel „Das Evangelium des Lebens leben“ in einem Hirtenbrief noch einmal besonders verdeutlicht. Dieses Evangelium zu leben, ist Aufgabe jedes Christen, nicht das Monopol einzelner Gruppen. Aber es ist gut und notwendig, dass es Organisationen gibt, die sich dieser Aufgabe in besonderer Weise widmen.

Schon wiederholt durfte ich erfahren, dass Ihnen, sehr verehrter Herr Erzbischof, die Verkündigung des „Evangelium vitae“ ein besonderes Anliegen ist. Im März 2004 haben Sie mich zu einem längeren Gespräch über Fragen des Lebensschutzes empfangen, das mir noch in bester Erinnerung ist. Ihre Antworten auf Briefe und Ihr Grußwort zum letztjährigen Symposium unserer Juristen-Vereinigung Lebensrecht in der Katholischen Akademie haben mir und uns gut getan und Mut gemacht. Nach Ihrer Wahl zum Vorsitzenden der Deutschen Bi-

schofskonferenz habe ich auf entsprechende Fragen deshalb auch geantwortet, dass dies nach meiner Einschätzung eine gute Wahl sei. In den letzten Wochen und Monaten habe ich mit Zustimmung zur Kenntnis genommen, was Sie zu Fragen des Lebensschutzes gesagt haben, zur Stammzellforschung, zur Patientenverfügung und zu den Spätabtreibungen. Deshalb bin ich auch überzeugt, dass Sie diesem gesamten Themenkreis auch in Zukunft Ihre besondere Aufmerksamkeit schenken werden. Da die Kirche und wir Lebensrechtler aus demselben Evangelium leben und so aus derselben Quelle schöpfen, sind wir auch natürliche Verbündete. Wir würden uns freuen, wenn dies künftig in einem noch intensiveren Gedankenaustausch und in einer engeren Zusammenarbeit seinen Ausdruck finden könnte. Von Herzen danke ich Ihnen, Herr Erzbischof, für Ihre Initiative zu dieser päpstlichen Auszeichnung, die wohl auch meine Mitstreiter in der deutschen Lebensrechtsbewegung als ein Zeichen der Anerkennung ihres Wirkens und der Verbundenheit verstehen dürfen.

Danken möchte ich aber auch meiner lieben Frau für ihr Verständnis und ihre Geduld. Mein vielfältiges ehrenamtliches Engagement verlangt ihr so manchen Verzicht ab. Als Lerntherapeutin leistet sie eine echte Lebenshilfe, indem sie lese- und rechtschreibschwachen Kindern hilft, ihre Schwäche zu überwinden. Es ist schön mitzubekommen, wie diese Kinder dank dieser Hilfe geradezu aufleben.

Ich denke heute voller Dankbarkeit auch an meinen Vater, von dem ich schon früh gelernt habe, dass der Embryo Mensch von Anfang an ist. Zu besonderem Dank weiß ich mich auch Herrn Professor Dr. Herbert Tröndle verpflichtet, dem Ehrenvorsitzenden unserer Juristen-Vereinigung Lebensrecht, dem ich freundschaftlich verbunden bin. Unter den lebenden Mitgliedern hat er den bedeutendsten Anteil daran, dass es uns gelungen ist, den rechtlichen Schutzanspruch der ungeborenen Kinder in der rechtswissenschaftlichen Auseinandersetzung nicht in Vergessenheit geraten zu lassen.

Schließlich möchte ich mit Ihnen, Herr Erzbischof, hoffen, dass Papst Benedikt, der ein Freund des Lebens und der Lebensschützer ist, Ihrer Einladung folgen wird, im kommenden Jahr Freiburg zu besuchen, und wir ihm dann begegnen werden.

17. Juni 2008
Bernward Büchner

– Veranstaltungshinweis –

20. September 2008

„1000 Kreuze für das Leben“

Schweigemarsch und Kundgebung des Bundesverbands Lebensrecht in Berlin

Zeit: 12.00 - 15.00 Uhr

Treffpunkt: Berlin-Mitte, Am Neptunbrunnen, zwischen Rotem Rathaus u. Marienkirche a.d. Spandauer Straße
(S+U-Bahn Alexanderplatz)

Infos: Bundesverband Lebensrecht e.V., Fehrbelliner Str. 99, 10119 Berlin, Tel. 030 / 44 05 88 66, www.bv-lebensrecht.de

Nachfolgend dokumentieren wir Teile des Zeugnisses einer Frau, die abgetrieben hat und dieses traumatische Erlebnis verarbeiten und überwinden konnte.

