

IMAGO HOMINIS

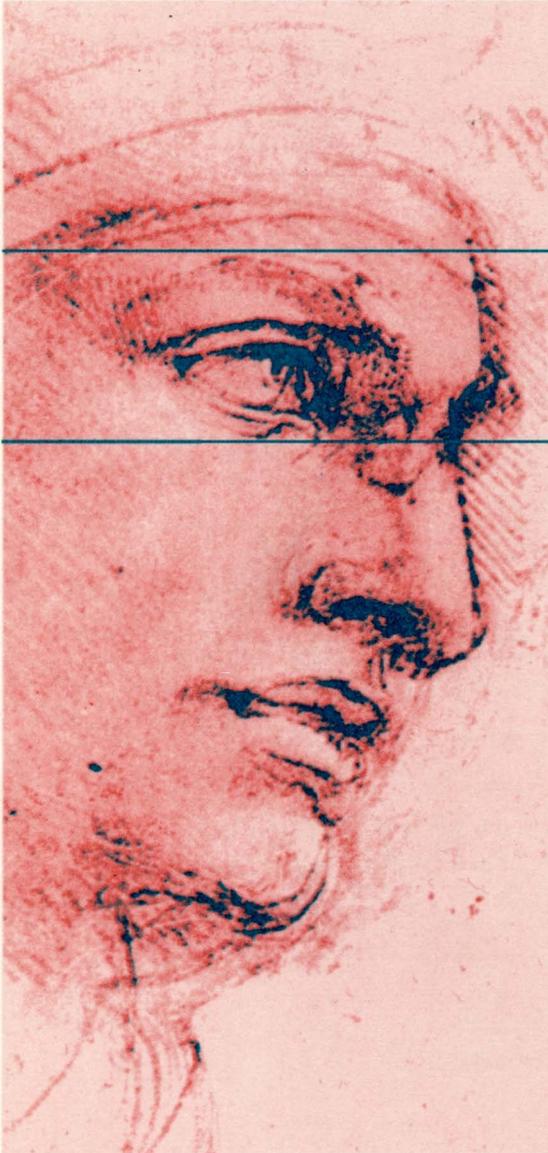
Band 9 - Heft 1 - 2002

QUARTALSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE
ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK - WIEN

PREIS: EUR 10,-

ISSN 1021-9803

Band 9 - Heft 1 - 2002



ETHISCHE HERAUS-
FORDERUNGEN IN
DER NEONATOLOGIE

1
2002

IMAGO HOMINIS

Herausgeber:

Johannes BONELLI

Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Schriftleitung:

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat:

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)

Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)

Gabriele EISENRING (Privatrecht, Rom)

Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)

Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)

Elisabeth HASELAUER (Soziologie, Wien)

Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)

Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)

Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)

Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)

Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)

Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)

Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)

Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

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

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

INHALTSVERZEICHNIS

EDITORIAL	5
------------------------	---

AUS AKTUELLEM ANLASS

N. AUNER <i>Entscheidung des deutschen Bundestages für den Import von embryonalen Stammzellen</i>	7
---	---

IMABE-ETHIKKOMMISSION <i>Stellungnahme zum Stammzellenimport in Deutschland</i>	9
---	---

IMABE-ETHIKKOMMISSION <i>Stellungnahme zum britischen Fall des sogenannten Designer-Babys</i>	10
---	----

FOCUS

A. DILCH <i>Ethische Aspekte der Therapieeinschränkung in der neonatalen und pädiatrischen Intensivmedizin</i>	13
--	----

SCHWERPUNKT: Ethische Herausforderungen in der Neonatologie

C. MARTENS <i>Geschichtlicher Überblick über Infantizid und den Umgang mit schwerst geschädigten Neugeborenen</i>	27
---	----

C. POPOW, E.H. PRAT <i>Sinnhaftigkeit von Therapieentscheidungen in der Intensivneonatologie</i>	41
--	----

M. MEMMER <i>Wann endet die Behandlungspflicht des Arztes?</i>	51
--	----

FALL

<i>Einschränkung intensivtherapeutischer Maßnahmen bei Neugeborenen</i>	60
Z. JAROS <i>Kommentar zum Fall</i>	62

NACHRICHTEN	63
--------------------------	----

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	65
-----------------------------------	----

BUCHBESPRECHUNGEN	67
--------------------------------	----

Herausgeber: Prim. Prof. Dr. Johannes BONELLI, Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA
 Medieninhaber und Verleger: IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik,
 Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien, Telephone: +43 1 715 35 92, Telefax: +43 1 715 35 92-4
 E-Mail: postbox@imabe.org, <http://www.imabe.org>
 DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Dr. Notburga AUNER

Redaktion/Nachrichten: Dr. Johannes KÖNIGSEDER, Dr. Antoine SEGUR-CABANAC, Bernhard KUMMER, Claudia LAPKA
 Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: IMAGO HOMINIS ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der die aktuellen ethisch-relevanten Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout, Satz, Graphik und Produktion: Claudia LAPKA

Herstellung: Druckerei ROBITSCHKE & CO, Schlossgasse 10-12, A-1050 Wien

Anzeigenkontakt: Claudia LAPKA

Einzelpreis: Inland EUR 10.-, Ausland EUR 12.-,

Jahresabonnement: Inland EUR 35.-, Ausland EUR 40.-, Studentenabo EUR 20.-, Fördererabo EUR 80.-

Abo-Service: Claudia LAPKA

Bankverbindung: CA AG, Kto. Nr. 0955-39888/00

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Verlagspostamt: 1033 Wien, Postgebühr bar bezahlt.

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

Das IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates begutachtet.

Das IMABE-Institut gehört dem begünstigten Empfängerkreis gemäß § 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der Fassung des Steuerreformgesetzes 1993, BGBl.Nr. 818/93, an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.

Gedruckt mit Förderung des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur in Wien.

Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)

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

Sitz des Instituts: Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

Tel. +43 1 715 35 92, Fax +43 1 715 35 92-4

e-mail: postbox@imabe.org

Kuratorium (Vorstand):

Vorsitzender: DDr. Klaus KÜNG, Diözesanbischof, Feldkirch

Dr. Walter HAGEL, Wien, Rechtsreferent der ÖBK

Ehrwürdige Mutter Visitorin Sr. Magdalena POMWENGER, Salzburg, Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul

Ehrw. Mutter Gen. Oberin Sr. Dominika KEINDL, Wien, Konvent der Elisabethinen

Ehrw. Mutter Gen. Oberin Sr. Scholastika LEITNER, Wien, Kongregation der Barmherzigen Schwestern

Pater Paulus KOHLER OH, Wien, Provinzial der Barmherzigen Brüder

Direktor:

Prim. Prof. Dr. Johannes BONELLI, Wien

Geschäftsführer:

Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA, Wien

Institutszweck:

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

Nach einer langen biopolitischen Diskussion ist in Deutschland jetzt die erste Entscheidung gefallen. Ein Antrag der Bonner Neuropathologen Oliver BRÜSTLE und Otmar WIESTLER auf Genehmigung eines Forschungsprojektes mit importierten embryonalen Stammzellen hat seit vielen Monaten auf eine Entscheidung der Deutschen Forschungsgemeinschaft warten müssen. Obwohl eigentlich nach den Buchstaben des Gesetzes ein Import nicht ausdrücklich verboten ist, hatte sich das Präsidium der obersten Forschungsinstanz Deutschlands nicht getraut, diesem Antrag, bevor die Gesetzeslücke politisch sanktioniert wurde, stattzugeben. Ende Jänner hat der Bundestag unter den konträren, zur Debatte gestandenen Positionen einen Kompromiss gewählt. Die Bonner Forscher werden Stammzellen importieren dürfen, allerdings nur von bereits bestehenden embryonalen Stammzelllinien. Mehr hatten die zwei Wissenschaftler vorerst auch nicht verlangt. Andere Forscher haben empört reagiert und die Entscheidung heftig kritisiert, weil sie darin eine verfassungswidrige Einschränkung des Grundrechtes auf Forschungsfreiheit sehen. Sie stellen eine Ethik des Heilens einer Ethik der Menschenwürde gegenüber und wollen eine Güterabwägung zu Gunsten von zukünftig leidenden Menschen und zum Nachteil von nicht mehr lebensfähigen Embryonen legitimieren. Lebensschützer ihrerseits können diesem Kompromiss nichts abgewinnen, weil er eine richtungweisende Lockerung des Rechtes auf Leben darstellt. Das Recht auf den Schutz des menschlichen Lebens ist die Basis aller Rechte und Pflichten und muss daher vorrangig behandelt werden. Das Leben ist ein Gut, das niemals gegen andere Güter, nicht einmal gegen anderes menschliches Leben abgewogen werden darf. Dies ist eine prinzipielle Voraussetzung jeglichen Rechtsschutzes. Sonst ist kein Recht wirklich geschützt.

