

1
Jg. 7 • 2016

Zeitschrift für
Medizin-Ethik-Recht

ZfMER



IM FOKUS

Xenotransplantation und

Die Debatte um Sterbe- und Suizidbeihilfe

Organtransplantation

Gesundheitspolitik

Wissenschaftstheorie

Der Streit um die
Hirntoddefinition

Die Gesunderhaltung
der Geflüchteten

Taxonomische
Mehrdeutigkeiten

Liebe Leserinnen und Leser!

die Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht wurde eingestellt. Sie versammelte neben einschlägigen Gesetzestexten und medizinethischen wie -rechtlichen Reflexionen von Experten vor allem die Masterarbeiten des Studiengangs am Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrum Medizin-Ethik-Recht. Auch wenn die bisher erschienenen Arbeiten weiterhin erhältlich sind, so war es fraglich, wo und wie zukünftig die Abschlussarbeiten publiziert werden können. Deshalb haben wir uns entschieden, Ihnen auch ausgewählte Masterarbeiten zu präsentieren. Eine derartige Präsentation in diesem Format kann nur ein Kompromiss zwischen ursprünglichem Text und Leserführung sein, da Abschlussarbeiten tendenziell zu wissenschaftlicher Trockenheit neigen. Wir haben uns bemüht, sie für Sie attraktiv zu gestalten. Ich hoffe, dies ist uns gelungen.

Die Masterarbeiten dieser Ausgabe behandeln zwei brisante Themen. In der ersten Arbeit von Anneli Arnold-Hofbauer geht es darum, ob die Xenotransplantation, also die Transplantation von tierischen Organen in den menschlichen Körper, eine Alternative zu dem etablierten Verfahren der Allogentransplantation sein kann, um den so genannten Organmangel zu beseitigen. Der zweite Beitrag von Andreas Posa resümiert die aktuelle Debatte um den Suizid, die Suizid- und die Sterbehilfe und zeigt, dass die Einführung des § 217 ins StGB im November letzten Jahres keineswegs eine zufriedenstellende Lösung für alle Probleme ist, die sich um diesen Fragenkomplex bewegen.

Uns freut es sehr, dass wir Ihnen aus aktuellem Anlass auch einen Text von Anna H. Moreno präsentieren können, der sich mit der Gesundheitssituation von Geflüchteten beschäftigt. Im Anschluss geht Lorenz Bode auf die aktuelle Hirntoddebatte ein, die wie ein Untoter wiedergekehrt ist. Zum Schluss wird es um die Unschärfe von Erkenntnissen gehen, ein Problem, das sich auch immer wieder in den medizinethischen und medizinrechtlichen Diskursen findet.

Wir danken den Autoren dieser Ausgabe für Ihre Beiträge und wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Sebastian Vogel
Andreas Walker

Redaktionsleitung

	Editorial	3
	Gesundheitspolitik	
<i>Anna H. Moreno</i>	Haben wir ein gesamtgesellschaftliches Interesse an der Gesunderhaltung der Geflüchteten?	5
	Organtransplantation	
<i>Lorenz Bode</i>	Der Streit um die Hirntoddefinition	15
	IM FOKUS	
<i>Anneli Arnold-Hofbauer</i>	Xenotransplantation aus medizinischer, rechtlicher und ethischer Perspektive	25
<i>Andreas Posa</i>	Zur gegenwärtigen Debatte um die Sterbe- und Suizidbeihilfe	58
	Wissenschaftstheorie	
<i>Andreas Walker</i>	Taxonomische Mehrdeutigkeiten: <i>koto</i> , Monster und die Unschärfe der Evidenz	82
	Impressum	93

Haben wir ein gesamtgesellschaftliches Interesse an der Gesunderhaltung der Geflüchteten?¹

von Anna H. Moreno

Ungleichheiten im Zugang zu Versorgungsleistungen

Die Einschätzung, dass ein Mensch früher sterben muss, wenn er arm ist, gehört im allgemeinen öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland einer Vergangenheit an, die endgültig überwunden scheint und sich insbesondere aufgrund sozial-struktureller Errungenschaften und medizinischer Innovationen von der heutigen gesundheitsbezogenen Versorgungssituation der Gesamtbevölkerung grundlegend unterscheidet. Etablierte Vertreter aus dem Medizinbetrieb sind bei aller Kritik an gegenwärtigen Verteilungsregeln zur Vergütung weitgehend gemeinsam der Überzeugung, dass Deutschland über eines der besten Gesundheitssysteme verfügt.² Dennoch findet man bei vertiefter Analyse gerade in der gesundheitsbezogenen Versorgung eine Reihe nicht durch die zugrundeliegende Erkrankung selbst erklärbarer Unterschiede im Zugang zu Gesundheitsleistungen.³

Migration in ihren unterschiedlichen Ausprägungen wird mittlerweile als eine zentrale Determinante gesundheitlicher Ungleichheit in den westlichen Einwanderungsgesellschaften wahrgenommen, deren Einfluss aufgrund weiterer Zuwanderung vermutlich noch zunehmen wird.⁴ Dabei ist Vulnerabilität nicht ausschließlich in Krankheit, Verletzung, Behinderung und anderen unmittelbar medizinisch relevanten Defizitzuständen begründet, sondern auch in psychosozialen Defizitzuständen wie Armut und ökonomische Abhängigkeit, Unwissen und fehlende Bildung sowie mangelndes Selbstvertrauen und Selbstbestimmung. Alle diese Zustände erhöhen das Risiko, geschädigt zu werden, und potenzieren letztlich bei Nichtbeachtung der Risiken den Bedarf an gesundheitsbezogenen staatlichen Leistungen.⁵ Nicht selten entscheidet der Wohnsitz und nicht der objektivierbare medizinische Bedarf über die Güte der regional erfahrenen Gesundheitsversorgung.⁶ Die oftmals beobachtete Unterbringungssituation der geflüchteten Familien und der unbegleiteten Kinder und Jugendlichen in Not- und Gemeinschaftsunterkünften tangieren insbesondere eine Vielzahl von Interessen und Rechten von Kindern, die sich aus der Kinderrechtskonvention ableiten lassen, wie etwa das Recht des Kindes auf eine offene Zukunft.⁷

Für zusätzliche Gesundheitsrisiken sorgen beim Zusammentreffen von Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen vor allem sprachliche Probleme. Zwar bestehen diese auch in vielen anderen Situationen des Alltags, doch im

Erkrankungsfall haben die Betroffenen es hier mit existenziellen Krisen zu tun, häufig verbunden mit tiefen Ängsten, die die interkulturellen und interreligiösen Problematiken schärfer hervortreten lassen.⁸ Resultate der empirischen Sozialforschung verdeutlichen, dass die Ursachen der gesundheitlichen Nachteile von Geflüchteten und Migrant*innen im niedrigen sozialen Status zu suchen sind.⁹

Gesellschaftliche Inkorporation zur Gesunderhaltung

Die Aussage „Alle haben das gleiche Recht auf bestmögliche Versorgung“ trifft – wie dargelegt – nicht die bundesdeutsche Realität der Gegenwart. Weitgehend un widersprochen ist auch die Beobachtung, dass der sozioökonomische Status von Minderheiten streng mit der Lebenserwartung korreliert.¹⁰ Die aktuell geführten kontroversen Diskussionen um die Geflüchteten deuten auf die zunehmende Bedeutung gerechtigkeitsethischer Aspekte hin. Bei den polarisierend geführten Argumentationsstrategien¹¹ wird letztlich die Frage aufgeworfen, wer zur Erfüllung menschenrechtlicher Aspekte verpflichtet ist und wie weit mit dieser gesamtgesellschaftlichen Verpflichtung auch der Einsatz von Ressourcen verbunden ist. Nach Winfried Kluth ist die zentrale Bedeutung der Leistungskomponente darin zu erblicken, dass vor allem die sozialen Menschenrechte eng mit der Bereitstellung von Ressourcen, auch im Gesundheitswesen, verbunden sind.¹² Das Recht der legalen Zuwanderung ist derzeit durch die Interessen der Wohnbevölkerung einerseits¹³ und der Wirtschaft andererseits dominiert, während die Interessen der Zuwanderungswilligen nur marginal berücksichtigt werden.

Der überwiegende Teil der gesundheitswissenschaftlichen¹⁴, ökonomischen¹⁵, theologischen und juristischen Literatur nimmt sich dieser skizzierten Problemfelder durchaus mit erkennbarer Ernsthaftigkeit an, indem Einzelaspekte analysiert und aus der jeweiligen Perspektive der Fachdisziplin betrachtet werden. Diese Entwicklung schafft jedoch aufgrund der aktuellen Fragmentierung im methodischen Ansatz keinen gemeinsamen Nenner und vermag keinen fachübergreifend umfassenden Diskurs auszulösen. Es fehlt der aktuellen Diskussion um Verteilungsgerechtigkeit im Detail die Kohärenz und letztlich die grundsätzliche und umfassende Betrachtung zur Frage, wie ein zukünftiges gerechtes Gesundheitssystem aussehen muss, welches die Folgen der Globalisierung und der Flüchtlingsbewegungen nicht ausblendet.

Notwendigkeit einer gemeinsamen Gerechtigkeitskonzeption

Vor dem Hintergrund der dargestellten Situation erfährt die Frage nach einer gemeinsamen Gerechtigkeitskonzeption eine hohe Aktualität. In vielen europäischen Ländern wird die aktuell verstärkte Einwanderung als Problem oder sogar

als Bedrohung erlebt und auf unterschiedlicher Art abgewehrt. Nun gibt es einerseits deutliche Anzeichen dafür, dass wir auf dem Weg in ein Zeitalter der Relativierung des Nationalstaatskonzepts zugunsten des Ausbaus supranationaler Rechtsinstitutionen sind.¹⁶ Andererseits entwickelt sich eine reaktive nationale Einstellung in manchen europäischen Ländern, die nicht selten in Diskriminierung mündet. Das beobachtete Spektrum reicht von Abwehrhaltungen über die Forderung nach bedingungsloser Assimilation bis hin zu aggressiven Ausgrenzungen, die in ethnischen Säuberungswahn entgleisen können.¹⁷

Wurden im Jahr 2012 in Deutschland 77.651 Asylanträge gestellt, so lag die Zahl im Jahr 2013 mit 127.023 nahezu doppelt und im Jahr 2014 nahezu dreimal so hoch.¹⁸ Der Vielfalt individueller Wanderungsgründe auf der Mikroebene steht im späten 20. und beginnenden 21. Jahrhundert die zunehmende Globalisierung als wichtigster Faktor auf der Makroebene gegenüber. Globalisierung findet weltweit, jedoch in unterschiedlicher Intensität und Geschwindigkeit, statt. Sie trägt mit dazu bei, dass bestehende Ungleichheiten zwischen Nationen reproduziert und verstärkt werden. Die im Weltmaßstab reichen Bevölkerungsgruppen haben die geringsten Mobilitätshindernisse zu überwinden.

Wirtschaftlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen hingegen bräuchten die Mobilität zur Verbesserung ihrer Entwicklungschancen am dringendsten, erhalten sie jedoch am wenigsten. Die Globalisierung wird auch in Zukunft weiter voranschreiten. Hinsichtlich der Bedarfe einer besseren gesundheitsbezogenen Versorgung unterscheiden sich die Motive der heute oft abschätzig so genannten „Wirtschaftsflüchtlinge“ nicht grundsätzlich von denen der Auswanderer des 19. Jahrhunderts.¹⁹ Mögen die Fluchtursachen noch so unterschiedlich sein, so verbindet sie alle die traumatisierende Ausnahmesituation einer nicht selten lebensgefährlichen Flucht. Es steht außer Frage, dass der überwiegende Teil der geflüchteten Menschen aus „Non-Western-Cultures“ kommt und ihre Bedarfsstrukturen nicht immer auf Verständnis stoßen.

Faire Regeln zur Verteilung

Gerechtigkeit²⁰ und Gesundheit haben auf den ersten Blick nichts miteinander zu tun. Es existiert im Hinblick auf die manifestierte individuelle Krankheitslast keine Gerechtigkeit, die wir mit unseren Maßstäben nachvollziehen können oder die eine Allgemeingültigkeit erlangen könnte. Dennoch stellt sich gerade jetzt vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Gesellschaft die Frage nach sozialer Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Diese Frage ist zwingend an die Menschenrechte zu knüpfen. Die Bedeutung der Menschenrechte ist für das Migrationsrecht von besonderer Relevanz, weil Migrationsprozesse genuin einen überstaatlichen Charakter besitzen. Es verwundert daher auch nicht, dass bereits die Europäische Sozialcharta, die einen umfangreichen Katalog sozialer

Rechte enthält, in Art. 11 gesundheitliche Belange fokussiert.²¹ Dieses „Recht auf Gesundheit“ wurde auch im Art. 12 des *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (ICESCR), dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt), aufgenommen.

Überwiegend sind die Forderungen der Europäischen Sozialcharta in der Bundesrepublik Deutschland erfüllt. Auf nationaler Ebene sind die Normierungen des Grundgesetzes für das Menschenrecht auf Gesundheit einschlägig. Zentrale Verfassungsform des Grundgesetzes nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ist hierbei: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“.²² Beide Schutzgüter garantieren positiv elementare Bedingungen für die Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit der menschlichen Persönlichkeit. Zurecht wird beiden Grundrechten ein Schutzcharakter zugesprochen, der den Staat verpflichtet, sich schützend vor das Leben und die körperliche Unversehrtheit des Einzelnen zu stellen. Diese Schutzpflicht ist umfassend zu verstehen und besteht allgemein gegenüber der Bevölkerung und kann sich in besonderer Weise auf den einzelnen Menschen verdichten.

Wenn die Menschenwürde²³ das Recht meint, Rechte zu haben, ist es nicht vorstellbar, auf der Grundlage von Art. 1 Abs. 1 GG eine staatliche Pflicht zu begründen, der nicht auch ein Recht des begünstigten Bürgers – unabhängig von seiner Ethnie – auf Erfüllung eben dieser Pflicht entspricht.²⁴ Die Frage der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen ist demnach nicht die Frage, ob die konkret zu erleidende Krankheit auf der individuellen Ebene gerecht ist. Die Frage ist vielmehr, ob die Bemühungen unserer pluralistischen Gesellschaft, Kranke – unabhängig von Herkunft und Ethnie – zu behandeln und ihre Leiden zu mindern, sozial gerecht sind.²⁵ Das Postulat der Sorge der Gesellschaft für den Einzelnen ist in unserer Verfassung als Sozialstaatsprinzip verfassungsrechtlich verankert.²⁶ Neben der dargelegten Schutzfunktion wird den Grundrechten des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ein Teilhabeanspruch des Einzelnen auf staatliche Leistungen zugesprochen.²⁷

Die Aktualität von John Rawls

Einen expliziten Beitrag zur Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen sucht man in den philosophischen Arbeiten von John Rawls vergebens. Dennoch erscheint seine Leitidee einer gerechten Gesellschaft von fundamentaler Bedeutung zu sein, um eine faire Gesundheitsplanung vor dem Hintergrund der skizzierten Herausforderungen zu definieren. Rawls entwickelt seine „Theorie der Gerechtigkeit“²⁸ gegen die Auffassung des Utilitarismus.²⁹ Diesbezüglich kritisiert Rawls unter anderem, dass der Begriff des Guten unabhängig vom Rechten bestimmt wird.³⁰ Dieser Auffassung setzt er seine Auffassung der Gerechtigkeit entgegen, die auf der Vorstellung des Gesellschaftsvertrags³¹ basiert.

Eine definierte Voraussetzung ist, dass die gesellschaftlichen Regeln dem Wohl aller Gesellschaftsmitglieder dienen, also den gemeinsamen Vorteil fördern. Als Mitglied einer gerechten Gesellschaft ist man nach Rawls' Grundkonzeption verpflichtet, sich in ihr entsprechend zu verhalten. Denn eine Gesellschaft ohne Pflichten zu gegenseitiger Achtung oder Hilfeleistung würde zum Verlust von Achtung und Hilfe führen, zu einer Gesellschaft, die sich niemand wünscht. Der Aufbau eines guten gesellschaftlichen Zusammenlebens kann aus normativer Perspektive dennoch nur dann gelingen, wenn innerhalb der Gesellschaft der Anspruch an soziale Gerechtigkeit als realisiert angesehen werden kann. Rawls geht in seinen Überlegungen noch darüber hinaus: Er behauptet, dass sich Gesellschaften auf anerkannte Regeln einigen können und auch müssten, die einerseits ein Höchstmaß an Wertpluralismus in sich integrieren und andererseits auch die Möglichkeit eröffnen, individuellen Lebensplänen zum Durchbruch zu verhelfen. Für die aktuellen Fragen der Verteilung der Geflüchteten spielt dieser grundlegende Ansatz eine zentrale Rolle.³²

Fairness in der Verteilung

Unabhängig von ihrer Herkunft sind Bürger unterschiedlich gesundheitlich veranlagt, unterschiedlich intelligent, unterschiedlich fleißig und haben im Leben unterschiedlich viel Erfolg oder Pech. Es stellt sich daher die Frage, wie bei dieser Heterogenität eine Fairness der Verteilung abzuleiten wäre. Auch die Begrifflichkeit der Fairness wird in den theoretischen Gerechtigkeitsdiskursen eng mit der Person John Rawls konnotiert.³³ Als Quintessenz der Rawls'schen Theorie kann an dieser Stelle konstatiert werden: Werden Verfahren um die Redistribution sozialer Güter allgemein als fair anerkannt, so erübrigt sich jede weiterführende Debatte um den Gerechtigkeitsgehalt der darin realisierten Ergebnisse. Nach Rawls müssen diese zwingend, konsequent und auch gerecht sein.

Erweiterte Betrachtung zu Ermöglichungsstrukturen

Ökonomische Autonomie und politische Partizipation haben nach Norman Daniels, dem bekanntesten Schüler von Rawls, einen direkten Einfluss auf die Gesundheit. Diese Befunde anerkennend, plädiert Daniels dafür, von einer Fokussierung auf Krankheit und Behinderung abzusehen und stattdessen die Frage in den Blick zu nehmen, ob Individuen ihre Fähigkeiten in fairer Form entwickeln können. Damit sind wir bei der Frage der Capabilities³⁴ und den Ermöglichungsstrukturen eines gerechten Gesundheitswesens unter Einschluss der Gruppe der Geflüchteten.³⁵ Rawls betont, dass eine Person auch über das Vertrauen auf die eigenen Fähigkeiten verfügen muss, ihren Lebensplan in die Tat umsetzen zu können. Ohne dieses Selbstvertrauen, ein wert- und sinnvolles Leben führen zu

können, verliert eine Person ihre Ziele und versinkt in Apathie oder Zynismus.³⁶ In dieser Definition wird deutlich, warum Selbstachtung ein Grundgut ist.³⁷

Neue Lösungswege in der Gesundheitsplanung

Die prioritäre Beachtung eines gleichen Zuganges zu Gesundheitsleistungen könnte neue Lösungswege für die hier angesprochene Fragestellung eröffnen.

Der Begriff „Zugang“ wird in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedlich definiert. Basierend auf empirischen Daten, umfasst das Modell von Roy Penchansky und J. William Thomas fünf Dimensionen vom Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Die erste Dimension betrifft die *Verfügbarkeit* von Gesundheitsdienstleistungen und bezieht sich auf das Verhältnis von vorhandenen Angeboten oder Ressourcen und der Nachfrage. Die zweite Dimension betrifft die *Erreichbarkeit* von Gesundheitseinrichtungen und basiert auf der Lagebeziehung zwischen den Standorten der medizinischen Einrichtungen. Beide Dimensionen sind auf einer räumlichen Ebene zu betrachten. Für die dritte Dimension wird die *Kompatibilität* herangezogen, die in verschiedene Aspekte untergliedert ist. Sie beinhaltet die Organisation der Leistungserbringung, z. B. Öffnungszeiten und Terminvergabesysteme, die Möglichkeit der Nutzer des Gesundheitssystems, sich auf diese einzustellen, und die Bewertung der Leistungs- und Anpassungsfähigkeit des Systems aus der Nutzerperspektive. Hier üben Sprachbarrieren einen starken nachteiligen Effekt aus. Als viertes wird die Dimension der *Erschwinglichkeit* angesprochen. Sie bezieht sich auf die Kosten der medizinischen Dienstleistungen und die individuelle Fähigkeit, für die Kosten aufzukommen. Die fünfte Dimension ist die *Akzeptanz* der medizinischen Versorgung und beinhaltet soziokulturell geprägte Faktoren, die das Verhältnis zwischen Arzt und Patient beeinflussen.³⁸

Während die Mitglieder der Mehrheitsgesellschaft über ihre selbstbestimmten Lebenspläne in gewissen Grenzen einen Einfluss auf den eigenen Zugang zu Gesundheitsleistungen ausüben, ist diese Freiheit der Gruppe der Geflüchteten aktuell weitgehend verwehrt. Allein die Unsicherheit zur Bleibeperspektive verändert die Inanspruchnahme präventiver Angebote, denn erst die Wahl eines langfristigen Lebensplans führt zu einer weitreichenden Festlegung des Gesundheitsverhaltens. Die gegenwärtige Verteilung der Geflüchteten unter Anwendung des Königsteiner Schlüssels findet vollständig losgelöst von Erwägungen zum Zugang zu Gesundheitsleistungen und zur langfristigen Lebensplanung als fundamentales Freiheitsrecht der Hilfesuchenden statt.

Königsteiner Schlüssel oder selbstbestimmte Lebensplanung

Ein Asylsuchender wird einer bestimmten Erstaufnahme-Einrichtung zugeordnet.³⁹ Diese „Verteilung“ bedeutet, dass Asylsuchende nach bestimmten Kriterien einer Erstaufnahme-Einrichtung zugeordnet werden, die für sie zuständig ist. Bevor die Verteilung beginnen kann, muss sich der Geflüchtete als asylsuchend melden. Im nächsten Schritt findet die „Verteilung“ statt, das Zuordnen zur zuständigen Erstaufnahme-Einrichtung. Sofern sich der Asylsuchende nicht bereits in der zuständigen Einrichtung befindet, muss er sich zu derjenigen begeben, die ihm zugeteilt wird. Die Zuteilung zu einer Erstaufnahme-Einrichtung hängt zum einen ab von deren aktuellen Kapazitäten. Daneben spielt auch eine Rolle, in welcher Außenstelle des Bundesamtes das Heimatland des Asylsuchenden bearbeitet wird, denn nicht jede Außenstelle bearbeitet jedes Herkunftsland. Zudem bestehen Aufnahmequoten für die einzelnen Bundesländer. Diese legen fest, welchen Anteil der Asylbewerber jedes Bundesland aufnehmen muss und werden nach dem sogenannten „Königsteiner Schlüssel“ festgesetzt.⁴⁰ Er wird jedes Jahr entsprechend den Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahl der Länder berechnet. So gehen die Verteilungsmechanismen aus einer Verwaltungstradition hervor, die sich unter völlig anderen Rahmenbedingungen entwickelt hat. Die infrastrukturellen Bedingungen im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung spielen hierbei keine Rolle. Die Güte der gesundheitsbezogenen Versorgung hängt demnach nicht von den ermittelten Bedarfen dieser Gruppen ab.

Schlussbetrachtung

In wenigen Bereichen des Lebens reagieren Bürger so empfindlich und emotional auf Ungleichverteilung der Güter und Leistungen wie in Fragen der eigenen Gesundheitsversorgung. An den Rändern unserer Gesellschaft, insbesondere in der Gruppe der Geflüchteten, bleibt ihr Protest aber ungehört und nicht selten sprachlich und kulturell unverstanden. Europäische Vorgaben zum Umgang mit Geflüchteten sind aktuell hinsichtlich der Frage zu prüfen, inwieweit rechtliche Anordnungen sich tatsächlich mit dem politischen, rechtlichen System der einzelnen Staaten vereinbaren lassen und auf das Niveau innerstaatlichen Rechts transformiert werden können. Ein unmittelbarer, durchsetzbarer rechtlicher Anspruch aufgrund der genannten Verlautbarungen ist damit trotz der förmlichen Zusage eines Rechts auf Gesundheit nicht zu erwarten.⁴¹ Es ist daher notwendig, stärker als bisher an einer gemeinsamen politischen Philosophie der Versöhnung zu arbeiten, wie sie Rawls vorschlägt.⁴²

Bei Fragen der Gesundheit wird offenkundig, dass wir als Gesamtgesellschaft in das Schicksal der kranken Hilfebedürftigen und in deren Gesundheitsdefizite

verstrickt sind. Als nachhaltige Lösung dürfte sich vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass die auslösenden Faktoren der gestiegenen Migration sich nicht kurzfristig beeinflussen lassen, das kontinuierliche Bemühen um eine verbesserte gesellschaftliche Solidarität sowie um einen ausreichenden, angepassten und niedrigschwelligen Zugang zu Gesundheitsleistungen und eine gerechtere Verteilung innerhalb und außerhalb der Europäischen Union erweisen.

¹ Dieser Beitrag beinhaltet Teile einer eigenen wissenschaftlichen Arbeit mit dem Titel: Aspekte zur Aktualität der Gerechtigkeitskonzeption von Rawls. Haben wir ein gesamtgesellschaftliches Interesse an der Gesunderhaltung der Geflüchteten?

² Siehe hierzu beispielsweise den Euro Health Consumer Index (EHCI) vom 28.11.2013.

³ Vgl. Klein J und von dem Knesebeck O: Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. Ein Überblick über aktuelle Befunde aus Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt 2016, S. 238. Jens Klein und Olaf von dem Knesebeck weisen hier auf eine Reihe von sozialen Ungleichheiten hin, die den Zugang, die Inanspruchnahme, aber auch die Qualität der Gesundheitsversorgung tangieren.

⁴ Eine umfassende Übersicht zur empirischen Basis liefert hier Thomas Lampert. Die beteiligten Sozialwissenschaftler erkennen, dass bereits in der Phase vor der Migration Expositionen auftreten, die den Gesundheitszustand beeinträchtigen. Besondere Bedeutung kommt dabei Ereignissen zu, die letztlich den Ausschlag für die Migration gegeben haben, beispielsweise Naturkatastrophen, Armut, bewaffnete Konflikte und Kriege. Lampert T: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozioepidemiologischen Forschung in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt 2016, 59, 153–165.

⁵ Siehe hierzu die Ausführungen von Reinhardt Damm zur Vulnerabilität als Rechtskonzept und die Ausführungen von Stefan Huster. Letzterer geht davon aus, dass man trotz Unterschieden innerhalb der vulnerablen Gruppen davon ausgehen kann, dass sie von der Diskussion über die Grenzen der Leistungsfähigkeit des öffentlichen Versorgungssystems in besonderer Weise betroffen sind. Damm R: Vulnerabilität als Rechtskonzept? Rechtssystematische und medizinrechtliche Überlegungen, in: MedR 2013, 31, 201–214; Huster S: Vulnerable Patientengruppen und Leistungsbeschränkungen im öffentlichen Versorgungssystem, in: MedR 2012, 30, 565–576.

⁶ Dieser Aspekt ist für eine Reihe von Bedarfen in der ermittelten Literatur herausgearbeitet, siehe hierzu exemplarisch die Arbeit von Andy Judge et al. für das Versorgungsfeld Gelenkersatz. Judge A et al.: Modeling the need for hip and knee replacement surgery. Part 2. Incorporating census data to provide small-area predictions for need with uncertainly bounds, in: Arthritis & Rheumatism 2009, 61(12), 1667–1673.

⁷ Vgl. zur Kinderrechtskonvention Wiesemann C: 25 Jahre – Herausforderung für die Medizinethik, in: Ethik Med 2014, 26, 267–268.

⁸ Ein vertieftes Spektrum liefert hier Kurt Schmidt. Schmidt KW: „Das Fremde“ besser verstehen, in: Ethik Med 2015, 27, 179–182.

⁹ Vgl. hierzu Rommel A et al.: Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status, in: Bundesgesetzblatt 2015, 58, 543–552.

¹⁰ Zurecht weist Georg Marckmann darauf hin, dass sich der Schichtgradient praktisch in jedem Versorgungsfeld nachweisen lässt. Marckmann G: Gesundheit und Gerechtigkeit, in: Bundesgesetzblatt 2008, 51, 887–894.

¹¹ Es wird sogar von einem Staatsnotstand und von der Herrschaft des Unrechts in Abwesenheit von Recht und Ordnung gesprochen, siehe hierzu die Einschätzung des Ministerpräsidenten Horst Seehofer unter: www.sueddeutsche.de/bayern/fluechtlinge-seehofer-es-ist-eine-herrschaft-des-unrechts-1.2856699 (abgerufen am 20.03.2016).

¹² Winfried Kluth befasst sich hierbei mit der Wechselwirkung von Gerechtigkeit und Anspruchsbe-

gründung. Kluth W: Migrationsgerechtigkeit, in: ZAR 2011, 329–334.

¹³ Kluth weist hier auf die beobachtete Diskussion zum Schutz vor Konkurrenz durch Zuwanderung vor allem im Bereich der geringer Qualifizierten hin. Kluth W: Begrenzung der Schutzgewährung versus alternative Formen der Migrationssteuerung, in: ZAR 2016, 1–8.

¹⁴ Vgl. hierzu Fn. 9.

¹⁵ Siehe hierzu beispielhaft Ivonne Honekamp und Adelheid Rehmann zur Gerechtigkeit und Verteilungswirkungen der Gesundheitsreform 2007 aus der Perspektive der Volkswirtschaftslehre. Die Autorinnen betrachten eine Einbettung der Gesundheitsleistungen in die Grundgüter der Gesellschaft als Basis für eine Analyse der Gesundheitsfinanzierung aus der Perspektive der Gerechtigkeit. Honekamp I, Rehmann A: Gerechtigkeit und Verteilungswirkungen der Gesundheitsreform 2007, Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler 2009, 1, S. 34 ff., <http://www.nachwuchswissenschaftler.org/2009/1/45/> (abgerufen am 19.03.2016).

¹⁶ Georg Mohr nennt hier exemplarisch die Vereinten Nationen oder die Europäische Union. Mohr G: Nation und Integration, in: Kaufmann M (Hrsg.), Integration oder Toleranz? Minderheiten als philosophisches Problem. Im Spiegel der Philosophie, Freiburg und München 2001, S. 200 f.

¹⁷ Ebd.

¹⁸ Geis W und Orth K: Gutachten für die Robert-Bosch-Stiftung, Köln, 24.02.2016, S. 4 f.

¹⁹ Siehe hierzu Razum O et al: Migration. Eine vernachlässigte gesundheitliche Ungleichheit?, in: Bundesgesundheitsblatt 2016, 59, 259–265.

²⁰ Nach Martin Lang entzieht sich der Begriff „Gerechtigkeit“ jedem Konsens, da Gerechtigkeit stark vom jeweiligen Wertesystem abhängt. Die große Herausforderung besteht darin, den Gerechtigkeitsbegriff innerhalb einer Gemeinschaft zu bestimmen und in einem kontinuierlichen Prozess zu überprüfen. Lang M: Gerechtigkeit und Effizienz. Gestaltungsmaßstäbe über die Frage nach einem Recht auf Gesundheit auf der Basis von John Rawls' Gerechtigkeitskonzeption vor dem Hintergrund christlicher Motivationen, Marburg 2010, S. 15 ff.

²¹ Europäische Sozialcharta, revidierte 3. Version 1996.

²² Das Recht auf Leben stellt innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung einen Höchstwert dar. Grundrechtsträger sind alle natürlichen Personen. Siehe hierzu die Kommentierung des GG von Peter Schade. Schade P: Grundgesetz mit Kommentierung, 8. Auflage, Regensburg 2009, S. 22 und S. 29 ff.

²³ In seiner Kommentierung betont Schade, dass die „Würde“ jeder Mensch besitzt, ohne Rücksicht auf seinen körperlichen oder geistigen Zustand, vgl. Fn. 22, S. 23 ff.

²⁴ Zu diesen normativen Grundlagen des „medizinischen Existenzminimums“ siehe Neumann V: Das medizinische Existenzminimum, in: NZS 2006, 393–397.

²⁵ Für die ausdrückliche Frage nach einem Recht auf Gesundheit hebt Norman Daniels hervor, dass ein solches Recht nicht der Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist. Es ist vielmehr nach einem angemessenen Startpunkt zu suchen, von dem aus sich dann gewisse Formen des Anspruches formulieren lassen. Daniels wählt dazu das Prinzip der Chancengleichheit als einen zunächst allgemeinen, systemunabhängigen Ausgangspunkt. Vgl. Lang, Fn. 20, S. 15 ff. und S. 83 f.

²⁶ Nach Ruth Schimmelpfeng-Schütte ist dieses Sozialstaatsprinzip eine echte, unmittelbar geltende und alle Staatsgewalt bindende Staatsleitlinie und gehört zu den Grundentscheidungen unserer Verfassung, die gemäß Art. 79 III GG „Ewigkeitscharakter“ haben. Vgl. Schimmelpfeng-Schütte R: Soziale Gerechtigkeit und Gesundheitswesen, in: ZRP 2006, 180–183.

²⁷ BVerfG vom 09.02.2010 – 1BvL 1,3,4/09, BVerfG 125, 175, 223.

²⁸ Rawls J: A Theory of Justice, Cambridge, Massachusetts, 1971. Hier wurde einerseits auf die Originalpublikation von Rawls zurückgegriffen und durch verschiedene Auslegungen, etwa von Höffe 2013, Frühbauer 2007 und Kersting 2001, ergänzt. Höffe O (Hrsg.): John Rawls. Eine Theorie der Gerechtigkeit, Berlin 2013; Frühbauer JJ: John Rawls' „Theorie der Gerechtigkeit“, Darmstadt 2009; Kersting W: John Rawls, Hamburg 2001.

²⁹ Eine Übersicht der Kritik am Utilitarismus liefert Hartmut Kliemt. Kliemt H: Rawls' Kritik am Utilitarismus, in: Höffe O (Hrsg.), Fn. 28, S. 5 ff.

³⁰ Siehe zur Kritik von Rawls am Utilitarismus auch die umfangreichen Ausführungen von Wolfgang Müller. Müller WE: Konzeptionen der Gerechtigkeit. Entwicklungen der Gerechtigkeitstheorie seit John Rawls. Ethik – Grundlagen und Handlungsfelder, Bd. 7, Stuttgart 2014, S. 50 ff.

³¹ Rawls ist der Ansicht, die Gerechtigkeitskonzeption, welche der Vorstellung fairer sozialer Kooperation zwischen freien und gleichen Personen am besten entspricht, lasse sich durch ein vertragstheoretisches Gedankenexperiment finden. Damit knüpft er an die Vertragstheorien von Immanuel Kant, John Locke und Jean-Jacques Rousseau an. Siehe hierzu die vertiefenden Erläuterungen von Nikil Mukerji. Mukerji N: Das Differenzierungsprinzip von John Rawls und seine Realisierungsbedingungen, in: Homann K und Lütge C (Hrsg.), Philosophie und Ökonomik, Bd. 7, Berlin 2009, S. 22 ff.

³² Vgl. Rawls, Fn. 28, S. 60 ff.

³³ Ebd., S. 83 ff.

³⁴ Der wichtige Begriff „capability“ kann nach Martha C. Nussbaum mit der „Fähigkeit“ übersetzt werden, ein Leben mindestens gemäß dem Schwellenwert der essentiellen Liste menschlicher Fähigkeiten zu führen, so dass die Hilfsbedürftigen nicht durch das Netz des Kontraktualismus fallen. Vgl. Müller, Fn. 29, S. 117 ff.

³⁵ Brandenburg H und Kohlen H: Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine interdisziplinäre Perspektive, Beck online Fachbuchhandlung 2012, S. 13.

³⁶ Vgl. hierzu Rawls, Fn. 28, Abschnitt 67. In diesem Sinne definiert Rawls den Begriff einer vernünftigen Person als die Vorstellung einer Person, die unter gerechten Institutionen zu leben wünscht.

³⁷ Nach Rawls' Definition ist ein Grundgut ein Gut, das jedes rationale Wesen notwendig besitzen will, wie es eine unverzichtbare Voraussetzung darstellt, um ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

³⁸ Pechansky R und Thomas JW: The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction, in: Medical care 1981, 19(2), 127–140. Pechansky und Thomas weisen bereits in dieser frühen Arbeit darauf hin, dass der kulturelle Kontext und der gesellschaftliche Wandel beim Zugang einen beachtlichen Einfluss ausüben.

³⁹ Die vorgenommene Verteilung stützt sich auf mehrere Kriterien und wird mit Hilfe des Systems „EASY“ (Erstverteilung von Asylbegehrenden) ermittelt, siehe hierzu BAMF: www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Verteilung/verteilung-node.html (abgerufen am 12.03.2016).

⁴⁰ Die Bezeichnung geht auf das Königsteiner Staatsabkommen aus dem Jahr 1949 zurück, mit dem der Länderanteil bei der gemeinsamen Finanzierung wissenschaftlicher Forschungseinrichtungen durch Bund und Länder geregelt wurde. Dieser Distributionsschlüssel ist ursprünglich nicht als Instrument für die Asylpolitik gedacht, sondern findet nach § 45 AsylVfG nur solange Anwendung, bis die Länder einen Schlüssel für die Aufnahme von Asylbegehrenden (Aufnahmequote) festlegen.

⁴¹ Vgl. hierzu die Ausführungen von Lang Fn. 20, S. 19 und S. 20.

⁴² Vgl. Jörg Schaub zum Grundgedanken der Übertragung der Gerechtigkeit als „Versöhnung“ auf die Beziehung von Völkern miteinander. Schaub J: Gerechtigkeit als Versöhnung. John Rawls' politischer Liberalismus. Frankfurt und New York 2009, S. 296 ff.