Vorgetragen auf der Kundgebung „Kinderschuhe gegen Abtreibung“ des „Durchblick e.V.“ am 12.07.2008 in Kempten.

Mit 32 Jahren war ich körperlich, geistig und seelisch ein Wrack. Die Diagnose: alkoholabhängig. Tief in meinem Innern wusste ich, dass ich große Schuld auf mich geladen hatte:

Es begann im ersten Jahr meiner ersten Ehe, Anfang 1975, als ich durch die Fehldiagnose eines Arztes ungewollt schwanger wurde. Der Arzt sagte mir damals, ich könnte ohne operativen Eingriff keine Kinder bekommen und sollte sofort die Pille absetzen. Ich folgte seinem Rat und war einen Monat später schwanger. Weil mein Mann damals noch studierte und ich berufstätig war, sahen wir keine andere Möglichkeit, als das Kind abzutreiben. In Deutschland war Abtreibung damals noch nicht legalisiert. Über die Änderung des § 218 wurde zu dem Zeitpunkt gerade heftig diskutiert. Also fuhren wir nach Arnhem in Holland. Die Abtreibung selbst war für mich ein ganz schreckliches und nicht nur seelisch sondern auch körperlich sehr schmerzhaftes Erlebnis.

Nach den ersten Wochen der Erleichterung holte mich jedoch mein Gewissen ein und Einsamkeit, Scham und Unzufriedenheit machten sich breit. Die Fortsetzung war der Versuch, mit Hilfe von Alkohol alle meine seelischen Konflikte und Schwierigkeiten zu lösen.

1981, einen Tag nach meinem 28. Geburtstag erlitt ich im 3. Monat eine Fehlgeburt und sah dies als gerechte Strafe für das getötete Kind.

Zwei Jahre später wurde ich wieder schwanger und der Arzt stellte fest, dass es Zwillinge sind. Zu diesem Zeitpunkt steckte ich schon tief in meiner Abhängigkeit und die eheliche Gemeinschaft war dadurch sehr in Mitleidenschaft gezogen. Ich hatte auch Angst, dass die ungeborenen Kinder durch meine Trinkerei gelitten hatten. Doch der Arzt beruhigte mich und sagte mir, es sei alles in Ordnung. Ab diesem Zeitpunkt konnte ich meinen Alkoholkonsum einschränken. Das erste Wunder geschah, meine Kinder kamen gesund zur Welt und alles schien in bester Ordnung.

Doch meine Abhängigkeit lauerte und hatte mich einige Monate nach der Geburt der Kinder wieder voll im Griff. Ich war nicht mehr in der Lage, meine Kinder zu versorgen. Mein Mann, mit dem ich bis zu diesem Zeitpunkt 16 Jahre meines Lebens verbracht hatte, ließ sich von mir scheiden. Er erhielt das Sorgerecht für unsere gerade 1 Jahr alten Kinder und das Nutzungsrecht unserer Wohnung.

Ich habe damals alles verloren, was mir für mein Leben wichtig erschien, meine Familie und mein Zuhause. Mein Schuld-Konto war ins Unermessliche gestiegen,

denn jetzt hatte ich auch noch eine zerstörte Ehe und Familie auf dem Gewissen. Die Trennung von meinen Kindern fiel mir unsagbar schwer. In meinem Schmerz schrieb ich seitenweise Tagebücher in Form von Briefen an meine Kinder.

Durch meine religiöse Erziehung war ich fest davon überzeugt, dass Gott mich aufgrund meiner schweren Verfehlungen verstoßen hatte und ich für immer verloren war. Ich wollte nicht mehr leben und sah die einzige Erlösung im Tod. Als ich seinerzeit auch gläubigen Christen begegnete, die mir berichteten, dass Jesus Christus auch für meine Schuld gestorben sei, konnte ich das nicht annehmen. Ich glaubte fest daran, dass meine Schuld vor Gott zu groß sei, als dass er sie vergeben könnte.

Ich unternahm drei Selbstmordversuche. Als ich nach dem dritten Versuch wieder in eine Klinik eingeliefert wurde, geschah ein weiteres Wunder. Trotz meines zerstörten Zustandes erinnerte ich mich an die Worte der Christen. Meine Versuche, Abschied von dieser Erde zu nehmen, waren gescheitert – also musste Gott doch noch irgendetwas an mir liegen.

Seit diesem Zeitpunkt gehe ich meinen Weg mit der Hilfe des Herrn. Mit 38 Jahren habe ich wieder geheiratet. Durch die Führung des Herrn ist ein gutes Verhältnis zu meinem ersten Mann, seiner Frau und den Kindern entstanden.