Im Sinne der Konsensethik könnte man meinen, dass Lebensschützer eigentlich nicht so schlecht abgeschnitten hätten, sie könnten doch zufrieden sein, weil die Entscheidung nur eine geringfügige Auflockerung des Embryonenschutzes darstellt. Diverse Ankündigungen in den letzten Monaten ließen viel Schlimmeres befürchten. Im Grunde ist durch diese Entscheidung kein zusätzliches Leben unmittelbar bedroht. Prinzipiell könnten diesem Kompromiss auch die meisten Vertreter einer Ethik der Menschenwürde zustimmen. Was sie aber zurecht sehr bedenklich stimmt, ist zweierlei: Erstens, dass sie es hier mit einem weiteren Schritt der langfristigen Salamtaktik in der Biopolitik zu tun haben. Die Geschichte der Biopolitik der letzten Jahrzehnte zeigt einen schrittweisen Rückzug des Lebensschutzes. Bei jedem Scheibenschnitt wird betont, dass er der letzte ist und man nicht vorhat, weitere Scheibchen der Salami abzuschneiden. Nun aber sind empörte Forscher bereits auf die nächste Scheibe losgegangen und es könnte nur eine Frage der Zeit sein, dass sie neuerlich eine breite Diskussion entfachen.

Zweitens ist es sehr verdächtig, dass die ethisch umstrittene Stammzellenforschung so hoch bewertet wird, obwohl auf Grund der Forschungser-

gebnisse es immer deutlicher wird, dass für die Stammzellentherapie vor allem die adulten Stammzellen von Bedeutung sein werden. Warum werden trotzdem in der Öffentlichkeit die embryonalen Zellen gegenüber den adulten für die Stammzellenforschung so stark favorisiert? Täuscht sich die Wissenschaft? Machen uns die Forscher etwas vor? Was steckt dahinter?

Hier haben wir es mit dem wirklichen Kern der politischen Frage zu tun. Es ist vor allem der Kapitalmarkt, der durch seine finanzielle Macht den Forscher zur Überschätzung der Bedeutung seines Gegenstandes und infolgedessen zum Übereifer führen kann. Tatsächlich stehen hinter dieser Forschung große finanzielle Interessen. Das biotechnologische Geschäft boomt. Beträchtliche finanzielle Mittel aus Privathand werden auf die Schale der mageren Ergebnisse der embryonalen Stammzellenforschung gelegt und damit neigt sich in der Öffentlichkeit die Waage zu Gunsten dieser Forschung. Hat das noch mit einer Ethik des Heilens zu tun oder ist dies nicht vielmehr ein skrupelloser Wirtschaftsutilitarismus? Geschäft ist Geschäft: ob die Ergebnisse der embryonalen Forschung von der Pharmaindustrie oder von der Kosmetikindustrie gewinnbringend verwertet werden, ist gleichgültig. Während in der Öffentlichkeit über Ethik akademisch diskutiert wird, setzt der Finanzmarkt unverrückbar die Fakten. Man darf die wirtschaftlichen Hintergründe der Biopolitik nicht aus den Augen verlieren, um so manchen Konsens zu verstehen, der abseits jeder Moral gefunden wird.

Die vorliegende Ausgabe greift nicht die Embryonenforschung auf, sondern eine ethische Thematik, die auf der Zeitachse den nächsten Abschnitt darstellt: ethische Herausforderungen in der Neonatologie. Tatsächlich stellt in kaum einem anderen Fachgebiet der medizinische Fortschritt den Arzt vor so große Probleme. Man kann viel tun, aber was ist noch sinnvoll? Soll in nahezu ausweglosen Situationen alles versucht werden, wenn man davon ausgehen kann, dass das Ergebnis höchstens ein kurzes, leidvolles Leben sein wird? Die Suche nach Entscheidungskriterien über die Sinnhaftigkeit vieler Maßnahmen bei schwerkranken und schwerbehinderten neonatologischen Patienten ist ein Gebot der Stunde.

Zuletzt müssen wir unsere Leser bitten, über die neue Ausgabe von IMAGO HOMINIS nicht überrascht zu sein. Das Layout wurde überdacht und neu gestaltet. Die Lektüre soll erleichtert werden. Eine weitere Änderung muss ebenfalls Erwähnung finden. Die Preise unserer Quartalsschrift wurden leicht angehoben. Die Umstellung auf den Euro war nicht Ursache, aber doch ein geeigneter Anlass, die erste Teuerung vorzunehmen. Immerhin erscheint IMAGO HOMINIS bereits seit 8 Jahren – immer zum selben Preis. Nun haben wir die Zahlen aufgerundet und bitten um Verständnis.

Die Herausgeber

Entscheidung des deutschen Bundestags für den Import von embryonalen Stammzellen

Notburga AUNER

An einem heißen Tag im August hat George BUSH seine Entscheidung, keine öffentlichen Gelder für die verbrauchende Embryonenforschung zur Verfügung zu stellen, kundgetan. An einem kalten Tag im Jänner 2002 hat nun der deutsche Bundestag abgestimmt und bedeutend weniger Mut bewiesen als der amerikanische Präsident, der unter massivem Druck der Öffentlichkeit eine einigermaßen unpopuläre Entscheidung gefällt hat. Stammzellen dürfen in der Bundesrepublik zwar nicht hergestellt werden, um einige Forscher zu befriedigen dürfen sie aber importiert werden. Der Vorschlag der SPD und der Grünen sieht unter strengen Auflagen die Einfuhr embryonaler Stammzellen vor, um des Kompromisses willen, wie sie selbst sagen. Grundsätzlich sollte es ein „Nein“ heißen. Die Abgeordneten plädierten für ein Verbot der verbrauchenden Embryonenforschung und für die Selbstverpflichtung, dieser Art der Wissenschaft nicht Vorschub zu leisten. Andererseits sollen deutsche Wissenschaftler aber Anschluss an die internationale Forschung haben. Was in anderen Ländern an Erkenntnissen neu gewonnen wird, soll auch den Deutschen nicht vorenthalten bleiben. Aus diesem Grund soll importiert werden, was in Deutschland nicht hergestellt werden darf. Für Margot von RENESSE und für die vielen anderen Bundestagsabgeordneten, die für diese Lösung stimmten, gibt es da weder einen Widerspruch in sich, noch zur bestehenden Gesetzeslage. Deutsche menschliche Embryonen schützt der deutsche Gesetzgeber streng; sie dürfen der Willkür nicht ausgesetzt werden. In der BRD dürfen in vitro-Embryonen ausschließlich im Hinblick auf Nachkommenschaft hergestellt werden.

Die angeführten Argumente für die Forschung an embryonalen Stammzellen sind aus

dem angelsächsischen Sprachraum hinlänglich bekannt. Der Forschungsfreiheit dürften keine willkürlichen Schranken auferlegt werden. Es gehe um das Allgemeinwohl der Menschheit, um das Recht auf Gesundheit, das die Gesellschaft als höheren Wert einstuft, höher jedenfalls, als den Würdeschutz des frühen menschlichen Lebens. Als beratendes Gremium trat erstmals der Nationale Ethikrat auf den Plan. Bundeskanzler SCHRÖDER hatte nach einigen Debatten eine interdisziplinäre Gruppe von Wissenschaftlern und Ethikern beauftragt, der Regierung in schwierigen Fragen der Biopolitik beratend beizustehen. Dieser hat eine Empfehlung abgegeben und eine langatmige Stellungnahme mit pro und contra. Es gab unüberwindliche konträre Auffassungen, die rein demokratisch, nach dem Mehrheitsprinzip zur Abstimmung vorgelegt wurden. Das Ergebnis der Abstimmung in den eigenen Reihen wird offengelegt: 15 gegen 10. Die Mehrheit war für den Import der embryonalen Stammzellen.

Im Vorwort der Erläuterungen heißt es noch, „die Würde des Menschen verbietet es, Embryonen vor der Nidation für beliebige Zwecke zu verwenden.“ Gleichzeitig ließe sich aber kein „absoluter“ Lebensschutz für frühe Embryonen induzieren. Dieser werde weder bei der Zulassung der Antikonzeptiva durch Nidationshemmung (Frühabortus), noch bei der rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs gegeben. Es gäbe daher keine Veranlassung, in der vorliegenden Angelegenheit eine Ausnahme zu machen. Vielmehr habe sich der „abgestufte Lebensschutz“ durchgesetzt. Embryonen in ihren frühen Entwicklungsstadien verfügten doch (noch) nicht über ein individuelles Leben. Bis zur Ausbildung des sog. Primitivstreifens besteht die Möglichkeit der Mehrlingsbildung. Es hätte sich also

noch kein individueller Mensch entwickelt, so wird geschlossen. Übersehen wird: es geht um folgende Alternativen: 2 oder nur einer, aber nicht 2 oder keiner, denn ein Individuum ist ja schon da.