Anna H. Moreno ist Studentin des Studiengangs Medizin-Ethik-Recht an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Der Streit um die Hirntoddefinition

von Dipl.-Jur. Lorenz Bode

1. Definition und Bedeutung des Hirntods

Ungeachtet der Tatsache, dass die Diagnose „Hirntod“ nur in seltensten Fällen losgelöst vom Herz-Kreislauf-Versagen eintritt, ist sie, verbunden mit Fragen der Organspende, zugleich eine der umstrittensten.¹ In den Richtlinien der Bundesärztekammer wird der Hirntod definiert „als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Dabei wird durch kontrollierte Beatmung die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten. [...] Mit dem Hirntod ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt.“² Somit gilt gemäß § 3 II Nr. 2, § 16 I Nr. 1 TPG i.V.m. den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Feststellung des Hirntods, der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion als sicheres Todeszeichen.³ Der Eintritt des Hirntods bildet die Grundlage dieser Konzeption, mithin die Möglichkeit einer Entkopplung des Hirnausfalls vom Ausfall anderer Organe. Die Diagnose des Hirntods wird auf die exakte Einhaltung von bestimmten medizinischen Voraussetzungen, auf maßgebliche klinische Symptome und den Nachweis der Irreversibilität des Hirnfunktionsverlustes gestützt.⁴ In Deutschland erfordert dies den kompletten und dauerhaften Ausfall der gesamten Hirnfunktionen, aller intrakraniellen (sich im Schädel befindlichen) Hirnfunktionen oberhalb des großen Hinterhauptlochs und der Ein- bzw. Austrittsöffnung des Rückenmarks.⁵ Die Herz-Kreislauf-Tätigkeit wird dann maschinell aufrechterhalten. Pathophysiologisch betrachtet fällt das Gehirn vollständig und endgültig aus, wenn der Druck im Gehirnschädel den arteriellen Blutdruck übersteigt und dadurch die Hirndurchblutung zum Stillstand kommt (primäre Hirnschädigung) oder die Sauerstoffversorgung des Hirngewebes für mehrere Minuten unterbrochen wird, wie es etwa bei einem Herzstillstand der Fall ist (sekundäre Hirnschädigung).⁶ In anderen europäischen Ländern sowie den USA weicht die Hirntod-Definition dergestalt von der in Deutschland nach dem TPG maßgeblichen Gesetzeslage ab, dass bereits ein sogenannter „Teilhirtod“, ein Absterben des Hirnteils, der die kognitiven Hirnfunktionen steuert, für die Diagnose ausreichend ist.⁷

2. Aktuelle Entwicklungen in der Hirntod-Debatte

Mit Einführung des Transplantationsgesetzes im Jahr 1997 wurde es zunächst still im Streit um das Hirntod-Konzept. Öffentliche Kritik verschwand, der Hirntod wurde in der klinischen Praxis als Tod des Menschen akzeptiert und der Gesetzesentwurf, so schien es, vermochte durch bewusst offene Formulierungen auch die Gegner des Konzepts einzubeziehen. Grundsätzliche Legitimationsfragen blieben aus. Diese vermeintliche Einigkeit währte nicht lange und es stehen erneut in zentraler Weise zwei Fragen zur Diskussion: Markiert der Eintritt des Hirntods zugleich auch den menschlichen Todeszeitpunkt und mit welcher Validität lässt sich die Hirntod-Diagnostik durchführen?⁸

a) Institutionelle Implikationen

Maßgeblicher Auslöser für den Beginn einer erneuten Debatte um den anhaltenden Dissens zum Hirntod-Konzept war im Jahr 2008 das Erscheinen des „White Papers“ des President's Council on Bioethics. Zum einen wird seitens des Council eingeräumt, dass die Behauptung, kurze Zeit nach dem Hirntod trete unweigerlich der Tod ein, nicht überprüfbar sei.⁹ Zum anderen stellt der Council dar, dass eine Todesdefinition, welche durch das Hirntodkriterium vermittelt wird, dann nicht zu überzeugen vermag, wenn bei einigen hirntoten Patienten dennoch die Integration körperlicher Funktionen nachgewiesen werden kann und somit der Organismus als Ganzes noch besteht.¹⁰ Die dem Bericht des Councils zugrundeliegenden Studien haben empirische Belege geliefert, dass der zeitliche Zusammenhang zwischen Hirntod und Integrationsverlust des gesamten menschlichen Organismus wohl kein so enger ist, wie bisher angenommen wurde.¹¹

aa) Neudefinition des Todesbegriffs

Aus heutiger Sicht ist anzuerkennen, dass die immer wieder auch in Deutschland angeführte Begründung des Hirntod-Konzepts erodiert ist.¹² Der Anknüpfungspunkt des „personalen Lebens“ für eine Todesbestimmung steht damit in Frage. Dahinter verbirgt sich eine weitreichende Diskussionslandschaft. Ein zentrales Argument stellt die Frage dar, ob ein funktionierendes Gehirn zwingende Voraussetzung für ein personales Leben ist. Dazu werden Studien herangezogen, die belegen, dass Frauen noch Monate nach Eintritt der mit „Hirntod“ bezeichneten Situation Kinder geboren haben oder Männer zeugungsfähig blieben.¹³ Kritikern nach erscheint indes fraglich, welchen Anteil dem äußeren Erscheinungsbild eines hirntoten Patienten beizumessen ist.¹⁴ Hirntote könnten demnach eine erstaunliche Lebendigkeit aufweisen.¹⁵ Weiterer Kritikpunkt ist

der Umstand, dass auch Nichthirntote das Fehlen von mentalen Eigenschaften aufweisen können, so z. B. unwiderruflich bewusstlose Wachkomapatienten oder anenzephele Säuglinge.¹⁶ Als Lösungsansatz schlägt der Council ein Konzept vor, dass abweichend vom Kriterium der Integrationsfähigkeit der körperlichen Funktionen den Organismus dann nicht mehr als „Ganzes“ ansehen will, wenn seine organismische Ganzheit verloren ist: „Determining whether an organism remains a whole depends on recognizing the persistence or cessation of the fundamental vital work of a living organism – the work of self-preservation, achieved through the organism's needdriven commerce with the surrounding world“.¹⁷ Demnach hält der Council den Hirntod auch weiterhin für ein geeignetes Kriterium, denn die Arbeit des Organismus als Ganzem äußere sich in drei bedeutsamen Fähigkeiten: „1. Openness to the world, that is, receptivity to stimuli and signals from the surrounding environment. 2. The ability to act upon the world to obtain selectively what it needs. 3. The basic felt need that drives the organism to act as it must, to obtain what it needs and what its openness reveals to be available.“¹⁸ All diese Fähigkeiten äußerten sich in Form von Bewusstsein, Wachheit oder durch Schmerzreaktionen und in spontanem Atmen.¹⁹ Der Hirntod als Kriterium soll auch hiernach weiterhin geeignet bleiben, um den Tod festzustellen.²⁰ Dies liegt jedoch nicht darin begründet, dass mit Eintritt des Hirntods der Verlust der Integrationsfähigkeit körperlicher Funktionen einhergeht, sondern dass er als Zeichen dient, dass der Gesamtorganismus nicht mehr als Ganzes besteht und damit nicht mehr die wesentlichen Dinge zu leisten vermag, die lebendige Organismen charakterisieren.²¹ Dies überrascht, da der Council damit zwar am Hirntodkriterium festhalten will, jedoch das Hauptargument als empirisch widerlegt anerkennt und zugleich aber einen neuen Begründungsansatz liefert. Dem neuen Ansatz liegt eine eher philosophische Betrachtungsweise des menschlichen Organismus zugrunde.²² Der Council erkennt an, dass eine an naturwissenschaftlichen Methoden orientierte Identifikation des Hirntodes mit dem menschlichen Tod nicht vollständig nachweisbar ist, es sich vielmehr um eine philosophische, nicht aber um eine medizinische Kategorie handeln muss.²³ Dieser neue Begründungsansatz erscheint jedoch im Detail nicht unproblematisch. Abweichend vom biologischen Verständnis ist eine an den zuvor angeführten Merkmalen orientierte Definition des menschlichen Organismus deutlich enger gefasst.²⁴ So stellt sich die Frage, wie der Umstand zu bewerten ist, dass gemessen an obigen Kriterien auch die teilweise noch funktionierende Verdauung bei einem Hirntoten zu dem Ergebnis führt, dass der Organismus als Ganzes besteht.²⁵ Weiterhin spielen für den Council wohl auch die Bedürfnisse der modernen Transplantationsmedizin eine nicht unbeachtliche Rolle.²⁶

bb) Mögliche Hirntod-Äquivalente

Vielfach wird befürchtet, dass eine Abkehr vom Hirntod-Konzept zugleich die Problematik mangelnder geeigneter Organspender zuspitzt und letztlich der Transplantationsmedizin die Grundlage entzieht.²⁷ Denn ein Wegfall des Hirntodkriteriums hätte zur Folge, dass auch künstlich beatmete, hirntote Patienten als lebendig anzusehen wären, eine postmortale Explantation zunächst entfielen. Damit einhergehend würde ein erheblicher Qualitätsverlust von Spenderorganen eintreten. Organe könnten erst nach dem Herztod des Patienten explantiert werden und zu diesem Zeitpunkt, bedingt durch die unterschiedliche Sauerstoffmangel-Toleranz der einzelnen Organe, wären einige vermindert oder bereits völlig unbrauchbar geworden. Wollte man diesem Effekt trotz Abkehr vom Hirntodkriterium entgegen wirken, so blieben nach Feststellungen des Councils alternativ nur die Aufhebung der sogenannten „Dead-Donor Rule“²⁸ oder die Möglichkeit, sogenannte „Non-Heartbeating-Donors“²⁹ zuzulassen.³⁰ Das Konzept der „Non-Heartbeating-Donors“ begegnet in Deutschland jedoch durchgreifender Kritik. So hat die Bundesärztekammer in einer Mitteilung erklärt, dass ein Herz- und Kreislaufstillstand von zehn Minuten bei normaler Körpertemperatur kein „sicheres Äquivalent zum Hirntod“ darstelle. Eine, selbst wenn auch nur vorübergehende, Reanimation sei Beleg dafür, dass der Herzstillstand kein sicheres Todeskriterium ist.³¹ Dagegen wenden Befürworter ein, dass die Hirnfunktionen nach zehnmütigem Herz- und Kreislaufstillstand unwiederbringlich verloren seien. Sie argumentieren für die frühe Explantation, da einzelne Organe nach Eintreten des Herz-Kreislaufstillstandes nur noch kurze Zeit funktionsfähig bleiben.³² Die ethische und juristische Rechtfertigung steht dabei unter der Prämisse, dass durch ein aus therapeutischen Gründen gerechtfertigtes Töten der Lebensschutz des Spenders hinfällig wird.³³

cc) Validität der Hirntod-Diagnostik

Den zweiten Grund für die wiederkehrende Aktualität der Hirntod-Debatte bilden die Veränderungen in der heutigen Transplantationsmedizin. Erst nach irreversiblen Ausfall von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm ist in Deutschland die Explantation von Organen möglich. Zuletzt erschien zweifelhaft, ob mit den vorgeschriebenen Testverfahren eine valide Hirntod-Diagnose mit letzter Sicherheit gestellt werden kann. Zwingend vorgeschrieben wird apparative Diagnostik von der Bundesärztekammer nur bei Kindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr sowie bei primärer infratentorieller Hirnschädigung. Andernfalls reicht eine Beobachtungszeit von 12 bis 72 Stunden für den Nachweis der Irreversibilität des Hirnausfalls. Die Richtlinien der Bundesärztekammer stellen explizit fest: „Der Hirntod kann in jeder Intensivstation auch ohne ergänzende apparative Di-

agnostik festgestellt werden“³⁴. Daraus ergibt sich, dass die Durchführung apparativer Maßnahmen keine zwingende Explantationsvoraussetzung ist (z. B. bei Patienten mit sekundärer Hirnschädigung nach Herz-Kreislaufstillstand). Unterbleiben apparative Tests, besteht die Gefahr, eine Funktionsfähigkeit des Kortex sowie des Klein- und Mittelhirns überhaupt nicht zu untersuchen. So kann ein Patient, welcher infolge einer Hirnstammschädigung bewusstlos ist, nicht selbstständig atmet und keine Hirnstammreflexe zeigt, für hirntot erklärt werden, obwohl der Kortex intakt ist. Eine aktuelle Untersuchung von Hirntod-Diagnosen an der Universitätsklinik Newark ergab bei 21 von 188 Fällen den Nachweis einer permanenten Gehirndurchblutung trotz klinisch festgestelltem Hirntod.³⁵ Diese Abweichungen sind den Umständen geschuldet, dass unterschiedliche Untersuchungsmethoden eine jeweils andere Sensitivität aufweisen und ferner klinische Untersuchungen nicht den Hirnstamm erfassen, während apparative Methoden das gesamte Hirn einbeziehen können.³⁶ Darüber hinaus kann auch in Fällen, in denen eine apparative Diagnostik verpflichtend ist, fälschlicherweise der Hirntod diagnostiziert werden. So werden bei einer EEG-Untersuchung gleichfalls das Kleinhirn und das Mittelhirn nicht erfasst.³⁷ Somit besteht aus Sicht des Councils bei der medizinischen Evidenz der Untersuchungsmethoden hinausgehender Bedarf, diese zu verbessern. Als weiterer Gesichtspunkt ist zu berücksichtigen, dass Richtlinienbestimmungen zur Hirntod-Diagnostik in den einzelnen Staaten stark variieren können.³⁸

b) Medizinethische Implikationen

Der „Hirntod“ ist allem voran zunächst ein medizinischer Fachausdruck und beschreibt eine diagnostische Feststellung nach irreversiblen Ausfall der Gesamthirnfunktionen. Dieser ist gemäß § 16 I Nr. 1 TPG maßgeblich. Erst durch die Verbindung mit dem Umstand, dass zugleich der menschliche Tod erfolgt ist, tritt eine ethische Wertung hinzu. Am 24.02.2015 hat sich der Deutsche Ethikrat in einer Stellungnahme zu Fragen in Bezug auf den Hirntod geäußert. Im Kern widmet sich der Rat dabei zwei Fragestellungen:

„1. Die Grundlage der postmortalen Organspende, die Hirntodkonzeption, wird einer eingehenden Analyse unterzogen. Der Deutsche Ethikrat möchte die vielschichtige Diskussion aufbereiten sowie die unterschiedlichen Perspektiven und Argumente transparent machen. Dies betrifft zentral die Dead-Donor-Rule, also die im deutschen Recht der Transplantationsmedizin geltende Regel, dass – abgesehen von dem an besondere Voraussetzungen gebundenen Fall der Lebendspende – der Spender bei der Organentnahme tot sein muss.
2. Die Hirntodkonzeption erweist sich zudem als eine kommunikative Herausforderung. Die Bedingungen offener und transparenter Kommunikationsprozesse und ihre Ausgestaltung bilden den zweiten Schwerpunkt der Stellungnahme.“³⁹

Der Ethikrat differenziert die sich im Rahmen des Hirntod-Konzepts ergebenden normativen Probleme auf drei verschiedenen Ebenen (Todesverständnis, Todeskriterien, diagnostische Tests).⁴⁰

aa) Todesverständnis

Ausgehend von der gemeinsamen Überzeugung, dass ein ausschließlich mentalistisch begründetes Todesverständnis nicht hinreichend als menschliche Todesbedingung genügen kann, stellt der Rat auf den Tod des Organismus als Ganzen ab. Dabei sei der Verlust von Wahrnehmungs- und Empfindungsfähigkeit zwar eine notwendige, jedoch keine ausreichende Bedingung, um den menschlichen Tod annehmen zu können.⁴¹ Eine isolierte Betrachtung des Gehirns und damit ein Abstellen auf den bloßen Verlust kognitiver Fähigkeiten seien abzulehnen.⁴² Vielmehr zeichne sich der menschliche Organismus als „biologische Einheit“ durch zwei Kriterien aus, zum einen die interne Wechselwirkung von Lebensfunktionen und zum anderen ihre Interaktion mit der Umwelt. Ein ausschließlich mentalistisches Todesverständnis wird damit zurückgewiesen.⁴³

bb) Todeskriterien

Alle Ratsmitglieder erkennen den Hirntod zunächst als weitreichende Zäsur im Rahmen des Sterbeprozesses des menschlichen Organismus an. Schlechterdings ist streitig, ob der Hirntod gleichzeitig ein geeignetes Todeskriterium darstellt.⁴⁴ Die Mehrheit der Ratsmitglieder befürwortet das Hirntodkriterium als sicheres Zeichen zur Feststellung des menschlichen Todes. Die Einheit des Organismus sei mit Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen zerbrochen. Eigene Integrationsleistungen seien nur noch partiell möglich, ein verhaltensgesteuerter Austausch mit der Umwelt ferner ausgeschlossen.⁴⁵ Zudem wird Bezug auf das „White Paper“ des President’s Council und dessen Kriterienkatalog zur Bestimmung der Einheit des menschlichen Organismus genommen. Die argumentativen Stoßrichtungen gleichen sich. Das Hirntod-Konzept wird der Begründung unterstellt, dass es als maßgeblicher Indikator den Zerfall des integrativen Prinzips, welches die Einheit des Organismus gewährleistet, nachweist.⁴⁶ Die übrigen Ratsmitglieder äußern Bedenken gegen diese Ansicht, da nach ihrem Dafürhalten die Integrationsfähigkeit des menschlichen Organismus nicht mit irreversiblen Hirnausfall erlischt. Insbesondere sei dies anhand der Stoffwechselprozesse (z.B. in Darm und Leber) und dem Fortbestehen des Immunsystems erkennbar. So dürfe nicht der Fehler gemacht werden, bei normativer Bewertung der Selbststeuerung, ausschließlich auf zentralnervöse Aktivitäten abzustellen.⁴⁷

(1) Abschaffung der Tote-Spender-Regel

Im deutschen Transplantationsgesetz ist ausdrücklich kodifiziert, dass bestimm-

te Organe nur postmortal explantiert werden dürfen. Gegner des Hirntodkriteriums fordern eine Aufgabe dieser Regel, mithin die Möglichkeit der Lebendspende. Dem wird von Befürwortern entgegen gehalten, dass ein Entfall dieser Regelung es bereits den Ärzten ihrem professionellen Selbstverständnis nach unmöglich machen würde, eine Explantation durchzuführen.⁴⁸

(2) Organentnahme nach Herzstillstand

Die Alternative sogenannter „Non-Heartbeating-Donors“ begegnet durchgreifenden Bedenken, da sowohl die Validität der Diagnose angezweifelt als auch negative Auswirkungen auf die ärztlichen Bemühungen, einen Patienten mit Herzstillstand zu reanimieren, befürchtet werden. Die Mehrheit des Rates lehnt daher eine Einführung dieser Möglichkeit als Explantationskriterium strikt ab.⁴⁹

cc) Diagnostische Tests

Der Ethikrat stellt fest, dass die Diagnostik zur Feststellung des Hirntods eine besondere Fachkompetenz der untersuchenden Ärzte voraussetzt. Er fordert zugleich, dass nur „entsprechend qualifizierte Untersucher“ zur Anwendung diagnostischer Tests in Frage kommen sollen.⁵⁰ Hierbei ist entscheidend, dass der Rat für eine Vertiefung der Qualifikationsvoraussetzungen plädiert.

3. Fazit

Gemessen an den vorstehenden Erwägungen, fällt zunächst auf, dass der Begriff „Hirntod“ in der aktuellen Debatte häufig äquivok verwendet wird. Insofern ist eine Differenzierung zwischen der Kritik an der Validität von Hirntod-Diagnostik und der Diskussion um die Gleichsetzung von menschlichem Tod mit dem Hirntod als solchem geboten.⁵¹ Zwar liefert der President’s Council in seinem neuen Begründungsansatz zur Frage, ob der Hirntod gleichzeitig auch den menschlichen Todeszeitpunkt markiert, aus philosophischer Perspektive drei Kriterien zur Abgrenzung von Leben und Tod des menschlichen Organismus, letztlich begegnet dieser Ansatz aber im Detail durchgreifender Kritik.⁵² Bereits das erste Kriterium – Empfänglichkeit des Organismus für Reize und Signale aus der Umgebung – kann auch bei Hirntoten als erfüllt angesehen werden. Der Hirntote ist nämlich durchaus für Reize aus seiner Umwelt empfänglich, wenn er auf Blutkreislauf oder Verdauung reagiert.⁵³ Der Deutsche Ethikrat dagegen spricht sich in seiner Mehrheit für den Hirntod als Todeszeitpunkt des Menschen aus, es verbleiben kaum Gegenstimmen. Die wenigen Kritiker gehen gleichfalls mit der Abkehr von einer rein mentalistischen Betrachtungsweise hin zu einer biologisch Gesamtschau des menschlichen Organismus konform, lehnen jedoch

deren normative Bewertung im Detail ab. Hierbei verwundert der Umstand, dass die Gegner zwar eine Gleichsetzung des Hirntods mit dem menschlichen Todeszeitpunkt ablehnen, auf der anderen Seite aber weiterhin das Hirntodkriterium als notwendige Explantationsvoraussetzung anerkennen, mithin einer Organentnahme bei hirntoten Patienten zustimmen.⁵⁴

¹ In Deutschland versterben pro Jahr 900.000 Menschen. Davon kommt es in maximal 0,5% der Fälle (ca. 4.000) zum Hirntod auf der Intensivstation, Statistik Hirntodfälle, <http://www.organspende-und-transplantation.de/gedanken.html>, konsultiert am 29.07.2016.

² Bundesärztekammer: Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 30, 1998, A-1861.

³ Ebd.; Nickel L, Schmidt-Preisigke A, Sengler H: Transplantationsgesetzkommentar, Stuttgart 2000, Rn. 6; Tag B: Münchener Kommentar zum StGB, TPG, Band 6, 2. Auflage, München 2013, § 3 TPG Rn. 22.

⁴ Vollmann J: Ethische Probleme des Hirntods in der Transplantationsmedizin, Jahrbuch des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland. 11. Band, Stuttgart 1999, S. 7.

⁵ Oduco F: Hirntod und Organtransplantation – Medizinische, juristische und ethische Fragen, Göttingen 1998, S. 41.

⁶ Ebd. S. 43; vgl. Oduco F: Einleitung, in: Schroth U, König P, Gutmann T, Oduco F (Hrsg.), Kommentar zum Transplantationsgesetz (TPG), München 2005, Rn. 81-82.

⁷ Näher dazu: Vollmann, Fn. 4, S. 9.

⁸ Vgl. Müller S: Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik, Ethik in der Medizin, Jg. 22, Heft 1, 2010, 5-17, hier: 5; dazu auch: Truog R, Miller F: Rethinking the Ethics of Vital Organ Donations, Hastings Center Report 2008, 38(6), S. 38–46; Deutscher Ethikrat, Stellungnahme zum Hirntod und Entscheidung zur Organspende, Berlin 24.02.2015, S. 52; President's Council on Bioethics: Controversies in the determination of death, a White Paper, Washington D.C. 2008, S. 89; Bode L: Todeszeitpunkt des Menschen – Zur Notwendigkeit einer Neudefinition, in: Zeitschrift für Lebensrecht (ZfL) 2015, 24(04), S. 111–114, S. 111; Bexten R: Hirntod: Lebendiger Körper – tote Person? Wer stiftet hier Verwirrung?, Researchgate, September 2014, S. 4, https://www.researchgate.net/profile/Raphael_Bexten/contributions (abgerufen am 29.07.2016); Duttge G: Organmangel – Holzwege, Umwege, Lösungswege, ZfL 2011, 20(02), S. 55-60, S. 55.

⁹ Truog, Miller, Fn. 8, S. 41-47; „If it is possible - albeit rare – for a body without a functioning brain to ‚hold itself together‘ for an indefinite period of time, then how can the condition of total brain failure be equated with biological death?“, President's Council on Bioethics, Fn. 8, S. 55.

¹⁰ President's Council on Bioethics, Fn. 8, S. 50-52; dazu auch: Shewmon A: The brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Rationale for Equating Brain Death With Death, Journal of Medicine and Philosophy 2001, 26(5), S. 457 ff.; vgl. Truog, Miller, Fn. 8, S. 38 und 42.

¹¹ Vgl. Shewmon A: Chronic „brain death“: Meta-analysis and conceptual consequences, Neurology 1998, 51(6), S. 1538-1545.

¹² Vgl. Stoecker R: Ein Plädoyer für die Reanimation der Hirntoddebatte in Deutschland, in: Preuß, Knoepffler, Kodalle (Hrsg.), Kritisches Jahrbuch der Philosophie, Körperteile – Körper teilen, Würzburg 2009, S. 41, 44 ff.

¹³ Shewmon A: Vortrag vom 21.03.2012, Forum Bioethik, Deutscher Ethikrat, <http://www.ethikrat.org/dateien/forum-bioethik-21.-maerz-2012-simultanmitschrift> (abgerufen am 30.07.2016); vgl. Shewmon A: The brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Rationale for Equating Brain Death With Death, Journal of Medicine and Philosophy 2001, 26(5), S. 457–478.

¹⁴ Stoecker, Fn. 12, S. 41 und 45 f.

¹⁵ „Der (dissoziiert) hirntote, noch überlebende übrige Körper ist von rosiger Farbe, beim Berühren

warm und weich und bewegt sich im Rhythmus des Herzschlages, im Rhythmus der Beatmung und in seltenen Fällen in Form spinaler Reflexe.“ Spittler J: Gehirn, Tod und Menschenbild, Stuttgart 2003, S. 35.

¹⁶ Stoecker, Fn. 12, S. 41 und 46.

¹⁷ President's Council on Bioethics, Fn. 8, S. 60.

¹⁸ Ebd.

¹⁹ Ebd., S.61.

²⁰ Ebd., S. 64–66.

²¹ Ebd., S. 66: „In this way, it builds upon an insight into biological reality, an insight latent in culture-bound notions of ‚breath of life‘ and ‚departure of the conscious soul from the body.‘ It does so by articulating a philosophical conception of the biological realities of organismic life.“

²² Vgl. Birnbacher D: Das Hirntodkriterium in der Krise – Philosophische Grundlagenreflexionen zur Definition des Todes, in: Esser, Kersting, Schäfer (Hrsg.), Welchen Tod stirbt der Mensch? Philosophische Kontroversen zur Definition und Bedeutung des Todes. Frankfurt/New York 2012, S. 19 und 33 f.

²³ Bergmann A: Organspende – tödliches Dilemma oder ethische Pflicht? – Essay, 9.5.2011, Bundeszentrale für politische Bildung, Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) 20-21/2011, S. 3, <http://www.bpb.de/apuz/33313/organspende-toedliches-dilemma-oder-ethische-pflicht-essay?p=all> (abgerufen am 30.07.2016).

²⁴ Vgl. Müller, Fn. 8, S. 10; Birnbacher, Fn. 22, S. 19 und 34.

²⁵ Kritisch Beckmann R: Der „Hirntod“ – die unsicherste Diagnose der Welt, Zeitschrift für Lebensrecht, ZfL 2011, 20(04), S. 122–124, S. 123 f.

²⁶ „For this reason, some preliminary discussion of how the determination of death fits into the larger picture of organ procurement is warranted.“ President's Council on bioethics, Fn. 8, S. 10.

²⁷ Vgl. Bergmann, Fn. 25, S. 3 f.; vgl. Bode, Fn. 8, S. 111 f.

²⁸ „The first path would entail weakening or abandoning the so-called dead donor rule.“ President's Council on Bioethics, Fn. 8, S. 70.

²⁹ „Gemäß diesem Verfahren dürfen Organe nicht erst nach Feststellung des Hirntodes entnommen werden, sondern bereits dann, wenn ein Herz- und Kreislaufstillstand von 10 Minuten bei normaler Körpertemperatur festgestellt wurde.“ Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften: Herztod (Non-Heartbeating-Donor), <http://www.drze.de/im-blickpunkt/organtransplantation/module/herztod-non-heart-beating-donor> (abgerufen am 01.08.2016).

³⁰ President's Council on Bioethics, Fn. 8, S. 69–72; kritisch Bode, Fn. 8, S. 112 f.

³¹ Bundesärztekammer: Organentnahme nach Herzstillstand, Deutsches Ärzteblatt 1998, 95(50), S. A-3235; so auch: Weiller C, Rijntjes M, Ferbert A, Schackert G: Gemeinsame Stellungnahme der DGN, DGNC und DGNI zur Feststellung des Hirntodes vor Organentnahmen, Pressemitteilung 2014, <http://www.dgn.org/presse/pressemitteilungen/2960-hirntod> (abgerufen am 01.08.2016).

³² „Neben dem Hirntodkriterium kommt in einigen Ländern, [...] das sogenannte NHBD-Verfahren (non heart-beating donor) zum Einsatz.“ Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, Fn. 29.

³³ Bergmann, Fn. 25, S. 3 f.

³⁴ Bundesärztekammer: Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, Deutsches Ärzteblatt 1998, 95(30), S. A-1861–1868.

³⁵ Vgl. auch Müller, Fn. 8, S. 13 f.

³⁶ Vgl. Zuckier L, Kolano J: Radionuclide Studies in the Determination of Brain Death: Criteria, Concepts, and Controversies, Seminars in Nuclear Medicine 2008, 38, S. 262-273.

³⁷ Müller, Fn. 8, S. 13.

³⁸ Vgl. Ebd., S. 14.

³⁹ Deutscher Ethikrat, Fn. 8, S. 11 f.

⁴⁰ Ebd., S. 51 f. und 157.

⁴¹ Ebd., S. 66 ff. und 158.

⁴² Vgl. Stoecker R: Der Hirntod, Ein medizinethisches Problem und seine moralphilosophische Transformation, 2. Auflage, Freiburg/München 2010, S. 207–212.

⁴³ Deutscher Ethikrat, Fn. 8, S. 69.

⁴⁴ Ebd., S. 69 ff. und 158 f.

⁴⁵ Ebd., S. 74–78 und 158.

⁴⁶ Ebd., S. 83.

⁴⁷ Ebd., S. 84–95 und 160.

⁴⁸ Ebd., S. 163.

⁴⁹ Ebd., S. 164.

⁵⁰ Ebd., S. 21 f. und 167.

⁵¹ Ebd., S. 52; so auch: Bexten, Fn. 8, S. 4; Duttge, Fn 8, 55.

⁵² Gomez-Lobo A: Personal Statement, President's Council on bioethics, Controversies in the determination of death. A White Paper, Washington D.C 2008, S. 95–100; Geisler L: Ist die Hirntod-Definition aus biologisch-medizinischer Sicht plausibel?, S. 1–5, <http://www.webcitation.org/5sUSvmdQU> (abgerufen am 29.07.2016).

⁵³ Vgl. President's Council on bioethics, Fn. 8, S. 61.

⁵⁴ Vgl. Müller, Fn. 8, S. 14 ff.

Lorenz Bode ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Lehrstuhl für Kriminologie, Jugendstrafrecht und Strafvollzug von Prof. Dr. Dr. h.c. Jörg-Martin Jehle an der Georg-August-Universität Göttingen.

Xenotransplantation aus medizinischer, rechtlicher und ethischer Perspektive*

von Anneli Arnold-Hofbauer, M.mel.

Einleitung

An der Xenotransplantation (gr. *xenos* = fremd), also der Übertragung von Zellen, Geweben und Organen zwischen Individuen unterschiedlicher Arten, wird seit vielen Jahren geforscht. Im Folgenden wird zunächst die Entwicklung der Alлотransplantation, also der Übertragung von Zellen, Geweben oder Organen zwischen Individuen derselben Art, und im Anschluss die der Xenotransplantation geschildert.¹ In dieser Arbeit wird die Xenotransplantation als Verfahren der Übertragung von tierischen Zellen, Geweben oder Organen auf den Menschen verstanden. Dabei wird hauptsächlich die Übertragung von tierischen Organen in den Blick genommen. Wenn auch langsam, so werden doch immer wieder kleinere Fortschritte verzeichnet und es ist keineswegs auszuschließen, dass die erfolgreiche Xenotransplantation einmal medizinisch möglich sein wird. Deshalb ist es wichtig, sich auch rechtzeitig mit ihren rechtlichen und ethischen Aspekten zu befassen. Danach werden die existierenden Probleme der Alлотransplantation aufgezeigt, um deutlich zu machen, weshalb überhaupt an Alternativen zu dieser geforscht wird. Anschließend werden die medizinischen Probleme und Lösungsansätze bzw. der medizinische Stand der Xenotransplantation betrachtet. Nachfolgend wird der rechtliche Regelungsrahmen der Xenotransplantation, hauptsächlich nach deutschem Recht, dargelegt und zuletzt werden die schwerwiegenden human- und tierethischen Probleme der Xenotransplantation aufgezeigt. Abschließend soll beurteilt werden, inwiefern die Xenotransplantation aus ethischer und medizinischer Perspektive eine Alternative zur Alлотransplantation darstellen kann und ob aus rechtlicher Sicht Regelungsbedarf besteht.

1. Entwicklung der Transplantationsmedizin

Folgendes ist keine abschließende Aufzählung aller jemals stattgefundenen Transplantationen, sondern es soll eine Übersicht über einige wichtige Schritte der Transplantationsmedizin geben werden.

1.1 Allotransplantation

Erste Hautverpflanzungen fanden schon um 1000 v. Chr. statt. Sie hatten meist den Zweck, Verunstaltungen auszugleichen, und nicht, Krankheiten zu heilen. Erst im 19. Jahrhundert wurde erstmals ein inneres Organ verpflanzt. Im Jahre 1883 transplantierte der Schweizer Chirurg Theodor Kocher menschliches Schilddrüsengewebe unter die Haut des Halses wie auch in die Bauchhöhle eines Patienten, welchem zuvor aus krankheitsbedingten Gründen die Schilddrüse entfernt worden war. Weitere neue Erkenntnisse in Bezug auf die Organabstoßung brachte die Entdeckung der unterschiedlichen Blutgruppen 1901 von Karl Landsteiner.²

Als Geburtsstunde der modernen Transplantationsmedizin gilt ein Bericht aus dem Jahre 1902 von Emerich Ullmann, in welchem die erfolgreiche Übertragung von Hundenieren geschildert wird.³ Um 1930 erschien die Abstoßungsreaktion bei allogenen Transplantationen dann aber als unüberwindbares Hindernis und die Verpflanzung von Organen als nicht mehr sinnvoll. Ab den 1940er Jahren wurde jedoch wieder intensiv auf diesem Gebiet geforscht.⁴

Erste Versuche, 1951 in Paris, die gewonnenen Erkenntnisse aus den Tierexperimenten bezüglich der Nierentransplantation auch auf den Menschen anzuwenden, hatten wenig Erfolg. Eine Empfängerin überlebte mit der neuen Niere jedoch 30 Tage, bis es letztendlich zur Abstoßungsreaktion kam. Joseph E. Murray gelang 1954 in Boston die erste Nierentransplantation mit dauerhaftem Erfolg. Es handelte sich in diesem Fall um eine Lebendspende, die zu transplantierende Niere stammte von dem eineiigen Zwillingsbruder des Transplantatempfängers.⁵ 1958 entdeckte Jean Dausset die HLA-Antigene des Menschen, welche eine Immunreaktion auslösen können, die schließlich zur Abstoßungsreaktion führen kann. Die erste erfolgreiche Nierentransplantation einer lebend gespendeten Niere zwischen genetisch verschiedenen Personen gelang Murray 1959. Bereits drei Jahre später wurde die erste Transplantation einer Niere eines toten, nicht mit dem Empfänger verwandten Spenders ebenfalls von Murray erfolgreich durchgeführt.⁶

Wurde die Abstoßungsreaktion im Jahre 1959 bei der ersten erfolgreichen Nierentransplantation noch mittels Ganzkörper-Röntgenbestrahlung und Cortison behandelt, begann danach dank der Entdeckung des Wirkstoffes Azathioprin, mit dessen Hilfe eine bessere Transplantatüberlebenszeit erreicht werden konnte, die Phase der medikamentösen Immunsuppression. Später wurde das Medikament Cyclosporin A entwickelt, welches noch effektiver war als die bisher verwendeten Medikamente.⁷

Der frühe Erfolg der Nierentransplantation hängt mit einigen Vorteilen, die dieses Organ mit sich bringt, zusammen. Zum einen eröffnet sich bei der Niere die Möglichkeit einer Lebendspende, da die Niere ein paariges Organ ist und

alle Funktionen auch von nur einer Seite des Organpaares ausgeführt werden können. Durch die Möglichkeit der Auswahl eines mit dem Empfänger eng verwandten Spenders wurde das Problem der Abstoßung auch ohne den Einsatz von immunsuppressiven Medikamenten umgangen. Zum anderen besitzt die Niere im Vergleich zu anderen Organen eine relativ lange Ischämiezeit. Sie kann also einige Zeit außerhalb des Körpers des Spenders konserviert werden, ohne größere Schäden davon zu tragen. Auch die Möglichkeit der Dialysebehandlung trug zur positiven Entwicklung der Nierentransplantation bei, da durch diese alternative Behandlungsmöglichkeit mehr Zeit blieb, um nach passenden Spendern zu suchen.⁸

Die weltweit erste erfolgreiche Herztransplantation fand 1967 durch Christian Barnard in Kapstadt statt. Der Empfänger des Herzens überlebte jedoch nur 18 Tage und starb an einer Lungenentzündung. Wenig später führte Barnard eine weitere Herztransplantation durch, diesmal mit größerem Erfolg.⁹

Die erste erfolgreich durchgeführte Lungentransplantation fand 1963 durch James D. Hardy statt.¹⁰ Da die Lunge als einziges Organ direkt mit der Umwelt in Kontakt steht, ist sie besonders anfällig für Infektionen.