Seit Juni 2000 arbeite ich sogar in der Firma meines geschiedenen Mannes, die er zusammen mit drei anderen Geschäftspartnern als Inhaber führt. Die Sekretärin hatte gekündigt und sie brauchten auch dringend jemand zur Entlastung der Geschäftsleitung. Mein geschiedener Mann ist heute also einer meiner Chefs.

Noch im gleichen Jahr schenkte uns Gott ein neues Zuhause. Ein kleines, gemütliches Haus im gleichen Ort, in dem mein geschiedener Mann mit seiner Familie lebt. Das Haus stand über ein Jahr leer und fand keinen Käufer. Ich glaube, der Herr hat es für uns aufgehoben. Manchmal ist es mir fast unbegreiflich, wie Gott aus so viel Not und Leid noch etwas Gutes machen kann. Der Vers in Markus 10, 27 „denn bei Gott sind alle Dinge möglich“, hat sich in meinem Leben bewahrheitet. Im Laufe der Zeit hat Jesus alle Wunden und Verletzungen meiner Seele geheilt, etwas aus menschlicher Sicht Unmögliches, denn es gibt keine therapeutischen Maßnahmen zur Aufarbeitung von Schuld. Durch ihn konnte ich mir auch selbst meine Verfehlungen vergeben und ich kann heute allen beteiligten Personen in Freiheit, ohne Groll oder Hass gegenüberreten.

Der Weg mit Gott ist manchmal schmal und steinig, aber ich gehe ihn gerne. Er ist abenteuerlich und sicher zugleich. In der Hoffnung, durch meine Erfahrungen noch vielen Menschen ein Segen zu sein, möchte ich meinen Bericht schließen.

Ursula Linsin-Heldrich, Selbsthilfegruppe „Rahel“

Kind klagt gegen „Kind als Schaden“

Noch vor der Geburt seines Klienten hat der Anwalt des inzwischen geborenen Emil Karg beim Landgericht Feldkirch Klage gegen die Republik Österreich wegen Verletzung von dessen „Ehre und Würde“ eingereicht. Anlass ist das Urteil des Obersten Gerichtshofs, das im März dieses Jahres einem anderen Elternpaar Schadensersatz wegen der bei einer pränatalen Diagnostik nicht erkannten Behinderung ihres Kindes zugesprochen hatte. Mit der Klage wollen die Eheleute Karg und der als Vormund eingesetzte Anwalt, Paul Sutterlüty, eine Debatte über den Umgang mit ungeborenen Kindern in Gang setzen, bei denen eine Behinderung diagnostiziert wird.

Der Grund: Der inzwischen per Kaiserschnitt ohne Komplikationen geborene Emil leidet an Spina bifida (offener Rücken). Derweil konzentrieren sich Fachärzte darauf, die Fehlbildungen der Wirbelsäule bestmöglich zu korrigieren. Aufgrund seiner Behinderung hätte Emil bis zu seiner Geburt straffrei abgetrieben werden können. Ferner hätten seine Eltern Schadensersatzansprüche geltend machen können, wenn den Ärzten bei der Durchführung einer Pränatalen Diagnostik ein Fehler unterlaufen wäre. Emils Eltern sehen durch die geltende Gesetzeslage die Ehre und Würde ihres Kindes verletzt und betonen: „Unser Kind hat einen Schaden, ist aber kein Schaden“.

Deutsche mehrheitlich für „Tötung auf Verlangen“

Die Mehrheit der Deutschen steht laut einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach der „Tötung auf Verlangen“ positiv gegenüber. Die Allensbacher Meinungsforscher

hatten in einer Anfang August vorgestellten Meinungsumfrage rund 1.800 Befragten ab 16 Jahren folgende Frage vorgelegt: „Zurzeit wird ja viel über aktive Sterbehilfe diskutiert. Das bedeutet, dass man das Leben schwerkranker Menschen, die keine Chance mehr zum Überleben haben und große Schmerzen erdulden müssen, auf deren eigenen Wunsch hin beendet. Sind Sie für oder gegen aktive Sterbehilfe?“ 58 Prozent sprachen sich daraufhin für eine „Tötung auf Verlangen“ aus. 23 Prozent gaben sich unentschieden. Nur 19 Prozent lehnten die „Tötung auf Verlangen“ unter den genannten Umständen ab.