Deutschland hat sich also entschieden, und mit dem Ethikrat viele Ratgeber beigezogen. Letztendlich muss befürchtet werden, dass eine Abänderung des Embryonenschutzgesetzes unausweichlich bleibt. Denn die getroffene Entscheidung stellt einen Kompromiss dar, der niemanden richtig befriedigt. Die Stammzellforscher hatten bald nach der Entscheidung signalisiert, dass die vorhandenen Zelllinien nicht ausreichen würden. Noch vor einem Jahrzehnt gab es einen geschlossenen gesellschaftlichen Konsens darüber, wie mit menschlichen Embryonen umgegangen werden soll. Weltweit gilt die deutsche Gesetzgebung als beispielgebend, was den Würdeschutz der menschlichen Embryonen *in vitro* betrifft. Was Forscherdrang und eine gute Lobby bewirken können! Die Moral wird neuen wissenschaftlichen Perspektiven angepasst. Was früher schützenswert war, ist es heute nicht mehr.

Denn höher steht der Wert Forschungsfreiheit als der des Menschenlebens. Niemand dürfe sich anmaßen, den Wissenschaftlern den Gegenstand ihrer Forschung vorzuschreiben oder gar einzuschränken. Gemäß dem Prinzip des abgestuften Lebensschutzes genießt das Menschenleben in seinen frühesten Phasen nur wenig Schutz. Sinnlos sind die Beteuerungen, dass Sorgen über eine Instrumentalisierung menschlicher Embryonen unbegründet wären, da ja die gesetzlichen Bestimmungen ganz strenge Auflagen und Regelungen vorsähen. Das braucht nicht eigens betont zu werden, weil demzufolge der Embryo ja schon längst kein würdevolles Leben mehr besitzt.

Der Zirkelschluss ist evident: weil wir ihm (dem Embryo) keine Würde zusprechen, braucht er auch nicht geschützt werden. In sich schlüssig, aber unlogisch und menschenunwürdig.

Dr. Notburga AUENER, Imabe-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A - 1030 Wien
auer@imabe.org

Erklärung der IMABE-Ethikkommission zur Entscheidung des deutschen Bundestages zum Import von embryonalen Stammzellen

Am 30. Jänner 2002 hat der deutsche Bundestag mit 340 gegen 265 Stimmen einen Antrag zur Zulassung des Imports von embryonalen Stammzellen mit strengen Auflagen approbiert. Es dürfen nur embryonale Zellen aus Stammzelllinien, die nachweislich bereits vor einem bestimmten noch festzulegenden Stichtag vor dem 30. Jänner 2002 existiert haben, für Forschungszwecke verwendet werden. Ein Gesetzesentwurf in diesem Sinne wird in den nächsten Wochen im Bundestag zur Abstimmung gebracht. Der Entscheidung vom 30. Jänner sind monatelange Diskussionen vorausgegangen. Schlussendlich hat der Bundestag zwischen vier Anträgen abstimmen müssen: (1) Absolutes Verbot der Forschung mit embryonalen Stammzellen, (2) Zulassung des Imports von embryonalen Stammzellen mit strengen Auflagen, (3) uneingeschränkte Importzulassung und (4) völlige Freigabe der Forschung mit Embryonen, inkl. Embryonenerzeugung.

In einer ersten Abstimmung hat der (1) Antrag eine relative, aber nicht absolute Mehrheit erhalten, in einer zweiten Abstimmung hat in der Stichwahl zwischen (1) und (2) der letztere Antrag die Mehrheit erlangt.

Sehr positiv an dem Kompromiss ist die Tatsache, dass für diese Forschung kein Embryo mehr getötet werden muss und dass eine Verwertung überzähliger Embryonen aus der IVF verhindert wird.

Der Kompromiss ist aber vom ethischen Standpunkt aus sicherlich nicht als erfreulich zu bewerten, weil er im Grunde eine weitere Lockerung des Lebensschutzes darstellt. In Deutschland verbietet das Embryonenschutzgesetz embryonenverbrauchende Versuche ebenso wie die Gewinnung von embryona-

len Stammzellen. Der Gesetzgeber hatte nicht ausdrücklich an einen Import der Letzteren gedacht, weil dies vor zehn Jahren ziemlich abwegig erschien. Dass der Bundestag diese Lücke des Gesetzes im nachhinein bestätigt, und dadurch die in Deutschland geltende strenge Regelung auflockert, so dass ab nun die Forschung mit embryonalen Stammzellen unter strengen Auflagen, aber doch gesetzlich erlaubt sein wird, kann nur als ein Rückschritt für den Lebensschutz bezeichnet werden. Man kann natürlich unter Umständen diese Forschung ethisch vertreten, aber zweifelsohne wäre ein Verbot dieser Forschung ein wichtigeres Signal für den Lebensschutz gewesen.

Außerdem muss man aus sachlichen Gründen fragen, ob nach dem aktuellen Wissensstand eine derartige Entscheidung im Bundestag notwendig war. Die Fortschritte in der ethisch einwandfreien Forschung mit adulten Stammzellen und deren klinischen Anwendung, die in den letzten Monaten und ganz besonders in den letzten Wochen erzielt werden konnten, machen eine Forschung mit embryonalen Stammzellen völlig überflüssig. Dies bestätigen auch redliche Wissenschaftler, die vor einigen Monaten noch für die embryonale Stammzellenforschung eingetreten sind.

Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten durch seine moralisch ausgewogene und gemäßigte Gesetzgebung ausgezeichnet und eine hohe ethische Kompetenz in biopolitischen Fragen gezeigt. Es wäre für Deutschland und für Europa sehr bedauerlich, sollte die Abstimmung vom 30. Jänner tatsächlich eine Kursänderung in der Biopolitik darstellen.

Wien, am 7. Februar 2002

Erklärung der IMABE-Ethikkommission zum britischen Fall des sogenannten Designer-Babys

Die britische „Human Fertilisation and Embryology Authority“ (HFEA) hat Ende Februar 2002 erstmals einem Ehepaar aus Leeds die Erlaubnis erteilt, mittels künstlicher Befruchtung (IVF) und Präimplantationsdiagnostik (Suche nach einem Embryo, der die gewünschten Merkmale aufzeigt) einen menschlichen Embryo zu erzeugen, der als Zellspender für ein krankes Geschwisterkind dienen soll. Das Kind leidet an Thalassaemia major und kann nach Meinung der behandelnden Ärzte nur durch eine Knochenmarktransplantation gerettet werden. Trotz monatelanger Suche fand sich aber kein geeigneter Spender. Nun soll die Heilung mittels Stammzellen aus dem Nabelschnurblut eines geeigneten Geschwisterchens versucht werden.

Lobenswert ist dabei die Anteilnahme am leidvollen Schicksal des schwerkranken Kindes und der Eltern, wie auch die Bereitschaft, bis an die Grenze der Möglichkeiten alles zu versuchen, um das Leben des kleinen Jungen zu retten. Die konkrete Entscheidung ist aber in höchstem Maße bedauerlich. Eine moralische Grenze, welche die Menschenwürde und das Recht auf Lebensschutz markieren, wird dabei mehrfach überschritten. Die Therapie, die hier gewählt wurde, erfordert es, einen Embryo nach dem anderen zu erzeugen und solange zu verwerfen, bis solche gefunden werden, die mit großer Wahrscheinlichkeit die gewünschten Stammzellen produzieren. Die „heilenden“ Embryonen, die man schließlich in die Gebärmutter transferiert, werden total instrumentalisiert: denn sie verdanken ihre Überlebenschance ganz allein der Tatsache, dass sie die für die Produktion des heilenden Knochenmarkes notwendigen Merkmale aufweisen. Alle anderen Embryonen, d.h. jene, die diese Merkmale nicht vorweisen können,

werden eliminiert. Für die Heilungshandlung wurden also völlig unverhältnismäßige Mittel gewählt: Embryonenerzeugung, -selektion und -tötung. Diese bedauerliche, moralverweigernde Entscheidung der HFEA zeigt das wahre Ausmaß der kollektiven Verrohung des Gewissens, das bereits erreicht wurde.

Bedauerlich ist weiter, dass man in der Öffentlichkeit unter dem Mantel des Mitleids für die betroffenen Familie pseudomoralische Rechtfertigungen präsentiert, die zwar keiner echten Prüfung standhalten, aber sehr viel Verwirrung stiften und einer weiteren Verrohung der Sitten Vorschub leisten. So wurde z.B. argumentiert, dass auch bei der gesetzlich erlaubten In-Vitro-Fertilisation, in der es um die Wunscherfüllung der Eltern nach einem eigenen Kind geht, übriggebliebene Embryonen vernichtet werden. Diese Erfüllungshandlung sei gewiss nicht höherwertig einzustufen als die Heilung eines lebenden Kindes. Wer also IVF zulässt, könne konsequenterweise gegen diese therapeutische Erzeugung von Designer-Babys keine ethische Bedenken haben. Diese Argumentation scheint in sich schlüssig zu sein. Aber die richtige Konsequenz, die zunächst daraus gezogen werden muss, lautet: IVF ist allein schon deshalb unmoralisch, weil Embryonen übrig bleiben und getötet werden müssen.