Erste Versuche der Lebertransplantation um 1963 blieben erfolglos, bis es 1967 Thomas E. Starzl in Pennsylvania gelang, die weltweit erste erfolgreiche Lebertransplantation durchzuführen. Die Empfängerin lebte mit dem Transplantat 13 Monate und starb an einer Tumorerkrankung. Durch die später entwickelte Technik des Organ-Splittings wurde es möglich, mit einer Spenderleber gleich zwei Empfängern zu helfen, auch die Lebendspende wurde somit möglich.¹¹ Ab 1966 fanden vereinzelt erste Versuche der Pankreastransplantation statt, in Minnesota gelang 1966 die erste erfolgreiche Transplantation.¹² Die erste erfolgreiche Dünndarmtransplantation fand, nach einer Reihe von fehlgeschlagenen Versuchen, 1988 in Kiel statt.¹³ Hirnzellen von abgetriebenen Embryonen wurden 1987 erstmals in das Gehirn von an Parkinson erkrankten Menschen verpflanzt.¹⁴

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Organtransplantation heutzutage ein vielfach angewandtes und etabliertes Therapieverfahren darstellt. Laut dem Jahresbericht 2014 der deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) wurden seit dem Jahre 1963 alleine in Deutschland 120.494 Organe transplantiert.¹⁵

1.2 Xenotransplantation

Die Xenotransplantation geht der Allotransplantation in gewisser Weise voraus, da oftmals die ersten Transplantationen am Menschen mit tierischem Material durchgeführt wurden, weil dieses wegen der Schwierigkeiten der Organgewinnung und der Feststellung des Todes beim Menschen häufig leichter zu beschaffen war. Ihren Ursprung hat die Xenotransplantation in gewisser Weise bereits

in der Übertragung von tierischem Blut auf den Menschen im 17. Jahrhundert.¹⁶ Eine Transplantation von Hundeschädelknochen in den Kopf eines Menschen soll bereits im Jahre 1682 geglückt sein.¹⁷ Theodor Kocher verwendete bei den ersten Schilddrüsentransplantationen um 1883 nicht nur menschliche, sondern auch tierische Schilddrüsen, meist von Ziegen.¹⁸ Auch Hauttransplantationen bei Brandverletzungen wurden bis Ende des 19. Jahrhunderts mit der Haut von Kröten oder Fröschen durchgeführt.¹⁹

An ersten xenogenen Nierentransplantationen wurde von Ullmann bereits 1902 geforscht.²⁰ Bereits im selben Jahr transplantierte er die Niere eines Hundes auf eine Ziege, jedoch ohne Erfolg. Um 1905 übertrug Princeteau Stücke einer Kaninchenniere auf den Menschen. Übertragungen von kompletten Nieren, unter anderem vom Schwein, auf den Menschen folgten 1906, hatten jedoch wenig Erfolg.²¹ 1910 übertrug Ernst Unger in Berlin einem Mädchen die Nieren eines Makaken, auch dieser Versuch war erfolglos.²²

Bedingt durch die vielen Misserfolge und einem daraus resultierendem Moratorium²³ für Xenotransplantationen fanden in den nächsten Jahrzehnten kaum noch Xenotransplantationen statt. Eine Ausnahme bilden die Transplantationen von Geschlechtsdrüsen von Affen auf den Menschen, die der Arzt Sergius Voronoff in Frankreich durchführte. Das Hodengewebe der Affen sollte dabei eine Verjüngung der Patienten bewirken. Die Glaubwürdigkeit und Wirksamkeit dieser Versuche ist jedoch umstritten.²⁴

Einen weiteren wichtigen Schritt für die Xenotransplantation stellt eine Reihe von Transplantationen von Schimpansennieren auf den Menschen dar, die von Keith Reemtsma ab dem Jahr 1963 durchgeführt wurden. Eine Patientin überlebte den Eingriff neun Monate mit funktionierender Niere.²⁵

Die erste Herztransplantation war die Transplantation des Herzens eines Schimpansen auf einen Menschen von James Hardy 1964 in den USA.²⁶ Das Herz funktionierte jedoch nur wenige Stunden. Großes Aufsehen erregte auch die Transplantation eines Pavianherzens auf ein neugeborenes Kind im Jahre 1984 in Kalifornien. Das Kind überlebte mit dem Pavianherz drei Wochen und verstarb an Multiorganversagen bei schlagendem Herzen. 1992 wurde über eine xenogene Herztransplantation eines Schweineherzens auf einen Menschen berichtet. Das Herz wurde jedoch sofort abgestoßen.²⁷ Herzklappen von Schweinen werden hingegen schon seit einiger Zeit erfolgreich auf Menschen transplantiert.²⁸

Thomas Starzl transplantierte 1966 eine Schimpansenleber auf einen Menschen, dieser überlebte jedoch nur 24 Stunden. Weitere von Starzl durchgeführte Transplantationen von Schimpansenlebern auf Kinder zwischen 1969 und 1974 erzielten Überlebensraten von bis zu 14 Tagen.²⁹ Im Jahre 1992 gelang es Starzl, eine Pavianleber auf einen an Hepatitis B erkrankten 35-jährigen Patienten zu übertragen; dieser überlebte mit dem transplantierten Organ 70 Tage und starb an den Nebenwirkungen der immunsuppressiven Medikamente.³⁰ Die

Leber eines Pavians wurde in diesem Fall deshalb gewählt, da bei der Leber eines menschlichen Spenders zu befürchten gewesen wäre, dass diese wieder von Hepatitis B befallen worden wäre. Paviane hingegen sind immun gegen Hepatitis B.³¹

Erste xenogene Lungentransplantationen sind aus dem Jahre 1991 bekannt, dabei wurden Herz-Lungen-Transplantate von Cynomolgus Affen auf Paviane übertragen. 1998 wurde eine Lungentransplantation von einer Schweinelunge auf einen Pavian vorgenommen. Alle Versuche blieben jedoch ohne langfristigen Erfolg.³²

Hirnzellen von Schweine-Embryonen wurden 1996 in Boston, Massachusetts, auf einen an Parkinson erkrankten Patienten übertragen. Noch acht Monate nach der Übertragung waren die Zellen funktionsfähig und eine Abstoßungsreaktion hatte nicht stattgefunden. Auch Inselzellen aus der Bauchspeicheldrüse von Schweinen wurden 1994 zur Behandlung von Diabetes auf Patienten übertragen, sie produzierten jedoch nur sehr wenig Insulin. Im Jahre 1995 erhielt ein an Aids erkrankter Patient das Knochenmark eines Pavians, doch das Immunsystem des Patienten konnte sich nicht regenerieren.³³

Oftmals wurden, gerade zu Beginn der Entwicklung der Transplantationsmedizin, tierische Organe verwendet, da sich die Verwendung von menschlichen Organen, bedingt durch die fehlende Akzeptanz und Definition des Hirntodes, als schwierig gestaltete.³⁴ Nach der Durchsetzung des Hirntodkonzepts trat die Xenotransplantation zumindest eine Zeit lang in den Hintergrund, da nun die Verwendung von menschlichen Spenderorganen erleichtert wurde.³⁵

2. Problemfelder der Allotransplantation

Nach dem aktuell vorliegenden Jahresbericht der Deutschen Stiftung Organtransplantation wurden im Jahr 2014 insgesamt, einschließlich der Lebendspende-Transplantationen, 3.851 Organe in Deutschland in etwa 50 Transplantationszentren transplantiert, darunter waren 2.128 Nieren-, 941 Leber-, 304 Herz-, 352 Lungen-, 120 Pankreas- und 6 Dünndarmtransplantationen. Postmortal gespendet wurden in Deutschland 2014 hingegen nur 2.989 Organe. Ein Problem der Transplantationsmedizin ist heutzutage also weniger das medizinisch-chirurgische Wissen als die ausreichende Verfügbarkeit von Organen.³⁶

Obwohl die Organtransplantation heute ein vielfach angewandtes Therapieverfahren ist, ist sie dennoch nicht unumstritten. Vor allem in Bezug auf das Hirntodkriterium als Voraussetzung zur postmortalen Organspende entwickelte sich vielfach Kritik.

2.1 Entwicklung des Hirntodkriteriums und Kritik an diesem

Voraussetzung der postmortalen Organspende in Deutschland ist, dass ein beatmeter Patient im Hirntod verstirbt. Durch die Fortschritte der Intensivmedizin, speziell der Möglichkeit der künstlichen Beatmung, wurden in der Vergangenheit die Forderungen nach einer neuen Todeskonzeption immer lauter. Die Entwicklung der Hirntodkonzeption begann 1959. Damals beschrieben die französischen Ärzte Pierre Mollaret und Maurice Goulon erstmals einen Zustand, den sie als „coma dépassé“, also als jenseits des Komas liegend bezeichneten.³⁷ Internationale Bedeutung erlangte eine 1968 verfasste Stellungnahme einer Ad-hoc-Kommission der Harvard Medical School, in welcher die Etablierung des Hirntodkriteriums gefordert wurde. Diese Forderung setzte sich in den nächsten Jahren in den USA und vielen anderen Industriestaaten durch.³⁸ Damit hatte sich ein Umschwung vollzogen weg von dem in früheren Zeiten anerkannten Todeskriterium, dem unwiderruflichen Ausfall von Herz- und Atemtätigkeit, hin zur Hirntod-Konzeption. Neben den Fortschritten der Intensivmedizin machte, zumindest nach der Ansicht einiger Autoren,³⁹ auch der Bedarf an Organen zu Transplantationszwecken eine Neudefinition des Todes notwendig. Um eine erfolgreiche Transplantation durchzuführen, ist es wichtig, dass die Organe, ohne vorher von der Sauerstoffversorgung abgeschnitten zu sein, verpflanzt werden. Nach der Herztod-Definition wären die Organe nach Feststellung des Todes also nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt und die Chancen einer erfolgreichen Transplantation wären somit geringer. Würde man die Organe jedoch früher, solange sie noch mit Sauerstoff versorgt werden, also bei schlagendem Herzen entnehmen, wäre dies nach der Herztod-Definition Mord, da der Betroffene bei der Organentnahme noch als Lebender betrachtet wird.⁴⁰ Ob nun die Frage nach dem Umgang mit Menschen, bei denen die Hirnfunktionen irreversibel ausgefallen sind, bei der Entwicklung einer neuen Todesdefinition im Vordergrund stand und die Möglichkeit der Organengewinnung nur eine Nebenfolge dieser neuen Todesdefinition darstellte, oder ob die Gewinnung von Organen mit ein Grund für die Suche nach einer neuen Todesdefinition war, ist umstritten.⁴¹ Fest steht, dass der nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktionen des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms heutzutage in Deutschland eine Voraussetzung für die Organspende darstellt. Dies ist in § 3 Abs. 2 Nr. 2 des Transplantationsgesetzes (TPG) geregelt. In einer Richtlinie der Bundesärztekammer, welche zurzeit in der vierten Fortschreibung vorliegt und an welche die Ärzte zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls gebunden sind, heißt es: „Mit der Feststellung des endgültigen nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktionen des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes (irreversibler Hirnfunktionsausfall) ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt.“⁴² Der irreversible Hirnfunktionsausfall wird also allge-

mein als Tod des Menschen anerkannt. Da ohne die Funktion des Gehirns als zentrales Steuerungsorgan weder die Integration der Körperfunktionen noch Bewusstseinstätigkeit, deren Ausfall als Definitionsbedingungen des Todes angesehen werden können, mehr gegeben sind, kann der Hirntod auch mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt werden.⁴³ Von vielen Kritikern wird der irreversible Ausfall aller Hirnfunktionen nur als unumkehrbarer Schritt im Sterbeprozess, aber noch nicht als Tod selbst angesehen.⁴⁴ Der vollständige Verlust der Integrationsfähigkeit nach Absterben des Gehirns wird oft bestritten, da zwar ein erheblicher Verlust an Integrationsfähigkeit stattfindet, die Einheit als Ganzes jedoch nicht völlig verloren geht und der Hirntote somit als Sterbender und nicht als Toter betrachtet werden müsse.⁴⁵

Die unterschiedlichen Ansichten in Bezug auf das Hirntodkonzept werden auch in der aktuellen Stellungnahme des deutschen Ethikrates „Hirntod und Entscheidung zur Organspende“ deutlich. Die Mitglieder des deutschen Ethikrates sind sich nicht einig in Bezug auf die Frage, ob der Hirntod ein geeignetes Kriterium für den Tod des Menschen darstellt.⁴⁶ Die Mehrheit ist jedoch der Meinung, dass der Hirntod ein sicheres Zeichen für den Tod des Menschen sei, da das Gehirn das zentrale Integrations-, Koordinations- und Kommunikationsorgan sei und seine spezifischen Funktionen im Gegensatz zu denen anderer Organe nicht technisch ersetzt werden können.⁴⁷ Nach Ausfall des Gehirns ist der Körper ohne technische Unterstützung nicht mehr selbstständig zu Integrationsleistungen fähig. Da nach der Mehrheitsmeinung im deutschen Ethikrat die im Transplantationsgesetz verankerte Dead-Donor-Rule, welche besagt, dass nur Toten Organe entnommen werden dürfen, beibehalten werden soll, dürften Hirntoten, wenn der Hirntod kein sicheres Zeichen für den Tod des Menschen wäre, auch keine Organe entnommen werden.⁴⁸ Eine Minderheit des deutschen Ethikrates ist der Meinung, dass der Hirntod keine hinreichende Bedingung für den Tod des Menschen sei, da der Organismus selbst nach dem Absterben des Gehirns noch über vielfältige Funktionen verfüge und die Integration eines Organismus zu einem Ganzen weiterhin gegeben sei. Die Dead-Donor-Rule ist nach dieser Ansicht entbehrlich, die Organentnahme, nach mutmaßlichem oder ausdrücklichem Willen des nun hirntoten Patienten, sei nicht als Tötung im Sinne einer verwerflichen Integritätsverletzung zu sehen, es werde vielmehr das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verwirklicht.⁴⁹ Hierbei würde es sich dann jedoch um Tötung auf Verlangen handeln, welche nach § 216 StGB strafbar ist. Einig ist sich der deutsche Ethikrat in jedem Fall darin, dass der Hirntod eine Voraussetzung zur Organspende darstellt.⁵⁰

2.2 Weitere Problemfelder der Allotransplantation

Auch die Möglichkeit der Lebendspende im Rahmen der Allotransplantation weist einige Probleme auf. Denn zum einen kann es zur starken psychischen Belastung sowohl auf Seiten des Spenders, durch eventuell vorhandenen Druck bei der Entscheidung oder Veränderung zur Beziehung des Spenders nach der Transplantation, wie auch auf Seiten des Empfängers, durch ein eventuell entstehendes Abhängigkeitsgefühl, Dankesdruck oder starken Schuldgefühlen bei einer Transplantatabstoßung, kommen.⁵¹ Die Lebendspende ist außerdem immer auch mit medizinischen Risiken verbunden und stellt einen nicht indizierten Eingriff an einem gesunden Menschen dar. Der Mangel von Organen, durch welchen die Lebendspende erst notwendig wird, führt auch zu dem Problem der Verteilungsgerechtigkeit. Durch den Mangel an Organen, welcher nicht durch finanzielle Mittel allein behoben werden kann, ist es notwendig, die Organe nach allgemein anerkannten Kriterien zu vergeben, dies ist jedoch schwierig zu verwirklichen.⁵² Auch der aus dem Organmangel eventuell resultierende Organhandel könnte, zumindest in gewisser Form, moralische Probleme aufwerfen.⁵³ Des Weiteren kann es bei der postmortalen Organspende für den Empfänger sehr belastend sein, auf den Tod eines anderen Menschen warten zu müssen, um selbst weiterleben zu können.⁵⁴

3. Xenotransplantation

Die Xenotransplantation kann in die diskordante und die konkordante Xenotransplantation unterschieden werden. Bei der diskordanten Xenotransplantation findet eine Übertragung zwischen entfernt verwandten Spezies statt, also z. B. zwischen Schwein und Mensch. Hierbei kann es zu starken Abstoßungsreaktionen kommen. Als konkordante Xenotransplantation wird die Übertragung zwischen sich genetisch nahe stehenden Arten bezeichnet, z. B. zwischen Mensch und Affe. Dabei tritt eine schwächere Abstoßungsreaktion auf.⁵⁵ Im Folgenden wird die Xenotransplantation zunächst aus medizinischer, im Anschluss aus rechtlicher und zuletzt aus ethischer Perspektive betrachtet.

3.1 Xenotransplantation aus medizinischer Perspektive

Seit den Anfängen der Xenotransplantation wird versucht, die wesentlichen medizinischen Probleme, zu denen die immunologisch bedingte Abstoßungsreaktion, die Unterschiede in der Anatomie und Physiologie der Organe und die Infektionsgefahr gehören, zu lösen. Wenn einige der genannten noch vorhandenen Probleme gelöst werden können, bietet die Xenotransplantation gewisse generelle Vorteile gegenüber der Allotransplantation. Organe würden bei Bedarf di-

rekt zur Verfügung stehen, die Transplantation könnte also besser geplant und genau dann durchgeführt werden, wenn sie medizinisch indiziert ist. Außerdem wären Organe von z. B. Schweinen gar nicht oder zumindest weniger anfällig für bestimmte menschliche Krankheiten.⁵⁶

3.1.1 Abstoßungsreaktionen

Bei der Xenotransplantation kann es zu verschiedenen schweren Abstoßungsreaktionen kommen. Zu diesen Abstoßungsreaktionen zählen die hyperakute, die akute vaskuläre oder verzögerte, die zelluläre und die chronische Abstoßung.⁵⁷

Die hyperakute Abstoßung lässt sich bei der Allotransplantation nicht beobachten, jedoch bei der Xenotransplantation. Diese Form der Abstoßung ist eine sehr starke Reaktion des Immunsystems. Dabei reagieren die im Empfänger vorkommenden Antikörper auf die Antigene, die sich auf der Oberfläche des transplantierten Organs befinden, und es kommt zu einer Aktivierung des Komplementsystems. Dies führt dazu, dass die Zellen, welche die Gefäße des transplantierten Organs auskleiden, zerstört werden. In Folge dessen kommt es zu einer Abstoßung des Transplantats.⁵⁸ Die Antikörper sind meist schon vor der Transplantation im Blut des Empfängers vorhanden und werden bereits kurz nach der Geburt gebildet. Sie reagieren zum größten Teil auf ein bestimmtes Zuckerrest-Epitop (Galaktose- α (1,3)-Galaktose), welches sich auf der Zelloberfläche vieler Säugetiere, unter anderem dem Schwein, aber nicht bei Menschen und Altweltaffen findet. Die hyperakute Abstoßung, welche binnen Minuten bis Stunden abläuft, findet jedoch nur bei der Transplantation von vaskularisierten, also mit Blutgefäßen versorgten Organen, nicht bei Zelltransplantaten statt.⁵⁹ Durch herkömmliche Immunsuppression kann diese Art der Abstoßungsreaktion nicht beeinflusst werden.⁶⁰ Die hyperakute Abstoßung konnte jedoch bereits mit Hilfe transgener Tiermodelle überwunden werden.⁶¹ Transgene Tiere sind Tiere, deren Genom eine gezielte Mutation trägt, welche an die Nachkommen stabil weitervererbt wird. Entweder kann ein zusätzliches Gen eingefügt werden oder ein Gen kann inaktiviert oder dessen Funktion verändert werden. Solche transgenen Tiere können durch homologe Rekombination oder Vorkerninjektion erzeugt werden.⁶² Im Fall der hyperakuten Abstoßungsreaktion werden bei Organen transgener Schweine entweder Enzyme zur Verringerung der Anzahl von α (1,3)Galactose-Epitope eingesetzt oder der Genabschnitt, der für die α (1,3)Galactosyl-Transferase zuständig ist, wird entfernt.⁶³ Des Weiteren wurden auch schon transgene Schweine erzeugt, welche humane Regulatoren auf der Oberfläche der Endothelzellen besitzen, das zu transplantierende Organe wird dann auf gleiche Weise geschützt wie körpereigene Zellen des Empfängers.⁶⁴ Ein anderer Ansatz, mit welchem die hyperakute Abstoßung ebenfalls überwunden werden könnte, ist die Entfernung der Antikörper gegen die Zuckermoleküle auf

den Schweineorganen durch Anhaftung der Antikörper auf künstlichen Antigenen. Dazu müsste das Blut des Empfängers über eine Matrix mit künstlichen Antigenen geleitet werden. Eine weitere Möglichkeit wäre die Perfusion des Empfängerblutes durch ein entnommenes Tierorgan. Außerdem wäre es möglich, die Aktivierung des Komplementsystems durch spezielle Medikamente zu verhindern.⁶⁵ Auch wenn die hyperakute Abstoßung mit Hilfe transgener Tiere mittlerweile größtenteils überwunden werden konnte und bei Transplantationen vom Schwein auf Primaten kaum noch beobachtet wird,⁶⁶ ist das Problem der Abstoßung noch nicht vollständig gelöst, da nach der hyperakuten Abstoßung eine Reihe weiterer Abstoßungsreaktionen folgt.

Zunächst kann es zur akuten vaskulären Abstoßung kommen, die innerhalb weniger Tage nach der Transplantation einsetzt.⁶⁷ Wieder reagieren hierbei Antikörper, diesmal reagieren diese aber nicht nur spezifisch auf das bereits erwähnte Zuckerrest-Epitop, sondern auf unterschiedliche Antigene auf den Endothelzellen des transplantierten Organs.⁶⁸ Lösungsansätze dieser Abstoßungsreaktion bestehen darin, Medikamente zur effektiven Immunsuppression einzusetzen. Dies geht jedoch oftmals mit schweren Komplikationen einher. Ein weiterer Ansatz ist die Förderung der Akkomodation, also der Neigung zur Verringerung der Gefahr der akut vaskulären Abstoßung des Transplantats im Laufe der Zeit. Die Akkomodation kann mit Hilfe der Erzeugung transgener Tiere gefördert werden.⁶⁹ Durch die Kombination von neuen Medikamenten zur Immunsuppression und dem Einsatz von transgenen Schweinen konnte bereits eine bessere Transplantatüberlebenszeit beobachtet werden.⁷⁰

Sollte es möglich sein, die akute vaskuläre Abstoßungsreaktion vollständig zu verhindern, treten jedoch zellvermittelnde Abstoßungsprozesse auf den Plan. Dabei kommt es durch T-Zellen zur Zerstörung des transplantierten Organs. Diese Reaktion kann so auch bei der Allotransplantation auftreten, bei der Xenotransplantation findet sie jedoch meist stärker und schlechter kontrollierbar statt. Die zellvermittelte Abstoßung, die auf Grund der meist kurzen Transplantatüberlebenszeit noch nicht gänzlich untersucht ist, könnte durch die Entwicklung neuer Immunsuppressiva oder transgener Schweine, bei welchen die T-Zellen Reaktion verhindert wird, umgangen werden. Eine weitere Möglichkeit wäre die Toleranzinduktion, mit der das Wegfallen einer Abwehrreaktion auf ein bestimmtes Antigen erreicht werden soll. Dies kann durch eine Knochenmarkstransplantation erreicht werden, da es dabei zum Mikrochimärismus kommen kann, also Zellen aus dem Knochenmark auch im restlichen Körper des Empfängers vorhanden sind, womit eine Abstoßung verhindert werden soll.⁷¹

Letztendlich kann es, auch noch Jahre nach einer Transplantation, zu einer noch nicht beherrschbaren chronischen Abstoßungsreaktion kommen. Diese sehr langsam verlaufende Reaktion führt durch Vermehrung des Gewebes allmählich zu einer Verengung und schließlich zu einem Verschluss der Gefäße.

Das Problem der chronischen Abstoßung wird nach heutigem Kenntnisstand wahrscheinlich nur durch Immuntoleranz-Induktion zu lösen sein.⁷² Obwohl die hyperakute Abstoßungsreaktion inzwischen weitgehend verstanden und überwunden wurde, gibt es in Bezug auf die anderen Abstoßungsreaktion noch einige zu lösende Probleme. In einer 2014 im *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* veröffentlichten Studie konnten jedoch bereits Transplantatüberlebenszeiten von Organen transgener Schweine auf Paviane von über einem Jahr beobachtet werden.⁷³

3.1.2 Anatomische und physiologische Unterschiede

Da das Schwein momentan als wahrscheinlichster Organlieferant in Betracht gezogen wird, bei Primaten gibt es oftmals größere ethische Bedenken und das Infektionsrisiko steigt mit dem Grad der genetischen Verwandtschaft, wird im Folgenden, wie auch bisher, hauptsächlich auf die noch zu lösenden medizinischen Probleme bei einer Übertragung vom Schwein auf den Menschen eingegangen. Das Schwein wird momentan als Organlieferant präferiert, da es einige Vorteile mit sich bringt. Zum einen liegt eine große Kenntnis in Bezug auf Krankheitserreger und die Genetik des Schweins vor.⁷⁴ Als ethischer Aspekt wird oftmals angeführt, dass das Schwein sowieso seit Langem als Fleischlieferant gezüchtet wird und somit auch kaum etwas gegen die Verwendung von Schweineorganen zu Transplantationszwecken spricht. Zum anderen hat das Schwein eine relativ hohe Reproduktionsrate mit durchschnittlich acht Nachkommen pro Wurf. Es wird bereits mit sechs Monaten geschlechtsreif und lässt sich leicht züchten. Zudem sind auch die Organe des Schweins von ähnlicher Größe wie die des Menschen.⁷⁵ Ein gravierender Unterschied ist jedoch die aufrechte Haltung des Menschen im Gegensatz zur horizontalen Haltung des Schweins. Dies kann vor allem in Bezug auf die Lunge zu Problemen führen. Die Lunge von Schweinen ist auf die Funktion in horizontaler Lage ausgerichtet und weist dadurch anatomische Unterschiede auf.⁷⁶ Auch das Herz von Schweinen ist auf eine horizontale Funktion ausgerichtet. Dies führt bei der Transplantation in einen menschlichen Körper zu einer Querlage des Herzens und zu einem veränderten Abgangswinkel der Gefäße, was wiederum zur Abknickung der Gefäße führen kann.⁷⁷ Außerdem weisen Schweineherzklappen im Vergleich zu menschlichen eine um circa 17 % kleinere Öffnung auf, das Schweineherz müsste im Menschen also für das gleiche Auswurfvolumen höhere Arbeit leisten. Bei der gängigen Technik der Transplantation von Schweineherzklappen auf den Menschen funktionieren diese jedoch sehr gut.⁷⁸

Die physiologischen Differenzen sind im Vergleich zu den anatomischen jedoch weitaus größer. Für die richtige Funktion eines Organs müssen bestimmte biochemische Vorgänge und Stoffwechselreaktionen korrekt ablaufen. Dafür ist

es wichtig, dass bestimmte Moleküle mit den Rezeptoren der Zielzelle reagieren können.⁷⁹ Generelle Probleme könnten auftreten, da die Körpertemperatur des Schweines 2-3°C über der des Menschen liegt. Dieser Temperaturunterschied könnte zu Schwierigkeiten bei Hormonen und Enzymen führen, da diese bei niedrigerer Temperatur verlangsamt werden und an Effektivität verlieren.⁸⁰ Außerdem gibt es einige physiologische Unterschiede des Blutes. Die Viskosität des Blutes beim Menschen ist niedriger als beim Schwein, da im Schweineblut ein höherer Proteingehalt zu finden ist und die roten Blutkörperchen des Menschen größer als die des Schweines sind. Auch bezüglich der Aminosäuresequenzen der Hämoglobine herrschen große Unterschiede. Die Hämoglobinkonzentration im Blut von Schweinen und somit auch der Sauerstoffgehalt des Blutes sind geringer als beim Menschen.⁸¹

Das Herz wird als erstes mögliches Xenotransplantat favorisiert, da es nur geringem hormonellem Einfluss unterliegt.⁸² Auch die Herzleistungen von Mensch und Schwein sind ähnlich. Der Blutdruck des Schweines ist im Ruhezustand nur leicht höher als der des Menschen. Probleme könnten bei geforderten Höchstleistungen auftreten, da das Schweineherz an Stress weniger gut angepasst ist als das menschliche Herz. Schwierigkeiten in Bezug auf die Niere zeigen sich in der Unterschiedlichkeit des menschlichen Hormons der Nebenschilddrüse und dem von Schweinen. Auch die Produktion von roten Blutkörperchen ist speziesspezifisch und wird über ein Hormon der Niere gesteuert. Es besteht also die Gefahr, dass die Blutbildung eingestellt wird. Eine Lösung hierfür wären transgene Schweine, deren Nieren das menschliche Nierenhormon zur Blutbildung produzieren. Auch der niedrigere Harnsäuregehalt von Schweinen könnte zu Problemen führen.⁸³

Die Leber, das wichtigste Stoffwechselorgan bei Wirbeltieren, produziert tausende Enzyme und Hormone, die meist speziesspezifisch sind. Ob eine Schweineleber und die von ihr produzierten Enzyme und Hormone auch im Menschen zuverlässig funktionieren, ist fraglich und konnte noch nicht ausreichend geklärt werden. Die Lebertransplantation vom Schwein auf den Menschen steht also noch vor großen Hürden. Insgesamt könnte eventuell auch das unterschiedliche Lebensalter von Menschen und Schweinen zum Problem werden. Organe von Schweinen altern und wachsen im Vergleich zu menschlichen Organen schneller. Wie sich dies bei einer Transplantation auf den Menschen verhalten wird, ist noch unklar.⁸⁴

3.1.3 Infektionsrisiken

Ein weiteres Problem der Xenotransplantation besteht in der möglichen Gefahr der Übertragung von Infektionen. Allgemein nennt man solche vom Tier auf den Menschen oder umgekehrt übertragbaren Infektionen Zoonosen. In

Bezug auf die Gefahr einer Übertragung im Rahmen einer Xenotransplantation wird hierbei von einer Xenose oder einer Xenozoonose gesprochen.⁸⁵ Die Gefahr bei der Verwendung von Schweineorganen besteht hauptsächlich in der Übertragung von Viren. Das Risiko solch einer Virusinfektion ist durch die Unterdrückung der Immunabwehr des Transplantatempfängers erhöht. Bakterien, Parasiten und Pilze sind meist bekannt und können durch spezielle Testverfahren erkannt und anschließend eliminiert werden, z. B. durch eine Impfung und SPF-Haltung (Specific Pathogen Free) der Tiere. Durch die SPF-Haltung können auch die meisten bekannten Viren beseitigt werden. Eine mögliche Gefahr stellen sogenannte Porcine endogene Retroviren (PERV) dar, welche im Genom des Schweines verankert sind. Solche, normalerweise meist inaktiven Viren können nach einer Xenotransplantation im menschlichen Körper reaktiviert werden und pathogen wirken.⁸⁶ Normalerweise setzt beim Eindringen von Viren die Virolyse ein und Antikörper des Menschen reagieren auf den Galaktoserest, welcher sich auf den Schweineviren befindet. Wurden jedoch Schweine genetisch, zur Verhinderung der Abstoßungsreaktion, so verändert (transgene Schweine), dass dieser Galaktoserest nicht mehr vorhanden ist, setzt auch die Virolyse nicht ein.⁸⁷ Mittlerweile gibt es Verfahren, Porcine endogene Retroviren nachzuweisen, und es wird davon ausgegangen, dass eine Infektion nur unter unüblichen Umständen stattfinden wird.⁸⁸ Außerdem ist es bereits gelungen, genetisch veränderte Schweine zu züchten, die keine PERV freisetzen. Bei einer neuseeländischen Studie, bei welcher Patienten zur Behandlung von Diabetes mit Inselzellen von Schweinen behandelt wurden, konnte keine Aktivierung des Porcinen endogenen Retrovirus beobachtet werden.⁸⁹ In Bezug auf transgene Tiere, welche so verändert wurden, dass sie humane Moleküle auf der Zelloberfläche tragen, besteht die Gefahr einer untypischen Infektion des Schweines durch den Menschen, dies könnte auch zu einer Reinfektion des Menschen führen.⁹⁰ Einige weitere bekannte potentiell für den Menschen gefährliche Schweineviren sind das Tollwutvirus, das Maul- und Klauenseuchevirus, das Orthomyxovirus (Schweineinfluenza), das Japanische-Enzephalitis-Virus, das Herpesvirus, das Schweinepockenvirus und viele weitere. Neben bekannten Erregern sind auch noch unbekannt Viren eine potentielle Gefahr. Solche Viren, welche im Tier meist keine Krankheit hervorrufen, werden oftmals erst entdeckt, wenn nach der Übertragung auf den Menschen eine Krankheit auftritt.⁹¹ Ein weiteres Problem besteht in der potentiellen Gefahr der Neubildung von Viren, dabei kann es durch die Infektion einer Zelle mit zwei unterschiedlichen Viren zur Neubildung eines pathogenen Virus mit neuen Eigenschaften kommen. Welche Auswirkungen solch ein Virus auf den Menschen haben könnte, ist unklar.⁹² Ein generelles Problem in Bezug auf die Infektionsgefahren bei Xenotransplantaten ist das mögliche Ausmaß. Infiziert werden könnten sowohl der einzelne Patient und durch ihn wiederum auch die gesamte Gesellschaft. Auch die Tierart, von

welcher das transplantierte Organ stammt, könnte durch Rückübertragung neu entstandener Erreger infiziert werden. Es wäre also wahrscheinlich notwendig, nicht nur den Transplantatempfänger, sondern auch sein Umfeld zu überwachen, um mögliche Infektionen frühzeitig zu erkennen.⁹³ Vorteile, was die Übertragung von Krankheiten angeht, bieten Xenotransplantate von Schweinen in Bezug auf Viren, die nur den Menschen infizieren, da Schweineorgane resistent gegenüber solchen Viren sind.⁹⁴

Abschließend lässt sich sagen, dass in Bezug auf die Abstoßungsreaktionen die erste Hürde der hyperakuten Abstoßung mittlerweile größtenteils überwunden ist. An der Überwindung der akut vaskulären Abstoßung wird weiterhin intensiv geforscht. Wie sich anatomische und physiologische Unterschiede von Mensch und Schwein bei einer Xenotransplantation letztendlich auswirken werden, wird wahrscheinlich erst bei erfolgreicher längerfristiger Transplantation von Schweineorganen auf den Menschen festgestellt werden können. In Bezug auf die möglichen Infektionsrisiken wurden enorme Fortschritte bei der Herstellung transgener Schweine, welche keine PERV freisetzen, gemacht. Große Gefahr besteht allerdings noch durch andere Viren des Schweines, noch unbekannte Erreger und die Möglichkeit der Neuentstehung von Viren. Aus medizinischer Sicht wird die Xenotransplantation, zumindest zur Überbrückung (*bridging*) bis ein Allotransplantat zur Verfügung steht, bei entsprechender Förderung höchstwahrscheinlich einmal möglich sein. Die Gefahr von Infektionen ist jedoch nur schwer abzuschätzen.

3.2 Xenotransplantation aus rechtlicher Perspektive

Im Folgenden werden einige Gesetze, die auf die Xenotransplantation angewandt werden könnten, betrachtet. Hierbei wird hauptsächlich auf die Regelungen nach deutschem Recht eingegangen. Ein eigenständiges Gesetz zur Regelung der Xenotransplantation gibt es in Deutschland noch nicht.

3.2.1 Grundgesetz

Im Grundgesetz (GG) finden sich einige Artikel, die für die Xenotransplantation von Bedeutung sein könnten, dazu gehört Art. 1 GG, welcher sich mit der Menschenwürde befasst, Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit), Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG zur Forschungsfreiheit, Art. 12 Abs. 1 GG in Bezug auf die Berufsfreiheit von Ärzten und Art. 20a GG (Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen).⁹⁵

Laut Art. 1 Abs. 1 des GG ist die Würde des Menschen unantastbar, der Staat hat sie zu achten und zu schützen. Im Hinblick auf die Xenotransplantation stellt sich die Frage, ob es mit der menschlichen Würde vereinbar ist, bei Tieren zur

Überwindung der Abstoßungsreaktion menschliche Gensegmente in die Keimbahn zu übertragen, wodurch Mischwesen aus Mensch und Tier entstehen. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob die Würde des menschlichen Organempfängers bei der Übertragung eines genetisch veränderten tierischen Organs verletzt wird. In Bezug auf den ersten Punkt lässt sich feststellen, dass das Übertragen menschlicher Gene in Tiere nur eine punktuelle Veränderung darstellt und den Tieren danach nicht der Status „Mensch“ zukommt. Eine Verletzung der menschlichen Identität und somit der Menschenwürde – auch desjenigen, von dem die Gene gewonnen werden – ist also nicht gegeben.⁹⁶ Bezüglich des zweiten Punktes, der Frage nach der Verletzung der menschlichen Würde des Organempfängers, ist davon auszugehen, dass die Identität und Integrität des menschlichen Organempfängers nicht unmittelbar durch den Erhalt eines tierischen Organs verletzt wird. Wenn beim Organempfänger psychische Schwierigkeiten in Bezug auf die Selbstwahrnehmung nach der Transplantation auftreten, könnte eine Verletzung der geistig-seelischen Identität des Transplantatempfängers vorliegen.⁹⁷ Nach vorherrschender Meinung stellt die Xenotransplantation jedoch keinen Verstoß gegen die Menschenwürde nach Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes dar.