Am höchsten war der Anteil der Befürworter der aktiven Sterbehilfe unter den 16- bis 29-Jährigen. Während sich in der Altersgruppe „60 Jahre und älter“ 51 Prozent der Befragten für „Aktive Sterbehilfe“ aussprachen, befürworteten 63 Prozent der Unter-30-jährigen eine solche Option. Dass die Kirchen die aktive Sterbehilfe übereinstimmend ablehnen, habe „nur geringen Einfluss“ auf die Haltung ihrer Mitglieder. Laut dem Meinungsforschungsinstitut befürworteten 56 Prozent der Protestanten und 50 Prozent der Katholiken die Tötung auf Verlangen innerhalb des skizzierten Rahmens. Bei den Konfessionslosen waren es 65 Prozent. Für die Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen auf Wunsch des Patienten sprachen sich 72 Prozent der Deutschen aus. 11 Prozent lehnten dies ab. 17 Prozent zeigten sich „unentschieden“.

US-Forschern gelingt Erfolg mit IPS-Zellen

Wissenschaftlern der Harvard Universität in Cambridge im US-Bundesstaat Massachusetts und der Columbia Universität in New York ist es offenbar gelungen, erstmals Hautzellen von Patienten, die an Amyotropher Lateralsklerose (ALS) erkrankt sind, zu unbegrenzt teilungsfähigen Stammzellen umzuprogrammieren. Wie das Team um Kevin Eggen in der renommierten Fachzeitschrift „Science“

schreiben, hätten sie die so gewonnenen „induzierten pluripotenten Stammzellen“ (IPS) anschließend in genau diejenigen Nervenzellen – so genannte Motoneuronen – verwandelt, die bei an ALS erkrankten Patienten langsam zerstört würden. ALS ist eine tödliche Erkrankung des motorischen Nervensystems, die trotz zeitlich höchst unterschiedlichen Verlaufs stets zur irreversiblen Muskellähmung am ganzen Körper führt, bis am Ende auch die Atmung ausfällt.

Für eine Therapie eignen sich diese Zellen allerdings nicht. Derzeit könnten die aus IPS-Zellen gezüchteten Motoneuronen nur für Forschungen im Reagenzglas verwendet werden, erklärt Eggen. Denn einmal besäßen auch die neu gezüchteten Nervenzellen genau denselben genetischen Defekt, aufgrund dessen die 82-jährige Patientin, von der die Hautzellen stammen, an ALS erkrankt sei. Darüber hinaus seien zur Umwandlung der Hautzellen in IPS-Zellen auch krebsauslösende Gene mit Hilfe von viralen Genfähren in die Hautzellen eingeschleust worden. Derart genetisch manipulierte Zellen dürften schon aus Sicherheitsgründen keinem Menschen implantiert werden, warnte Eggen.

Die Forscher um Eggen wollen nun untersuchen, wie sich die gezüchteten Motoneuronen unter verschiedenen Zellkultur-Bedingungen verhalten und herausfinden, was deren Absterben verhindern könnte. Auch über die Krankheit selbst hoffen die Wissenschaftler dabei mehr herauszufinden zu können.

Anders als bei der Gewinnung humaner embryonaler Stammzellen müssen für die Herstellung induzierter pluripotenter Stammzellen keine embryonalen Menschen getötet werden.

Zulassung von Mifegyne europaweit vereinheitlicht

Die Zulassung des chemischen Präparats „Mifegyne“ (vormals RU 486), das in Deutschland bis vor kurz-

em bis zum 49. Tag nach Beginn der letzten Monatsblutung zum Zweck einer Abtreibung eingesetzt werden durfte, wurde kürzlich europaweit vereinheitlicht. Seit 1. Juli diesen Jahres können vorgeburtliche Kindstötungen mit der Abtreibungspille demnach auch in Deutschland bis zum 63. Tag durchgeführt werden.

Das 1991 in Großbritannien zugelassene und seit 1999 auch in Deutschland erhältliche Präparat enthält das künstliche Hormon Mifepriстон, welches das natürliche, schwangerschaftserhaltende Hormon Progesteron von den Progesteron-Rezeptoren der Schwangeren verdrängt. Die Folge: Der Embryo wird von Sauerstoff und Nahrung abgeschnitten, die Gebärmutterschleimhaut der Schwangeren bildet sich zurück, bis sie schließlich zusammen mit dem sich darin eingenisteten Embryo abgestoßen wird.

Im Zuge der erweiterten europaweitlichen Zulassung wurden auf Anordnung der EU-Kommission auch die Texte für die Etikettierung der Packung und des Beipackszettels verändert und mit „zusätzlichen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen“ versehen. Dort wird nun unter anderem darauf hingewiesen, dass das Verfahren „nicht zu 100 Prozent wirksam sei“ und auch „ein chirurgischer Eingriff erforderlich“ sein könne, um „die Behandlung abzuschließen.“ Laut einer in den „Annals of Pharmacotherapy“ publizierten Studie wiesen 23 Prozent der Kinder, die eine Abtreibung mit Mifegyne überlebten, schwere Missbildungen auf.