Viele Probleme, die der Fortschritt der Biotechnologie aufgeworfen hat, wie z.B. therapeutisches Klonen, embryonale Stammzellen, Versuche mit Embryonen und jetzt die Erzeugung von Designer-Babys sind dadurch entstanden, dass durch die künstliche Befruchtung der Mensch selbst für andere Menschen auf eine Weise verfügbar wird, die auf jeden Fall seine Würde verletzt. Bei der Einführung

der IVF-Gesetze wurde beteuert, dass es nur um die Erfüllung des Kinderwunsches leidender Paare gehe. Man hat ausgeschlossen, dass IVF für Versuche mit Embryonen oder zur Erzeugung von Designer-Babys zugelassen würde. Heute sind die Versuche mit Embryonen in vielen Ländern bereits erlaubt. Die HFEA betont, dass von einer Zulassung der Designer-Babys noch keine Rede sein kann, weil die Erlaubnis nur auf ganz wenige schwerwiegen-

de Fälle beschränkt bleiben wird. Wenn die Gesellschaft nicht einsieht, dass der Rubikon schon mit der IVF überschritten wurde, und sie nicht bereit ist, auf IVF endgültig zu verzichten, wird sie wie bisher die jeweiligen moralischen Grenzen Schritt um Schritt weiter verschieben müssen. Auch dies hat der Fall des Designer-Babys klar gezeigt.

Wien, am 6. März 2002

FOCUS

Ethische Aspekte der Therapieeinschränkung in der neonatalen und pädiatrischen Intensivmedizin

Alfred DILCH

Zusammenfassung

Ethische Prinzipien, wie das Fürsorgeprinzip und das Prinzip der Schadensverhütung, als auch medizinethische Konzepte, wie das „Best Interests“ – Konzept oder das „Personhood“ – Konzept können in Entscheidungsprozessen im medizinischen Grenzbereich der Intensivmedizin eine wertvolle Hilfe und Stütze sein. Entscheidungen auf bestimmte sehr belastende Therapieoptionen zu verzichten, haben für das weitere Schicksal des Patienten zumeist folgenschwere Auswirkungen, daher muß sicher gestellt sein, dass solche Entscheidungen nur nach umfassender Diagnose- und Prognosestellung, weiters Auslotung und Abwägung aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten getroffen werden. Die elterlichen Wünsche und Vorstellungen sind unbedingt in der Entscheidungsfindung mitzuberücksichtigen. Nach dem Beschluß Therapie einzuschränken ändert sich Qualität und Zielsetzung des Heilauftrages – Sterbebegleitung und Palliativtherapie stehen im Vordergrund.

Schlüsselwörter: Begriffsbestimmung – Sterbehilfe, Ethische Prinzipien, Medizinethische Konzepte, Entscheidungsprocedere, Elterliches Entscheidungsrecht, Sterbebegleitung

Abstract

Ethical principles such as Welfare and Prevention of Damage as well as medicinal concepts like „Best Interests“ or „Personhood“ can be valuable aids and support in making decisions in medical borderline intensive medicine. Decisions not to begin certain therapies, which would be burdensome for the patient, very often have long-range negative effects for the patient, therefore such decisions should only be made after lengthy diagnoses and prognostics, and also weighing and plumbing all available possibilities. The wishes and feelings of the parents must also be taken into consideration. After having made the decision to reduce or stop therapy, treatment will basically become palliative and terminal patient care.

Keywords: Definitions - euthanasia, ethical principles, medical concepts, decision making, parental rights, terminal patient care

Anschrift des Autors: Dr. Alfred DILCH, G.v. Preyer'sches Kinderspital
Interdisziplinäre Intensivstation und Neonatologie
Schrankenberggasse 31, A - 1100 Wien

Einleitung

Die Intensivmedizin hat in den letzten Jahrzehnten enorme Fortschritte erzielt. Durch die Möglichkeiten der neonatologischen Intensivmedizin ist es gelungen, ein Überleben immer kleinerer und unreiferer Frühgeborener sicherzustellen und auch im Bereich der pädiatrischen Intensivmedizin steigen stetig die Überlebenschancen kritisch kranker Kinder. Manche Patienten leiden jedoch, nachdem sie die Intensivstation verlassen haben an einer beträchtlichen Dauermorbidität, die mit schwersten körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen einhergeht, sodass zunehmend kritisch hinterfragt wird, ob es wirklich sinnvoll und im Sinne des Patientenwohles ist, in jedem individuellen Fall alle zur Verfügung stehenden intensivtherapeutischen Maßnahmen rigoros einzusetzen. Besteht aber andererseits nicht sogar eine ethisch-moralische Verpflichtung, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um sich nicht fahrlässigen Handelns in Bezug auf das Patientenwohl schuldig zu machen?

1. Begriffsbestimmung und rechtliche Voraussetzungen

Wer sich mit dem Thema „Therapieeinschränkung“ beschäftigt, befindet sich unmittelbar in der Diskussion um Sterbehilfe und den damit verbundenen rechtlichen Konsequenzen. Es ist daher sinnvoll und notwendig, zunächst eine Begriffsbestimmung der verschiedenen Formen von Sterbehilfe vorzunehmen und auf die rechtlichen Rahmenbedingungen einzugehen.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass menschliches Leben von Seiten der österreichischen Rechtsordnung her unabhängig von der jeweiligen „Lebensqualität“, das Höchste aller zu schützenden Rechtsgüter darstellt und unbedingt zu respektieren ist.¹

1.1 Aktive direkte Sterbehilfe

Aktive direkte Sterbehilfe bedeutet, dass eine Tötung vorliegt. Das heißt, dass ein Organismus von einer äußeren Einwirkung oder Noxe gewissermaßen überwältigt wird und er keine Gelegenheit mehr hat einen Reintegrationsprozess vorzunehmen – der Begriff des Tötens beinhaltet also eine den Organismus unmittelbar tödlich schädigende Einwirkung.²

Aktive direkte Sterbehilfe wird nach österreichischem Strafrecht als vorsätzliches Tötungsdelikt bewertet⁴ – sowohl Tötung auf Verlangen bei hoffnungsloser Prognose einer Erkrankung (§ 77 StGB), als auch jede Form der Mitwirkung am Selbstmord (§ 78 StGB) ist in Österreich strafbar und kann bei Glaubhaftmachung eines „Tötens aus Mitleid“ bestenfalls Milderung des Strafausmaßes bewirken. Eine aktive direkte Sterbehilfe „aus Mitleid“, die nicht auf „ernstliches und eindringliches Verlangen“ des Patienten erfolgt, ist strafrechtlich als Mord zu werten.¹

1.2 Aktive indirekte Sterbehilfe

Man versteht darunter die Verabreichung schmerzlindernder Medikamente, die den Todeseintritt durch Beeinträchtigung des Atemzentrums, des Herz-Kreislaufsystems oder aus anderen Gründen beschleunigen können. Sie gilt, wenn die Absicht des die Medikamente verordnenden oder verabreichenden Arztes primär in einer Schmerzlinderung besteht, als nicht strafbar. Hier kommt es zu einer entschuldbaren Pflichtenkollision des Arztes, zwischen der Forderung Leben zu erhalten, aber auch Schmerzen und Leiden zu mindern.^{3,4}

1.3 Passive Sterbehilfe

Bedeutet einem bereits begonnenen, innerorganismischen Desintegrationsprozess seinen Lauf zu lassen, ohne die zentralen Lebensfunktionen zu stützen bzw. zu substituieren.² Laut

§ 110 StGB („Eigenmächtige Heilbehandlung“) ist der Patient entscheidungsbefugt, eine Behandlung anzunehmen oder abzulehnen. Jede ärztliche Maßnahme gegen den vollverantwortlich gebildeten Willen des Patienten wäre ein Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht („Autonomie“) des Patienten.^{4,5} Jeder Mensch hat das Recht auf den „eigenen Tod“ und laut den Patientenrechten auch ein Anrecht auf würdevolles Sterben und Sterbebegleitung. Damit eine Erklärung rechtswirksam wird, muss sichergestellt sein, dass der Patient fähig ist, sowohl die Bedeutung, als auch die Tragweite seiner Entscheidung zu erkennen – dies muss im Einzelfall vom aufklärenden und betreuenden Arzt beurteilt werden – vor allem ist auf vorübergehende Stimmungslagen (z.B. unmittelbar nach Eröffnung einer infautesten Prognose durch einen Arzt) Bedacht zu nehmen.⁴

Wie ist aber nun bei einem bewusstlosen oder aus anderen Gründen nicht mehr oder noch nicht willensfähigen Patienten vorzugehen: hier ist vom „mutmaßlichen“ Willen des Patienten auszugehen, vor allem wenn eindeutige Hinweise auf die Wünsche des Patienten für die aktuell eingetretene Situation vorliegen oder zu einem früheren Zeitpunkt geäußert oder niedergeschrieben wurden („Patiententestament“).⁴ Liegen keine Anhaltspunkte über den mutmaßlichen Willen des betroffenen Patienten vor, so sind die Entscheidungen bezüglich des medizinischen Verfahrens „im besten Interesse“ des Patienten zu treffen. Dies trifft im Besonderen für Früh-, Neugeborene und Kinder zu und hat daher in Entscheidungsprozessen in der Neonatologie und Pädiatrie große Bedeutung.