Auch Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, könnte auf die Xenotransplantation angewandt werden. Einerseits könnte daraus die Verpflichtung des Staates, den Einzelnen und auch die Gesellschaft als Ganzes vor möglichen Infektionen zu schützen, abgeleitet werden, andererseits kann aber auch argumentiert werden, dass der Staat Betroffenen bestimmte Therapiemöglichkeiten nicht verwehren darf. Der Einzelne hat gegenüber dem Staat jedoch nicht den Anspruch auf Einführung einer bestimmten Therapie. Würden sich im Rahmen der Xenotransplantation gewichtige Anhaltspunkte für das konkrete Auftreten von Infektionen ergeben, wäre dieser Fall von Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG erfasst und der Staat müsste prüfen, ob, abgeleitet aus der Schutzpflicht gegenüber seinen Bürgern, die Anwendung dieser neuartigen Therapie verboten werden muss. In jedem Fall sollten Versuche im Rahmen der Xenotransplantation nur unter kontrollierten Bedingungen gestattet sein.⁹⁸

Ebenfalls im Grundgesetz verankert ist die Forschungsfreiheit nach Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG. Dies bedeutet, dass der Staat nicht beliebig die Forschung einschränken darf. Steht jedoch ein anderes Grundrecht, wie z. B. die Menschenwürde oder das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, der Forschungsfreiheit gegenüber, kann diese nach einer sorgfältigen Abwägung jedoch sehr wohl eingeschränkt werden.⁹⁹

Neben der Forschungsfreiheit ist auch die Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG zu erwähnen, Einschränkungen der ärztlichen Berufsfreiheit im Hinblick auf die Xenotransplantation bedürfen einer gesetzlichen Grundlage. Im Falle der Infektionsgefahr könnte eine Beschränkung der ärztlichen Berufsfreiheit im Sinne

von Gemeinwohlerwägungen jedoch gerechtfertigt werden.¹⁰⁰

In Bezug auf die Verankerung des Tierschutzes im Grundgesetz hat sich im Jahre 2002 eine grundlegende Neuerung durch die Erweiterung des Art. 20a GG um den Wortlaut „und die Tiere“ ergeben. Der Artikel 20a, Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen, lautet nun: „Der Staat schützt auch in Verantwortung für die künftigen Generationen die natürlichen Lebensgrundlagen und die Tiere im Rahmen der verfassungsmäßigen Ordnung durch die Gesetzgebung und nach Maßgabe von Gesetz und Recht durch die vollziehende Gewalt und die Rechtsprechung“. Durch diese Änderung kommt dem Tierschutz nun Verfassungsrang zu und er ist grundsätzlich gleichrangig gegenüber anderen Staatszielbestimmungen. Steht der Tierschutz mit anderen im Grundgesetz geschützten Rechten in Konflikt, muss eine Abwägung stattfinden.¹⁰¹ Auch wenn der Tierschutz im Grundgesetz verankert ist, besteht deshalb noch kein grundsätzliches Verbot der Nutzung von Tieren für menschliche Zwecke, wenn diese Nutzung durch andere Grundrechte gerechtfertigt werden kann.¹⁰² Der Forschungsfreiheit, bezogen auf die Heilung des Menschen, würde gegenüber dem Tierschutz wahrscheinlich immer ein höherer Stellenwert zukommen, da der Mensch laut Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 79 Abs. 3 GG den höchsten Schutz genießt.¹⁰³

3.2.2 Tierschutzgesetz

In Anbetracht der Xenotransplantation könnten auch einige Regelungen des Tierschutzgesetzes (TierSchG) Bedeutung erlangen. In § 1 S. 1 des TierSchG heißt es: „Zweck dieses Gesetzes ist es, aus der Verantwortung des Menschen für das Tier als Mitgeschöpf dessen Leben und Wohlbefinden zu schützen.“¹⁰⁴ Die Erzeugung transgener Tiere zur Organgewinnung könnte ein Verstoß gegen § 1 des TierSchG darstellen. Eine genetische Veränderung der Tiere ist jedoch durch § 1 des TierSchG nicht generell verboten, falls jedoch eine Veränderung des Zustandes zum Negativen hin stattfindet bzw. schwerer Schaden entsteht, läge ein Verstoß gegen das Tierschutzgesetz vor.¹⁰⁵ Tierversuche dürfen nach § 7a TierSchG nur unter bestimmten Voraussetzung durchgeführt werden und laut § 7a Abs. 2 Nr. 3 dürfen Versuche bei Wirbeltieren oder Kopffüßern nur durchgeführt werden, wenn die zu erwartenden Schmerzen, Leiden oder Schäden im Hinblick auf den Versuchszweck ethisch vertretbar sind. Laut § 8 TierSchG muss bei solchen Versuchen eine Versuchsgenehmigung eingeholt werden. Das Tierschutzgesetz steht Tierversuchen im Hinblick auf die Ziele der Xenotransplantation also nicht generell entgegen.¹⁰⁶ Die §§ 4 und 5 des TierSchG regeln die Tötung von Tieren, welche nur unter Betäubung stattfinden darf, und sonstige mit Schmerzen verbundene Eingriffe, welche ebenfalls nur unter Betäubung stattfinden dürfen. Von Bedeutung ist außerdem § 6 TierSchG, welcher ein grundsätzliches Verbot der Entnahme von Organen oder Geweben eines Wirbeltieres enthält, nach §

6 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 ist die Entnahme von Organen zu Transplantationszwecken jedoch erlaubt. Unter Transplantation wird hierbei die medizinisch begründete Übertragung eines Organs oder Gewebes von einem Tier auf ein Tier oder einen Menschen verstanden.¹⁰⁷ Dabei darf die Entnahme jedoch nicht einem wissenschaftlichen Zweck dienen. Anwendung findet hierbei auch § 7a Abs. 2 Nr. 5, wonach Tiere, deren Fähigkeit, unter den Versuchseinwirkungen zu leiden, stärker ausgeprägt ist, nur verwendet werden dürfen, wenn Tiere, deren Fähigkeit schwächer ausgeprägt ist, für den erfolgten Zweck nicht ausreichen. Danach wäre es vermutlich legitim, Schweine anstelle nichtmenschlicher Primaten zu verwenden. Fraglich und eher unwahrscheinlich ist, ob auch die Verwendung von Tieren, deren Fähigkeit, unter den Versuchseinwirkungen zu leiden, noch unter der von Schweinen liegt und die trotzdem noch dem angestrebten Zweck dienen würden, möglich wäre.

Probleme könnten in Bezug auf die artgerechte Haltung, vor allem in Hinblick auf SPF-Haltung (Specific Pathogen Free) der Tiere auftreten. Nach § 2 TierSchG muss das Tier seinen Bedürfnissen entsprechend ernährt, gepflegt und verhaltensgerecht untergebracht werden. Die Möglichkeit des Tieres zur artgemäßen Bewegung darf nicht eingeschränkt werden, wenn für das Tier dadurch Schmerzen oder vermeidbare Leiden oder Schäden entstehen. In Anbetracht der gängigen Massentierhaltung wird wohl auch SPF-Haltung der Tiere zugelassen werden, da sie dort keine wesentlich größeren Einschränkungen erfahren. Da bei SPF-Haltung der Tiere auch keine Schmerzen oder Leiden zu erwarten sind, verstößt diese Haltung höchstwahrscheinlich nicht gegen das Tierschutzgesetz.¹⁰⁸

3.2.3 Gentechnikgesetz

Wichtig für die Xenotransplantation könnten auch Regelungen des Gentechnikgesetzes (GenTG) sein. Der Zweck dieses Gesetzes ist es nach § 1 GenTG unter anderem, das Leben und die Gesundheit von Menschen, Tieren und Pflanzen vor schädlichen Auswirkungen gentechnischer Verfahren und Produkte zu schützen und Vorsorge gegen das Entstehen solcher Gefahren zu treffen. Hierbei stellt sich zunächst die Frage, welche Auswirkungen das GenTG auf die genetische Veränderung von Tieren zu Zwecken der Xenotransplantation hat. Da das Erzeugen solcher Tiere nach § 3 S. 1 Nr. 2 eine gentechnische Arbeit ist, gelten hierfür laut § 2 Abs. 1 Nr. 2 die Regelungen des Gentechnikgesetzes. Es müssen also auch die Sicherheitsmaßnahmen nach § 7 GenTG beachtet werden. Gentechnische Arbeiten dürfen nach § 8 GenTG nur in gentechnischen Anlagen durchgeführt werden und der Betrieb und die Errichtung solcher Anlagen ist bei gentechnischen Arbeiten der Sicherheitsstufe drei oder vier genehmigungspflichtig. Gentechnische Arbeiten der Sicherheitsstufe drei oder vier sind nach § 7 Abs. 1 Nr. 3 und Nr. 4 Arbeiten, bei denen von einem mäßigen Risiko, von

einem hohen Risiko oder einem begründeten Verdacht eines solchen Risikos für die menschliche Gesundheit oder die Umwelt auszugehen ist. Außerdem findet das GenTG nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 auch Anwendung auf die Freisetzung von gentechnisch veränderten Organismen. Auch dies kommt bei der Xenotransplantation in Betracht. Nach § 3 S. 1 Nr. 3 ist ein gentechnisch veränderter Organismus „ein Organismus, mit Ausnahme des Menschen, dessen genetisches Material in einer Weise verändert worden ist, wie sie unter natürlichen Bedingungen durch Kreuzen oder natürliche Rekombination nicht vorkommt“¹⁰⁹. Ein transgenes Tier ist also ein gentechnisch veränderter Organismus, dementsprechend finden die Vorschriften des Gentechnikgesetzes Anwendung. Das einzelne Organ ist in der Regel jedoch kein gentechnisch veränderter Organismus, da ein Organismus laut § 3 S. 1 Nr. 1 GenTG fähig sein muss, sich zu vermehren. Das Gesetz gilt nach § 2 Abs. 3 nicht „für die Anwendung von gentechnisch veränderten Organismen am Menschen“¹¹⁰. Speziell auf die Xenotransplantation abgestimmte Schutzvorschriften finden sich im Gentechnikgesetz indes nicht.

3.2.4 Transplantationsgesetz

Laut § 1 Abs. 2 S. 1 des Transplantationsgesetzes (TPG), in welchem es heißt: „Dieses Gesetz gilt für die Spende und die Entnahme von menschlichen Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertagung sowie für die Übertragung der Organe oder der Gewebe einschließlich der Vorbereitung dieser Maßnahmen“¹¹¹, gilt das Transplantationsgesetz nur für menschliche Organe, nicht für die Xenotransplantation. Sollte der Gesetzgeber irgendwann einen Regelungsbedarf für die Xenotransplantation sehen, könnte sie an dieser Stelle durch Ergänzung bzw. Änderung des Transplantationsgesetzes geregelt werden.

3.2.5 Infektionsschutzgesetz

In Anbetracht der möglichen Gefahr von Infektionen und übertragbaren Krankheiten im Rahmen der Xenotransplantation muss auch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) näher betrachtet werden. Laut § 16 IfSG muss, falls Tatsachen festgestellt werden, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können, oder anzunehmen ist, dass solche Tatsachen vorliegen, die zuständige Behörde die notwendigen Maßnahmen treffen, um die drohende Gefahr vom Einzelnen oder der Allgemeinheit abzuwenden.¹¹² Außerdem können Kranke, Krankheitsverdächtige, Ausscheider und Ansteckungsverdächtige nach § 29 IfSG der Beobachtung unterworfen werden oder es kann nach § 30 Abs. 1 S. 2 IfSG bei diesen auch eine Quarantäne angeordnet werden. Solche Maßnahmen, welche auch direkt Xenotransplantatempfänger betreffen könnten, können laut § 28 Abs. 1 S. 1 ergriffen werden, solange sie zur Verhinderung der Verbreitung über-

tragbarer Krankheiten erforderlich sind. Gemeldet werden müssen die in § 6 IfSG aufgeführten Krankheiten und die in § 7 IfSG genannten Krankheitserreger. Ein Problem besteht bei noch unbekanntem Infektionen, da diese nicht unter die Meldepflicht nach § 6 IfSG fallen. Gerade solche unbekanntem Infektionen könnten im Rahmen der Xenotransplantation auftreten.¹¹³ Des Weiteren müssen bei Tätigkeiten mit Krankheitserregern, welche auch bedingt durch die Xenotransplantation anfallen können, die Vorschriften der §§ 44 ff. IfSG beachtet werden.¹¹⁴

3.2.6 Arzneimittelgesetz

Für die Xenotransplantation ist auch das Arzneimittelgesetz (AMG) von Bedeutung. Dieses ist nach der herrschenden Meinung in der juristischen Literatur auf die Xenotransplantation anzuwenden, da es sich bei den zu transplantierenden Organen, Geweben oder Zellen um Arzneimittel handelt. Nach § 2 Abs. 1 AMG sind Arzneimittel Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die unter anderem zur Anwendung im oder am menschlichen oder tierischen Körper und als Mittel mit Eigenschaften zur Heilung oder Linderung oder zur Verhütung menschlicher oder tierischer Krankheiten oder krankhafter Beschwerden bestimmt sind.¹¹⁵ Stoffe im Sinne des Arzneimittelgesetzes sind nach § 3 Nr. 3 Tierkörper, auch lebender Tiere, sowie Körperteile, -bestandteile und Stoffwechselprodukte von Mensch und Tier in bearbeitetem oder unbearbeitetem Zustand. Da die zur Xenotransplantation entnommenen Organe und Gewebe als Tierkörperteile betrachtet werden können, fallen sie unter den Stoffbegriff nach § 3 AMG und können somit auch als Arzneimittel betrachtet werden. Das Arzneimittelgesetz findet nach herrschender Meinung also Anwendung auf die Xenotransplantation.¹¹⁶ Ausgeschlossen aus dem Anwendungsbereich des AMG werden nach § 2 Abs. 3 Nr. 8 AMG menschliche Organe, wenn sie zur Übertragung auf den Menschen bestimmt sind. Hinsichtlich der Anwendung des Arzneimittelgesetzes auf die Xenotransplantation könnte § 5 Abs. 1 AMG Bedeutung erlangen, in welchem es verboten ist, bedenkliche Arzneimittel in den Verkehr zu bringen oder bei einem anderen Menschen anzuwenden. Würde ein begründeter Verdacht bestehen, dass die Anwendung von Xenotransplantaten eine schädliche Wirkung haben kann, z. B. durch bestehende Infektionsgefahr, könnten das Inverkehrbringen und die Anwendung bei einem anderen Menschen verboten werden.¹¹⁷ Nach § 13 Abs. 1 S. 1 AMG muss für Arzneimittel außerdem eine Herstellungserlaubnis von demjenigen, welcher Arzneimittel gewerbs- oder berufsmäßig herstellt, eingeholt werden. Unter Herstellen wird nach § 4 Abs. 14 das Gewinnen, das Anfertigen, das Zubereiten und das Be- oder Verarbeiten, das Umfüllen einschließlich Abfüllen, das Abpacken, das Kennzeichnen und die Freigabe verstanden. Ob schon die genetische Veränderung der Spendertiere

unter die Pflicht der arzneimittelrechtlichen Herstellungserlaubnis fällt, ist umstritten.¹¹⁸ Auf jeden Fall bedarf es zur Herstellung von Xenotransplantaten einer Herstellungserlaubnis.¹¹⁹ Eine Zulassungspflicht besteht nach § 21 Abs. 1 S. 1 AMG für Fertigarzneimittel. Laut § 4 Abs. 1 S. 1 AMG sind Fertigarzneimittel Arzneimittel, die im Voraus hergestellt und in einer zur Abgabe an den Verbraucher bestimmten Packung in den Verkehr gebracht werden. Dies trifft auf Xenotransplantate nicht zu. Sie sind somit keine Fertigarzneimittel und unterliegen nicht der Zulassungspflicht gemäß § 21 Abs. 1 S. 1. Nach § 67 Abs. 1 AMG besteht eine Anzeigepflicht gegenüber der zuständigen Behörde für Betriebe, Einrichtungen und selbstständig sowie berufsmäßig handelnde Personen, die Arzneimittel unter anderem entwickeln, herstellen oder in den Verkehr bringen. Dies gilt auch in Bezug auf Xenotransplantate. Eine Anzeigepflicht besteht nach § 67 Abs. 4 S. 1 jedoch nicht, wenn z. B. eine Herstellungserlaubnis gemäß § 13 AMG oder nach § 72 eine Einfuhrerlaubnis vorliegt.¹²⁰

Die Zuordnung von Xenotransplantaten als Arzneimittel und somit die Anwendung des Arzneimittelgesetzes auf die Xenotransplantation ist jedoch nicht unumstritten. Teilweise wird die Unterstellung von Xenotransplantaten unter das Medizinproduktegesetz (MPG) gefordert.¹²¹ Weil dies laut § 2 Abs. 5 Nr. 5 MPG momentan nicht möglich ist, wäre dazu erst eine Gesetzesänderung des MPG erforderlich.¹²²

3.2.7 Regelungen auf internationaler Ebene

Auf internationaler Ebene sind für die Xenotransplantation verschiedene Richtlinien der Europäischen Union, Empfehlungen und Verordnungen sowie die Bioethik-Konvention bzw. das Zusatzprotokoll zur Bioethik-Konvention des Europarates und Regelungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Bedeutung, wenn auch nicht immer rechtlich bindend.¹²³ Auf die internationalen Regelungen zur Xenotransplantation wird hier jedoch nicht näher eingegangen, da dies den Rahmen der vorliegenden Arbeit übersteigen würde.

3.2.8 Fazit

Wie deutlich wurde, gibt es in Deutschland kein spezielles Gesetz zur Regelung der Xenotransplantation, jedoch einige Gesetze, die auf diese und die mit ihr verbundenen Techniken und Infektionsgefahren angewandt werden können. Darunter das Arzneimittelgesetz, das Infektionsschutzgesetz, das Gentechnikgesetz, das Tierschutzgesetz und das Grundgesetz. Ob diese Regelungen ausreichen, falls es zur Anwendung der Xenotransplantation kommt, ist schwer zu beurteilen. Um Klarheit zu schaffen, wäre es wünschenswert, ein Gesetz speziell für die Xenotransplantation zu erlassen, ähnlich dem Transplantationsgesetz,

welches nicht für Xenotransplantate gilt, oder Vorschriften für die Xenotransplantation in das Transplantationsgesetz zu integrieren.

3.3 Xenotransplantation aus ethischer Perspektive

Hinsichtlich der ethischen Vertretbarkeit der Xenotransplantation gibt es eine Vielzahl von zu berücksichtigenden Problemen. Zunächst sollen einige humanethische Aspekte dargestellt werden, im Anschluss daran werden einige tierethische Fragen näher beleuchtet und zuletzt wird noch auf einige weitere ethische Problemfelder, vor allem in Bezug auf Probleme der Verteilungsgerechtigkeit, eingegangen.

3.3.1 Humanethische Aspekte

In Bezug auf die Xenotransplantation lassen sich drei wesentliche humanethische Fragen ausmachen. Dazu gehören erstens das Problem des Infektionsrisikos für den Einzelnen und die gesamte Gesellschaft sowie die damit verbundenen Auswirkungen auf die informierte Zustimmung. Zweitens die Frage nach den ethischen Aspekten der Xenotransplantation als Humanexperiment oder Heilversuch und drittens die eventuell auftretenden psychischen und sozialen Probleme durch die Aufhebung der Mensch-Tier-Barriere. Wie bereits im medizinischen Teil erwähnt, kann das Risiko einer Infektion nicht ausgeschlossen werden, da nicht alle Krankheitserreger des Schweines bekannt sind und neue Erreger entstehen können. Es stellt sich deshalb die Frage, ob die Xenotransplantation vor diesem Hintergrund ethisch gerechtfertigt werden kann. Um mögliche Infektionen zu minimieren und rechtzeitig zu entdecken, müsste der Patient wie auch sein näheres Umfeld und das involvierte medizinische Personal besonderen Sicherheitsmaßnahmen zustimmen. Dazu würde unter anderem eine Langzeitüberwachung und die Möglichkeit von Quarantänemaßnahmen gehören.¹²⁴ Hierbei ergibt sich die Frage, ob das Konzept der informierten Zustimmung, nach dem ein medizinischer Eingriff am Patienten nur durchgeführt werden darf, wenn dieser vor seiner Einwilligung in den Eingriff umfassend aufgeklärt wurde, in diesem Fall überhaupt angewandt werden kann, da moralische Ansprüche Dritter tangiert werden.¹²⁵ Es wäre bei einer Xenotransplantation also nötig, auch Dritte bei der informierten Zustimmung miteinzu beziehen. Weiter stellt sich die Frage, wie im Falle unterschiedlicher Interessen diese gegeneinander abzuwiegen sind, ob also z. B. eine Xenotransplantation durchgeführt werden soll, wenn der betroffene Patient dieser zustimmt, seine Angehörigen jedoch nicht in die notwendigen Überwachungsmaßnahmen einwilligen.¹²⁶ Ohne eine konkrete Regelung zur Zustimmung und der mit ihr verbundenen Konsequenzen im Falle der Xenotransplantation, und ohne dass

Klarheit für die betroffenen Patienten und andere Beteiligte besteht, wäre die Xenotransplantation ethisch kaum zu rechtfertigen. Außerdem müssten ausreichende Sicherheitsmaßnahmen ergriffen werden, um die Gefahr von Infektionen zu beherrschen. Wie Michael Quante erwähnt, ließe sich bei der Gegenüberstellung der Überlebensinteressen des möglichen Organempfängers und andererseits der Infektionsrisiken und Überwachungsmaßnahmen für Dritte auch ein Verbot der Xenotransplantation ethisch rechtfertigen.¹²⁷

Um die Xenotransplantation weiterzuentwickeln, bedarf es nicht nur der Forschung am Tier, sondern auch der Forschung am Menschen. Xenotransplantationen von Organen werden zu Beginn wahrscheinlich zunächst als Humanexperiment durchgeführt werden, da fraglich ist, ob sich die Xenotransplantation durch Tierversuche schon soweit entwickelt, dass sie beim Menschen direkt als Heilversuch angewandt werden kann, zumal sich die Ergebnisse von Tierversuchen nicht immer eins zu eins auf den Menschen übertragen lassen.¹²⁸ Ein wissenschaftlicher Versuch bzw. ein Experiment findet im Interesse der Allgemeinheit statt und der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn steht dabei im Vordergrund. Davon zu unterscheiden sind Heilversuche (therapeutische Versuche), bei welchen das Wohl des Patienten im Vordergrund steht.¹²⁹ In beiden Fällen müsste der Betroffene ausreichend aufgeklärt werden und seine Zustimmung geben. Würde eine Xenotransplantation als Humanexperiment durchgeführt werden, müsste dem Patienten deutlich gemacht werden, dass die Xenotransplantation keine Therapieform darstellt und dass der Patient persönlich höchstwahrscheinlich nicht von ihr profitieren wird. Hier könnte ein Konflikt in Bezug auf das Prinzip der Schadensvermeidung vorliegen. Wird die Xenotransplantation als *bridging*, also nur zur Überbrückung durch extrakorporale Nutzung eines tierischen Organs, angewandt, könnte jedoch ein eigennütziges Experiment oder sogar ein Heilversuch vorliegen.¹³⁰ Nach Beckmann kann eine Xenotransplantation als Humanexperiment ethisch unter keinen Umständen gerechtfertigt werden, als Heilversuch hingegen schon, falls bei aussichtsloser Situation keine Alternative besteht, ein mehr als kurzfristiges Überleben erreicht und ein gravierendes Risiko für Dritte ausgeschlossen werden kann. Außerdem müsse die Einwilligung des Patienten und seiner Angehörigen nach umfangreicher Aufklärung vorliegen.¹³¹

Zu Problemen bei der Xenotransplantation kann es außerdem im Hinblick auf die Selbstwahrnehmung des Patienten nach einer durchgeführten Xenotransplantation und der sozialen Akzeptanz des Patienten kommen. Psychologische Probleme können teilweise bereits nach einer Allotransplantation beobachtet werden. Auch bei der Xenotransplantation sind psychische Akzeptanzprobleme des Empfängers wahrscheinlich. Deshalb seien nach Quante psychologische und bei Bedarf auch seelsorgerische Betreuung sowohl medizinisch wie auch ethisch geboten. Ein gesamtgesellschaftliches Problem könnte in der Akzeptanz des Or-

ganempfängers innerhalb der Gesellschaft bestehen. Möglicherweise werden Organempfänger von Xenotransplantaten nicht überall in der Gesellschaft akzeptiert und stoßen auf Ablehnung. Auch das möglicherweise verstärkte Interesse der Medien an den Organempfängern kann zu Problemen in Bezug auf den Schutz der Privatsphäre führen.¹³² Wie viele der potentiellen Organempfänger ein tierisches Transplantat überhaupt akzeptieren würden, wird sich zeigen. In Anbetracht der Erhaltung des Lebens im Gegensatz zur Angst vor der Fremdheit des Organs, wird der Aspekt des Lebenserhalts wahrscheinlich überwiegen.¹³³

3.3.2 Tierethische Aspekte

In Bezug auf die tierethischen Aspekte der Xenotransplantation, die Nutzung von Tieren zu menschlichen Zwecken allgemein wie auch den generellen Umgang mit Tieren, stellt sich die Frage nach dem moralischen Status von Tieren. Hierzu gibt es verschiedene Ansichten. Nach dem anthropozentrischen Ansatz kommt nur dem Menschen moralische Relevanz zu, nach ihm haben alle Menschen und nur diese einen besonderen moralischen Status.¹³⁴ Tiere werden nur indirekt moralisch berücksichtigt und geschützt, solange dies menschlichen Interessen dient.¹³⁵ Die Nutzung von Tieren ließe sich demnach durch den anthropozentrischen Ansatz auch für die Xenotransplantation rechtfertigen. Einige Kritiker des Anthropozentrismus (darunter auch Peter Singer) führen den Vorwurf des Speziesismus gegen Anhänger des Anthropozentrismus ins Feld. Unter Speziesismus ist zu verstehen, dass alleine mit der Zugehörigkeit zu einer bestimmten biologischen Gattung auch unmittelbar ein moralischer Wert verknüpft wird. Dem Menschen kommt also, weil er Mensch ist, ein besonderer moralischer Status zu. Die bloße Zugehörigkeit zu einer biologischen Gattung für moralisch relevant zu halten, stellt aber eine unberechtigte Bevorzugung der eigenen Gattung dar. Anhänger des Anthropozentrismus könnten nun versuchen, bestimmte Fähigkeiten moralischer Relevanz herauszustellen, welche nur Menschen besitzen und mit denen die moralische Sonderstellung des Menschen begründet wird. Dadurch entsteht jedoch das Problem, dass nicht alle Menschen jederzeit diese Eigenschaften und Fähigkeiten aufweisen. Es wären dann also nicht mehr alle Menschen moralisch intrinsisch relevante Entitäten. Werden, um dies zu vermeiden, die betreffenden Fähigkeiten und Eigenschaften jedoch weiter gewählt, so dass alle Menschen zu allen Zeitpunkten ihrer Existenz darunter fallen, dann würde auch bestimmten Tieren ein moralischer Eigenwert zukommen.¹³⁶ Eine moralische Irrelevanz von Tieren anzunehmen, ohne diese auch gleichzeitig für einige Menschen zu akzeptieren, erscheint, falls der Speziesismuskritik ausgeräumt werden soll und nicht mehr alleine die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gattung, sondern Fähigkeiten und Eigenschaften ausschlaggebend sind, unplausibel.¹³⁷

Ein weiterer Ansatz ist der des Pathozentrismus, der davon ausgeht, dass alle empfindungsfähigen Wesen intrinsisch moralisch relevant sind. Diese Position findet sich auch bei dem Utilitaristen Peter Singer.¹³⁸ Die Leidensfähigkeit ist also von Bedeutung für die moralische Relevanz und alle leidensfähigen Wesen sind um ihrer selbst willen zu berücksichtigen.¹³⁹ Nichtmenschlichen leidensfähigen Wesen kommt somit ein moralischer Status zu. Nach dem Pathozentrismus wäre die Xenotransplantation, falls die Tiere dadurch Schmerzen und Leid erfahren, nicht zu rechtfertigen.¹⁴⁰ Nach Singer bzw. der utilitaristischen Form des Pathozentrismus müssen bei der Kollision von Interessen von Menschen und Tieren, wie im Falle der Xenotransplantation, diese Interessen gegeneinander abgewogen werden. Entscheidend ist dabei die Linderung des größeren Leidens.¹⁴¹ Daraus folgt, dass, wenn durch die schmerzfreie Tötung eines Tieres zu Zwecken der Xenotransplantation mehrere menschliche Leben gerettet werden und somit das größere Leiden verhindert werden könnte, die Xenotransplantation auf diese Weise eventuell gerechtfertigt werden kann. Eine generelle Bevorzugung von Menschen vor Tieren darf jedoch nicht stattfinden.¹⁴² Fraglich ist jedoch, ob sich die Xenotransplantation auch rechtfertigen ließe, wenn man berücksichtigt, wie sehr die Tiere durch die Haltung und genetische Veränderung zu Zwecken der Xenotransplantation schon im Vorfeld leiden und wie viel Nutzen die Menschen angesichts der eingeschränkten Lebensqualität und der allgemeinen Risiken der Xenotransplantation wirklich von ihr haben.¹⁴³

Ein weiterer Ansatz ist der des Biozentrismus. Nach ihm muss alles Lebendige moralisch berücksichtigt werden.¹⁴⁴ Das Töten von Lebewesen wird aus ethischen Gründen generell abgelehnt.¹⁴⁵ Dabei ist die Komplexität der Organismen nicht von Belang und es findet keine Abwägung statt. Eine Rechtfertigung der Xenotransplantation ist auf der Grundlage des Biozentrismus daher nicht möglich.¹⁴⁶ Außerdem gibt es noch den holistischen Ansatz, nach dem belebte wie auch unbelebte Natur von moralischer Relevanz und um ihrer selbst Willen schützenswert sind.¹⁴⁷

Nach dieser allgemeinen Betrachtung der verschiedenen Ansätze zum moralischen Status von Tieren soll nun noch kurz auf einige spezielle ethische Probleme im Zusammenhang mit der Xenotransplantation eingegangen werden. Ethische Probleme könnten in Bezug auf die Erzeugung und Haltung transgener Tiere zur Organgewinnung auftreten. Um die immunologische Abstoßungsreaktion zu überwinden, werden Tiere genetisch verändert. Die Tiefe des Eingriffs ist bei diesen transgenen Tieren relativ hoch, da der Eingriff in einer frühen embryonalen Phase stattfindet und das übertragene Gen in den Erbgang des Tieres übergeht.¹⁴⁸ Auch die möglichen Schäden, die durch die genetische Veränderung entstehen könnten, sollten nicht unterschätzt werden, da es zu Missbildungen kommen kann. Außerdem ist die Sterblichkeitsrate bei der Erzeugung transgener Tiere relativ hoch.¹⁴⁹ Welche und ob negative Auswirkungen bei den

Tieren auftreten, sollte erst durch umfassende Studien geklärt werden, bevor die Erzeugung transgener Tiere zur gängigen Praxis wird.¹⁵⁰

Des Weiteren kann es als problematisch betrachtet werden, dass die transgenen Tiere per Kaiserschnitt geboren werden und unter speziellen pathogenfreien Bedingungen gehalten werden müssen, um Infektionen zu vermeiden. Freilandhaltung der Tiere wäre aufgrund des erhöhten Infektionsrisikos kaum möglich. Ob artgerechte Haltung angesichts der Notwendigkeit der sterilen Umgebungsbedingungen überhaupt möglich ist, bleibt fraglich. Auf jeden Fall müsste mit großen Einschränkungen der Lebensqualität der Tiere gerechnet werden. Im Vergleich zur gängigen Massentierhaltung ist die Haltung transgener Tiere für diese wahrscheinlich angenehmer, da ihnen möglicherweise mehr Platz zur Verfügung stehen würde, um Verluste zu vermeiden, was solche Haltungsbedingungen aber nicht automatisch rechtfertigt.¹⁵¹ Die Verwendung von Schweinen kann nicht alleine durch die Tatsache gerechtfertigt werden, dass Schweine schon lange als Fleischlieferanten gezüchtet werden, denn auch die Massentierhaltung wie auch Fleischkonsum an sich sind ethisch umstritten. Ein weiteres Problem, auf welches hier jedoch nicht näher eingegangen wird, ist die Möglichkeit des Klonens von transgenen Tieren, um schneller eine größere Anzahl dieser Tiere zu erhalten.¹⁵²

Eine Theorie zu einem gänzlich anderen Umgang mit Tieren, als dies heutzutage der Fall ist, schildern Sue Donaldson und Will Kymlicka in ihrem Werk *Zoopolis*. Sie sprechen den Tieren unverletzliche Rechte zu, die Interessen eines Individuums dürfen also nicht dem Wohl anderer geopfert werden.¹⁵³ Domestizierte Tiere, zu welchen auch das Hausschwein gehört, sollten als Mitglieder eines politischen Gemeinwesens, welches von Mensch und Tier geteilt wird, begriffen werden. Ihnen soll der Status des Staatsbürgers zukommen.¹⁵⁴ Die Fähigkeiten, die für die Staatsbürgerschaft notwendig sind, die Fähigkeit zur Partizipation, zur Kooperation und die Fähigkeit, ein subjektives Wohl zu haben und zu äußern, besäßen demnach auch domestizierte Tiere.¹⁵⁵ Für die Xenotransplantation bedeutet dies, dass die Verwendung von tierischen Organen nur nach Zustimmung und entsprechender Information der tierischen Spender gestattet wäre. Da aber nicht von der Einwilligungsfähigkeit der Tiere ausgegangen werden kann, weil die Tiere dafür die Bedeutung einer Organspende verstehen müssten, müsste der Mensch im Namen des Tieres, ähnlich wie auch die Eltern für ihre Kinder, entscheiden.¹⁵⁶ In dem komplexen Fall einer Organspende wäre es für den Menschen jedoch nicht möglich, stellvertretend für das Tier zu entscheiden. Auch die nötigen Voraussetzungen, um eine Xenotransplantation überhaupt medizinisch sinnvoll erscheinen zu lassen, wie die genetische Veränderung der Tiere und die im Vorfeld nötigen Tierversuche, könnten nach diesem Ansatz nicht gerechtfertigt werden. Die staatsbürgerliche Perspektive und die Zuschreibung von unverletzlichen Rechten für Tiere spricht klar gegen die mo-

mentan angestrebte Art der Verwendung von Tieren zu Zwecken der Xenotransplantation.¹⁵⁷

Im Vorfeld der Anwendung der Xenotransplantation am Menschen werden Tierversuche von Nöten sein, unter anderem auch an Primaten, um die Wirkung und Funktion von Organen transgener Schweine zu testen.¹⁵⁸ Solche Versuche könnten ethisch nur gerechtfertigt werden, wenn ihre Alternativlosigkeit und Notwendigkeit nachgewiesen wird und eine ausreichende Schmerzreduzierung stattfindet.¹⁵⁹ Tierversuche können aus ethischer Sicht jedoch auch generell skeptisch betrachtet werden, unter anderem auch in Bezug auf die Probleme bei der Übertragung von Ergebnissen aus Tierversuchen auf den Menschen.¹⁶⁰ Zuletzt müssen die Schweine, um ihre Organe zu gewinnen, getötet werden. Je nachdem, welchen moralischen Status man Tieren generell und welche Fähigkeiten und Eigenschaften (z. B. Selbstbewusstsein) man Schweinen im Speziellen zuweist, ergeben sich unterschiedliche Folgerungen für die ethische Zulässigkeit der Tötung von Schweinen zu Zwecken der Xenotransplantation.¹⁶¹ Meist wird jedoch argumentiert, dass die schmerzfreie Tötung von Schweinen moralisch erlaubt ist, wenn dadurch Menschenleben gerettet werden.¹⁶² Mit welcher Sicherheit eine Xenotransplantation jedoch wirklich zur Rettung von Menschenleben beiträgt, wie groß die Minderung der Lebensqualität für den Organempfänger ist und ob durch die mit ihr verbundenen Gefahren nicht größeres Leid entsteht, ist kaum abzuschätzen.¹⁶³

3.3.3 Weitere ethische Problemfelder

Der Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit soll hier, da ihm eine zentrale Stellung zukommt, auch wenn er zu den humanethischen Problemen gezählt werden kann, separat betrachtet werden. Als Grund für die Entwicklung der Xenotransplantation wird oft angeführt, dass somit der Organmangel beseitigt und die Allokationsprobleme sowie Fragen der Verteilungsgerechtigkeit gemindert werden könnten. Durch die Xenotransplantation könnte es jedoch zu schwerwiegenden neuen Verteilungsproblemen kommen. Es stellt sich dann die Frage, welcher Patient ein menschliches und welcher ein tierisches, eventuell schlechter funktionierendes, Organ erhalten soll.¹⁶⁴ Es entstehen somit neue Probleme auch in Hinblick auf die Berücksichtigung des Gerechtigkeitsprinzips. Die Verteilungsproblematik würde also nur verschoben und nicht gelöst werden. Nur wenn eine Xenotransplantation den gleichen Erfolg wie eine Alлотransplantation erzielen würde, könnte der Organmangel behoben werden. Viel wahrscheinlicher ist aber der Einsatz von tierischen Organen zur Überbrückung (*bridging*) des Zeitraums, bis ein Alлотransplantat zur Verfügung steht. Durch das *bridging* würde sich die Zahl der Menschen, die für eine Alлотransplantation in Frage kommen, jedoch stark erhöhen, da Patienten, die sonst aufgrund eines fehlen-

den Alлотransplantats verstorben wären, nun weiterhin auf der Warteliste stehen.¹⁶⁵ Diese hätten gegenüber anderen Patienten, die sich auf der Warteliste befinden, wegen der kurzen Funktionsdauer eines Xenotransplantats eventuell sogar einen Vorteil, da sie sich in einer besonderen Notlage befinden.¹⁶⁶ Weiter stellt sich die Frage, wer bei erfolgreicher Xenotransplantation und freier Verfügbarkeit von Organen überhaupt Organe erhält, ob also z. B. jedes bedürftige Neugeborene ein Xenotransplantat erhalten sollte.¹⁶⁷ Auch die Auswirkungen auf die Patientenautonomie müssen berücksichtigt werden, falls die Xenotransplantation die Alлотransplantation ablöst bzw. die Zahl der zur Verfügung stehenden Alлотransplantate verringert oder Patienten die Übertragung von tierischen Organen generell ablehnen.¹⁶⁸ Ein weiterer wichtiger Punkt, der eventuell gegen die Xenotransplantation sprechen könnte, sind die möglichen negativen Auswirkungen auf die Spendebereitschaft von Alлотransplantaten, da tierische Organe bei erfolgreicher Xenotransplantation in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen würden.¹⁶⁹ Generell sprechen negative Auswirkungen auf die Alлотransplantation, da diese immer noch die beste Alternative zur Xenotransplantation darstellt, gegen eine Einführung der Xenotransplantation.¹⁷⁰ Die Entwicklung und Etablierung der Xenotransplantation wird hohe Kosten mit sich bringen. Diese finanziellen Mittel würden dann bei der Erforschung von alternativen Maßnahmen fehlen. Auch hier spielt dann wieder die Patientenautonomie in Bezug auf die freie Wahl der Patienten zwischen Behandlungsalternativen eine Rolle.¹⁷¹ Die teilweise vertretene Ansicht, dass die Xenotransplantation eine ökonomische Entlastung mit sich bringt, muss angesichts der Kosten, die auch für die Herstellung und Haltung der benötigten Tiere und die notwendigen Maßnahmen zur Minimierung des Infektionsrisikos anfallen, kritisch gesehen werden.