Unter möglichen Nebenwirkungen für die Schwangere listet der Beipackzettel nun unter anderem „starke Blutung, Uteruskontraktionen oder -krämpfe“ auf, die bei mehr als einer von 10 Frauen und damit „sehr häufig“ auftraten. „Häufig“ (bei weniger als einer von 10 Frauen, aber mehr als einer von 100 Frauen)

kommt es demnach auch zu einer „Infektion“ sowie zu „Übelkeit, Erbrechen, Durchfall“. In „sehr seltenen Fällen“ könne es zu einem durch eine Infektion verursachten „tödlichen toxischen Schock“ kommen. Laut Angaben des „Life Issues Institutes“ in Cincinnati im US-Bundesstaat Ohio sind weltweit 13 Fälle dokumentiert, in denen Frauen die Einnahme der Abtreibungspille auch mit dem eigenen Leben bezahlten.

Schüler fordern mehr Hilfen für Schwangere

In der Schule und besonders im Sexualekundeunterricht sollen Jugendliche intensiv über finanzielle und soziale Hilfsangebote für junge Mütter informiert werden. Auch die Gefahren posttraumatischer Störungen sowie die möglichen körperlichen Folgen einer Abtreibung für die Frau sollten stärker thematisiert werden. Schwangere Schülerinnen müssten die Möglichkeit besitzen, die Schule weiter zu besuchen. Die Kosten für eine Tagesmutter seien von den Ländern zu erstatten. Die Möglichkeit, Elternzeit zu nehmen, müsse auf Schülerinnen und Schüler ausgedehnt werden. Schuljahre, die aufgrund der Elternzeit versäumt würden, dürfen nicht wie „Sitzen geblieben“ gewertet werden. Das fordern der Bundesvorsitzende der Schüler Union Deutschlands, Younes Ouaqasse, und der Landesvorsitzende der Schüler Union Hessen, Stephan Klenner. Die Vertreter der Nachwuchsorganisation von CDU/CSU beklagen ferner, dass Hilfsangebote der Bundesstiftung „Mutter und Kind“ zu wenig bekannt seien und nur wenig mediale Aufmerksamkeit erhielten.

England: Forscher stellen hunderte Chimären her

Forscher in Großbritannien haben bereits 270 so genannte Chimären durch die Fusion eines menschlichen Zellkerns mit zuvor entkernten tieri-

schen Eizellen hergestellt. Das berichtete die britische „Financial Times“ unter Berufung auf den Wissenschaftler Lyle Armstrong von der Universität Newcastle. Im Mai hatte das britische Parlament im Rahmen der Verabschiedung der „Human Fertilisation and Embryology Bill“ die Herstellung so genannter Mensch-Tier-Embryonen zur Gewinnung von Stammzellen genehmigt. Sie sollen die embryonale Stammzellforschung weiter voranbringen. Während die Reproduktionsmedizin den Forschern nur 8 bis 10 menschliche Eizellen in ausreichender Qualität zur Verfügung stelle, könnten sie von der lokalen Fleischindustrie pro Tag rund 200 Rinder-Eizellen erhalten. Laut Armstrong habe sich die Herstellung der Embryonen aus embryonalen Eizellen und einem menschlichen Zellkern als leichter als erwartet herausgestellt.

Südkorea: Keine neue Lizenz für Hwang Woo Suk

Südkorea verwehrt dem als Fälscher entlarvten Klon-Spezialisten Hwang Woo Suk eine Rückkehr in die Forschung mit humanen embryonalen Stammzellen in seiner Heimat. Wie das Gesundheitsministerium in Seoul mitteilte, hat das Ministerium einen Antrag von Hwangs Labor, der „Sooam Biotech Research Foundation“, auf Zulassung entsprechender Forschungstätigkeiten abgelehnt.

Als Gründe für die Entscheidung nannte das Ministerium Hwangs Entlassung bei der Nationaluniversität von Seoul wegen der Manipulation von Forschungsdokumenten, ethische Probleme im Zusammenhang mit der Beschaffung menschlicher Eizellen für die eigene Forschung sowie eine Anklage wegen illegalen Handels mit solchen Eizellen. Das Ministerium folgte der staatlichen Bioethik-Kommission, die sich dafür ausgesprochen hatte, dem 55-jährigen Veterinär die vor mehr als zwei Jahren entzogene Erlaubnis zur Forschung mit menschlichen Stammzellen nicht wieder zu erteilen.