Sollte, wie einleitend definiert, ein irreversibel kontinuierlich voranschreitender Desintegrationsprozess mit höchstwahrscheinlich letalem Ausgang vorliegen („der Sterbeprozess ist im Gange“), so sollte der Arzt den Einsatz lebenserhaltender Maßnahmen im Hinblick auf ein „Sterben in Würde“ nicht überspannen. Im Falle von Moribunden oder Patienten, die ihr

Bewusstsein, bzw. ihr Kommunikationsvermögen irreversibel eingebüßt haben (das betrifft auch die Problematik geistig schwerst beeinträchtigter Früh-, Neugeborener und Kinder), wird dem Arzt von Rechts wegen ein Ermessensspielraum zugebilligt, der es ihm ermöglicht, verantwortungsvolle Entscheidungen in der ärztlichen Pflichtenkollision zwischen „Lebenserhaltung“ und „Leidensminderung“ zu treffen.

1.4 Passive Sterbehilfe versus aktive Sterbehilfe

Zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe besteht daher von Rechts wegen ein erheblicher Unterschied, dabei sollte jedoch die Unterscheidung zwischen aktivem Tun und Unterlassen im Einzelfall nicht gekünstelt an reale Verhaltensweisen geknüpft werden. Es macht letztlich keinen Unterschied, ob eine lebenserhaltende Apparatur abgestellt oder erst gar nicht eingesetzt wird – beides ist als eine Nichtvornahme weiterer lebenserhaltender Maßnahmen zu sehen und gilt daher rechtlich gesehen nicht als aktives Tun, sondern als Unterlassung.¹ Natürlich muss sich jeder Arzt, der sich dazu entschließt auf lebensverlängernde Maßnahmen zu verzichten, bewusst sein, dass er sich im Falle einer Anzeige wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 95 StGB) zu verantworten hat und es wird an ihm liegen zu beweisen, dass in diesem Fall seine Verpflichtung, Leiden zu mindern und dem Patienten ein Sterben in Würde zu ermöglichen, gegenüber seiner Verpflichtung Leben zu erhalten im Vordergrund stand.

2. Das Dilemma einer unsicheren Prognose

Es gab und gibt immer wieder verschiedenste Ansätze und Überlegungen, um in medizinischen Grenzbereichen zufriedenstellende und vor allem verantwortungsvolle Lösungen zu finden.

Zum Beispiel beschrieb 1986 Nancy K. RHODEN, Professorin für Recht an der Ohio State University 3 nationale Vorgangsweisen/Strategien betreffend das Problem der extremen Frühgeburtlichkeit.^{6,7}

1. Rhoden nannte die Strategie in den USA die „Wait Until Certainty Strategy“ – Alle extremen Frühgeburten wurden rigoros therapiert, bis eindeutig feststand, dass die betreuten Frühgeburten von der Behandlung nicht profitierten oder ihnen aktuell Schaden zugefügt wurde – nur dann wurde an eine Therapieeinschränkung gedacht. Die Auswirkungen einer solchen Strategie sind folgende:
 - 1.a. Manche extreme Frühgeborene werden gerettet, die sonst versterben würden.
 - 1.b. Vielen, die überleben, wird unmittelbarer Schaden zugefügt und es wird ihnen lebenslanges Leid zugemutet.
 - 1.c. Es werden enorme Summen in die neonatologische Intensivmedizin investiert.
2. Am anderen Ende des Spektrums stand das schwedische Vorgehen. RHODEN nannte es die „Statistical Prognostic Strategy“ – Extreme Frühgeburten unter 750 g GG wurden 1986 in Schweden nur dann intensivmedizinisch behandelt (im Sinne eines „Intensive Care“ – mit künstlicher Beatmung), wenn aufgrund eines Prognosescores starke Argumente für ein gutes Outcome vorlagen, sonst wurde „nur“ ein „Special Care“ (intensive Pflege ohne Beatmung) durchgeführt. Die Auswirkungen dieser Strategie sind folgende:
 - 2.a. Manche extreme Frühgeburten sterben, die unter Anwendung aggressiver intensivtherapeutischer Maßnahmen überlebt hätten.
 - 2.b. Sowohl die Zufügung unmittelbaren Schadens, als auch ein schlechtes Outcome mit der Folge eines lebenslangen Leidens wird minimiert.
 - 2.c. Begrenzte soziale Ressourcen werden gespart und können in andere kostenintensive Bereiche (z.B. Vorsorgemaßnahmen) investiert werden.
3. Zwischen diesen beiden Extremen lag das

britische Vorgehen. RHODEN nannte es die „Individualized Prognostic Strategy“ – die intensivmedizinische Behandlung wurde unabhängig von Reife und Geburtsgewicht in jedem Fall begonnen, dann aber die Entscheidung zu weiterer rigoroser Intensivtherapie auf Basis klinisch prognostischer Indizes in Bezug auf letztlich letales Ausgehen oder ein Überleben mit schweren Hirnschäden regelmäßig evaluiert und gegebenenfalls revidiert.

Die Auswirkungen dieser Strategie sind:

- 3.a. Sie rettet mehr Individuen pro Einwohnerzahl als in Schweden, jedoch weniger als in den USA.
- 3.b. Sie minimiert sowohl das Ausmaß an unmittelbar zugefügtem Schaden, als auch an lebenslangem Leiden.
- 3.c. Sie spart mehr an limitierten Ressourcen als in den USA, jedoch weniger als in Schweden.

Ein moralisch-ethisches Dilemma kommt in allen drei genannten Strategien deutlich zum Ausdruck, nämlich die statistische Unsicherheit in Bezug auf den individuellen Patienten. Jeder, der Intensivmedizin und Neonatologie betreibt, kann sich an unzählige „Wunder“ erinnern – an klinisch äußerst positive Verläufe von Kindern, denen aufgrund eines Prognosescores nur sehr schlechte Überlebenschancen zugebilligt worden wären.

Jeff LYON drückt dieses Dilemma in seinem Buch „Playing God in the Nursery“⁸ sehr pointiert aus, wenn er schreibt:

„If it is hard to justify creating blind paraplegics to obtain a number of healthy survivors, it is equally hard to explain to the ghosts of the potentially healthy that they had to die in order to avoid creating blind paraplegics.“

3. Ethische Prinzipien und medizin-ethische Konzepte

Auf welcher Basis können wir aber nun im medizinischen Grenzbereich der Intensivme-

dizin verantwortungsvolle Entscheidungen treffen? In diesen schwierigen Entscheidungsprozessen, die gekennzeichnet sind von persönlicher Betroffenheit, Unsicherheit und vom Abwägen verschiedenster Vor- und Nachteile für unsere Patienten, scheint mir das bewusste Besinnen auf medizinethische Prinzipien und Konzepte eine wertvolle Hilfe und Stütze zu sein. Es sollen nun im Folgenden die meines Erachtens für unsere Arbeit in der neonatologischen und pädiatrischen Intensivmedizin wesentlichen medizinethischen Prinzipien und Konzepte dargestellt werden.

3.1 Medizinethische Prinzipien

All unsere therapeutischen Überlegungen basieren letztendlich auf zwei ethischen Prinzipien:

3.1.1. *Das Fürsorgeprinzip – „Principle of Beneficence“*

3.1.2. *Das Prinzip der Schadensverhütung – „Principle of Nonmaleficence“*

Beide Prinzipien sind bereits im „Hippokratischen Eid“ verankert: „Salus aegroti suprema lex“ – die Gesundheit des Patienten sei uns oberstes Gebot und „Primum nil nocere“ – als erstes gilt, dem Patienten nicht zu schaden. Diese beiden Prinzipien sollten grundlegend alle unsere therapeutischen Entscheidungen leiten.

Gemeinsame Aussage der 2 ethischen Prinzipien:

Vor Einsatz medikamentöser oder medizinisch-technischer Maßnahmen muss eine kritische Abwägung des voraussichtlichen Heilerfolges der ins Auge gefassten Maßnahmen und deren potentieller Nebenwirkungen erfolgen. Vor allem bei Einsatz sehr aggressiver intensivtherapeutischer Maßnahmen sollten die potentiellen Belastungen und Nebenwirkungen in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen, ansonsten stellt sich die Frage, ob es nicht eher im Sinne des Patientenwohles ist, auf die eine oder andere intensivtherapeutische Möglich-

keit zu verzichten.