Schlussbemerkung

Die Xenotransplantation stellt medizinisch momentan noch keine gleichwertige Alternative zur Alлотransplantation dar, dazu müssten die Infektionsrisiken und alle Formen der Abstoßungsreaktion in ausreichendem Maße beherrschbar und eine erfolgreiche Funktion der Organe über einen bestimmten Zeitraum sicher möglich sein. Selbst wenn dies einmal der Fall sein sollte, stellt sich die Frage, ob die Xenotransplantation aus ethischer Sicht überhaupt gerechtfertigt werden kann und ob aus rechtlicher Sicht Regelungsbedarf besteht.

Falls die Einführung der Xenotransplantation in Betracht gezogen wird, wären internationale wie auch nationale, speziell auf die Xenotransplantation zugeschnittene rechtliche Regelungen wünschenswert.

Aus humanethischer Perspektive gibt es noch zahlreiche Bedenken in Bezug auf die Auswirkungen auf die informierte Zustimmung, die bestehende Infektionsgefahr und die eventuell auftretenden psychosozialen Probleme. Die Recht-

fertigung der Xenotransplantation aus tierethischer Sicht hängt davon ab, welcher grundsätzliche moralische Status Tieren zugesprochen wird. Wie deutlich wurde, gibt es hierzu unterschiedliche Ansichten. Mit der Xenotransplantation wäre eine neue Stufe der Nutzung von Tieren erreicht, ob dies, trotz der eventuellen Rettung von Menschenleben, ein wünschenswertes Ziel sein sollte, ist zumindest fraglich.

Ein gravierender Punkt, der ebenfalls gegen die Xenotransplantation spricht, sind die möglichen negativen Auswirkungen auf die Allotransplantation. Solange diese nicht ausgeschlossen werden können, sollte auf die Einführung der Xenotransplantation verzichtet werden, zumindest solange die Allotransplantation aus medizinischer Sicht noch deutliche Vorteile gegenüber der Xenotransplantation aufweist. Andererseits könnten durch die Xenotransplantation teilweise ethische Probleme der Allotransplantation gemindert werden. Die Annahme, dass durch die Xenotransplantation der Organmangel behoben werden kann, ist zumindest kritisch zu hinterfragen. Durch die eventuellen negativen Auswirkungen auf die Spendebereitschaft von Allotransplantaten und die mögliche Einführung der Xenotransplantation zur Überbrückung würde der Bedarf an Organen eher noch steigen und es würden neue Verteilungsprobleme entstehen. Somit ist einer der Hauptgründe für die Einführung der Xenotransplantation nicht mehr tragfähig. Bewusst sein sollte, dass, wenn die Xenotransplantation einmal ein etabliertes Verfahren ist, auch wenn sie nur als *bridging* gedacht ist, eine Abkehr von ihr nach Einführung nicht so leicht wieder möglich ist.

* Die Arbeit basiert auf der Masterarbeit zur Erlangung des Titels Master of Medicine, Ethics and Law an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

¹ Quante M, in: Quante M und Vieth A (Hrsg.), Xenotransplantation: ethische und rechtliche Probleme, Paderborn 2001, S. 15.

² Siegmund-Schultze N: Organtransplantation. Medizin, Ethik, Recht, Reinbek bei Hamburg 1999, S. 14–18.

³ Vogt S, Karbaum D, in: Toellner R (Hrsg.), Organtransplantation – Beiträge zu ethischen und juristischen Fragen, Dokumentation der Jahresversammlung des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1990, Stuttgart, New York 1991, S. 8; Ullmann E: Experimentelle Nierentransplantation (Vorläufige Mitteilung), in: Wiener klinische Wochenschrift, Organ der K.K. Gesellschaft der Ärzte in Wien, XV. Jahrgang, Wien, 13. März 1902. Nr. 11, S. 281.

⁴ Manzei A: Körper – Technik – Grenzen. Kritische Anthropologie am Beispiel der Transplantationsmedizin, Ethik in der Praxis, Studien, Band 13, Münster 2003, S. 76.

⁵ Siegmund-Schultze, Fn. 2, S. 21 f.

⁶ Ebd., S. 25 ff. und S. 292.

⁷ Feuerstein G: Das Transplantationssystem. Dynamik, Konflikte und ethisch-moralische Grenzgänge, Gesundheitsforschung, Weinheim 1995, S. 79 f.; Siegmund-Schultze, Fn. 2, S. 25 f.

⁸ Feuerstein, Fn. 7, S. 79 ff.

⁹ Ebd., S. 83.

¹⁰ Siegmund-Schultze, Fn. 2, S. 292.

¹¹ Feuerstein, Fn. 7, S. 87–91; Siegmund-Schultze, Fn. 2, S. 292; Pichlmayr R: Lebertransplantation, in: Miehle K (Hrsg.), Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, 94. Kongress gehalten zu Wiesbaden vom 10. bis 14. April 1988, München, S. 326–329, hier S. 327.

¹² Feuerstein, Fn. 7, S. 93; Siegmund-Schultze, Fn. 2, S. 292.

¹³ Feuerstein, Fn. 7, S. 97.

¹⁴ Siegmund-Schultze, Fn. 2, S. 293.

¹⁵ Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hrsg.): Organspende und Transplantation in Deutschland, Jahresbericht 2014, S. 10.

¹⁶ Schicktanz S: Organlieferant Tier? Medizin- und tierethische Probleme der Xenotransplantation, Frankfurt am Main 2002, S. 109–113.

¹⁷ Ahne W: Tierversuche. Im Spannungsfeld von Praxis und Bioethik, Stuttgart 2007, S. 32; Siegmund-Schultze, Fn. 2, S. 293.

¹⁸ Schicktanz, Fn. 16, S. 113.

¹⁹ Ahne, Fn. 17, S. 32.

²⁰ Ullmann, Fn. 3, S. 281.

²¹ Beckmann JP, Brem G, Egler FW, Günzburg W, Hammer C, Müller-Ruchholtz W, Neumann-Held EM, Schreiber H-L: Xenotransplantation von Zellen, Geweben oder Organen. Wissenschaftliche Entwicklungen und ethisch-rechtliche Implikationen, Wissenschaftsethik und Technikfolgenbeurteilung Band 8, Berlin 2000, S. 83 f.

²² Siegmund-Schultze, Fn. 2, S. 293.

²³ Feuerstein, Fn. 7, S. 102.

²⁴ Schicktanz, Fn. 16, S. 114–117; Voronoff S: Verhütung des Alterns durch künstliche Verjüngung, Berlin 1926, S. 85.

²⁵ Beckmann et al., Fn. 21, S. 84 f.; Reemtsma K, McCracken B, Schlegel J, Pearl M: Heterotransplantation of the Kidney: Two clinical experiences, in: Science 1964, 143(3606), S. 700–702.

²⁶ Hardy J, Chavez C, Kurrus F et al.: Heart transplantation in Man, Developmental Studies and Report of a Case, in: The Journal of the American Medical Association 1964, 188(7), S. 1132–1140.

²⁷ Beckmann et al., Fn. 21, S. 85 f.

²⁸ Siegmund-Schultze, Fn. 2, S. 172.

²⁹ Beckmann et al., Fn. 21, S. 86.

³⁰ Siegmund-Schultze, Fn. 2, S. 294.

³¹ Dahl E: Xenotransplantation. Tiere als Organspender für Menschen?, Stuttgart 2000, S. 9.

³² Beckmann et al., Fn. 21, S. 87.

³³ Siegmund-Schultze, Fn. 2, S. 172 und S. 293 f.

³⁴ Schmoeckel M: Xenotransplantation: die ewige Zukunft der Herztransplantation?, in: Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie 2010, 24(3), S. 141–146, hier S. 141.

³⁵ Feuerstein, Fn. 7, S. 103.

³⁶ DSO-Jahresbericht 2014, Fn. 15, S. 10, 28, 53 und 63.

³⁷ Siegmund-Schultze, Fn. 2, S. 252 f.

³⁸ Hoff J, in der Schmitt J, in: Hoff, in der Schmitt J (Hrsg.), Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium, Reinbek bei Hamburg, 1994, S. 157 f.

³⁹ Z. B. Stoecker R: Der Hirntod. Ein medizinethisches Problem und seine moralphilosophische Transformation, Alber Reihe Praktische Philosophie, Band 59, Freiburg und München 1999.

⁴⁰ Ebd., S. 30–36.

⁴¹ Quante M: Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik, Frankfurt am Main 2002, S. 121; Ach JS, Anderheiden M, Quante M: Ethik der Organtransplantation, Erlangen 2000, S. 33.

⁴² Deutsches Ärzteblatt, 30. März 2015, Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG, Vierte Fortschreibung, S. 2.

⁴³ Birnbacher D, in: Hoff, in der Schmitten, Fn. 38, S. 35 f.

⁴⁴ Stoecker, Fn. 39, S. 335.

⁴⁵ Hoff, in der Schmitten, Fn. 38, S. 186.

⁴⁶ Deutscher Ethikrat: Hirntod und Entscheidung zur Organspende, Stellungnahme, Berlin, 24. Februar 2015, S. 71 f.

⁴⁷ Ebd., S. 159.

⁴⁸ Ebd., S. 104.

⁴⁹ Ebd., S. 84 ff. und 160 ff.

⁵⁰ Ebd., S. 167.

⁵¹ Siegmund-Schultze, Fn. 2, S. 217.

⁵² Feuerstein, Fn. 7, S. 201 ff. und S. 234.

⁵³ Ach et al., Fn. 41, S. 189–204.

⁵⁴ Pichlmayr, in: Toellner, Fn. 3, S. 22.

⁵⁵ Jungeblodt S: Rechtliche Aspekte der Xenotransplantation, in: Quante, Vieth (Hrsg.), Fn. 1, S. 69; Quante, in: Quante, Vieth (Hrsg.), Fn. 1, S. 15.

⁵⁶ Hammer C: Zu den Möglichkeiten der Xenotransplantation, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2002, 45(10), S. 801–806, hier S. 801.

⁵⁷ Geldermann H, unter Mitarbeit von Bartenschlager H et al.: Tier-Biotechnologie, Stuttgart 2005, S. 582; Schicktanz, Fn. 16, S. 58 und 66.

⁵⁸ Geldermann, Fn. 57, S. 582 f.

⁵⁹ Beckmann et al., Fn. 21, S. 145–149.

⁶⁰ Hammer, Fn. 56, S. 803.

⁶¹ Denner J: Bericht über das vierte Minisymposium Xenotransplantation am Robert Koch-Institut in Berlin im Mai 2001, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2001, 44, S. 1109–1114, S. 1109.

⁶² Schenkel J: Transgene Tiere, 2. Auflage, Berlin, Heidelberg 2006, S. 3.

⁶³ Schmoeckel, Fn. 34, S. 142; Richter-Kuhlmann EA: Xenotransplantation, Vorwärts in kleinen Schritten, Abstoßungsreaktionen bleiben ein Hauptproblem, in: Deutsches Ärzteblatt 2005, 102(25), S. A 1729.

⁶⁴ De Wit C: Die Xenotransplantation als biotechnologische Ergänzung der Allotransplantation. Untersuchung und Bewertung von Entwicklungspotentialen und Folgen, Dissertation, Universität Hamburg 2001, <https://www.chemie.uni-hamburg.de/bibliothek/2001/DissertationWit.pdf> (abgerufen am 15.10.2016).

⁶⁵ Schicktanz, Fn. 16, S. 60.

⁶⁶ Tisato V, Cozzi E: Xenotransplantation: An overview of the field, in: Costa C, Máñez R (Hrsg.), Xenotransplantation. Methods and Protocols, New York 2012, S. 1–16, S. 3.

⁶⁷ Schicktanz, Fn. 16, S. 66.

⁶⁸ Beckmann et al., Fn. 21, S. 149.

⁶⁹ Schicktanz, Fn. 16, S. 67.

⁷⁰ Tisato, Cozzi, Fn. 66, S. 3.

⁷¹ Schicktanz, Fn. 16, S. 67 ff.

⁷² Beckmann et al., Fn. 21, S. 154 f.

⁷³ Mohiuddin MM, Singh AK, Corcoran PC, Hoyt RF, Thomas ML, Ayares D, Horvath KA: Genetically engineered pigs and target-specific immunomodulation provide significant graft survival and hope for clinical cardiac xenotransplantation, in: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2014, 148(3), S. 1106–1114; Deutsches Ärzteblatt: Xenotransplantation: Schweineherzen überleben in Pavianen, arzteblatt.de, 20.08.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59804> (abgerufen am 25.08.15).

⁷⁴ Siegmund-Schultze, Fn. 2, S. 175.

⁷⁵ Dahl, Fn. 31, S. 17.

⁷⁶ Beckmann et al., Fn. 21, S. 119.

⁷⁷ Siepe M: Untersuchungen zur Herztransplantation im Langzeitmodell am Schwein und chirurgi-

sche Aspekte zur Xenotransplantation des Schweineherzens. Aus der Chirurgischen Universitätsklinik Abteilung für Herz- und Gefäßchirurgie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br. 2002, S. 68.

⁷⁸ Beckmann et al., Fn. 21, S. 119 f.

⁷⁹ Ebd., S. 120; Hammer, Fn. 56, S. 803.

⁸⁰ Beckmann et al., Fn. 21, S. 121.

⁸¹ Ebd., S. 129; de Wit, Fn. 64, S. 93 f.

⁸² Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer zur Xenotransplantation, in: Deutsches Ärzteblatt 1999, 96, S. A-1920–A-1926, A-1922.

⁸³ Beckmann et al., Fn. 21, S. 122 ff.

⁸⁴ Ebd., S. 124 und 131.

⁸⁵ Ebd., S. 193 f.; Schicktanz, Fn. 16, S. 73.

⁸⁶ Geldermann, Fn. 57, S. 584.

⁸⁷ Beckmann et al., Fn. 21, S. 196; de Wit, Fn. 64, S. 71.

⁸⁸ Hammer, Fn. 56, S. 805; World Health Organization (WHO): Second WHO Global Consultation on Regulatory Requirements for Xenotransplantation Clinical Trials, October 17-19, 2011, Geneva, S. 4.

⁸⁹ Robert Koch-Institut (RKI): Wann kann einem Menschen das erste Schweineherz transplantiert werden? Bericht vom 11. Minisymposium Xenotransplantation, 06.06.2008; Reichart B, Guethoff S, Mayr T, Thormann M, Buchholz S, Postrach J et al.: Discordant cardiac xenotransplantation: broadening the horizons, in: Eur J Cardiothorac Surg 2014, 45(1), S. 1–5, S. 2; ClinicalTrials.gov, NCT00940173, Open-label Investigation of the Safety and Effectiveness of DIABECCELL(R) in Patients With Type I Diabetes Mellitus.

⁹⁰ Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Fn. 82, S. A-1923.

⁹¹ Beckmann et al., Fn. 21, S. 207–210.

⁹² Ebd., S. 215 f.

⁹³ Schicktanz, Fn. 16, S. 74 und 81.

⁹⁴ Geldermann, Fn. 57, S. 584.

⁹⁵ Vgl. hier und im Folgenden Jungeblodt, Fn. 55, S. 77–86; Straßburger J: Grundrechtliche Fragen der Xenotransplantation, in: MedR 2008, 26, S. 723-732.

⁹⁶ Beckmann et al., Fn. 21, S. 270; Straßburger, Fn. 95, S. 725.

⁹⁷ Straßburger, Fn. 95, S. 726 ff.

⁹⁸ Jungeblodt, Fn. 55, S. 81 ff.

⁹⁹ Ebd., S. 83 f.

¹⁰⁰ Straßburger, Fn. 95, S. 726.

¹⁰¹ Glock J: Das deutsche Tierschutzrecht und das Staatsziel „Tierschutz“ im Lichte des Völkerrechts und des Europarechts, Leipziger Schriften zum Völkerrecht, Europarecht und ausländischen öffentlichen Recht, Band 6, Baden-Baden 2004, S. 35–43.

¹⁰² Beckmann et al., Fn. 21, S. 272 f.

¹⁰³ Jungeblodt, Fn. 55, S. 86.

¹⁰⁴ Tierschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Mai 2006 (BGBl. I S. 1206, 1313), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. Juli 2014 (BGBl. I S. 1308) geändert worden ist.

¹⁰⁵ Beckmann et al., Fn. 21, S. 275; Jungeblodt, Fn. 55, S. 103 f.

¹⁰⁶ Jungeblodt, Fn. 55, S. 104.

¹⁰⁷ Lorz A, Metzger E: Tierschutzgesetz, Tierschutzgesetz mit Allgemeiner Verwaltungsvorschrift, Rechtsverordnungen und Europäischen Übereinkommen sowie Erläuterungen des Art. 20 a GG, Kommentar, München 2008, § 6 Rn. 24.

¹⁰⁸ Jungeblodt, Fn. 55, S. 106.

¹⁰⁹ Gentechnikgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2066), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 27 u. Artikel 4 Absatz 14 des Gesetzes vom 7. August 2013

(BGBl. I S. 3154) geändert worden ist.

¹¹⁰ Ebd.

¹¹¹ Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das zuletzt durch Artikel 5d des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist.

¹¹² Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 36 u. Artikel 4 Absatz 21 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist.

¹¹³ Jungblodt, Fn. 55, S. 107 f.

¹¹⁴ Straßburger J: Rechtliche Probleme der Xenotransplantation. Internationale Regelungen und nationaler Regelungsbedarf unter besonderer Berücksichtigung des Infektionsrisikos, Hamburg 2008, S. 202.

¹¹⁵ Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) geändert worden ist.

¹¹⁶ Straßburger, Fn. 114, S. 127 f.

¹¹⁷ Jungblodt, Fn. 55, S. 91 ff.

¹¹⁸ Vgl. hierzu Jungblodt, Fn. 55, S. 98; Beckmann et al., Fn. 21, S. 278 f., Straßburger, Fn. 114, S. 127 ff.

¹¹⁹ Straßburger, Fn. 114, S. 156.

¹²⁰ Jungblodt, Fn. 55, S. 99 f.

¹²¹ Deutsch E: Das Schwein als Arzneimittelhersteller, Diskussion, Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer zur Xenotransplantation, in: Deutsches Ärzteblatt 2000, 97(6), A-321–A-322; Hammer C, Schreiber H-L, Sewig K-Fr: Schlusswort, Diskussion, Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer zur Xenotransplantation, in: Deutsches Ärzteblatt 2000, 97(6), A-322–A-323.

¹²² Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist; Beckmann et al., Fn. 21, S. 278.

¹²³ Dazu gehören die Richtlinie 2001/20/EG zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Anwendung der guten klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln und die Richtlinie 2003/63/EG zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel; vgl. Straßburger, Fn. 114, S. 57–74.

¹²⁴ Quante, Fn. 1, S. 45–48.

¹²⁵ Schicktanz, Fn. 16, S. 176 f.

¹²⁶ Quante, Fn. 1, S. 47 ff.

¹²⁷ Ebd., S. 50.

¹²⁸ Ebd., S. 41.

¹²⁹ Wiesemann C, Biller-Andorno N, Frewer A et al.: Medizin-ethik, Stuttgart 2005, S. 101.

¹³⁰ Quante, Fn. 1, S. 41 f.

¹³¹ Beckmann et al., Fn. 21, S. 258.

¹³² Quante, Fn. 1, S. 50 ff.

¹³³ Beckmann et al., Fn. 21, S. 260 ff.

¹³⁴ Quante, Fn. 1, S. 22 f.

¹³⁵ Alzmann NG: Zur Beurteilung der ethischen Vertretbarkeit von Tierversuchen, Tübingen 2010, S. 21 f.

¹³⁶ Quante, Fn. 1, S. 23–26.

¹³⁷ Ebd., S. 39.

¹³⁸ Singer P: Praktische Ethik, Stuttgart 1994.

¹³⁹ Schicktanz, Fn. 16, S. 206.

¹⁴⁰ Beckmann et al., Fn. 21, S. 104.

¹⁴¹ Braun S: Das Klonieren von Tieren: eine ethische und rechtliche Analyse. Zum verantwor-

tungsvollen Umgang des Menschen mit seiner Umwelt, Schriftenreihe Biotechnologie und Recht, Band 9, Baden-Baden 2002, S. 84.

¹⁴² Dahl, Fn. 31, S. 110 f.

¹⁴³ Quante, Fn. 1, S. 29.

¹⁴⁴ Schicktanz, Fn. 16, S. 206.

¹⁴⁵ Alzmann, Fn. 135, S. 22.

¹⁴⁶ Beckmann et al., Fn. 21, S. 102.

¹⁴⁷ Quante, Fn. 1, S. 21.

¹⁴⁸ Deutscher Ethikrat: Mensch-Tier-Mischwesen in der Forschung, Stellungnahme, Berlin 2011, S. 106 f.

¹⁴⁹ Vieth A, Quante M: Chimäre Mensch? Die Bedeutung der menschlichen Natur in Zeiten der Xenotransplantation, in: Veritas 2013, 58(1), S. 9–36, S. 17.

¹⁵⁰ Schicktanz, Fn. 16, S. 241.

¹⁵¹ Ebd., S. 241 f.

¹⁵² Braun, Fn. 141, S. 37.

¹⁵³ Donaldson S, Kymlicka W: Zoopolis. Eine politische Theorie der Tierrechte, Berlin 2013, S. 48.

¹⁵⁴ Ebd., S. 126 und 162 f.

¹⁵⁵ Ebd., S. 240 f. und S. 269.

¹⁵⁶ Ebd., S. 316.

¹⁵⁷ Ebd., S. 51.

¹⁵⁸ Schicktanz, Fn. 16, S. 262.

¹⁵⁹ Beckmann et al., Fn. 21, S. 116.

¹⁶⁰ Laut der Deutschen Forschungsgemeinschaft lassen sich durch Tierversuche die erwünschten, aber nur etwa 70 Prozent der unerwünschten Wirkungen beim Menschen vorhersagen. Senatskommission für tierexperimentelle Forschung (Hrsg.), Deutsche Forschungsgemeinschaft, Exner C et al.: Tierversuche in der Forschung, Bonn 2004, S.18.

¹⁶¹ Schicktanz, Fn. 16, S. 256.

¹⁶² Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Fn. 82, S. A-1924.

¹⁶³ Quante, Fn. 1, S. 29.

¹⁶⁴ Ebd., S. 53–56.

¹⁶⁵ Beckmann et al., Fn. 21, S. 251 f.

¹⁶⁶ Ach et al., Fn. 41, S. 165.

¹⁶⁷ Hammer, Fn. 56, S. 805.

¹⁶⁸ Schicktanz, Fn. 16, S. 157.

¹⁶⁹ Daar AS: Ethics of Xenotransplantation: Animal Issues, Consent, and Likely Transformation of Transplant Ethics, in: World Journal of Surgery 1997, 21(9), S. 975–982, S. 978 f.

¹⁷⁰ Quante, Fn. 1, S. 57–60.

¹⁷¹ Schicktanz, Fn. 16, S. 157.

Anneli Arnold-Hofbauer war bis Ende September 2016 Assistentin der Geschäftsstelle der Akademie für Ethik in der Medizin.

Zur gegenwärtigen Debatte um die Sterbe- und Suizidbeihilfe*

von Dr. med. Andreas Posa, M.Mel.

Die vorliegenden Ausführungen arbeiten die Themen Suizid sowie Suizid- und Sterbehilfe zur gegenwärtig gesellschaftspolitischen Debatte in Deutschland auf. Dabei beinhalten die Gedanken zur Suizid- und Sterbehilfe Aspekte aus den drei Kernbereichen des interdisziplinären Masterstudiengangs Medizin-Ethik-Recht. Dem Autor sind Fragen zu Krankheit und Leid sowie zum Lebensende, Sterben und Tod seit vielen Jahren alltäglich präsent, erst im Zivildienst, dann als Krankenpfleger und nun als Arzt. Gerade bei Tätigkeiten auf Intensivstationen oder in der Sprechstunde für Motoneuronenerkrankungen (z. B. Amyotrophe Lateralsklerose, ALS) sind diese Fragen allgegenwärtig. Auffällig ist, dass in Deutschland diese gewichtigen Fragen im gesellschaftlich kulturellen Diskurs kaum eine Rolle spielen, z. T. gar tabuisiert werden bzw. fernab der fehlerlos zu funktionierenden, technisierten und optimierten Öffentlichkeit institutionell ausgegliedert werden. Krankheit, Leid und Sterben sind jedoch reale Facetten des Lebens. Fragen zum Bewusstwerden der Prioritäten im eigenen Leben werden häufig erst gestellt, wenn die Lebenszeit drängt. Betroffene scheinen dann von den zumeist plötzlichen Umständen geradezu ungläubig überrascht und mit der Dringlichkeit des Folgenden überfordert.

Diese Arbeit soll sich diesen vielseitigen und komplexen Fragen sachlich und vorurteilsfrei widmen, da, wie so oft, die respektvolle Diskussion durch unsachliche, plakativ-populistische Ideologien einseitig verzerrt wird. Dies unterminiert Informationen und verhindert den ergebnisoffenen und verantwortungsvollen Dialog.

1. Suizid

1.1 Definition, Epidemiologie und Ätiologie

Der Begriff des Suizids beschreibt den Akt einer absichtlichen Beendigung des eigenen Lebens durch eine auf unterschiedlichste Weise herbeigeführte Selbsttötung mit Vorsatz. Dies kann durch eine aktive Handlung, aber auch durch ein passives Unterlassen, zum Beispiel lebenserhaltender Maßnahmen, realisiert werden.¹ Die häufig verwendete Bezeichnung des Selbstmordes ist aus juristischer Sicht nicht korrekt, da es sich nicht um einen Mord im eigentlichen Sinne handelt.

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) kommt es weltweit zu etwa einer Million Suizide pro Jahr, wobei bis zu zwanzigmal mehr als Versuche „schei-

tern“.² Unter den Suizidenten sind Männer 1,5–3 mal so häufig vertreten wie Frauen, wobei die Suizidalität mit dem Alter zunimmt und Menschen ab dem 61. Lebensjahr besonders betroffen sind.³

In Deutschland entsprechen Suizide rund einem Prozent aller Todesfälle. Zwischen 1980 und 2007 sank hier die Suizidrate pro 100.000 Einwohner von 23,6 auf 11,4 Prozent. Von 2007 bis 2011 stieg sie jedoch wieder an auf 12,4 Prozent, was mit einer gleichzeitig zunehmenden Rate an psychischen Erkrankungen korreliert (insbesondere Depressionen).⁴ Dabei muss konstatiert werden, dass bei allen vorliegenden Daten von einer hohen Dunkelziffer sowie einer statistischen Unschärfe auszugehen ist. Schätzungen nach liegen die tatsächlichen Suizidzahlen 25 Prozent über den statistisch ermittelten Werten.⁵ Eine vereinsmäßige Hilfe zur Selbsttötung nutzen in Deutschland jährlich weniger als 200 Menschen.⁶

Als häufigste Ursachen für einen Suizid gelten mit bis zu 95 Prozent psychische Erkrankungen (v. a. Depression).⁷ Ein sogenannter „Appell-Suizid“ kann als ein „wichtiges Ventil für die Hilflosigkeit“ ein „Symptom einer psychischen Erkrankung“ darstellen.⁸ Höchst selten ist ein sogenannter frei verantwortlicher Bilanzsuizid Ausdruck eines individuellen Selbstbestimmungsrechts „nach rationaler Abwägung der Lebensumstände, im Sinne einer rational kalkulierten Entscheidung, entsprechend einem subjektiven Empfinden“⁹.

1.2 Juristische Grundlagen

Den höchsten rechtlichen Rahmen für die Beurteilung eines Suizids stellt in Deutschland das Grundgesetz (GG) dar, mit der Unantastbarkeit der Menschenwürde nach Art. 1 GG und dem Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit nach Art. 2 GG. Dieses umfasst die Freiheit, über Aspekte der eigenen individuellen Lebensgestaltung frei zu entscheiden. Diese Freiheit vergeht nicht mit dem Erkranken einer Person, weshalb diese auch eine heilende oder Leiden lindernde medizinische Maßnahme ablehnen kann.

In Deutschland ist laut Bundesgerichtshof (BGH) der Suizid als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen straffrei, wenn dieser eigenverantwortlich und frei gewollt verwirklicht wurde. Diese Straffreiheit gilt, mangels rechtswidriger Haupttat, grundsätzlich auch für die Beihilfe zum Suizid.¹⁰ Ist der Sterbewillige jedoch nicht eigen- und freiverantwortlich, sondern obliegt seiner Entscheidung eine Täuschung, Drohung oder gar Gewaltanwendung, dann ist die Suizidbeihilfe als Totschlag (§ 212 StGB) beziehungsweise als Mord (§ 211 StGB) in mittelbarer Täterschaft (§ 25 StGB) zu werten.¹¹

Jeder zufällige Zeuge eines Suizids kann wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB) zur rechtlichen Verantwortung gezogen werden, wenn er keine Hilfe leistet, nachdem der Suizident (z. B. durch Bewusstlosigkeit) die Tatherrschaft verloren hat.¹² Laut BGH stellt das Auffinden eines bewusstlosen, aber

noch nicht verstorbenen Suizidenten einen Unglücksfall im Sinne des § 323c StGB dar. In einer solchen Situation kann nicht zweifelsfrei geprüft werden, ob es sich wirklich um einen frei verantwortlichen Suizid handelt.¹³ Wenn in der gebotenen Eile einer Notfallsituation der mögliche Patientenwille (u. a. als Patientenverfügung) nicht eruiert werden kann, müssen erfolgsversprechende lebensrettende Maßnahmen unverzüglich erfolgen.

Eine Sonderstellung in der Beurteilung der unterlassenen Hilfeleistung nehmen Personen mit einer besonderen Garantenpflicht ein (z. B. Angehörige, medizinisches Personal), wenn es durch die Unterlassung einer gebotenen Rettungshandlung zu einem Suizid kommen würde. Beispielsweise ist ein Arzt nach § 101 Abs. 1 StVollzG nach Eintritt einer Entscheidungsunfähigkeit (z. B. durch Bewusstlosigkeit) zur Zwangsernährung eines Hungerstreikenden verpflichtet.

Der Suizident kann durch eine „Erklärung zur modifizierten Garantenpflicht“ den Arzt per Unterschrift von einem „Garanten für das Leben“ zu einem „Garanten für den Sterbewunsch“ machen. Somit darf der Arzt den Sterbeprozess begleiten, ohne eingreifen zu müssen oder ihn zu be- oder verhindern.¹⁴

Die Ankündigung eines geplanten Suizids kann (wegen drohender Selbstgefährdung) die Einweisung in eine psychiatrische Klinik nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) der jeweiligen Bundesländer zwingend zur Folge haben, wenn dieser Zustand auf einer psychischen Erkrankung beruht (z. B. § 11 PsychKG NRW). Hierbei kann bereits das Alleinlassen eines möglichen Suizidenten als unterlassene Hilfeleistung gewertet werden, wenn die Suizidandrohung nicht nach § 240 StGB als Nötigung missbraucht wird. Somit kann eine allgemeine Hilfeleistungspflicht in Diskrepanz zum individuellen Selbstbestimmungsrecht stehen und dabei sogar als Körperverletzung (§ 223 StGB) gewertet werden, wenn die Versorgung des Suizidenten nicht durch eine sogenannte „Geschäftsführung ohne Auftrag“ (nach §§ 677 BGB) oder einen „Notstand“ (§ 34 StGB) gerechtfertigt ist.

2. Sterbehilfe

Die Sterbehilfe umfasst Aspekte zur Unterstützung beim Sterben, bis hin zur Beihilfe zum Sterben. Hierbei lassen sich verschiedene Formen unterscheiden. Die *reine Sterbehilfe* oder *Sterbebegleitung* beschreibt die Unterstützung beim Sterben mit (v. a. palliativmedizinischen) Maßnahmen, welche Leiden lindern, das Leben dabei jedoch nicht verkürzen. Diese ist in Deutschland nicht strafbar. Die sogenannte *passive Sterbehilfe* („Sterbenlassen“) umfasst das Unterlassen, die Reduktion sowie das Abbrechen von lebensverlängernden medizinischen Maßnahmen auf der Grundlage einer Patientenverfügung oder einer sonstigen Willensäußerung,¹⁵ auf Verlangen des Betroffenen oder gegebenenfalls einer dazu bevollmächtigten Person (§ 1901a Abs. 2 BGB).¹⁶ Sie ist in Deutschland

nicht strafbar.¹⁷ Ein Sterbenlassen durch Unterlassen medizinischer Hilfeleistung, entgegen den Therapiewünschen des Betroffenen, erfüllt jedoch den Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung.¹⁸ Unter *indirekter Sterbehilfe* versteht man medizinische Behandlungen zur primären Linderung von Leiden eines Schwerstkranken (z. B. Morphin-Schmerztherapie) unter Inkaufnahme eines vorzeitigen Eintritts des Todes als unerwünschte Nebenwirkung dieser Behandlung.¹⁹ Die indirekte Sterbehilfe ist in Deutschland nicht strafbar, wenn eine entsprechende Willensäußerung oder eine gültige Patientenverfügung des Betroffenen vorliegt. Ein schmerzfreies Sterben wird dabei als das höhere Rechtsgut gegenüber einer Lebensverlängerung gewertet, auch wenn durch die medikamentöse Maßnahme der Tod frühzeitiger herbeigeführt wird.²⁰

Eine *aktive Sterbehilfe* beinhaltet das gezielte aktive Herbeiführen des Todes durch eine Handlung nach dem mutmaßlichen oder tatsächlichen Wunsch einer Person. Die Umsetzung erfolgt durch Verabreichung einer Überdosis eines Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittels, eines Muskelrelaxans, einer Insulin- oder Kaliuminjektion bzw. durch diverse Kombinationsvarianten. In Deutschland ist die aktive Sterbehilfe verboten und wird ohne ausdrückliches Verlangen des Betroffenen als Totschlag beziehungsweise beim Vorliegen eines ausdrücklichen, ernsthaften Wunsches strafmildernd als Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) bewertet.²¹ Erlaubt und damit straffrei ist die aktive Sterbehilfe in den Niederlanden (2001), Belgien (2002), Luxemburg (2008) sowie im US-Bundesstaat Oregon (1997).²²

Die Suizidbeihilfe umfasst die Selbsttötung des Suizidenten mit Hilfe einer anderen Person, welche die Rahmenbedingungen für diese Selbsttötung schafft. Dabei muss für die begriff- und rechtliche Einordnung der Suizident den letzten Schritt in der Tatumsetzung noch selbst beherrschen und somit noch die sogenannte Tatherrschaft über das Geschehen besitzen.²³ Da der Suizid kein Tötungsdelikt (§§ 211 ff. StGB) ist, stellt auch die (Bei-)Hilfe zum Suizid in Deutschland keine strafbare Tat dar.

Der ärztlich assistierte Suizid ist strafrechtlich gesehen ebenso als eine Variante der Beihilfe zum Suizid straffrei. Trotzdem schlägt die Musterberufsordnung (MBO) der Ärzte ein Verbot auf Ebene der Landesärztekammern vor. Gewisse Handlungen können aber andersartig gesetzeswidrig sein. So kann zum Beispiel das Besorgen und/oder Bereitstellen von (potentiell tödlichen) Medikamenten als Verstoß gegen das Arzneimittel- und/oder das Betäubungsmittelgesetz (§ 29 BtMG) gewertet werden.²⁴ Laut BGH kann zudem ein Tatherrschaftswchsel (z. B. Bewusstlosigkeit des Suizidenten) zu einer strafbaren unterlassenen Hilfeleistung des Suizidhelfers führen, da der Suizid initial als Unglücksfall im Rahmen des § 323c StGB interpretiert wird. Für sogenannte Garanten (z. B. Angehörige, medizinisches Personal) kann sogar die Bestrafung wegen Totschlag durch Unterlassung erfolgen.

Der „Nationale Ethikrat“ (seit 2008 „Deutscher Ethikrat“) plädierte bereits 2006 dafür, „die eingeführte, aber missverständliche und teilweise irreführende Terminologie von aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe aufzugeben.“²⁵ Die Alternativnomenklatur zur Sterbehilfe umfasst: 1. Sterbebegleitung, 2. Behandlungsabbruch bzw. -unterlassung, 3. Beihilfe zur Selbsttötung, 4. Tötung auf Verlangen. Der damals noch bedachte Unterpunkt „Therapie am Lebensende“ wird heute unter „Sterbebegleitung“ subsummiert, da laut Studienlage keine medizinische Maßnahme, selbst die „terminale Sedierung“ nicht, zu einer Lebensverkürzung führt.²⁶

3. Gegenwärtige Debatte in Deutschland

2006 erklärte der 66. Deutsche Juristentag, dass das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen bzw. Behandlungsabbrüche nach Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten zur Abwendung eines unheilbaren und unerträglichen Leidens bereits vor der Sterbephase rechtlich erlaubt und damit straffrei seien.²⁷ Im BGH-Urteil vom 25.06.2010 steht hierzu: „Bei entsprechend vorliegender Patienteneinwilligung ist das Unterlassen weiterer lebenserhaltender Maßnahmen sowie die aktive Beendigung oder Verhinderung einer nicht oder nicht mehr gewollten medizinischen Maßnahme gerechtfertigt und bleibt straffrei.“²⁸ Die Patienteneinwilligung kann schriftlich, aber auch in einer mündlichen Äußerung vorliegen und ist für die rechtlichen Bevollmächtigten bzw. den Betreuer (§ 1901a BGB), das Betreuungsgericht (§ 1904 Abs. 3 BGB) und für den behandelnden Arzt (seit 26.02.2013, § 630d BGB) verbindlich.

Aus dem BGH-Urteil von 2010 entwickelten sich 2011 die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“.²⁹ So ist „die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe. Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht“. Dies wird bis dato so vertreten,³⁰ wobei nur 25 Prozent der Ärzte in Deutschland dem vom Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery vehement geforderten „berufsrechtlichen Verbot des ärztlich assistierten Suizids“ zustimmen.³¹ Der Medizinethiker Jan Schildmann warnt, dass „dieser Wertepluralismus [...] nicht durch Mehrheitsentscheidungen geregelt werden [kann]“.³² 2014 hatten zehn der insgesamt 17 Landesärztekammern die neue Musterberufsordnung der Bundesärztekammer übernommen.³³ Von den verbleibenden Landesärztekammern wird die Suizidbeihilfe entweder nicht empfohlen oder es existiert dazu keinerlei Regelung.

Somit ist Ärzten in einem Bundesland (z. B. Berlin) erlaubt, was in einem

anderen Bundesland (z. B. Brandenburg) zum Entzug der ärztlichen Zulassung (Approbation) führen kann.³⁴ Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Stimmen aus der Politik sowie Vertreter des deutschen Strafrechts empfehlen den Landesärztekammern, ihre Berufsordnungen zu vereinheitlichen.³⁵ Jedoch einigten sich im Dezember 2014 die Bundes- sowie die 17 Landesärztekammern darauf, dass eine Vereinheitlichung der Landesberufsordnungen nicht nötig sei.³⁶

Kann eine Berufsordnung etwas sanktionieren, was ein übergeordnetes Strafrecht ungestraft lässt? Das Verwaltungsgericht Berlin sagt hierzu: „Die [...] satzungsgemäßen Generalklauseln reichen nicht als Rechtsgrundlage aus, um [...] ein [...] Verbot für ein Verhalten ausnahmslos auszusprechen, [...] dessen Verbot in diesen Ausnahmefällen intensiv in die Freiheit der Berufsausübung des Arztes und seine Gewissensfreiheit eingreift.“³⁷

Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 2011 wurden 2014 durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin bestätigt: „Der ärztlich assistierte Suizid gehört nicht zu den Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte. Die Palliativmedizin bietet aus ihrem lebensbejahenden Ansatz heraus Hilfe beim Sterben an, jedoch nicht Hilfe zum Sterben. Daher zählt es nicht zum Grundverständnis, Beihilfe zum Suizid oder die gezielte Durchführung eines Suizids zu leisten.“³⁸ Dem schloss sich der Deutsche Hospiz- und Palliativverband an.³⁹ Die Deutsche Stiftung Patientenschutz unterstreicht die Fürsorgepflicht der Gemeinschaft für jedes Mitglied einerseits und das Selbstbestimmungsrecht jedes Einzelnen andererseits. Dabei existiert ein Recht auf Leben sowie ein Recht auf Sterben, es gibt aber kein Recht auf Töten. So forderte die Deutsche Stiftung Patientenschutz, jede Form der organisierten Suizidhilfe unter Strafe zu stellen. 2014 veröffentlichte sie dazu einen außerparlamentarischen Gesetzesentwurf, wonach ein neuer § 217 StGB eine organisiert betriebene Suizidbeihilfe verbieten sollte.⁴⁰ Im Dezember 2014 sprach sich der Deutsche Ethikrat gegenüber der Bundesregierung im Grundsatz gegen die kommerzielle (ärztlich) assistierte Selbsttötung aus.⁴¹

Im August 2014 wurde ein Gesetzesvorschlag veröffentlicht, nach dem die Suizidbeihilfe und jegliche Form der diesbezüglichen Werbung grundsätzlich strafbar sein sollen.⁴² Nahe Angehörige und Ärzte sollen von dieser Strafbarkeit jedoch ausgenommen werden und „schwerstkranken Menschen, die ‚an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leiden‘, unter strengen Voraussetzungen beim Suizid helfen dürfen.“⁴³

Am 13.11.2014 fand im deutschen Bundestag eine „Orientierungsdebatte“ statt, woraus 2015 ein konkretes Gesetz erarbeitet werden sollte.⁴⁴ Im Rahmen dessen ergab sich der gemeinsame Konsens, profitorientierte Sterbehilfevereine mit Kapitalgewinnen zu verbieten, die Situation in der Pflege zu verbessern sowie die Palliativ- und Hospizversorgung (v. a. im ländlichen und ambulanten

Bereich) auszubauen.⁴⁵ Dem stimmten geschlossen die deutschen Lehrstuhlinhaber für Palliativmedizin zu, wobei zudem eine adäquate „öffentliche Aufklärung und Auseinandersetzung mit den Themen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer“⁴⁶ stattfinden müsse sowie laut Deutschem Ethikrat psychologische Präventionsangebote für alle Beteiligten zu erweitern seien.⁴⁷ Die große Koalition (CDU/CSU, SPD) sprach sich 2015 dafür aus, „die Hospiz- und Palliativversorgung demografiefest zu machen“. Vor allem niedergelassene Ärzte sollen, im Rahmen eines gesetzlichen Versorgungsauftrages der Pflegeversicherungen, die Qualität der Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen verbessern.⁴⁸ Ergebnis dieser Debatten ist die Einführung des § 217 („Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“)⁴⁹ am 6. November 2015 ins StGB und das am 5. November beschlossene „Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung.“

4. Diskussionspunkt Sterbehilfe

4.1 Problemfelder der Debatte

Die Themen Suizid, Suizid- und Sterbehilfe wurden und werden allzeit kontrovers diskutiert. Eine genaue Abgrenzung zwischen den verschiedenen Unterformen ist in manchen Fällen äußerst schwierig und ein zum Teil hoher emotional-ethischer Druck erschwert die Debatte zusätzlich. Häufig werden dabei die Begrifflichkeiten unsachlich, zum Teil auch populistisch, durcheinander gemischt und durch ideologisches Lagerdenken verzerrt. So verlangte Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Palliativstiftung, für einen sachdienlichen Diskurs „höchste sprachliche Präzision“⁵⁰.

4.2 Palliativmedizin

Palliativmedizinische Ansätze sind essentieller Baustein einer entsprechend indizierten medizinischen Versorgung. Eine frühzeitige Palliativversorgung bei Krebspatienten kann zu einer verbesserten Lebensqualität führen sowie den Einsatz von Chemotherapeutika reduzieren – bei signifikant längerem Überleben.⁵¹ Die reine Schmerzbehandlung macht etwa ein Sechstel der multiprofessionellen, ganzheitlichen (psychosozial-spirituellen) Betreuung aus.⁵² Daneben sind Geborgenheit und vor allem eine intakte Familienstruktur beachtenswerte Aspekte am Lebensende.⁵³ Jedoch ist die menschliche Zuwendung ökonomisch kaum messbar.

Lediglich 15 Prozent der Krankenhäuser verfügen über Palliativstationen. Dabei hat sich die Zahl der Palliativstationen in Krankenhäusern innerhalb von 20 Jahren auf 250 verzehnfacht.⁵⁴ Weniger als die Hälfte der ca. 80.000 Menschen,

die jährlich palliativmedizinische Versorgung bräuchten, werden angemessen versorgt. Nur 40 Prozent der Bedürftigen wurden 2015 von 277 Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu Haus betreut.⁵⁵ Aktuell haben maximal ein Fünftel aller Sterbenden Zugang zu Palliativmedizin und Hospizhelfern, wobei die Qualität der Betreuung von Sterbenden statistisch kaum berücksichtigt wird.⁵⁶ Im internationalen Vergleich ist die Palliativversorgung in Deutschland allenfalls Mittelmaß, bei jedoch stetiger Verbesserung der Versorgungslage.⁵⁷

Suizidbeihilfe und Palliativmedizin schließen sich nicht gegenseitig aus. Im US-Bundesstaat Oregon zeigte sich, dass sich nach Zulassung des „Death With Dignity Act“ die Palliativversorgung stark verbessert hat. Sie gilt gegenwärtig als die Beste in den USA.⁵⁸ Die Palliativversorgung in den Benelux-Ländern, in denen die aktive Sterbehilfe ebenso zulässig ist, zählt sogar zu der besten der Welt.⁵⁹

Die passive Sterbehilfe wird in der Palliativmedizin ausdrücklich befürwortet. Man sollte zulassen können, dass „das Sterben seinen Lauf nehme.“⁶⁰ Palliativmediziner widersprechen der Aussage, „man müsse die Palliativmedizin bloß verbessern [...] und schon werde der Wunsch nach Selbsttötung obsolet“.⁶¹ Es zeigt sich, dass es auch bei optimaler Palliativversorgung Betroffene gibt, die sagen: „Das, was mir noch bevorsteht, möchte ich nicht erleben.“⁶²

Wenn nach Ausschöpfung der gegenwärtig zur Verfügung stehenden Möglichkeiten Erkrankung und Leid suffizient behandelt wurden und der Wunsch nach vorzeitiger Lebensbeendigung weiterhin besteht, weil der Tod einem noch zu erwartenden Leben vorgezogen wird, sollte man dann nicht das Anliegen des Sterbewilligen anerkennen, (be-)jachten und respektieren?

Die von Palliativ- und Schmerzmedizin repetitiv dargebrachte Möglichkeit der suffizienten Schmerzreduktion, ja sogar der Schmerzbeseitigung, reduziert die Debatte um die Sterbehilfe allzu oft auf das Punktum Schmerz und verzerrt zudem die aus Studien bekannte Lebenswirklichkeit. Denn Schmerzfreiheit ist nachweislich für manche Betroffenen mit chronischen Schmerzen nicht zu erreichen. 5-20 Prozent der Betroffenen erfahren trotz optimaler Palliativmedizin keine adäquate Schmerzlinderung.⁶³ Selbst wenn Schmerzfreiheit vorliegt, ist dies kein Kriterium für ein selbstbestimmtes und so gewünschtes Leben.⁶⁴ Für jeden Einzelnen existieren interindividuelle, multifaktorielle Aspekte für ein subjektiv würdevolles Leben.

4.3 Gründe für den Suizidwunsch

Neben Schmerzen (ein Drittel) belasten Betroffene (zu je einem Drittel) internistische (z. B. Atemnot, Übelkeit) sowie neuro-psychiatrische (z. B. Verwirrtheit, Depression) Symptome. Diese beeinträchtigen die Teilhabe an psychosozialen

und spirituellen Angeboten und somit die Lebensqualität.⁶⁵ Borasio und Kollegen beschreiben in ihrem Gesetzesvorschlag von 2014, dass (z. B. im US-Bundesstaat Oregon) für den Sterbewunsch nicht etwa unerträgliche Schmerzen, sondern die Wahrnehmung eines Verlustes von Würde, Lebenssinn und individueller Freiheit ausschlaggebend waren.⁶⁶

Der Grund für die Annahme des ärztlich assistierten Suizids waren im US-Bundesstaat Oregon „der Verlust der Selbständigkeit“ (91,4 Prozent), „der Verlust der Fähigkeit, Dinge zu tun, die das Leben lebenswert machen“ (88,9 Prozent), „der Verlust der Würde“ (80,9 Prozent) und „der Verlust der Kontrolle über die eigenen Körperfunktionen“ (50,3 Prozent). „Nur“ 23,7 Prozent gaben „unerträgliche Schmerzen“ als Entscheidungsgrund an.⁶⁷ Nach dem Institut für Rechtsmedizin Zürich haben sich in der Schweiz die Fälle von assistierter Suizidbeihilfe in drei Jahren verdoppelt.⁶⁸ 47 Prozent der Suizidenten litten an neurologischen Erkrankungen (z. B. Parkinson, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose), 37 Prozent an unheilbarem Krebs.⁶⁹

Der Medizinethiker Ralf Jox vermutet, dass Menschen mit unheilbaren Krankheiten häufiger Gedanken an Suizid und Sterbehilfe haben, als die sie behandelnden Ärzte ahnen.⁷⁰ Die Literatur zeigt, dass Betroffene vor ihrem Suizid öfter beim Arzt vorstellig wurden, die Gefahr einer möglichen Selbsttötung dabei jedoch nicht erkannt wurde.⁷¹ Der Wunsch, vorzeitig aus dem Leben zu scheiden, scheint nach wie vor ein großes Tabu in der Beziehung zwischen Arzt und Patient zu sein⁷² – ein Tabu, das auch die Gesellschaft im Allgemeinen betrifft.

Bei Betroffenen mit Suizidgedanken besteht die Angst vor sozialer Ablehnung, Ausgrenzung, Stigmatisierung sowie Diffamierung als psychisch krank – mit der möglichen Folge eines Autonomieverlustes durch die medizinische Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik.⁷³ Angst jedoch „verzerrt die Wahrnehmung, vermeidet Informationen und verhindert den Dialog“.⁷⁴ Laut großer Koalition (CDU/CSU, SPD) dürfe das „Sterben nicht im Verborgenen, ausgelagert in Institutionen, stattfinden“.⁷⁵ In unserer Gesellschaft müsse sich „eine [offene und respektvolle, A.P.] Kultur der Wertschätzung gegenüber kranken und sterbenden Menschen“⁷⁶ entwickeln. Was zählt, ist die individuell subjektive Beurteilung des eigenen Befindens. Kategorien wie beispielsweise Schmerzen, Leid, Unerträglichkeit, Ausweglosigkeit sind nicht allgemeingültig für die Qualität eines Lebens zu objektivieren bzw. zu messen.

4.4 Die Rolle des Arztes

Der Palliativmediziner Marcus Schlemmer gibt zu bedenken, dass „wir Ärzte [...] verlernt haben, den Tod einfach zuzulassen [...] weil wir es [...] selbst nicht aushalten können“. Denn für viele Ärzte „ist der Tod eine Niederlage“,⁷⁷ eine „narzisstische Kränkung“ in einer zunehmend medikalisierten, allmächtigen

Medizin. „Wir sind dazu erzogen, Menschen zu heilen“,⁷⁸ bemerkt dazu Borasio. Dabei kann häufig „nicht der Patient [...] nicht loslassen, sondern sein behandelnder Arzt.“⁷⁹

Der Tod durch Altersschwäche ist in der gegenwärtigen westlichen „modernen“ Medizin gar nicht mehr vorgesehen. Die „perfekte Klinik“ wird zur „bloßen Servicestation maximaler biochemischer Versorgung“.⁸⁰ Bezahlt wird via Fallpauschale oder Zusatzvergütung überwiegend nur die aktive Handlung, das Lassen und die menschliche Begleitung (z. B. Gespräche, menschliche Nähe) aber nicht. Die ganzheitliche Gleichstellung von physischer, psychischer, spiritueller und sozialer Ebene ist im einundzwanzigsten Jahrhundert durch eine Technisierung und Verwissenschaftlichung der Medizin sehr in Vergessenheit geraten.

Der von den Vertretern der Ärzteschaft geäußerte Grundsatz, „die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“,⁸¹ sowie Bedenken, die ärztliche Suizidhilfe sei „das Ende jedes Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient“,⁸² greifen vereinfachend zu kurz und können als „Bevormundung verantwortungsvoller Gewissensentscheidungen der einzelnen Ärzte“⁸³ gewertet werden. Der ehemalige Bundesärztekammerpräsident Dietrich Hoppe meinte: „Die Beihilfe zum Suizid ist keine ärztliche Aufgabe, doch sie sollte möglich sein, wenn der Arzt sie mit seinem Gewissen vereinbaren kann.“ Ein generelles Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe sei „unvereinbar mit der Berufsausübungsfreiheit und dem Grundrecht der Gewissensfreiheit des Arztes“.⁸⁴ Sollte das ärztliche Ethos nicht im Dienste berechtigter Patientenbedürfnisse stehen und so einen bei Bedarf frei verantwortlichen Suizid nicht auch begleitend ermöglichen und unterstützen dürfen?

Nach einer Studie des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Ruhr-Universität Bochum (2014) befürworten nur 25 Prozent der 734 befragten Ärzte ein generelles Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe.⁸⁵ 40 Prozent der Mediziner könnten sich vorstellen, auf Verlangen des Betroffenen, diesem beim Sterben zu helfen. Je nach Studie wurde jeder fünfte, dritte beziehungsweise zweite Arzt schon einmal (überwiegend vom Patienten selbst) um Hilfe beim Suizid gebeten.⁸⁶

84 Prozent der Bundesbürger würden nicht das Vertrauen in ihren Hausarzt verlieren, wenn er Sterbehilfe praktizieren würde.⁸⁷ Über 70 Prozent wünschen sich zudem „Rechtssicherheit und standesethische Akzeptanz für Ärzte“, die bei Bedarf den frei verantwortlichen Suizid offen und bis zum Ende begleitend ermöglichen.⁸⁸ Bereits 1984 lehnten 66 Prozent „eine Bestrafung des Arztes ab, falls dieser dem Patienten auf dessen Wunsch ein tödliches Medikament gebe“.⁸⁹ 2001 zeigte sich, dass Ärzte, welche eine Suizidbegleitung verweigerten, deswegen von Patienten doppelt so häufig abgelehnt wurden wie Ärzte, die eine Suizidassistenz befürworteten.⁹⁰ Bisher konnte keine Studie nachweisen, dass die Suizidassistenz eines Arztes die Arzt-Patienten-Beziehung negativ beeinflusst.⁹¹

Laut dem Medizinethiker Urban Wiesing „wächst [sogar] das Vertrauen in die Ärzteschaft, wenn Patienten wissen, dass sie in einer sehr schwierigen Situation einen seriösen Ansprechpartner haben.“⁹² Das Fazit der Anthropologin Frances Norwood lautet, dass „der Wunsch nach Euthanasie [...] kein Hinweis auf ungenügende palliative Pflege“⁹³ ist und zudem die Beziehung zwischen Arzt und Patient sogar stärkt und verbessert. In Ländern mit ärztlicher Suizidbegleitung sinkt zudem die Wahrscheinlichkeit, „dass Ärzte das Leben ihrer Patienten ohne deren Einverständnis beenden“ und „lebensverkürzende Maßnahmen“⁹⁴ angewandt werden. Unter den in den Niederlanden 4.829 ärztlich assistierten Suiziden (2013) gab es „nur“ fünf Fälle (0,1 Prozent), in denen der Arzt die gesetzlich vorgeschriebenen Sorgfaltspflichten nicht beachtet hat.⁹⁵

4.5 Ängste und Bedenken

Bedenken, die Sterbehilfe wäre ein rein auf Gewinn ausgerichteter Unterfangen, greifen einseitig und plakativ zu kurz. Ökonomische Interessen finden sich in vielen Bereichen der Betreuung von Menschen. In vielen Branchen steht das Ableben (z. B. Bestattungsunternehmen, Nachlassverwalter) sowie das Weiterleben (z. B. Pflegeheim, (Palliativ-)Medizin) im direkten, nicht zu vernachlässigenden Zusammenhang mit einer monetären Vergütung. Eine fachkompetente Sterbehilfe muss ebenso eine adäquate Vergütung erfahren. Dabei steht die ökonomische Bedeutung des „Geschäftes mit dem Tode“ in keinem Verhältnis zum gewaltigen „Geschäft mit der Leidensverlängerung“⁹⁶. Der pharmazeutisch-industrielle Komplex etwa erwirtschaftet im Jahr allein in Deutschland ca. sieben Milliarden Euro, ein Viertel des Gesamtumsatzes, mit Medikamenten für Patienten in ihrer letzten Lebensphase.⁹⁷

In allen Bereichen der menschlichen Betreuung und darüber hinaus muss einem unlauteren, ausnutzenden Verhalten nachgegangen und dies unterbunden werden. Der ehemalige Verfassungsrichter Udo Di Fabio rät „in einer Gesellschaft, die [...] zur Ökonomisierung aller Lebensbereiche neigt, [...] zu größter Vorsicht“.⁹⁸ Sterbehilfe darf nicht als „deregulierte Dienstleistung der kapitalistischen Verwertungslogik“ einer „fortschreitenden Ökonomisierung“ und „exklusiven Verfügungsgewalt der Marktlogik“ verstanden werden.⁹⁹

Bei den repetitiv geäußerten Bedenken, „es bestünde die Gefahr eines gesellschaftlichen Mobbings zum Tode, eines psychosozialen Rechtfertigungsdrucks für Alte, Schwache und Kranke, um der Gemeinschaft beziehungsweise Gesellschaft nicht zur Last zu fallen“,¹⁰⁰ sollte primär eine derartige Gesellschaftsform und deren Einstellung zu dessen Mitgliedern hinterfragt werden. Sind solche Bedenken nicht Ausdruck dafür, wo sich die gegenwärtige (westliche) Gesellschaft wiederfindet? Hat hier nicht bereits eine Ökonomisierung und Optimierung der Gesellschaft stattgefunden und befindet sich eine solche Gesellschaft

nicht schon wahrhaftig im Zeitalter des „Kapitalozäns“?¹⁰¹ Ein solch sozialer Druck könnte zudem auch bei der legalen passiven Sterbehilfe vorgebracht werden. Diese wird von 72 Prozent der Bundesbürger befürwortet. Dabei würden 74 Prozent der Ärzte lebensverlängernde Maßnahmen einstellen, wenn ein Patient dies zuvor in einer Patientenverfügung ausdrücklich gewünscht hat.¹⁰² 62 Prozent der Bundesbürger würden mit einer Patientenverfügung auch das Risiko in Kauf nehmen, „dass man durch einen Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen möglicherweise die Chance auf ein Wiedererwachen verliert“.¹⁰³ Zu einem „Massenphänomen“ der passiven Sterbehilfe ist es in Deutschland trotz Straflosigkeit bisher nicht gekommen.

Hier ergibt sich gesellschaftspolitisch kein Anlass zur Diskussion, wieso dann bei der assistierten Sterbehilfe, welche viel seltener in Anspruch genommen wird?¹⁰⁴ Die tatsächliche Selbsttötung mit ärztlicher Hilfe ist nach aktueller Datlage in Deutschland ein Ausnahmefall. Laut oben genannter Studie des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin an der Ruhr-Universität Bochum war unter den 734 befragten Medizinern nur ein Fall (0,14 Prozent) von ärztlich assistierter Suizidbeihilfe zu verzeichnen. Auch in diesem einen Fall vollzog der Suizident selbst die finale Handlung.¹⁰⁵

Aus dem US-Bundesstaat Oregon ist bekannt, dass die Suizidbeihilfe kaum von sozial Schwachen genutzt wird. Im Gegenteil, es sind überwiegend „gut verdienende, gut ausgebildete, gut versicherte Patienten“.¹⁰⁶ In Oregon wird die Sterbehilfe, unabhängig von der Erkrankung, häufiger von Akademikern (v. a. Ärzten und Juristen) angenommen, welche mutmaßlich einen Kontrollverlust schwerer ertragen. Dies bestätigt auch Michael de Ridder: „Anders als in der Diskussion um die Sterbehilfe befürchtet, sind es nicht die Schwachen, die Ungebildeten oder die Einsamen, die ihren Wunsch zu sterben gegenüber dem Arzt äußern. [...] [E]s [sind] gebildete und selbstbewusste Menschen [...]“¹⁰⁷ Erst an fünfter Stelle gaben 40 Prozent der Suizidenten als, ebenso ethisch zu respektierenden, Grund für ihre Entscheidung zum ärztlich assistierten Suizid „die Sorge [...] eine Last für Familie, Freunde und Pflegekräfte zu sein“¹⁰⁸ an.

4.6 Meinungen in der deutschen Bevölkerung

2014 befürworteten 37 Prozent der Bundesbürger die Tötung auf Verlangen durch Ärzte, wobei 78 Prozent der Ärzte, unter Palliativmedizinern sogar 90 Prozent, gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe sind (17 Prozent dafür).¹⁰⁹ Ein selbstbestimmtes Sterben durch Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit ist in Deutschland, wenn auch weniger offenkundig, bereits gesellschaftliche Praxis. Durch die Patientenverfügung wird der Arzt zum Garant für den Sterbewunsch, indem er, wie vom Patienten gewünscht, zum Beispiel die künstliche Ernährung einstellt.¹¹⁰ Auch Palliativmediziner verwirklichen Suizidhilfe, wenn

sie Patienten betreuen, die Essen und Trinken bewusst mit dem Ziel der Selbsttötung verweigern.¹¹¹

In ihrer Stellungnahme zur Strafbarkeit der Sterbehilfe von 2015 verweisen deutsche Strafrechtslehrer, die sich gegen eine diesbezügliche Ausweitung des Strafrechts aussprechen, darauf, „dass in Hospizen und Palliativstationen ‚tagtäglich organisiert Sterbehilfe‘ geleistet werde“, wobei „die Tätigkeit dieser Einrichtungen ‚uneingeschränkt positiv zu bewerten‘ [ist] und nicht mit Strafbarkeitsrisiken gehemmt werden [dürfe]“.¹¹²

Die Mehrheit der Deutschen (über 90 Prozent¹¹³) möchte zu Hause und nicht im Krankenhaus sterben, was für bis zu 90 Prozent der Betroffenen mit entsprechender Unterstützung (z. B. ambulante Hospizhelfer) auch durchaus möglich wäre.¹¹⁴ Eine stationäre palliativmedizinische Aufnahme wäre nur bei maximal zwei Prozent der Sterbenden nötig.

Fast drei Viertel der Deutschen wünschen sich einen „unerwarteten Sekundentod“. Dieser liegt aber nur bei weniger als fünf Prozent aller Todesfälle vor. Die Diskrepanz des Gewünschten zur Realität ist offenkundig. Denn 50–60 Prozent der Todesfälle sind durch ein „mittelschnelles“ Sterben (z. B. Krebserkrankung), 30–40 Prozent sogar durch ein „langsames“ Sterben (z. B. Demenzerkrankung) bedingt, Tendenz steigend.¹¹⁵ Weniger als 15 Prozent der Bundesbürger sterben dabei in ihrer vertrauten Umgebung.¹¹⁶ 87 Prozent der Bundesbürger meinen, dass jeder Einzelne selbst entscheiden darf, wann und wie er sterben möchte. 77 Prozent könnten sich vorstellen, im Falle unbeherrschbarer Schmerzen, unheilbarer Krankheit oder schwerer Invalidität, auch persönlich Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen.¹¹⁷

2015 stimmten 63 Prozent in einer Umfrage des Sozialwissenschaftlichen Institutes der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) für die Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids.¹¹⁸ 77 Prozent waren 2012 der Meinung, „dass Ärzten grundsätzlich erlaubt sein sollte, Schwerstkranken beim Freitod zu unterstützen“.¹¹⁹ 69 Prozent gaben an, „dass jeder Arzt nach seinem Gewissen selbst entscheiden könne, ob er Schwerstkranken beim Freitod unterstützt“.¹²⁰ Circa die Hälfte der Deutschen befürwortet eine generelle Suizidhilfe im Falle schwerer Krankheit, langer Pflegebedürftigkeit etc.¹²¹ Diese überwiegende Zustimmung der deutschen Bundesbürger zur (ärztlich assistierten) Suizidbeihilfe spiegelt sich auch darin wider, dass immer mehr Deutsche für die Inanspruchnahme des assistierten Suizids in die Schweiz reisen.¹²² Die internationale Nachfrage nach Sterbehilfe steigt stetig und die Mitgliederzahlen in Sterbehilfeorganisationen nehmen sprunghaft zu (Schweizer Sterbehilfeorganisation „Exit“ (2014): > 80.000 Mitglieder, ca. 13.500 Neueintritte)¹²³. 2013 nahmen in den Niederlanden insgesamt 4.829 Menschen Sterbehilfe in Anspruch.¹²⁴ 2012 waren es 4.188.

4.7 Suizidprävention durch Suizidbeihilfe

Allein die Möglichkeit der assistierten Suizidbeihilfe gibt vielen Betroffenen eine gewisse Sicherheit und Beruhigung, die nachweislich zur Suizidvermeidung und so zur Suizidprävention führen kann. Vielen ist es wichtig, in der nötigen Situation einen „Notausgang“ zu haben und bei Bedarf um diesbezügliche Möglichkeiten zu wissen.¹²⁵ Der Mediziner Uwe-Christian Arnold schreibt in seinem Buch „Letzte Hilfe“, dass sich viele Sterbewillige nach einem Gespräch nicht mehr bei ihm melden würden. „Es genügt ihnen zu wissen, dass es jemanden gibt, der ihnen [bei Bedarf] zur Seite stehen wird [...]“.¹²⁶ In seinem Internettagebuch „Arbeit und Struktur“ schrieb der Schriftsteller Wolfgang Herrndorf: „Ich wollte ja nicht sterben, zu keinem Zeitpunkt, und ich will es auch jetzt nicht. Aber die Gewissheit, es selbst in der Hand zu haben, war von Anfang an notwendiger Bestandteil meiner Psychohygiene. Ich muss wissen, dass ich Herr im eigenen Haus bin“. Dies ist wichtig, um „die verbleibende Zeit nach eigenen Maßstäben sinnvoll zu nutzen“.¹²⁷

Die langjährige Erfahrung aus dem US-Bundesstaat Oregon zeigt, dass ein Drittel der Betroffenen, die vom Arzt ein tödlich wirkendes Medikament erhielten, dieses nie final einnahmen.¹²⁸ Zum viel heraufbeschworenen „Dambruch“ ist es in Oregon bisher nicht gekommen. Nach Einführung der Sterbehilfe kam es zu keiner Zunahme von Fällen der Suizidbeihilfe. Es zeigt sich vielmehr, dass die Nachfrage nach ärztlicher Suizidassistenz abnimmt, während die Palliativmedizin eine Aufwertung erfuhr. Im US-Bundesstaat Washington distanzieren sich 65 Prozent der einstigen Suizidwilligen nach einem Beratungsgespräch wieder von ihrem Wunsch nach Selbsttötung.¹²⁹

Auch in den Niederlanden sei es bisher zu keinem „Dambruch“ gekommen. Eine anonyme Umfrage ergab 1990, dass viele Ärzte das Sterben ihrer Patienten selbstständig beschleunigten. Nach dem Erlass des Sterbehilfegesetzes (2002) gingen diese nicht offiziell gemeldeten Fälle deutlich zurück. Dabei hat sich die Zahl der ärztlich assistierten Suizide, gemessen an allen Todesfällen, auf einem hohen, aber konstanten Niveau stabilisiert. „In gewisser Hinsicht ist die heimliche Praxis von früher [nach 2002] nur sichtbar geworden.“¹³⁰ Der Palliativmediziner Borasio bemerkt hierzu, dass es in Ländern, wo „Töten auf Verlangen“ erlaubt sei (z. B. Belgien, Niederlande) zu einem, wie oben aufgeführt, nominalen Anstieg von offiziellen Sterbehilfefällen kam, nicht aber in Ländern, wo „nur“ ein assistierter Suizid zugelassen ist (z. B. Schweiz).¹³¹ In der Schweiz ist „selbst nach Jahrzehnten keine massenhafte Zunahme an Fällen von Sterbehilfe zu verzeichnen“.¹³² Die Zahl der herbeigeführten Suizide blieb zur Gesamtzahl der pro Jahr Verstorbenen gleich bzw. stieg nur geringfügig an. Jedoch haben sich nach der Legalisierung die Melderaten wesentlich verbessert und die oft zitierten unzulässigen Fälle der Sterbehilfe (v. a. in den Anfangsjahren der Lega-

lisierung) gingen deutlich zurück.¹³³ Beachtenswerterweise hat sich ebenso die Zahl der „gescheiterten Suizidversuche“ und der „harten Selbsttötungen“ (z. B. Erhängen) deutlich vermindert.¹³⁴

5. Selbstbestimmtes Leben

Bei der Realisierung des Suizids, der Suizid- und Sterbehilfe sollte es sich ausschließlich um die Lebensentscheidung eines einzelnen, rationalen und selbstbewussten Individuums handeln – als mögliche Folge einer Sinnentleerung des eigenen Lebens (v. a. im Rahmen gesundheitlicher Beeinträchtigungen), mit Verlust von Lebensinteressen und -zielen, einer erdrückenden Scham, eigene zum Teil intimste Bedürfnisse nicht mehr bewältigen zu können und dabei immer auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein sowie die Kontrolle über den eigenen Körper zu verlieren, ohne Aussicht auf Abänderung dieses Zustandes. Der Betroffene muss für sich entscheiden (durch soziokulturelle und biographische Prägung), ob das zu erwartende Leben wert oder unwert ist, weiter gelebt zu werden. Im „finalen Akt [...] des Lebens“, sollen sich „unsere eigenen Überzeugungen widerspiegeln, jene, entlang derer wir auch gelebt haben. Nicht jene, die uns in unserem schwächsten Moment von Anderen aufgedrängt werden“.¹³⁵ Das einzelne Individuum ist dabei weder dem Staat noch der Bundesärztekammer und ähnlichen Institutionen zum Leben verpflichtet. Diese freie und private Entscheidung sollten wir einander respektieren.

Stimmen aus dem deutschen Bundestag bekräftigen, dass „das Recht auf Selbstbestimmung, das selbstbestimmte Sterben einschließen muss“.¹³⁶ „Der sterbende Mensch muss selbst bestimmen können, was er ertragen kann und müsse dies mit dem Arzt seines Vertrauens besprechen können.“¹³⁷ Ist die Sterbehilfe somit nicht auch Lebenshilfe?¹³⁸ In allen Lebensbereichen muss ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben möglich sein. Man hat ein Recht auf den eigenen Tod, auch wenn der Wunsch zur Selbsttötung möglicherweise durch die gegebenen Umstände ein Akt der Verzweiflung und des letzten Mittels darstellt und die getroffene Entscheidung von Dritten nicht verstanden oder (mit-)getragen wird. „Das Recht auf Selbstbestimmung [...] umfasse auch das eigene Sterben“.¹³⁹ Dabei ist ein erkrankter Mensch nicht gleich unzurechnungsfähig und somit auch nicht per se von tiefgreifenden Entscheidungen zu entmündigen. Auch ein körperlich behinderter Mensch hat das Recht, sich straffrei selbst zu töten. Wer dies wegen seiner Behinderung jedoch selber nicht realisieren kann, ist diskriminierend ungleich gestellt und in seiner Selbstbestimmung eingeschränkt.¹⁴⁰

6. Was Sterbehilfe betrifft

Es bleibt Folgendes klar zu konstatieren, dass bei einer frei verantwortlichen Selbsttötung, welche in Deutschland seit über 250 Jahren rechtlich zulässig und verfassungsmäßig gesichert ist, der Betroffene selbst entscheidet, bei klarem Verstand, voll informiert und ohne Druck von außen. Jedoch ist es auch immer Interpretationssache, wie frei der „freie Wille“ sein kann, da dieser als „Konstrukt“ auch die Ängste oder sozialen Bedürfnisse und Erwartungen anderer widerspiegelt. Der freie Wille bleibt aber gültig, wenn Entscheidungen ohne äußere Zwänge und bei informierter, rationaler Durchdringung der Thematik getroffen wurden.¹⁴¹

Eine gemeinsame Stellungnahme deutscher Strafrechtler bestätigte 2015, dass „eine Strafbarkeit der Suizidbeihilfe [...] in das Selbstbestimmungsrecht unverhältnismäßig“¹⁴² eingreife. Passive sowie indirekte Sterbehilfe sind in Deutschland ebenso legal und übliche Praxis, im Patientenrecht festgeschrieben und über die Patientenverfügung sowie die Vorsorgevollmacht zu gewährleisten. Nach dem Hallenser Juristen Christoph Mandla sowie zahlreichen weiteren deutschen Strafrechtlern ist zur gegenwärtigen Debatte um die Sterbehilfe aus strafrechtlicher Sicht bereits alles suffizient geregelt und bedürfe keiner Änderung.¹⁴³ Dabei muss das Strafrecht verhindern, dass „die Zulassung der Selbsttötung zum Alibi sozialer Versäumnisse und die Sterbehilfe zur Sterbenachilfe wird“.¹⁴⁴ Der häufig in die rechtliche Debatte eingebrachte hippokratische Eid ist, wie auch das Genfer Gelöbnis, keine rechtliche Grundlage, sondern ein Zeitdokument, dass aus dem historischen Kontext heraus entstanden und zu verstehen ist.¹⁴⁵

„Appell-Suizide“ bzw. Suizide im Rahmen psychischer Erkrankungen, durch das Bewusstsein beeinflussende Faktoren (z. B. Drogen) oder Nachahmungsuizide („Werther-Effekt“ bzw. „Enke-Effekt“¹⁴⁶) sind nicht Gegenstand der Suizid- und Sterbehilfe. Es geht um die Hilfe zur Selbsttötung und die fachkundige Unterstützung sowie Begleitung dabei. Der assistierte Suizid soll Betroffenen dienen, welche sich für eine Selbsttötung entschieden haben, diese aber von eigener Hand nicht oder nur unter äußerst fragwürdigen Bedingungen wahrnehmen können.¹⁴⁷ Durch eine fehlende „medizinische Freitodbegleitung“ nehmen sich Menschen „auf grausame und entwürdigende Weise das Leben“.¹⁴⁸ Ferner sei auf die „Suizidfolgekosten“ (z. B. Rettungseinsätze, Invalidität etc.) hingewiesen.¹⁴⁹

Ein frei verantwortlicher Suizidwilliger sollte mit seiner Entscheidung nicht abgewiesen und allein gelassen werden. Wer sein Leben selbst in die Hand nehmen will, darf auch sein Sterben in die eigene Hand nehmen. Das formale Recht, sich frei verantwortlich töten zu dürfen, darf nicht zum „Scheinrecht“ werden, weil man die benötigte Hilfe für dessen Realisierung nicht erhält oder nicht ein-

fordern kann. Genau und allein um diese Hilfe geht es. Eine straffreie Suizidhilfe verpflichtet dabei niemanden, diese auch zu nutzen beziehungsweise zu leisten.