Es sei betont, dass es nicht nur unsere ärztliche Pflicht ist, menschliches Leben zu erhalten, sondern dass wir genauso aufgefordert sind, Leiden und Schmerzen zu lindern und Gesundheit wieder herzustellen – ist uns das aufgrund einer schweren irreversiblen Erkrankung eines Patienten nicht mehr oder nur mehr sehr marginal möglich tritt, die Verpflichtung zur Leidensminderung gegenüber der Lebenserhaltung in den Vordergrund unseres ärztlichen Heilauftrages. Auch auf das Patientenrecht auf „würdevolles Sterben und Sterbebegleitung“ möchte ich hier hinweisen.

3.2 Medizinethische Konzepte

Vor allem aus den USA kommend wurden in den letzten 2 Jahrzehnten verschiedene medizinethische Konzepte entworfen, diskutiert und auch angewendet, um zufriedenstellende Lösungen und Vorgangsweisen in der therapeutischen Betreuung von schwerstkranken Früh-, Neugeborenen und Kindern zu finden.

Ein Konzept, das in erster Linie entworfen wurde, um dem Dilemma des „inkompetenten“, unmündigen, bewusstlosen Patienten zu begegnen, ist das

3.2.1. *„Best Interests“ – Konzept*

Da ein Früh- und Neugeborenes, wie auch ein Kind nicht eigenverantwortlich im Sinne des Selbstbestimmungsrechtes (Autonomieprinzip) Entscheidungen bezüglich ihn betreffende medizinische Maßnahmen treffen kann, ist ein mündiger kompetenter Stellvertreter dazu verpflichtet, die Benefits und Belastung eines therapeutischen Eingriffs aus der Sicht des Kindes zu evaluieren. Dieses Konzept stellt international ein Hauptkriterium in der therapeutischen Entscheidungsfindung bei schwerstkranken Früh-, Neugeborenen und Kindern dar.

WALTERS definiert 1986 die Stärken und Schwächen dieses Konzeptes⁹:

Dieses Konzept hat Stärken:

Es ist individuell ausgerichtet. Der Inhalt

dieses Konzeptes ist der moralische Wert eines Früh-, Neugeborenen oder Kindes, welcher auf die ganze Person, die dieses Kind einmal sein wird, ausgerichtet ist.

Es erfasst den hohen Wert menschlichen Lebens.

Es anerkennt aber auch tragische Umstände, die eine aggressive medizinische Behandlung nicht mehr sinnvoll erscheinen lassen.

Es hat aber auch Schwächen:

Wie kann ein gesunder Erwachsener aus der Sicht eines körperlich und geistig schwer beeinträchtigten Kindes entscheiden? Wird er nicht aus einem anderen Lebensrahmen heraus, nämlich aus dem eines gesunden Menschen Entscheidungen treffen? Kann er überhaupt mit seinen Lebensmaßstäben die Lebensqualität und damit den „mutmaßlichen Willen“ eines solchen Kindes richtig beurteilen?

Außerdem definiert das „Best Interests“-Konzept keinerlei menschliche Qualitäten, die ein moralisches Verlangen nach Überleben annehmen lassen müssen.

Die Schwächen des „Best Interests“-Konzeptes können durch das folgende medizinische Konzept ergänzt werden:

3.2.2. Das „Personhood“ – Konzept

Dieses Konzept versucht, basale Fähigkeiten zu definieren, die einen Menschen zu einer Persönlichkeit machen, wie Selbstbewusstsein, rationales und vorausplanendes Denken und vor allem seine Kommunikationsmöglichkeiten.

Die wesentliche Aussage dieses Konzeptes ist, dass nur eine menschliche Persönlichkeit, die zumindest minimale Möglichkeiten besitzt, mit seiner Umwelt zu kommunizieren, und in deren Leben die Zeiten relativen Wohlbefindens die Zeiten des Unwohlseins und der Schmerzen deutlich überwiegen, ein Interesse daran haben kann, unter allen Umständen leben/überleben zu wollen.

Natürlich sind Früh- und Neugeborene vom physiologischen Standpunkt aus gesehen noch keine Persönlichkeiten im obigen Sinn,

sie gelten jedoch von ihrer sozialen Rolle her sehr wohl als Personen und genießen deshalb ab der Geburt den vollen rechtlichen Lebensschutz. Die Anwendung des „Personhood“-Konzeptes mag daher in der Neonatologie, Schwierigkeiten bereiten – der bereits zitierte Walters hat daher in seinem Artikel 1988 im AJDC⁹ das Persönlichkeitskonzept durch das von ihm als „Proximate Personhood“ genannte Konzept ergänzt:

3.2.3 „Proximate Personhood“: potentiell erreichbare Persönlichkeit

Dieses Konzept kann in zweifacher Weise angewendet werden – auf der einen Seite wird die aktuelle, gegenwärtige „Persönlichkeit“ des beeinträchtigten Neugeborenen betrachtet, auf der anderen Seite die Potentialität, Persönlichkeitsmerkmale zu entwickeln.

- a. Die aktuelle Situation: hier liegt der Focus auf der bereits erreichten Entwicklung des Kindes – welchen Grad der physischen und kognitiven Persönlichkeitsentwicklung in Bezug auf das chronologische Alter gemessen am Erreichbaren hat das Kind bis dato bereits erreicht?
- b. Welches Potential besitzt das Neugeborene, zumindest minimale Persönlichkeitsmerkmale zu entwickeln? Minimale Persönlichkeitsmerkmale zu besitzen, bedeutet zumindest in basaler Weise sich als rationales Wesen zu erkennen und bewusste Entscheidungen treffen zu können – die christlich-jüdische Tradition beschreibt den Menschen als geschaffen „nach dem Bilde Gottes“, was zumindest ein Minimum an persönlicher Fähigkeit bewusst Richtiges vom Falschen zu unterscheiden und bewusste Beziehungen zu seinen Mitmenschen und zu seiner Umwelt einzugehen beinhaltet. – Da Neonatologen übereinstimmen, dass die exakte Voraussage der Entwicklungsmöglichkeiten von schwer beeinträchtigten Früh- und Neugeborenen nicht möglich ist, sollten Neugeborene, die das Potential besitzen, zumindest minimale Persönlichkeitsmerkmale zu entwickeln, auf

jeden Fall eine rigorose Intensivtherapie ohne Einschränkungen erhalten. Die Behandlung eines Früh-/Neugeborenen mit dem Potential zur Entwicklung minimaler Persönlichkeitsmerkmale ist für Walters moralisch zwingend.

DOYLE und WILSHER¹⁰ nennen drei Patientengruppen, die keine Möglichkeiten besitzen, sich zu einer menschlichen Persönlichkeit zu entwickeln:

1. Kinder, die an Krankheiten leiden, die bereits vor Erreichen des Erwachsenenalters zum Tode führen.
2. Behinderungen, die aufgrund eines neurologischen Schadens so massiv sind, dass die Entwicklung von Selbstbewusstsein und bewusstem Agieren praktisch ausgeschlossen ist.
3. Behinderungen, die die Entwicklung eines basalen Selbstbewusstseins zulassen, die begleitenden physischen Einschränkungen aber so ausgeprägt sind, dass keine Hoffnung besteht, dass dieses Individuum jemals fähig sein wird, selbstständig zu handeln („to act on his or her own behalf“)

Eine vierte Patientengruppe, bei denen immer wieder an Therapiebeschränkung gedacht wird, sind Patienten, die an einer Erkrankung leiden, die zwar mit einer normalen geistigen Entwicklung, jedoch mit ausgeprägten physischen Behinderungen einhergeht und starke Schmerzen und Leiden verursacht, vor allem wenn zusätzlich oftmals im Laufe der Erkrankung invasive Eingriffe erforderlich werden.

Der bereits oben erwähnte WALTERS⁹ geht auf dieses Problem ein, wenn er schreibt, dass in dem Fall, in dem das physiologische Handicap so schwer ist, dass das persönliche Leben eine Nettobelastung ergibt, eine lebenserhaltende Therapie auch oder gerade aufgrund einer zu erwartenden normalen Geistesentwicklung moralisch nicht zwingend sein kann.

Diese Problemstellung führt uns zu einer Fragestellung, die immer wieder auftaucht, wenn es um Therapiebegrenzung, bzw. The-

rapieeinschränkung geht – inwiefern ist Lebensqualität ein Parameter, der in diese schwierigen Entscheidungen einfließen kann/soll?