Um Fehlentscheidungen, gar einem Missbrauch entgegen zu treten, helfen, neben der juristisch sauberen Untermauerung, ein verstärkt öffentlicher, vorurteilsfreier und ergebnisoffener Diskurs. Nötig sind ausreichende, unkomplizierte und niedrigschwellige Informations- und Beratungsstellen, eine vertrauensvolle Aufklärung mit menschlicher Zuwendung und Verständnis, ein offenes gesellschaftliches Klima sowie suffiziente Therapieangebote mit psychosozialer Begleitung (u. a. durch eine Erweiterung der palliativmedizinischen Angebote sowie einer Stärkung der Pflegeeinrichtungen). Angehörige müssen in die Betreuung unabdingbar mit eingeschlossen werden. Eine psychische Verbesserung des Wohlbefindens der Angehörigen bessert dieses auch beim Patienten.¹⁵⁰ Laut Schätzungen der WHO sind von einem Suizid mehr als sechs nahestehende Personen (Angehörige, Freunde) betroffen.¹⁵¹ Niemand stirbt für sich allein.

Es überschneiden sich im vielschichtigen Diskurs zwangsläufig die Fragen, wo das Recht des Individuums anfängt und die Rechte von Gesellschaft, Staat und Markt aufhören. Dabei umfasst die Debatte um den Suizid sowie die Suizid- und Sterbehilfe, neben vielen Themenfeldern, vor allem Fragen des individuellen und gesellschaftlichen Bewusstseins. Wir sollten uns, im Dialog mit denen, die uns nahestehen, in Ruhe und Gelassenheit durch wiederholte Reflexion über unsere Prioritäten, Wertvorstellungen, Hoffnungen und Überzeugungen im Leben bewusst werden.

* Die Arbeit basiert auf der Masterarbeit zur Erlangung des Titels Master of Medicine, Ethics and Law an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Für die Veröffentlichung wurde die Arbeit gekürzt.

¹ Studt H und Petzold P: Psychotherapeutische Medizin: Psychoanalyse. Psychosomatik. Psychotherapie. Leitfaden für Klinik und Praxis, Berlin 1999, S. 122, <https://de.wikipedia.org/wiki/Suizid> (abgerufen am 10.10.2016).

² World Health Organisation: Figures and facts about suicide, Geneva 1999, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66097/1/WHO_MNH_MBD_99.1.pdf (abgerufen am 15.10.2016).

³ Bei Personen ab 70 Jahren ist die Suizidalität weltweit am höchsten, vgl. WHO: Preventing suicide: A global imperative, 2014, http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_german.pdf (abgerufen am 15.10.2016); Beerheide R: Ruf nach mehr Prävention: „Der Suizid trägt die Handschrift des Alters“, Ärzte Zeitung online, 11.03.2015, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/praevention/article/881234/ruf-nach-praevention-suizid-traegt-handschrift-des-alters.html (abgerufen am 15.10.2016).

⁴ Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Statistisches Bundesamt 2013.

⁵ Kutzer K: Die derzeitige Rechtsprechung auf dem Prüfstand: Kann die Unterscheidung von „Normalpatient“ und Suizidpatient Bestand haben?, in: Wolfslast G, Schmidt KW (Hrsg.), Suizid und Suizidversuch, München 2005, S. 185

⁶ Schuler K: Wer beim Sterben helfen darf, Die Zeit online, 13.11.2014, <http://www.zeit.de/politik/>

deutschland/2014-11/sterbehilfe-positionen-ueberblick (abgerufen am 15.10.2016); Denkler T: Wer sterben will, muss sterben dürfen, sz.de, 13.11.2014, <http://www.sueddeutsche.de/politik/pro-recht-auf-sterbehilfe-wer-sterben-will-muss-sterben-duerfen-1.2218706> (abgerufen am 15.10.2016).

⁷ Arsenault-Lapierre G et al.: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a metaanalysis. BMC Psychiatry 2004, 4, 37. Je nach Studienlage waren 15–95 Prozent der Suizidenten depressiv, vgl. <https://suizidpraevention.wordpress.com>.

⁸ Sterbewunsch eines Patienten laut Palliativmediziner oft Hilferuf, aerzteblatt.de, 27.01.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57366> (abgerufen am 15.10.2016).

⁹ Horst Haltendorf spricht von „Bilanz- oder Abwägungssuiziden“, in: Machleidt W, M. Bauer M et al. (Hrsg.), Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Stuttgart 2004, S. 241.

¹⁰ BGHSt 2, 150, 12.02.1952.

¹¹ Scheffler U: Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes zur Strafbarkeit der Mitwirkung am Suizid – besser als ihr Ruf?, https://www.rewi.europa.uni.de/de/lehrstuhl/sr/krimirecht/lehrstuhl-inhaber/Publicationen/Aufsaeetze/Die_Rechtsprechung_des_BGH_zur_Strafbarkeit_der_Mitwirkung_am_Suizid.pdf (abgerufen am 15.10.2016).

¹² BGHSt 32, 367, 04.07.1984.

¹³ BGHSt 6, 147, 10.03.1954; LG Berlin, JR 1967, 269; OLG München 31.07.1987, NJW 1987, 2940.

¹⁴ „Das Dokument ist unerlässlich für einen Arzt, der seinen Patienten durch den gesamten Sterbeprozess begleiten will.“ Arnold U-C: Letzte Hilfe. Rowohlt Verlag 2014, S. 22.

¹⁵ BGH, Urteil vom 13.09.1994, NJW 1995, 204 ; OLG Frankfurt 15.07.1998, NJW 1998, 2747.

¹⁶ Vgl. § 1901a BGB und § 1901b BGB.

¹⁷ BGH XIIIZB202/13, 17.09.2014; Passive Sterbehilfe. Keine überhöhten Beweisanforderungen an Patientenwillen, aerzteblatt.de, 16.10.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60486> (abgerufen am 15.10.2016).

¹⁸ BVerfG 2 BvR 1451/01, 30.01.2002.

¹⁹ Hörster N: Sterbehilfe im säkularen Staat, Frankfurt am Main 1998, S.11.

²⁰ BGHSt 42, 301, 15.11.1996.

²¹ BGHSt 37, 376, 08.05.1991; BGHSt 50, 80, 22.04.2005.

²² Klinkhammer G, Rabbata S: Luxemburg: Straffreiheit für aktive Sterbehilfe, Deutsches Ärzteblatt 2008, 105(10), A 493; Oregon Death with Dignity Act, <https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/Evaluationresearch/deathwithdignityact/Pages/index.aspx> (abgerufen am 15.10.2016).

²³ BGH, 1 StR 641/12, 08.01.2013.

²⁴ Das „Suizid-Mittel“ Natrium-Pentobarbital ist in Deutschland für Menschen nicht zugelassen, vgl. Arnold, Fn. 14, S. 54.

²⁵ Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Stellungnahme 2006, S. 53, <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/selbstbestimmung-und-fuersorge-am-lebensende.pdf> (abgerufen am 15.10.2016); vgl. BGH 2 StR 454/09, 25.06.2010.

²⁶ Ebd., S. 78-82; selbst die palliative Sedierung verkürzt nicht die Sterbephase, sie kann sie sogar verlängern, vgl. Borasio GD: Über das Sterben, München 2011, S. 78.

²⁷ Beschlüsse des 66. Deutschen Juristentages, S. 7 ff.; http://www.djt.de/fileadmin/downloads/66/66_DJT_Beschluesse.pdf (abgerufen am 15.10.2016).

²⁸ BGH, Fn. 25.

²⁹ Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 2011, 108(7), A-346/B-278/C-278.

³⁰ Montgomery lehnt Positionspapier zum assistierten Suizid ab, aerzteblatt.de, 17.10.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60507> (abgerufen am 15.10.2016); Montgomery warnt vor ärztlich assistiertem Suizid, aerzteblatt.de, 19.09.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60160> (abgerufen am 15.10.2016); Montgomery gegen organisierte Selbsttötung, aerzteblatt, 11.09.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60059> (abgerufen am 15.10.2014).

³¹ Sterbehilfe-Debatte unter Medizinern – Nicht ganz so einig, taz.de, 14.12.2014, <http://www.taz.de/!5026226/> (abgerufen am 15.10.2016).

³² Ebd.

³³ Westfalen-Lippe: „Sie sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“, Sachsen-Anhalt: „Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und Achtung ihres Willens beizustehen. Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.“, Bayern: „Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.“, in: Kammer Westfalen-Lippe bekräftigt Ablehnung von Sterbehilfe, aerzteblatt.de, 22.10.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60572> (abgerufen am 15.10.2016).

³⁴ Die Approbation wird nicht von den Kammern direkt, sondern von den Bezirksregierungen entzogen, so der CDU-Abgeordnete Rudolf Henke, Arzt und Präsident der Ärztekammer Nordrhein, in: Schmoll H: Debatte über Sterbehilfe „Der Tod als Dienstleister“, faz.net, 13.11.2014, <http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/debatte-ueber-sterbehilfe-im-bundestag-13264357.html> (abgerufen am 15.10.2016).

³⁵ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin gegen ärztliche Beihilfe zum Suizid, aerzteblatt.de, 16.01.2014, <http://m.aerzteblatt.de/news/57243.htm> (abgerufen am 15.10.2016); Debatte über Sterbehilfe „Der Tod als Dienstleister“, Fn. 34; Müller R: Sterbehilfe: Strafrechtler wenden sich gegen strengere Gesetze, faz.net, 14.04.2015, <http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/sterbehilfe-strafrechtler-wenden-sich-gegen-stroengere-gesetze-13537980.html> (abgerufen am 15.10.2016).

³⁶ Fricke A: Assistierter Suizid – Ethikrat warnt vor Gefahren eines „Sterbehilfegesetzes“, aerzteblatt.de, 19.12.2014, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/876292/assistierter-suizid-ethikrat-warnt-gefahren-sterbehilfegesetzes.html (abgerufen am 15.10.2016).

³⁷ VG Berlin 30.03.2012 – 9 K 63.09, <http://openjur.de/u/428212.html> (abgerufen am 15.10.2016).

³⁸ Nauck F, Ostgathe C, Radbruch L: Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben, Deutsches Ärzteblatt 2014, 111(3), S. A 67–71.

³⁹ Deckers D: Druck auf Kranke: Hospizverband gegen Sterbehilfe, faz.net, 03.10.2014, <http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/druck-auf-kranke-hospizverband-gegen-sterbehilfe-13184961.html> (abgerufen am 15.10.2016); Palliativärzte fordern Verbot von Suizidbeihilfe, arzteblatt.de, 01.10.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60314> (abgerufen am 15.10.2016).

⁴⁰ Augsberg S, Brysch E: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, Deutsche Stiftung Patientenschutz (Hrsg.), Patientenschutz-Info-Dienst 2/14, 18.05.2014, https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/files/pdf/PID2014/Gesetzesentwurf_Strafbarkeit_Foerderung_Selbsttoetung_PID_2_2014.pdf (abgerufen am 15.10.2014).

⁴¹ Ethikrat lehnt ärztlich assistierte Selbsttötung grundsätzlich ab, ZEIT ONLINE, 19.12.2014, <http://www.zeit.de/gesellschaft/2014-12/sterbehilfe-ethikrat-selbsttoetung> (abgerufen am 15.10.2016).

⁴² Gesetzesentwurf zur Regelung des assistierten Suizids vorgelegt, aerzteblatt.de, 26.08.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59877> (abgerufen am 15.10.2016). Der Entwurf stammt von dem Palliativmediziner Gian Domenico Borasio, dem Medizinrechtler Jochen Taupitz sowie den Medizinethikern Ralf Jox und Urban Wiesing.

⁴³ Ebd.

⁴⁴ Bundestag sucht Position zum assistierten Suizid, ZEIT ONLINE, 13.11.2014, <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2014-11/bundestag-sterbehilfe-debatte> (abgerufen am 15.10.2016); Engagierte Bundestagdebatte zur Sterbehilfe: Fünf Positionen kristallisieren sich heraus, aerzteblatt.de, 13.11.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60855> (abgerufen am 15.10.2016); Sterbehilfe-Debatte im Bundestag. „Beim Sterben wird’s persönlich“, sz.de, 13.11.2014, <http://www.sueddeutsche.de/politik/sterbehilfe-debatte-im-bundestag-beim-sterben-wirds-persoendlich-1.2218884> (abgerufen am 15.10.2016).

⁴⁵ Koalition einigt sich auf Ausbau der Palliativmedizin, faz.net, 11.11.2014, <http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/betreuung-von-schwerstkranken-koalition-einigt-sich-auf-ausbau-der-palliativmedizin-13260602.html> (abgerufen am 15.10.2016).

⁴⁶ Mediziner gegen Zulassung von ärztlich assistiertem Suizid, aerzteblatt.de, 09.10.2014.

⁴⁷ Sterbehilfe: Ethikrat lenkt Blick auf Suizidbeihilfer, aerzteblatt.de, 28.11.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61039> (abgerufen am 15.10.2016)

⁴⁸ Dafür sollen die Krankenkassen mehr als 100 Mio. Euro zusätzlich bereitstellen. Die zukünftigen Ausgaben für Hospiz- und Palliativversorgung dürften um mind. 200 Mio. auf 600 Mio Euro im Jahr steigen. Hospize sollen künftig 95 % ihrer Kosten (statt bisher 90 %) erstattet bekommen. Zudem soll der Mindestzuschuss von 198 auf 255 Euro pro Tag steigen, vgl. Fricke A: Sterbebegleitung: Koalition setzt verstärkt auf Vertragsärzte, Ärzte Zeitung online, 19.03.2015, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/881857/sterbebegleitung-koalition-setzt-verstaerkt-vertragsaerzte.html (abgerufen am 15.10.2016).

⁴⁹ § 217 StGB: „(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“ Zur Problematik vgl. Hilgendorf E: Eine Norm für die Wissenschaft, Legal Tribune Online, 12.12.2015, <http://www.lto.de/recht/hintergruende/h/gesetzgebung-sterbehilfetatbestandsmerkmale-analyse/> (abgerufen am 15.10.2016).

⁵⁰ Sitte T: Eine Medizin ohne Tötung, aber mit Augenmaß!, Ärzte Zeitung online, 21.04.2015, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/884145/gastbeitrag-sterbehilfe-medizin-toetung-aber-auge-mass.html (abgerufen am 15.10.2016).

⁵¹ Borasio GB, Fn. 26, S. 129.

⁵² Borasio GB: Debatte Palliativmedizin: Selbstbestimmt sterben, taz.de, 06.10.2014, <http://www.taz.de/!5031730/> (abgerufen am 15.10.2016).

⁵³ Borasio, Fn 26, S. 39.

⁵⁴ Grefe C: Am Ende, ZEIT ONLINE, 13.02.2015, <http://www.zeit.de/2015/05/palliativmedizin-todbetreuung-lebensqualitaet> (abgerufen am 15.10.2016).

⁵⁵ Ebd.

⁵⁶ Borasio, Fn. 26, S. 32.

⁵⁷ Dabei stieg die Anzahl der Palliativstationen bundesweit von 186 (2009) auf 231 (2011) Einrichtungen. Die Zahl der stationären Hospize stieg von 30 (1996) auf 195 (2011). Die Zahl der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste stieg von 451 (1996) auf ca. 1.500 (2011), vgl. Palliativmedizin – Deutsche nutzen immer häufiger Hospize, Ärzte Zeitung online, 30.10.2014, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/872239/palliativmedizin-deutschenutzen-immer-haeufiger-hospize.html (abgerufen am 15.10.2016).

⁵⁸ Delamothe T et al.: Why the Assisted Dying Bill should become law in England and Wales. It’s the right thing to do, and most people want it. British Medical Journal 2014, 349(1), in Arnold, Fn. 14, S. 128.

⁵⁹ European Association for Palliative Care (EAPC): Palliative Care Development in Countries with Euthanasia Law. Report for the Commission on Assisted Dying, London 2011, S. 19, in: Arnold, Fn. 14, S. 129.

⁶⁰ Vgl. Fn. 8.

⁶¹ Haardorf Heike: Führende Mediziner kritisieren Politik, taz.de, 26.08.2014, <http://www.taz.de/!5034642/> (abgerufen am 15.10.2016).

⁶² Borasio, Fn. 52.

⁶³ 70 Prozent der palliativmedizinisch betreuten Krebspatienten haben Schmerzen. Die meisten davon beschreiben dabei mehr als eine Art von Schmerz, vgl. Borasio, Fn. 26, S. 68 und 70.

⁶⁴ Zum Teil führt eine suffiziente Schmerztherapie dann zur (komatösen) Sedierung, wodurch der Betroffene bereits „vorab sozial stirbt“, vgl. Arnold, Fn. 14, S. 52 f.

⁶⁵ Borasio, Fn. 26, S. 67.

⁶⁶ Vgl. Fn. 42.

⁶⁷ Oregon Public Health Division, Death with Dignity Act Report 2013, in: Arnold, Fn. 14, S. 123-124

und S. 128.

⁶⁸ Gauthier S et al.: Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. J Med Ethics 2014: <http://jme.bmj.com/content/early/2014/07/03/medethics-2014-102091> (abgerufen am 15.10.2016); Schweiz – Fälle von assistiertem Suizid haben sich in drei Jahren verdoppelt, aerzteblatt.de, 21.08.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59824> (abgerufen am 15.10.2016).

⁶⁹ Sterbehilfe. Bitte keinen Heldentod. Süddeutsche Zeitung-online, 10.09.2014.

⁷⁰ Keiner der 66 Patienten mit einer ALS habe einem Arzt solche Gedanken kommuniziert, obwohl sie bei 42 Prozent existent waren, vgl. Stutzki R et al.: Attitudes towards hastened death in ALS: A prospective study of patients and family caregivers, in: Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration 2014, 15(1-2), S. 68-76.

⁷¹ <https://suizidpraevention.wordpress.com/suizidalitat/>.

⁷² Unheilbar Kranke verschweigen Ärzten den Wunsch nach Sterbehilfe, aerzteblatt.de, 14.11.2013, <http://mobile.aerzteblatt.de/news/56582.htm> (abgerufen am 15.10.2016).

⁷³ Borasio, Fn. 26, S. 9.

⁷⁴ Ebd., S. 10.

⁷⁵ Koalition will Palliativmedizin stärken, aerzteblatt.de, 29.04.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58476/Koalition-will-Palliativmedizin-staerken> (abgerufen am 15.10.2016).

⁷⁶ Vgl. Glück A: Debatte um Sterbehilfe: Die große Unehrllichkeit, sz.de, 13.11.2014, <http://www.sueddeutsche.de/politik/debatte-um-sterbehilfe-die-grosse-uehrllichkeit-1.2216782> (abgerufen am 15.10.2016).

⁷⁷ Haneke A: Selbstmord aus Angst vor dem Doktor, faz.net, 12.11.2014, <http://www.faz.net/aktuell/politik/staat-und-recht/gesetzliche-neuregelung-der-sterbehilfe-13260704.html> (abgerufen am 15.10.2016).

⁷⁸ Borasio, Fn. 26, S. 25.

⁷⁹ Arnold, Fn. 14, S. 49.

⁸⁰ Jens W, Küng H: Menschenwürdig sterben, München 2009, S. 43.

⁸¹ Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 2011, 108(7), A-346/B-278/C-278.

⁸² Albrecht H: Sterbehilfe. Ein Hausarzt, der sterben hilft. ZEIT ONLINE, 18.05.2015, <http://www.zeit.de/2015/18/sterbehilfe-liberalisierung-niederlande-hausarzt> (abgerufen am 15.10.2016).

⁸³ Fischer T: Im Zweifel gegen die Freiheit, ZEIT ONLINE, 28.04.2015, <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2015-04/sterbehilfe-selbstbestimmung-bundestag> (15.10.2016).

⁸⁴ Fn. 61.

⁸⁵ 34 Prozent lehnen ein Verbot ab, 41 Prozent sind unentschieden, vgl. Studie – Suizid mit ärztlicher Hilfe ist selten. aerzteblatt.de, 01.12.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61058> (abgerufen am 15.10.2016).

⁸⁶ Nur jeder vierte Arzt ist für ein Verbot, Ärzte Zeitung online, 03.12.2014, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/874751/assistierter-suizid-nur-jeder-vierte-arzt-verbot.html (abgerufen am 15.10.2016); Institut für Demoskopie Allensbach, Archiv IfD Umfrage 5265, August 2009; <http://www.samw.ch/de/Ethik/Ethik-am-Lebensende.html> (abgerufen am 15.10.2016); Schweizer Ärzte halten Beihilfe zum Suizid für vertretbar, aber nur wenige beteiligen sich daran, aerzteblatt.de, 19.11.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60926> (abgerufen am 15.10.2016).

⁸⁷ Forsa-Institut: Sterbehilfe und das Vertrauen zum Hausarzt. Repräsentative Umfrage im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben, 2003, in: Arnold, Fn. 14, S. 108.

⁸⁸ Mehrheit für aktive Sterbehilfe, sz.de, 16.01.2014, <http://www.sueddeutsche.de/panorama/umfrage-mehrheit-fuer-aktive-sterbehilfe-1.1864342> (abgerufen am 15.10.2016).

⁸⁹ von Lutterotti M: Sterbehilfe: Gebot der Menschlichkeit?, Düsseldorf 2002, S. 13.

⁹⁰ Ganzini L et al.: Oregon Physician Attitudes About and Experiences with End-of-Life Care Since the Passage of the Death With Dignity Act, in: Journal of the American Medical Association, 2001, 18, S. 2363–2369, in: Arnold, Fn. 14, S. 109.

⁹¹ Arnold, Fn. 14, S. 109.

⁹² Medizinethiker über Sterbehilfe: „Vertrauenswürdige Ansprechpartner“, taz.de, 14.04.2014, <http://www.taz.de/!5044600/> (abgerufen am 15.10.2016).

⁹³ Fn. 82.

⁹⁴ Tod durch ärztliche Hilfe: Oregon: 1/1000, US-Durchschnitt: 1/250, vgl. a. Dahl E: Selbstbestimmung gibt Sicherheit, Die Welt, 09.08.2006, <https://www.welt.de/print-welt/article234626/Selbstbestimmung-gibt-Sicherheit.html> (abgerufen am 15.10.2016), auch in: Arnold, Fn. 14, S. 133.

⁹⁵ Niederlande: Ärztliche Sterbehilfe für 4829 Menschen. Ärzte Zeitung online, 07.20.2014, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/870461/niederlande-aerztliche-sterbehilfe-4829-menschen.html (abgerufen am 15.10.2016).

⁹⁶ Arnold, Fn. 14, S. 113.

⁹⁷ Ein würdiger Tod Älterer ist der Gesellschaft < 1 % ihrer Gesundheitsausgaben wert. Nicht einmal ein Zehntel dessen, was für Beerdigungen ausgegeben wird, vgl. Greffrath M: Wie wollen wir sterben, taz.de, 13.08.2014, <http://www.taz.de/!5035605/> (abgerufen am 15.10.2016).

⁹⁸ Ehemaliger Verfassungsrichter gegen Liberalisierung des Sterbehilfe-Verbots. Deutsches Ärzteblatt online, 03.09.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59972> (abgerufen am 15.10.2016).

⁹⁹ Markwardt N: Wem gehört mein Tod?, ZEIT ONLINE, 19.11.2014, <http://www.zeit.de/kultur/2014-11/sterbehilfe-macht-religion-essay> (abgerufen am 15.10.2016).

¹⁰⁰ Vgl. Fn. 77.

¹⁰¹ Altvater E: Dunkle Sonne. Im Erdzeitalter des Kapitals, Le Monde diplomatique, Berlin, November 2014, <http://monde-diplomatique.de/artikel/!267688> (abgerufen am 15.10.2016).

¹⁰² Institut für Demoskopie Allensbach, Archiv IfD Umfrage 5265, August 2009.

¹⁰³ Forsa-Umfrage 2007 im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben, http://www.dghs.de/fileadmin/user_upload/Dateien/PDF/Umfrage_Maerz_2007.pdf (abgerufen am 15.10.2016).

¹⁰⁴ Sterbehilfe-Debatte im Bundestag: „Beim Sterben wird’s persönlich“, sz.de, 13.11.2014, <http://www.sueddeutsche.de/politik/sterbehilfe-debatte-im-bundestag-beim-sterben-wirds-persoendlich-1.2218884> (abgerufen am 15.10.2016).

¹⁰⁵ <http://aktuell.ruhr-uni-bochum.de/pm2014/pm00212.html.de> (abgerufen am 15.10.2016).

¹⁰⁶ Oregon Public Health Division, Death with Dignity Act Report 2013, Arnold, Fn. 14, S. 123.

¹⁰⁷ Spiewak M: Sie haben beim Sterben geholfen, ZEIT ONLINE, 13.03.2015, <http://www.zeit.de/2015/09/sterbehilfe-aerzte-brechen-tabu> (abgerufen am 15.10.2016).

¹⁰⁸ 1. „Verlust der Selbständigkeit“ (91,4%), 2. „Verlust der Fähigkeit, Dinge zu tun, die das Leben lebenswert machen“ (88,9%), 3. „Verlust der Würde“ (80,9%), 4. „Verlust der Kontrolle über die eigenen Körperfunktionen“ (50,3%), vgl. Oregon Public Health Division, Death with Dignity Act Report 2013, Arnold, Fn. 14, S. 123–127.

¹⁰⁹ Deckers D: Die Sterbehilfe gerät in eine Schweigespirale, faz.net, 22.05.2015, <http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/sterbehilfe-stoesst-laut-umfrage-auf-groessere-ablehnung-13606954.html> (abgerufen am 15.10.2016); 90,4 Prozent (2004) der deutschen Palliativmediziner halten es für moralisch unzulässig, einem Sterbenden auf dessen ausdrücklichen Wunsch aktive Sterbehilfe zu leisten, vgl. van Delden J et al.: Thirty Years’ Experience with Euthanasia in the Netherlands, in: Quill TE und Margaret Battin MP, Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care and Patient Choice, Baltimore 2005, in: Arnold, Fn. 14, S. 132; Institut für Demoskopie Allensbach, Archiv IfD Umfrage 5265, August 2009.

¹¹⁰ Arnold, Fn. 14, S. 35.

¹¹¹ Laut Arnold besteht die „palliative Suizidbegleitung [...] darin, exakt jene unangenehmen Nebenwirkungen eines langsamen Suizides [z. B. durch Nahrungsverweigerung, A. P.] zu minimieren, zu denen es im Falle eines ärztlich assistierten, schnellen Suizids gar nicht gekommen wäre“. Arnold, Fn. 14, S. 37.

¹¹² Müller, Fn. 35.

¹¹³ Borasio, Fn. 26, S. 29.

¹¹⁴ Bei ca. 10 Prozent der Todesfälle ist spezialisiertes palliativmedizinisches Wissen erforderlich, was in den meisten Fällen durch SAPV-Teams ebenso zu Haus zu realisieren wäre, vgl. Borasio, Fn. 26, S. 25.

¹¹⁵ Ebd., S. 28 f.

¹¹⁶ Fn. 54.

¹¹⁷ Sterbehilfe in den Augen der Europäer. Studie der Vereinigung der Schweizer Medizinal-rechtsanwälte, Zürich 2012, in, Arnold, Fn. 14, S. 9.

¹¹⁸ Fn. 109.

¹¹⁹ Forsa-Umfrage im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS), 2012 - http://www.dghs.de/fileadmin/user_upload/Dateien/PDF/Forsa-Umfrage_2012-w.pdf (abgerufen am 15.10.2016).

¹²⁰ Ebd.

¹²¹ Fn. 99; Fn. 34; Sterbehilfeorganisation Exit will Suizidbeihilfe ohne ärztliches Gutachten, [aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de), 19.05.2014, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58716> (abgerufen am 15.10.2016); Jüngere können sich Suizid im Alter eher vorstellen als Ältere, [aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de), 3.02.2014, <http://mobile.aerzteblatt.de/news/57462.htm> (abgerufen am 15.10.2016).

¹²² „Selbstmordtouristen“: Deutschland: 268, England: 126, Frankreich: 66, Italien: 44, USA: 21, Österreich: 15, Kanada: 12. vgl. „Suizid-Tourismus“: Mehr Fälle von Sterbehilfe in der Schweiz. Ärzte Zeitung online, 22.08.2014, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/867215/suizid-tourismus-faelle-sterbehilfe-schweiz.html (abgerufen am 15.10.2016).

¹²³ Bei Exit sind nur Mitglieder aus der Schweiz zugelassen. Suizidbeihilfe 2014: 583, 2013: 450, 2010: 257, vgl. Suizidbeihilfe: „Exit“ verzeichnet Höchststand bei Anmeldungen. [aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de), 11.03.2015, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62113> (abgerufen am 15.10.2016); Sterbehilfeorganisation Exit mit 25 Prozent Steigerung, [aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de), 31.03.2014, <http://m.aerzteblatt.de/news/58166.htm> (abgerufen am 15.10.2016).

¹²⁴ Davon: 3.588 Krebs, 294 Erkrankungen des Nervensystems, 223 Herzkreislauf-Erkrankungen, Fn. 95.

¹²⁵ Fn. 52.

¹²⁶ Arnold, Fn. 14, S. 20.

¹²⁷ Knippals D: „Das ist meine größte Angst“, [taz.de](http://www.taz.de), 07.01.2014, <http://www.taz.de/!5051375/> (abgerufen am 15.10.2016).

¹²⁸ Fn. 52.

¹²⁹ Fn. 61; Im US-Bundesstaat Washington ist nach dem Washington Death with Dignity Act der ärztlich assistierte Suizid zugelassen.

¹³⁰ Fn. 82.

¹³¹ Zunahme der aktiven Sterbehilfe in Belgien, [aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de), 19.03.2015, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62197> (abgerufen am 15.10.2016); Fn. 42.

¹³² Bundesamt für Statistik der Schweiz (BFS): Todesursachenstatistik 2009. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz, Neuchâtel 2012.

¹³³ Schöne-Seifert B: Suizidhilfe-Debatte. Wenn es ganz unerträglich wird, [faz.net](http://www.faz.net), 05.11.2014, <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/debatten/sterbehilfe-debatte-wenn-es-ganz-unertraeglich-wird-13249733.html> (abgerufen am 15.10.2016).

¹³⁴ Bundesamt für Statistik der Schweiz (BFS): Suizidmethoden, Entwicklung 1995-2012.

¹³⁵ Fn. 99

¹³⁶ Fn. 44.

¹³⁷ Gesetzentwurf zur Sterbehilfe. Arzt soll entscheiden, [sz.de](http://www.sueddeutsche.de), 17.10.2014, <http://www.sueddeutsche.de/politik/gesetzesentwurf-zur-sterbehilfe-arzt-soll-entscheiden-1.2176558> (abgerufen am 15.10.2016).

¹³⁸ Denkler, Fn. 6.

¹³⁹ Müller, Fn. 35.

¹⁴⁰ Fn. 83.

¹⁴¹ Schwarze T, Thurm F: Wie frei ist der letzte Wille?, ZEIT ONLINE, <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2015-03/sterbehilfe-debatte-freier-wille> (abgerufen am 15.10.2016).

¹⁴² Müller, Fn. 35.

¹⁴³ So Christoph Mandla bei einer Podiumsdiskussion zur Sterbehilfe an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg am 11.05.2015.

¹⁴⁴ So entsteht der Schutzzweck des Strafrechts vor vorzeitiger Lebensverkürzung, aber auch vor unangemessener Lebensverlängerung, in Jens und Küng, Fn. 80, S. 138.

¹⁴⁵ Arnold, Fn. 14, S. 95.

¹⁴⁶ Schäfer M und Quiring O: Gibt es Hinweise für einen „Enke-Effekt“? Die Presseberichterstattung über den Suizid von Robert Enke und die Entwicklung der Suizidzahlen in Deutschland, in: *Publizistik* 2013, 58(2), S. 141–161.

¹⁴⁷ Sterbefasten, harter Suizid (in Deutschland 2012: Erhängen: 4.446; vor den Zug werfen: ca. 800, Verkehrsunfälle: ca. 550, vgl. Statistisches Bundesamt 2013).

¹⁴⁸ Arnold, Fn. 14, S. 173 und 176. Ca. 10% überleben einen Eisenbahnsuizid mit abgetrennten Gliedmaßen. Jeder Lokführer erlebt in seinem Berufsleben ca. drei „Personenunfälle“.

¹⁴⁹ In Deutschland ca. 20 Mrd. € pro Jahr, das Dreifache des Haushaltes des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, vgl. Arnold, Fn. 14, S. 179.

¹⁵⁰ Borasio, Fn. 26, S. 81.

¹⁵¹ In Deutschland verloren 2012 ca. 60.000 Menschen einen Nahestehenden durch Suizid, vgl. <https://suizidpraevention.wordpress.com/suizide-in-deutschland-2012/> (abgerufen am 15.10.2016).

Andreas Posa ist Assistenzarzt an der Universitätsklinik und Poliklinik für Neurologie in Halle (Saale).

Taxonomische Mehrdeutigkeiten: *koto*, Monster und die Unschärfe der Evidenz

von Dr. phil. Andreas Walker, M.Mel.

Der botanische Name der Erdnuss lautet *Arachis hypogaea*. Das Geschlecht der *Arachis* wird der Familie der *Fabaceae* bzw. *Leguminosae* zugeordnet, womit Erbsen- bzw. Hülsenfrüchte gemeint sind. *Hypogaeum* bezeichnet im Lateinischen ein unterirdisches Gewölbe – mithin ein Grab. Der deutsche Name „Erdnuss“ ist also zunächst etwas irreführend. Das englische *peanut* verweist immerhin noch auf die Zuordnung zu den Erbsenfrüchten. Wie viele Hülsenfrüchte stammt die Erdnuss aus Südamerika und verbreitete sich von dort nach Asien, Europa und Afrika. In der Nahuatl-Sprache, die von Azteken und verwandten Naha-Völkern gesprochen wurde und in moderner Form auch heute noch gesprochen wird, wurde sie als *tlalkakauatl* bzw. *tlalcacahuatl*, als Kakaobohne der Erde bezeichnet, was sich noch in der spanischen (*cacahuete*) bzw. französischen (*cacahuète*) Sprache nachvollziehen lässt. Morphologisch hingegen benimmt sich die Erdnuss wie eine Nuss, da sich ihre Frucht nicht – wie bei anderen Hülsenfrüchten – öffnet. Zudem verfügt sie über einen hohen Fettgehalt, weshalb man aus ihr Erdnussöl gewinnen kann. Die Erdnuss ist also eine Erbse, die sich wie eine Nuss verhält, bzw. eine Nuss, die zur Familie der Erbsen gehört. Die Erdnuss ist taxonomisch mehrdeutig.

Es wird mir auf verschiedenen Ebenen um taxonomische Mehrdeutigkeiten bzw. um taxonomisch Uneindeutiges gehen. Auf den ersten Blick haben die folgenden Ausführungen weder etwas mit medizinethischen oder bioethischen noch mit den damit in Zusammenhang stehenden juristischen Überlegungen zu tun. Ich denke jedoch, dass sie ein Grundproblem ansprechen, vom dem auch Aussagen innerhalb der Medizinethik und des Medizinrechts betroffen sind, nämlich die Frage nach der Gültigkeit von Aussagen und der Stabilität von Diskursen, in welchen mit Beweisen, Grundannahmen und Konstanten operiert wird.

I. *Koto*

Der japanische Naturforscher Minakata Kumagusu (1867–1941) war geradezu fasziniert von der Ambiguität von Schleimpilzen. Schleimpilze sind weder Pilze noch Tiere. Ihre verschiedenen Lebensphasen weisen zwar Ähnlichkeiten mit tierischem oder fungalem Leben auf, ohne dass diese Lebewesen der einen

oder der anderen Bestimmung eindeutig zuordenbar wären. Die morphologischen Stadien reichen von kaum sichtbaren Einzellern bis hin zu den faszinierend fremdartig anmutenden Fruchtkörpern, die eine Größe von wenigen Millimetern bis zu einem Meter annehmen können. Auch untereinander weisen die Schleimpilze, die üblicherweise in drei Gruppen (Taxa)¹ eingeteilt werden, Verschiedenheiten auf, sei es, dass einige Arten im Zellverbund leben, sei es, dass manche sich mit einem haploiden, andere mit diploiden Chromosomensatz fortpflanzen.

Minakata sind die Entdeckungen einiger Varianten der *Mycetozoa* zu verdanken. Aber er interessierte sich nicht bloß für Biologie. Von ihm stammen zahlreiche Artikel zur Astronomie, Zoologie und japanischen Folklore. 1907 protestierte er gegen die Zusammenführung von Shintō-Schreinen, wie sie im Zuge der Meiji-Restauration mit ihrem Staats-Shintō durchgeführt wurde. Jedes Dorf, so ordnete die Regierung an, sollte zukünftig nur noch über einen Schrein in seinen Grenzen verfügen. Alle anderen sollten zerstört werden. Minakata organisierte Widerstand bei den bedrohten Schreinen in seiner Heimatstadt Tanabe. Als offizielle Vertreter der Regierung eine Anhörung abhielten, stürmte Minakata in das Gebäude, warf mit Stühlen um sich und schlug den Polizeichef zu Boden. Er landete für 18 Tage im Gefängnis.²

Um zu erklären, warum Minakata die Shintō-Schreine so wichtig waren, hilft es, sich die damalige Stellung des Übersinnlichen, der Monster und Geister in Japan zu vergegenwärtigen. Die Regierung der Meiji-Zeit führte eine umfassende Rationalisierung des gesellschaftlichen Lebens durch, bei der die mythische Herkunft der Kaiserlinie einziges irrationales Moment bleiben sollte. Selbst die Stellung des Buddhismus wurde fragwürdig. Der buddhistische Philosoph Inoue Enryō (1858–1919), der für seine Monsterologie (*yōkaigaku*) bekannt wurde, versuchte deshalb, Irrglauben (*meishin*) von wahren Glauben oder wahren Mysterien (*shinkai*), die die Essenz des Buddhismus ausmachten, zu trennen.³

Inoue unterscheidet epistemisch zwischen *mono* (Ding, Sache) und *kokoro* (Herz, Seele, Geist). Mit Rekurs auf die westliche Psychologie erlaubt ihm der Begriff *kokoro*, sämtliche übernatürlichen Erscheinungen als subjektive Einbildungen oder Hirngespinnste auszuweisen. Alle Monster, Geister und Dämonen wären demnach Phänomene der Einbildungskraft. Dennoch gäbe es eine unerklärliche Natur der äußeren Welt, wahre zeitlose, atopische wie transpersonale Mysterien, die mit dem buddhistischen Ausdruck der wahren Realität (*shinnyo*) korrespondierten.⁴

Die Reduktion der Mysterien (*fushigi*) auf eine religionsphilosophische Dimension wollte Minakata nicht akzeptieren. Neben *kokoro* und *mono* führt er laut Gerald Figal⁵ einen dritten Terminus ein: *koto*. *Koto* bezeichne eine Sache, bei deren Hervorbringung der Mensch involviert sei. *Koto* ist aber nicht mit den Artefakten verobjektivierter Subjektivität⁶ gleichzusetzen, denn unter *koto*

ließen sich nicht nur kulturell wie technisch hervorgebrachte Dinge verstehen, sondern auch diejenigen Praktiken, die mit diesen Dingen verbunden sind. Darunter falle das Naseschnäuzen mit einem Taschentuch ebenso wie das Gründen einer Religion. Um *koto* zu realisieren, bedürfe es gewisser „technischer“ Fertigkeiten, die Minakata mit dem englischen Begriff *tact*⁷ bezeichnet. *Tact* könnte man vielleicht mit Marcel Mauss als „habitus“⁸ verstehen: als eine ‚technische‘ Fertigkeit, die zu einem Körperwissen geworden ist wie etwa Schwimmen oder militärisches Exerzieren. Doch *tact* geht darüber hinaus, denn der Begriff meint nicht bloß eine Gewohnheit, sondern impliziert ein nicht quantifizierbares wie nicht immer bewusstes Urteil, in welchem mit dem nicht Vorhersehbaren, dem Zufälligen gerechnet wird. Der Takt ist die Handhabung des richtigen Moments, „der durch Erfahrung sehr verfeinert werden kann“⁹ und der heuristisch auf Versuch und Irrtum basiert. Minakata unterstellt nun, dass die unvorhersehbaren Aspekte wissenschaftlicher Entdeckungen nicht den Objekten der Wissenschaften selbst anzulasten wären, aber der unquantifizierbaren Komplexität der menschlichen Verstrickung mit dem, was dem Menschen als Natur erscheint.

Als Begriff dient *koto* dazu, Ereignisse kultureller menschlicher Handlungen zu bezeichnen. Diese Bestimmung des Begriffs erlaubt es, folkloristische Erzählungen nicht nach ihrem Wahrheitsgehalt oder nach dem Ideal einer rationalen Logik beurteilen zu müssen, sondern man kann sie als Praxis mit einer offenen, funktionalen Handlungslogik deuten. Überdies gestehe Minakata jedem der Bereiche Rätselhaftes zu: *monofushigi*, *kokorofushigi*, *kotofushigi* und selbst *rifushigi* (*ri* bezeichnet die Vernunft), die den Bereichen inhärent seien. So könnten die Wissenschaften, die Naturwissenschaften, die Psychologie, die Kulturwissenschaften und die Philosophie, zwar Ordnungen innerhalb ihres Gegenstandsbereichs einführen, ihnen gelänge es jedoch nicht, sämtliche Unklarheiten zu beseitigen. Vielleicht war Minakata deshalb so fasziniert von den Schleimpilzen: Sie bewahren in ihrer taxonomischen Uneindeutigkeit das Rätselhafte und verweisen per Analogie auf den bunten Wandel von kulturellen Ereignissen und Zuständen, die zwar gewollt, aber nicht berechenbar, mithin zu-*fällig* sind.

II. Monster

Nun könnte es so scheinen, als wäre diese Uneindeutigkeit zwar auf – zudem irgendwie „japanische“ – Dinge beziehbar, die sich der menschlichen Erkenntnis entziehen, oder auf Bereiche jenseits des Rationalen, aber nicht auf Angelegenheiten und Sachverhalte, die sich erst durch menschliche Intervention herauskristallisieren und definieren lassen. Hier zumindest müsste sich klarer zwischen Sachverhalten, Dingen und geistigen Vorstellungen unterscheiden lassen. Genau darin besteht aber eine Schwierigkeit, als würden Rationalisierungsversuche ihre eigenen Irrationalitäten bzw. – um es etwas abgeschwächer auszu-

drücken – ihre eigenen Grenzen gleich mitproduzieren. Überträgt man diese Ansicht auf die Ethnopsychiatrie, so wäre Georges Devereux darin zuzustimmen, dass eine Gesellschaft zu ihren Normen gleich die „Modelle des Fehlverhaltens“ mitliefert, an denen sich das neurotische wie psychotische Individuum orientieren kann, um der Norm anormalen Verhaltens zu entsprechen.¹⁰ Es wäre demgemäß nicht überraschend, könnte man auch in der Rechtswissenschaft eine Norm des Anormalen ausmachen.

Der römische Jurist Gaius (2. Jh. n. Chr.) unterscheidet in seinen *Institutiones* Personen, Dinge und Handlungen (*actionibus*), worunter im Rechtsbereich Klagen zu verstehen sind.¹¹ Mit Personen sind männliche Bürger gemeint, die entweder frei von Geburt an sind oder von der Sklaverei befreit wurden, oder Sklaven; die Dinge beziehen sich auf Besitzverhältnisse und die Handlungen werden unter dem Aspekt der Verschuldung und des Eigentums betrachtet. Problematisch wird diese Einteilung, wenn das Rechtssubjekt in den Fokus gerät.¹²

Mit der Fokussierung auf das Rechtssubjekt stellt sich nämlich nicht bloß die Frage, ob es – wie bei Gaius – männlich, frei oder Sklave ist, sondern ob es biologisch oder psychisch überhaupt zu den Personen zählen kann. Was sind Kriterien dafür, dass Menschen Personenstatus zukommt oder nicht zukommt? Wer entscheidet darüber und aus welchen Gründen? Doch selbst wenn der Personenstatus gesichert ist, bedeutet das nicht, dass die Rechtssubjekte ihn im juristischen Sinne vollumfänglich ausüben können.¹³ Wenn Rechtsvorschriften insofern immer normativ aufgeladen sind, dass sie auch bestimmen, was normal ist, so ist nicht immer eindeutig, wo die Grenze zwischen normal und anormal verläuft, noch was für Konsequenzen damit verbunden sind.

Der Jurist Jean Domat (1625–1696) hat in seinen *Les Loix Civiles Dans Leur Ordre Naturel*¹⁴ eine Liste von Limitationen erstellt, die den Personenstatus betreffen. Dazu zählen Totgeburten, Frühgeburten, Föten, Hermaphroditen, Eunuchen, Wahnsinnige, „die einen privaten Gebrauch von der Vernunft machen“¹⁵. Diese Zuordnung des „Wahnsinns“ zur Privatheit der Vernunft wird Immanuel Kant noch einmal bekräftigen. Denn „das einzige allgemeine Merkmal der Verücktheit ist der Verlust des Gemeinsinns (*sensus communis*), und der dagegen eintretende logische Eigensinn (*sensus privatus*)“¹⁶, womit auch die Frage nach dem Verständnis von Gemeinsinn aufgeworfen wäre.

Domat definiert nicht weiter, was für ihn ein privater Gebrauch der Vernunft ist. Er behauptet allerdings, dass die „Wahnsinnigen“ ihren Verpflichtungen nicht nachkommen und ihre eigenen Angelegenheiten nicht verwalten könnten. Dabei ist das Kriterium eines privaten Gebrauchs der Vernunft nur schwer zu fassen. Unter diesen können nicht bloß Wahnvorstellungen fallen, sondern auch Phantasien subjektiver Einbildungskraft, sodass diese beiden Modi ohne externes Kriterium – wie es etwa das Ordnen der eigenen Angelegenheiten sein könnte – nicht immer voneinander zu unterscheiden sind. Der private Gebrauch

der Vernunft, selbst wenn er auf „Wahnvorstellungen“ fußt, könnte überdies solange toleriert werden, solange er die „öffentliche Ordnung“ nicht stört oder die „Sicherheit von Personen“ nicht bedroht.¹⁷

Die Monster, so fährt Domat fort, „die keine menschliche Form haben, sollten nicht als Personen betrachtet werden, und sie sollten nicht zu den Kindern derjenigen zählen, die sie geboren haben. Diejenigen aber, die von der menschlichen Form Essentielles, aber eine Ausformung oder einen Mangel an Gestalt haben, sollen den anderen Kindern gleichgestellt sein.“¹⁸ Gleichwohl können die „monstres“, die aufgrund ihrer unmenschlichen Form nicht zu den Personen und nicht zu den Kindern zählen, aus Respekt ihren Eltern gegenüber als solche betrachtet werden, wenn damit den Eltern – ab einer bestimmten Anzahl von Kindern – Privilegien oder Freistellungen zugesichert werden können. Die „Monster“ sind demgemäß weder Personen noch Dinge, auch wenn sie den Status einer Quasi-Person bekommen können, sofern ihre Existenz Vorteile für andere Rechtssubjekte erbringt; aber sie sind auch keine Dinge, da ihre lebendige Existenz anerkannt ist, sondern sie werden behandelt wie Quasi-Dinge, da ihnen der Status eines Rechtssubjekts nicht zugebilligt wird. Sie sind ein taxonomisches Rätsel.¹⁹

Henry de Bracton (1210–1268) hatte diese Unsicherheit in Bezug auf das Monster bereits in seinem Werk *De legibus et consuetudinibus Angliae* vermerkt. Er fragt sich, wann ein Kind erben darf, wann also ein Kind als Kind und damit als Rechtsperson anerkannt werden soll. Bracton stellt fest, dass ein Kind noch nicht als ein Monster zu betrachten ist, nur weil es mit einem Finger mehr oder zu wenig geboren worden ist oder weil es bucklig oder mit verdrehten Gliedmaßen zur Welt kommt.²⁰ Gewisse Deformationen sind also noch im Rahmen des Akzeptablen. Was aber ist dann ein Monster? Bracton gibt nur wenige Hinweise: Ein Monster kann mehr als einen Kopf haben, es sprengt die menschliche Form und brüllt statt zu schreien.²¹ Monster werden in Bractons Taxonomie als irgendwie physisch monströs zwar vorausgesetzt, sie werden aber nicht definiert, als würde der Zeitgenosse Bractons wissen, was der Jurist meint.

Wenn Andrew Sharpe Recht hat und das Monster im 13. Jahrhundert als Ausdruck kultureller Ängste vor Grenzen nationaler, religiöser, sexueller und menschlicher Art zu verstehen ist,²² dann übernehmen die Monster in anschaulicher Form das taxonomische Schwanken und die Unsicherheiten, die mit Rationalisierungen verbunden sind. Freilich geschieht dies zu einer Zeit, als Monster im Sinne von *monstrare/monere* nicht mehr allein als Wesen mit göttlichem Auftrag oder als mahnendes Zeichen zu verstehen sind. Monster werden bei Bracton geboren, haben mithin eine natürliche Ursache, die als widernatürlich eingestuft wird. Monster sind „procreated perversely, against the way of human kind“²³. Monster sind deformierte Körper, die die Frage nach einer Kopulation zwischen den Spezies aufwerfen. „Verrückte“ hingegen werden mit „brute be-

asts“²⁴ verglichen, denen jede Vernunft fehlt.

Freilich stellten sich mit der Existenz von „Monstern“ auch Fragen der Theodizee: Wie kann Gott die Existenz von Missbildungen zulassen? Augustinus hatte darauf eine tolerante Antwort gefunden. Alle Menschen, ob „normal“ gewachsen oder nicht, stammten von Adam ab. Wenn wir nicht verstehen, warum Gott „Missgestalten“ zulässt, so weil wir seinen Plan nicht durchschauen.²⁵ Diese theologisch-metaphysische Erklärung wurde im späten Mittelalter mit Blick auf die Genealogie ins Moralische gewendet. Der Mönch Berthold von Regensburg (13. Jh.) rät zu einer „Zucht am Bette“ und zu „Maß“. Dabei soll die Frau den „Gemahl“ meiden zu den christlichen Fastenzeiten, während der Wochen im Kindbett, zur Zeit der Schwangerschaft und wenn die Frauen „krank sind“²⁶. Diese Enthaltung, insbesondere bei der „Krankheit“ der Frau, hat prophylaktische Gründe. „Alle Kinder, die in den Zeiten empfangen werden, an denen wirst du keine Freude erleben. Denn es wird entweder behaftet mit dem Teufel, oder es wird aussätzig, oder es bekommt die fallende Sucht, oder es wird höckericht oder blind oder krumm oder stumm oder blödsinnig, oder es bekommt einen Kopf wie ein Schlegel.“²⁷ Diese ätiologische Erklärung der Missbildungen ist auf den ersten Blick weit entfernt von den juristischen Rationalisierungsversuchen des Phänomens Monster. Allerdings bereitet sie ein Argumentationsmuster vor, dem man im 19. Jahrhundert wiederbegegnen wird: Das Monster ist nicht nur das Resultat einer moralischen Verfehlung, es ist auch dessen Ursache.

Der Rechtsgelehrte Henry Swinburne (1551–1624) hielt in *A Brief Treatise of Testaments and Last Wills* daran fest, dass Monster nicht als Kinder gelten sollten. Monster haben für ihn Esels-, Hunde-, Raben- oder Entenköpfe. Ihre Erscheinung ähnelt so wenig der menschlichen Form, dass sie keine Seele haben können. Wie aber auch schon Bracton zählt Swinburne Kinder, die Gliedmaßen zu viel oder zu wenig haben, nicht zu den Monstern. Was aber, wenn das Kind vier Arme oder zwei Köpfe hat oder wenn der Kopf verdreht ist? Zählt es dann zu den Monstern oder nicht? In diesem Fall, so antwortet Swinburne, soll man das Urteil dem Richter überlassen.²⁸

Der Unterschied zwischen Bracton und Swinburne liegt bei ihrer Einschätzung der Animalität.²⁹ Der exzessive, aus den Fugen geratene Körper ist bei Bracton ein Monster, derweil der Körper bei Swinburne, soll er denn als monströs gelten, deutlich animalische Züge tragen muss. Jedoch verweisen beide taxonomischen Versuche darauf, dass das Monster in seiner Einordnung offen ist. Es ist ein diskursives Artefakt, doch so, dass dem Monster weder ein eindeutiger anthropologischer noch ein eindeutiger ontologischer Status zukommt. Mal werden die Monster so eingeordnet, als ob sie Kinder oder Personen wären, ohne dies im legalen Sinne zu sein. Mal werden sie aus der Sphäre der Personen und Dinge verbannt. Sie lassen sich dann noch als kulturelle Ereignisse, als *koto* verstehen, mit dem Zusatz, dass ihnen weiterhin das Wundersame (*fushigi*) zu-

kommt, sofern über ihre biologische Herkunft bloß spekuliert werden kann.

Wenn William Blackstone (1723–1780) das Monster als etwas beschreibt, dass „in any part evidently bears resemblance of the brute creation“³⁰, so deutet er hiermit unwissentlich eine imaginative Dimension an, die über das rein physische Phänomen hinausgeht. Denn es geht hier nicht mehr per se um die Deformation des Körpers, sondern um das Anzeichen animalischen Lebens. Denn wer vermag anzugeben, wo die Grenzen der „resemblance“ liegen? Ist mit „resemblance“ Ähnlichkeit, Ebenbildlichkeit oder eine Art Analogie zu einem bestimmten Vorbild gemeint? Blackstone lässt dies offen. Damit wird das Monster ein Stück weit ins psychische Reich und ins Reich der Phantasie verlagert, da es nicht mehr nur um das Aussehen des „Monsters“ geht, sondern um seine Verhaltensweisen. So konnte das Monster auch eine Angelegenheit der Moral werden, die jeden des monströsen Handelns verdächtigen durfte, der auch nur entfernt an eine „brute creation“ erinnerte.

Wenngleich man im 18. und 19. Jahrhundert die magisch-wundersamen Erklärungen für Missbildungen und geistige wie körperliche Behinderungen verließ, so entdeckte man nun das moralische Monster vor der Annahme einer kindlichen Unschuld. Als im 19. Jahrhundert ein fünfzehnjähriges Mädchen ein achtjähriges Mädchen dadurch tötete, dass es dieses in einen Brunnen stieß, so erklärte dies ihr Anwalt mit zeitweiligem Wahnsinn.³¹ Monströses Handeln ist die Folge eines dem Vernunftgemäßen entrückten Zustandes. Als jedoch ein elfjähriges Mädchen in Frankreich vor Gericht stand, weil sie zwei Kleinkinder in einen Brunnen geworfen hatte, überschlug sich die Journaille: Man sprach von frühreifer Perversität, sie neige dazu, zu masturbieren, habe eine Gewaltgeschichte. Sie sei „a little monster“, eine „infernal creature“ und „burst out laughing like a demon“.³² Man konnte sich nicht erklären, warum Honorine Pellois, so der Name des Mädchens, das Verbrechen begangen hatte. Pellois wurde zu zwanzig Jahren in einer Besserungsanstalt und anschließenden zehn Jahren unter Beobachtung verurteilt. Monstrosität ist nun nicht länger nur ein entrückter Zustand, sie ist auch eine natürliche Anlage. Zwar lässt sich mit Michel Foucault diagnostizieren, dass das Monster „eine Verletzung der gesellschaftlichen Gesetze“ und „eine Verletzung der Gesetze der Natur“³³ darstellt, doch insofern, als die Art und Weise der Verletzung selbst immer wieder der Interpretation bedarf. Damit bedarf aber auch das Gesetz (der Gesellschaft/der Natur) immer wieder einer Reinterpretation. Die Phänomene dessen, was ein Monster ist, sind keineswegs eindeutig. Ob etwas als normal oder anormal wahrgenommen wird, hängt auch von den Erwartungshaltungen ab, die eine Gesellschaft gegenüber normalen/anormalen Verhalten einnimmt. Diese gibt die Regeln vor, wie sich jemand verhalten muss, um als normal/anormal zu gelten. Nur jemand, der diesen Regeln entspricht, ist dann gemäß der Regel als normal/anormal identifizierbar.

III. Von der Wahrheit zur Wahrscheinlichkeit

John Locke hatte bereits zwischen einem gesicherten Wissen und einem „twilight of probability“³⁴ unterschieden. Dabei ist das gesicherte Wissen nicht nur eine Angelegenheit der Erfahrung, sondern der Einsicht, derweil die Wahrscheinlichkeit mit Anzeichen und Beweisen auskommen muss, deren Verbindung nicht konstant und unveränderlich ist. Gotthard Günther hat in *Die amerikanische Apokalypse* diese scheinbar absolute Differenz zwischen Wissen (und Wahrheit) und Wahrscheinlichkeit (und Meinung) einer genaueren Prüfung anhand des seriellen und des kausalen Denkens unterzogen. Bei dem kausalen Denken hat eine spezifische Ursache (oder mehrere) eine bestimmte Wirkung (oder mehrere). Der Zusammenhang von Ursache und Wirkung lässt sich eindeutig feststellen. Beim seriellen Denken hingegen gibt es eine Ursache oder einen Ursachencluster, deren Zusammenhang mit der Wirkung nicht eindeutig ist. So wurden in der Antike etwa Vögel als Orakel benutzt, um zu erfahren, ob ein bestimmtes Handeln den Göttern genehm wäre. Serielles Denken besteht darin, dass es verschiedene Phänomene zu einem Gesamtbild formt, das als Erklärung für ein anderes, aus diesem abgeleitetes Phänomen dient. Es geht bei dieser Beziehung nicht darum, ob ein Element – etwa ein spezifischer Bedeutungsinhalt – tatsächlich existiert, da dessen Faktizität ohnehin nur auf wahrscheinliche, prognostische Inhalte beziehbar ist.

Das serielle Denken wird vor allem mit dem Animismus assoziiert. Das kausale Denken wiederum ist kennzeichnend für das Aufkommen der Naturwissenschaften. Je spezifischer jedoch die Erkenntnisse kausalen Denkens werden, umso mehr Serien von Phänomenen tauchen auf, deren kausaler Zusammenhang mit einem spezifischen Wirkungsphänomen nicht eindeutig, sondern bloß noch wahrscheinlich ist. Am Ende des kausalen Denkens kehrt das serielle Denken zurück, nicht als Animismus, sondern als Kern des kausalen Denkens selbst, sodass Günther folgert, dass das Kausalitätsprinzip selbst eine spezifische Form des seriellen Denkens ist. Je größer die Freiheitsgrade einer Serie, umso unwahrscheinlicher tritt eine spezifische Wirkung ein. Umgekehrt tritt ein Ereignis umso wahrscheinlicher ein, je geringer die Freiheitsgrade einer Serie sind. Hat eine Serie keinerlei (offensichtliche) Freiheitsgrade, so gilt das Kausalverhältnis als gewiss. Aber, so fährt Günther fort, „Kausalaussagen sind keine absoluten Wahrheitsaussagen, wenn man sie auf ihre logische Gültigkeit hin untersucht. Sie sind vielmehr Wahrscheinlichkeitstheoreme.“³⁵ Kausalserien enthielten einen nicht „eliminierbaren Restbestand an Freiheitsgraden“, auch wenn die Freiheitsgrade auf das „größtmögliche Minimum reduziert sind“³⁶. Wahrheit wird somit zu einem Grenzwert einer Wahrscheinlichkeitsrechnung, nämlich dann, wenn das Wahrscheinliche als absolut sicher gilt. Wahrheit im alten – spekulativ-metaphysischen – Stil konnte sich noch in die Form der Pascal'schen Wette

kleiden: Ob Gott existiert oder nicht existiert, ist durch Erfahrung nicht zu entscheiden. Besser ist es jedoch, auf seine Existenz zu setzen, dann hat man nichts zu verlieren, auch in dem Fall, dass man sich irrt. Es ist eine Frage nach alles oder nichts, nach dem Entweder-Oder. Für die Wahrheit im neuen – experimentell-pragmatischen – Stil ist eine solche Wahrheit, die mit dem Unerfahrbaren oder dem Absoluten jongliert, eine Privatmeinung und nicht objektiv. Objektiv ist das, was sich messen lässt. Doch das Objektive dieser empirischen Wahrheitserforschung, etwa wenn Krebsrisiken bemessen oder Epidemien erforscht werden, besteht nicht zuletzt in einer Ungewissheit über den Aussagewert der Daten, die empirisch erhoben wurden. Wahrheit ist nicht nur nicht mehr absolut, sie hat sich in die unendliche Ferne eines Limes verflüchtigt. Das Paradox Zenons, in welchem Achilles die Schildkröte nicht einholen kann, weil die Strecke zu ihr unendlich teilbar ist, darf mittlerweile als – nicht ganz ironiefreies – Bild für die moderne Erkenntnisform schlechthin gelten.

Wenn Wahrheit und Wahrscheinlichkeit sich am Ausmaß von Freiheitsgraden ermessen, so wird der Unterschied zwischen Freiheit und Notwendigkeit obsolet. Notwendig ist etwas, dessen Freiheitsgrad minimal ist. Die so genannte *evidence based medicine* macht nun nichts anderes, als die Wahrscheinlichkeitslogik der Kausalerien für die Medizin zu bestätigen, indem sie versucht, die Freiheitsgrade von Ereigniserien zu bestimmen, auch wenn das faktische Auftreten einer Serie dem errechneten Wahrscheinlichkeitskoeffizienten widersprechen kann, sich ihm aber annähert, je länger die Serie wird. Was bedeutet das aber nun für eine Ethik, die mit dem Normativen zu tun hat? Wäre es so unrealistisch, die Ethik auch der Wahrscheinlichkeitslogik auszusetzen? Nun, so könnte man einwenden, mag es ja sein, dass sich die Wahrscheinlichkeitslogik mit ihren Freiheitsgraden auf die empirische Welt bezieht; sie gilt jedoch wohl kaum für das Reich normativer Aussagen, mithin nicht für das Reich der Ethik, die zwar auch mit den Daten einer „evidence based medicine“ umgehen muss, um ihre Folgerungen und Schlüsse zu ziehen, die doch aber völlig unabhängig sind von einer Aussagenlogik, die auf dem Wahrscheinlichen fußt.

Beide Aussagensysteme lassen sich nicht miteinander vergleichen, wenn man schlicht unterstellt, die Ethik habe es mit Freiheit zu tun und die Medizin mit wissenschaftlichen Aussagen. Wenn indes die Wahrscheinlichkeit als Möglichkeit von Freiheitsgraden interpretiert wird, so muss die Wahrscheinlichkeit nur einem Grenzlimes der Unwahrscheinlichkeit zugeführt werden, um die beiden Aussagensysteme – bei aller Unterschiedlichkeit der Aussagen selbst – in ihrer Logik vergleichen zu können. Das bedeutet, dass auch eine normative Ethik soziokulturell ihre „Modelle des Fehlverhaltens“ antizipieren muss, es sei denn, sie verzichtet auf jeden praktischen Anspruch, was hinsichtlich einer Aussagenlogik theoretisch möglich wäre. Ihre Gültigkeit wäre dann aber auch bloß theoretisch. Orientiert sie sich hingegen an der Erfahrung, würde sie träumen,

wenn sie glaubte, ihre Normen produzierten nicht auch die ihr entsprechende Devianz. Dies lässt sich an den zahlreichen Kontroversen ersehen, in denen es um scheinbare Konstanten wie Würde, Autonomie etc. geht, die in der Praxis immer wieder von Neuem verhandelt werden. Freilich ist die menschliche Existenz selbst mit einem Maximum an Freiheitsgraden ausgestattet. Das heißt aber auch, dass innerhalb des rationalen Denkens – und hierhin gehören auch die normativen Regeln – mit einem Maximum an Unwahrscheinlichem gerechnet werden muss.

Die Häufigkeit der Veränderung einer Variable innerhalb eines Systems ist ein Maß für dessen Stabilität. Wird eine Variable in kurzen Zeitabständen vermehrt geändert, so nimmt der Grad der Instabilität zu und das Vertrauen in das System sinkt.³⁷ Diese Form der Rückkopplung, die Stanislaw Lem konstatiert, lässt sich auf Diskurse übertragen. Bleiben die Grundannahmen einer Diskursform konstant, so lassen sich innerhalb des Diskurses „wahre“ bzw. „richtige“ Aussagen treffen, die über einen Zeitraum Bestand haben. Tauchen in der Diskursform vermehrt Uneindeutigkeiten und Unschärfen auf, so geht der Diskurs über von sicheren Aussagen hin zu Aussagen, die wahrscheinlich sind. Damit nimmt der Grad der Ungewissheit zu. Ein Diskurs neigt dann zur Trägheit, je länger ein Element in ihm verhandelt wird, das in der Folge umso glaubhafter und wichtiger erscheint – selbst wenn das Element eine Fiktion wäre. Man könnte auch sagen: Die Glaubhaftigkeit eines Elements ist proportional zur Dauer, während der das Element Teil des Diskurses ist.

Eine Theorie, die davon ausgeht, ohne Unschärfe und Ungewissheiten auszukommen, operiert mit der Annahme eines optimalen Umsetzungs- und Nutzungskalküls, in welchem es keine Störfaktoren gibt und die Elemente invariant bleiben. Mit Gilbert Simondon ließe sich sagen, dass solche Diskurse von einem stabilen Gleichgewicht ausgehen, in welchem alle Potentiale aktualisiert sind – ein Zustand, der mit dem Tod jeder zukünftigen Transformation korrespondiere. Im Gegensatz dazu haben wir es in der Praxis „lebendiger Systeme“ mit „metastabilen“ Gleichgewichten zu tun, die sich durch eine organisatorische Spontaneität manifestierten.³⁸ Hätten wir es also in der Ethik und der Wissenschaft mit je stabilen Gleichgewichten zu tun, so würden diese Bereiche miteinander konvergieren. Wir werden jedoch in der Ethik wie in der Medizin (wie auch in anderen Wissenschaften) mit dem taxonomisch Uneindeutigen, mit dem Unbestimmten rechnen müssen, um deren Freiheitsgrade jeweils auszuhandeln.

¹ Die drei Taxa sind *Myxogastria*, *Dictyostelia* und *Protosteliales*. Vgl. Adl SM et al.: The New Higher Level Classification of Eukaryotes with Emphasis on the Taxonomy of Protists, in: The Journal of Eukaryotic Microbiology 2005, 52(5), S. 399–451.

² Baker C: Minakata Kumagusu: A Neglected Japanese Genius, in: Folklore 1993, 94(2), S. 139–152, hier S. 144.

³ Josephson JÄ: When Buddhism Became a „Religion“, in: Japanese Journal of Religious Studies 2006, 33(1), S. 143–168.

⁴ Figal G: Civilization and Monsters. Spirits of Modernity in Meiji Japan, Durham and London 1999, S. 48 f.

⁵ Ebd., S. 54.

⁶ Dazu können alle technischen Produkte zählen, die unter einem bestimmten Verwendungszweck betrachtet werden, der in Analogie zu menschlichen Fertigkeiten oder Organen steht.

⁷ Figal, Fn. 4, S. 60.

⁸ Mauss M: Die Techniken des Körpers, in: Soziologie und Anthropologie, Band 2, Wiesbaden 2010, S. 197-220, hier S. 202.

⁹ Freud S: Die Frage der Laienanalyse, in: GW XIV, S. 250, siehe auch S. 66 und GW XIII, S. 330.

¹⁰ Devereux G: Normal und anormal. Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie, Frankfurt 1982, S. 52.

¹¹ Gaius: Intitutiones or Institutes of Roman Law, Übers. Edward Poste, Oxford 1904.

¹² Dass auch eine „Sache“ unscharf und Teil der Person werden kann, hat die Medizin mit ihren zahllosen Operationen, bei denen künstliche Hüftgelenke, Herzschrittmacher etc. in den Körper implantiert werden, längst gezeigt.

¹³ Die Sorge um die „Irren“ kam bekanntlich erst im 18. Jahrhundert auf und manifestierte sich etwa im Gesetz vom 30. Juni 1832 in Frankreich.

¹⁴ Domat J: Les Loix Civiles Dans Leur Ordre Naturel, in: Oeuvres completes, Band 1, Paris 1835.

¹⁵ Ebd., S. 101, Übersetzung von mir.

¹⁶ Kant I: Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, in: Werkausgabe, Weischedel W (Hrsg.), 9. Auflage, Frankfurt am Main 1995, Band XII, S. 535.

¹⁷ Dies sind die Kriterien aus Artikel 18 des Gesetzes vom 30. Juni 1832, die es rechtfertigen, eine Person gegen ihren Willen in einem „Irrenhaus“ unterzubringen. Zitiert nach: Castel R: Die psychiatrische Ordnung, Übers. Ulrich Raulf, Frankfurt am Main 1983, S. 338.

¹⁸ Jean Domat, Fn. 14, S. 102.

¹⁹ Reiter EH: Rethinking Civil-Law Taxonomy: Persons, Things, and the Problem of Domat’s Monster, in: LSU Law Center Journal of Civil Law Studies 2008, 1, 189.

²⁰ Henry de Bracton H: De legibus et consuetudinibus Angliae (On the Laws and Customs of England), Vol. 2, S. 204 und Vol. 4, S. 361.

²¹ Ebd., Vol. 3, 221, Vol. 4, S. 227 und S. 361 f.

²² Sharpe AN: England’s Legal Monsters, Law Culture and the Humanities 2009, 5, S. 100–130, hier S. 110.

²³ Bracton, Fn. 20, Vol. 2, S. 31.

²⁴ Ebd., Vol. 4, S. 308.

²⁵ Augustinus, De Civitate Dei, XVI, 8.

²⁶ Die Predigten des Franziskaners Berthold von Regensburg, Regensburg 1906, S. 298.

²⁷ Ebd., S. 299.

²⁸ Swinburne H: A Brief Treatise of Testaments and Last Wills, London 1728, S. 288.

²⁹ Sharpe, Fn. 22, S. 116.

³⁰ Blackstone W: The Commentaries on the Laws of England, London 1876, Vol. 2, S. 208.

³¹ Nilan C: Hapless Innocence and Precocious Perversity in the Courtroom Melodrama: Representations of the Child Criminal in a Paris Legal Journal, 1830–1848, in: Journal of Family History 1997, 22, 251.

³² Ebd. S. 247.

³³ Foucault M: Die Anormalen, Frankfurt am Main 2007, S. 76.

³⁴ Locke J: An Essay Concerning Human Understanding, Book 4, Chapter XIV, Sect. 2., Philadelphia 1854, S. 427.

³⁵ Günther G: Die amerikanische Apokalypse, München 2000, S. 129.

³⁶ Ebd., S. 130.

³⁷ Lem S: Angewandte Kybernetik: ein Beispiel aus dem Bereich der Soziologie, in: Über außersinnliche Wahrnehmung, Frankfurt am Main 1981, S. 150–179, hier S. 152.

³⁸ Vgl. Simondon G: On the Mode of Existence of Technical Objects, in: Deleuze Studies 2011, 5(3), S. 407–424, hier S. 411.

Andreas Walker ist derzeit Lehrbeauftragter am IWZ Medizin-Ethik-Recht der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Impressum

Redaktionsanschrift:

meris e. V.
c/o Interdisziplinäres Wissenschaftliches Zentrum
Medizin-Ethik-Recht
Juridicum, Raum 0.30
Universitätsplatz 5
06108 Halle (Saale)

zfmer@meris-mer.de
www.meris-mer.de/zfmer

Gestaltung:

Andreas Walker
Sven Wedlich

Druck:

RT Reprotechnik.de GmbH
Prager Str. 13
04103 Leipzig

Schutzgebühr 8,- €

Redaktionsleitung:

Dr. Sebastian Vogel
Dr. Andreas Walker

Redaktion:

Maria Busse
Lysann Hennig
Dr. Kerstin Junghans
Martina Resch

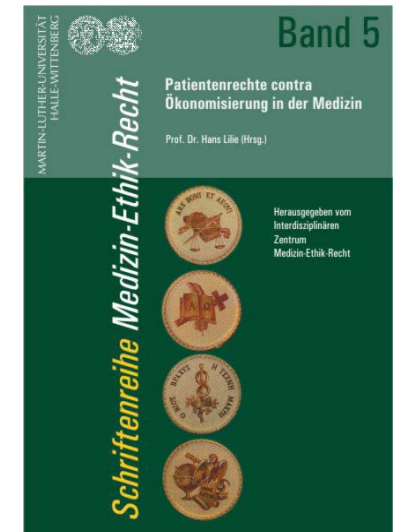
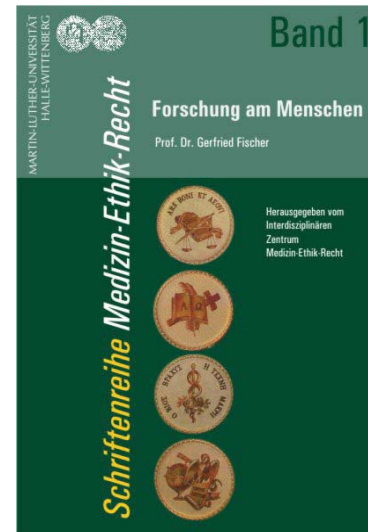
Gastautoren dieser Ausgabe:

Anneli Arnold-Hofbauer
Lorenz Bode
Anna H. Moreno
Dr. Andreas Posa

Alle in der Zeitschrift verwendeten Texte, Fotos und grafischen Gestaltungen sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Verwendung darf, auch auszugsweise, nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Herausgebers erfolgen. Eine kommerzielle Weitervermarktung des Inhalts dieser Zeitschrift ist untersagt. Für die Inhalte der Texte und Artikel sind die jeweiligen Autorinnen und Autoren verantwortlich. Die Inhalte spiegeln nicht zwangsläufig die Meinung der Redaktion wieder.

Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht

herausgegeben vom
Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrum
Medizin-Ethik-Recht



Diese wie auch alle anderen Bände der Schriftenreihe sind zu beziehen über <http://www.meris-mer.de/schriftenreihe/>.