4. Die Frage der Lebensqualität – ein medizinisches Kriterium?

Der Begriff „Lebensqualität“ wird in der Medizin erst seit relativ kurzer Zeit erwähnt und scheint seine Wurzel in dem seit der Aufklärung bestehenden Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung zu haben. Stand im HIPPOKRATISCHEN Eid die Entscheidungskompetenz des Arztes, der aufgrund seiner Ausbildung wusste, was für den Patienten die beste Therapieform sei und daher angewendet werden sollte, im Vordergrund, so wurden in der Zeit der Aufklärung Patientenautonomie und die Würde des Patienten entscheidend für die Arzt-Patienten-Beziehung. Sie wandelte sich von der hippokratischen paternalistischen zu einer partnerschaftlichen Beziehung: der Patient hat das Recht für sich zu entscheiden, ob eine ärztlicherseits vorgeschlagene Therapie durchgeführt werden soll oder nicht, ja sofern seine Entscheidungsfähigkeit nicht eingeschränkt ist, hat er sogar das Recht eine lebensverlängernde Therapie abzulehnen. Um jedoch für sich beurteilen zu können, ob er eine lebensverlängernde oder sehr belastende Therapie ablehnen soll oder nicht, gehört wesentlich auch eine Selbsteinschätzung seines Befindens, eine Beurteilung seiner Lebensqualität dazu. Da der Mensch die bemerkenswerte Eigenschaft besitzt, sich schwierigen Situationen anzupassen und nach einer Zeit der Krise auch in sehr belastenden Lebenssituationen neue „Lebensqualitäten“ zu entdecken, ist eine Objektivierung von Lebensqualitätskriterien sehr schwierig, wenn nicht gar in Bezug auf den individuellen Patienten unmöglich. Eine Beurteilung der Lebensqualität wird daher in erster Linie nur als Eigeneinschätzung möglich sein und daher immer einen subjektiven Charakter aufweisen.

Zum Problem der Fremdeinschätzung sagt MERAN in einem Vortrag 1995:

„Die Fremdbewertung von Lebensqualität misst nicht mit dem normativen Maß des betroffenen Patienten, sondern mit dem Standard des Beobachters, welcher keineswegs geeignet sein muss. Auch eine Korrektur durch Wiederholung der Bewertungen durch weitere Beobachter kann zwar eine pluralistische Durchschnitts-Norm aufstellen, die vielen entspricht, für den einzelnen Patienten jedoch verfehlt sein kann.“¹¹

Ich möchte an dieser Stelle auch nochmals auf die Probleme der Fremdbeurteilung bei Anwendung des „Best Interests“-Konzept hinweisen (siehe oben Kapitel 3.2.1).

Eine zweite Problematik bei Verwendung des Kriteriums „Lebensqualität“ zur Beurteilung, ob eine lebensverlängernde Therapie angewendet werden soll oder nicht, ergibt sich in der Beurteilung von „nicht mehr lebenswertem Leben“ – „So würde ich nicht mehr leben wollen!“ Hier wird ein Zustand, nämlich der des Todes, dessen „Qualität“ wir nicht beurteilen können, weil er nicht erfahrbar ist, mit einem erfahrbaren Zustand, nämlich dem eines individuellen Lebens verglichen und eine Wertung vorgenommen.

MERAN sagt dazu: „Jemand, der ein Leben als nicht mehr lebenswert beurteilt, vergleicht es mit Nichtleben; man könnte sagen, er spricht wie ein Blinder von der Farbe. Die Frage, ob die Lebensqualität des Patienten so schlecht ist, dass sein Weiterleben schlimmer ist als sein Tod, ist daher falsch gestellt. Die richtige Frage muss lauten, ob eine Behandlung seine Situation nur verschlimmert und daher nicht angestrebt werden sollte. Denn diese beiden Situationen sind vergleichbar.“¹¹

Ich meine daher, dass das Kriterium „Lebensqualität“ für die Entscheidungsfindung, ob eine bestimmte intensivtherapeutische Maßnahme bei unmündigen Patienten eingesetzt werden soll, nicht geeignet ist, ja in gewisser Weise sogar ethisch-moralisch bedenklich, weil wir uns sehr bald in der Diskussion

um lebenswertes/ lebensunwertes Leben wiederfinden.

5. Die Entscheidungsfindung

Entscheidungen, auf bestimmte therapeutische Optionen zu verzichten, haben für das weitere Schicksal der betroffenen Patienten zumeist folgenschwere Auswirkungen. Es muss daher sicher gestellt sein, dass solche Entscheidungen nur nach umfassender Sicherung von Diagnose und Prognose, weiters Auslotung und Abwägung aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten getroffen werden. Es ist daher meines Erachtens im Sinne der Patientensicherheit unbedingt notwendig, dass ein grundlegendes *Procedere* festgelegt wird, wie in solchen Fällen zu verfahren ist und welche Schritte unbedingt eingehalten werden müssen. Dieses *Procedere* kann für das jeweilige Krankenhaus durchaus unterschiedlich angelegt und der jeweilig zur Verfügung stehenden Infrastruktur angepasst sein – wesentlich ist, dass ein solches *Procedere* besteht und damit vorschnelle und nicht wohlüberlegte Entscheidungen soweit als möglich ausgeschlossen sind.

6. Wer soll entscheiden?

Da Entscheidungen, Therapie einzuschränken, bzw. abzubrechen in ihren Auswirkungen zumeist endgültig und nicht mehr revidierbar sind, ist es neben einem festgelegten *Procedere*, wie solche Entscheidungsprozesse ablaufen sollten, mindestens ebenso wichtig zu bestimmen, wer solche Entscheidungen überhaupt treffen kann/darf. Auch diese Frage kann nur unter Berücksichtigung der Infrastruktur des jeweiligen Krankenhauses gelöst werden und durchaus von Spital zu Spital variieren. Es sollten aber einige grundsätzliche Überlegungen bei der Bestimmung der Entscheidungsträger beachtet werden, auf die

ich im Folgenden kurz eingehen werde.

Meines Erachtens ist es wesentlich und wichtig, dass solche folgenschweren Entscheidungen nicht von Einzelpersonen, sondern im Team unter Einbeziehung der elterlichen Interessen und Wünsche getroffen werden. Die endgültige Entscheidung liegt beim ärztlichen Leiter der jeweiligen Abteilung, sollte jedoch in Übereinstimmung mit den den Patienten betreuenden ärztlichen KollegInnen, Schwestern, bzw. Pflegeern getroffen werden.

Angelpunkt der Entscheidung sollte die Sicht der Eltern sein (siehe auch Kapitel 7).

Es ist sehr hilfreich und sinnvoll, eine Mindestzusammensetzung eines solchen Entscheidungsteams zu definieren, sodass auch unter Zeitdruck sehr rasch auf der einen Seite, mit größtmöglicher Sicherheit für einen verantwortungsvollen Ablauf der Entscheidungsprozesse, auf der anderen Seite ein Konzept der weiteren Behandlung des Patienten getroffen werden kann. Prinzipiell ist jedoch zu sagen, dass, wenn immer möglich, für solche Entscheidungsprozesse ausreichend Zeit zur Verfügung stehen sollte. Ein solches Entscheidungsteam könnte in seiner personellen Minimalzusammensetzung folgendermaßen ausschauen: die/der ärztliche LeiterIn der Abteilung, die/der stationsführende Ärztin/Arzt, die/der Stationsschwester/-pfleger, die/der den Patienten aktuell betreuende Krankenschwester/-pfleger. Natürlich ist es wertvoll und es sollte, wenn genügend Zeit und Personalressourcen zur Verfügung stehen, auch genutzt werden, dieses Team zu erweitern: z.B. Einbeziehung von ÄrztInnen, die den Patienten im Journaldienst betreuen, andere Mitglieder aus dem Pflorgeteam, Spezialisten anderer medizinischer Professionen, wie Physiotherapeuten und Psychologen, aber auch nichtmedizinischer Professionen, wie Sozialarbeiter oder auch Geistliche, wenn sie eine Beziehung zum betroffenen Patienten haben. Vor allem wenn es um die Sicherung von Diagnose und Prognose geht, ist es wichtig, die Meinung aller zur Verfügung stehenden Spezialisten

der medizinischen Fächer, die durch Teilaspekte der Erkrankung mit dem Patienten befasst sind, anzuhören und deren Meinung in die Entscheidungsfindung einfließen zu lassen.

Auf einen weiteren prozeduralen Sicherheitsmechanismus möchte ich noch hinweisen: aufgrund der bereits erwähnten folgenschweren Auswirkungen solcher Entscheidungsprozesse für den Patienten sollte es meiner Ansicht nach keine Mehrheitsentscheidungen geben, sondern alle Beteiligten müssen überzeugt sein, dass die getroffene Entscheidung die Beste im Interesse des Patienten ist. Sollten bei einzelnen Mitgliedern im Entscheidungsteam Zweifel über die Richtigkeit der Vorgangsweise bestehen, so müssen/sollen alternative Vorschläge in Betracht gezogen werden, bzw. alle therapeutischen Optionen doch wahrgenommen werden nach dem Grundsatz „im Zweifel für das Leben“.

CAMPBELL meinte bereits 1982, dass Entscheidungen auf intensivmedizinische Maßnahmen zu verzichten oder sie zurückzunehmen auf folgender Basis beruhen sollten¹²:

Genauere Diagnose, detaillierte, umfassende Analyse aller medizinischen und sozialen Umstände, inklusive eines objektiven Abschätzens des neurologischen Outcomes. Die endgültige Entscheidung sollte vom ärztlichen Leiter in Übereinstimmung mit ärztlichen Kollegen und Schwestern, die das Kind tagtäglich betreuen, getroffen werden (sie müssen nämlich die emotionale Last am schwersten tragen!). Über allem sollte jedoch die Sicht der Familie stehen. Sie sollte quasi der Angelpunkt der Entscheidung sein. Alle Beteiligten müssen überzeugt sein, dass die folgenschwere Entscheidung die Beste im Interesse des Patienten und der Familie ist. Die Entscheidung sollte erst nach einer Zeit der Reflexion und der nochmaligen Schau auf alle Optionen des Patienten und auf die Implikationen einer Therapieeinschränkung erfolgen. Die Entscheidung darf auf keinen Fall beiläufig oder überhastet getroffen werden! Der Entscheidungsprozess

sollte in der Krankengeschichte des Patienten vermerkt werden.

Eine wesentliche Rolle in der Entscheidungsfindung spielen die Eltern des betroffenen Kindes. Durchaus unterschiedliche Auffassungen sowohl von Seiten des medizinischen Personals, als auch von juristischer Seite bestehen jedoch über das Ausmaß der Einbindung der Eltern und deren Mitspracherecht in diesen Entscheidungsprozessen. Diese Fragen sollen im nächsten Kapitel beleuchtet werden.

7. Die Rolle der Eltern („Parental Authority“)

Da ein Kind unmündig ist und somit nicht für sich selbst eigenverantwortlich entscheiden kann, ob es eine therapeutische Maßnahme oder überhaupt eine medizinische Behandlung möchte oder ablehnt, sind seine Eltern als die rechtmäßigen Entscheidungsträger befugt, Entscheidungen für ihre Kinder zu treffen.

Elterliches Entscheidungsrecht ist stark, aber nicht unbegrenzt. ULSENHEIMER, Professor für Recht aus Deutschland beleuchtet 1986 in einem Vortrag¹³ die rechtliche Kompetenz der Eltern in Bezug auf Therapieeinschränkung bzw. -abbruch: Da die eigenmächtige Heilbehandlung gegen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verstößt und daher verboten ist, bedürfen notwendige Eingriffe in seine körperliche Integrität der rechtfertigenden Einwilligung. Diese ist, da ein Neugeborenes (gilt ebenso für das Kind – Anm.) entscheidungsunfähig ist, von den Eltern zu erteilen. Zu beachten ist, dass die wirksame Einwilligung die Aufklärung durch den Arzt voraussetzt, das heißt dieser muss über den Zustand und die Leiden des Kindes, die Art der möglichen Maßnahmen, also das „medizinisch Machbare“, z.B. die maschinelle Beatmung, Operationstechniken und deren Folgen, Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Medikamente,

die Schwere des Eingriffs, die Folgen der Nichtbehandlung, die Erfolgsaussichten der Behandlung, ökonomische Aspekte u. a. aufklären. Die ausschließliche Kompetenz für die Aufklärung über die vorzunehmenden Maßnahmen hat der Arzt, die ausschließliche rechtliche Kompetenz in diese einzuwilligen liegt bei den Eltern.

Zur Frage, ob die Zustimmung der Eltern zu einer Nichtbehandlung rechtlich relevant ist, sagt ULSENHEIMER¹³: Dies muss meines Erachtens eindeutig verneint werden, da die Eltern keine Rechte haben, über das Leben und den Tod ihrer Kinder zu entscheiden. Die Einwilligung der Eltern in die mit einem Behandlungsverzicht untrennbar verbundene Lebensverkürzung ist daher rechtlich bedeutungslos. Allein der Arzt kann aufgrund seiner durch Wissen und Erfahrung geprägten Sachkenntnis entscheiden, ob in einem konkreten Fall die Grenze der Behandlungspflicht erreicht ist, in diesem Fall also auf die Vornahme lebenserhaltender bzw. lebensverlängernder Maßnahmen verzichtet werden kann. Das Einverständnis der Eltern mit dem Untätigbleiben des Arztes und den damit verbundenen sicheren Tod des Kindes vermag den Arzt nicht zu rechtfertigen, da insoweit keine Kompetenz der Eltern besteht. Eine Fehlentscheidung hat der Arzt im Falle eines Ermessensmissbrauchs zu verantworten.

Auch von ethisch-moralischer Seite bestehen Bedenken, wenn Eltern bei Therapieeinschränkung an ihren Kindern mitbestimmen sollen:

1. Können Laien auch bei sehr verständlicher und genauer Aufklärung die Situation eines schwer kranken Kindes abschätzen?
2. Sind Eltern aufgrund ihrer emotional starken Belastung durch die lebensbedrohende frustrane Situation ihres Kindes nicht zu befangen, um gute und objektive Entscheidungen für ihr Kind treffen zu können?
3. Würde sie eine Entscheidung zu einer Therapieeinschränkung bei ihrem Kind mit schließlich letalem Ausgang ein Leben lang

belasten? ('Wir haben unser Kind sterben lassen!')

Meines Erachtens geht aus den obigen Ausführungen hervor, dass es wichtig und notwendig ist, Eltern in Entscheidungsprozesse, die die Therapie oder auch Nicht-Therapie ihrer Kinder betreffen, einzubeziehen, es ist jedoch von ethisch-moralischer Seite her nicht günstig, ja von rechtlicher Seite her sogar irrelevant, ihnen die Mitverantwortung für solche Entscheidungen aufzubürden. Eine sehr wesentliche und wichtige Rolle haben die Eltern, wenn es darum geht, den Lebenskontext des Patienten zu erforschen, um eine Entscheidung in seinem „Besten Interesse“ treffen zu können. Es empfiehlt sich daher vor einer Sitzung des Entscheidungsteams die Sicht der Eltern, die ihr Kind am Besten kennen, zu erkunden und diese Erkenntnisse dann in die Entscheidungsprozesse einfließen zu lassen. Ist die Entscheidung für ein bestimmtes *Procedere* gefallen, dann sollte in einem ausführlichen Gespräch (Arzt und Pflegeperson!) den Eltern diese Entscheidung mitgeteilt und ihre Bedenken angehört werden. Eine explizite oder sogar schriftliche Zustimmung der Eltern zu der erfolgten Entscheidung ist meines Erachtens nicht notwendig und würde die Eltern aus oben genannten Gründen zu sehr belasten. Wenn in einem solchen Aufklärungsgespräch ein stiller „informed consent“ herrscht, indem die Eltern keine Bedenken gegen das vorgeschlagene *Procedere* vorbringen, so ist dies sicherlich als eine ausreichende Zustimmung anzusehen. Wenn Eltern jedoch gegen die beschlossenen Maßnahmen Bedenken anmelden, so ist diese Entscheidung nochmals im Team zu überdenken und gegebenenfalls zu revidieren. Eine Therapieeinschränkung gegen den ausdrücklichen Willen der Eltern halte ich für bedenklich und für eine optimale Sterbegleitung sehr ungünstig, da es aus meiner Sicht für den kleinen Patienten unendlich wichtig ist, dass das gesamte Betreuungsteam „an einem Strang“ zieht. Nur dann ist ein Sterben in Würde und Frieden möglich, auf das

auch unsere kleinsten und jüngsten Patienten ein Anrecht haben.

8. Die Dokumentation

Im Sinne der Patientensicherheit, aber auch um in eventuellen späteren gerichtlichen Verfahren nachweisen zu können, dass im Falle einer Therapiebegrenzung eine sehr sorgfältige Analyse der Situation des betroffenen Patienten, als auch ein sehr gewissenhafter Entscheidungsablauf stattgefunden hatte, ist es unbedingt notwendig, die prozeduralen Abläufe der Entscheidungsprozesse genau zu dokumentieren. Vor allem die Tatsache, dass solche Entscheidungen im Team getroffen wurden und nach Beratung von mehreren kompetenten Persönlichkeiten im Sinne des „Besten Interesses“ des Patienten entschieden wurde, sollte klar aus den vorhandenen Aufzeichnungen hervorgehen. Eine oberflächliche Dokumentation aus eventueller Angst vor rechtlicher Verfolgung ist erstens ethisch-moralisch entschieden abzulehnen, wird aber auch im Falle einer rechtlichen Verfolgung ein schlechtes Bild („Vertuschungsabsicht“) auf den Entscheidungsträger werfen.

9. Sterbebegleitung

Nach dem Beschluss die Therapie einzuschränken, ist die Pflicht zur ärztlichen und pflegerischen Obsorge nicht zu Ende! Was sich jedoch ändert, ist die Qualität und Zielsetzung der Betreuung. Da der konkrete Heilauftrag nicht mehr im Vordergrund steht, geht es in erster Linie um die basalen Bedürfnisse des Patienten nach Wärme, Hautkontakt, Schmerzfreiheit und Ruhe. Durch spezielle Lagerungsmethoden, sanfte Massagen (evtl. mit warmen Ölen), Abdämpfung des Lichtes und – soweit als möglich Achtung – auf ausreichende Ruhephasen (auf der Intensivstation herrscht oft sehr viel Lärm und eine grelle Lichtatmosphä-

re) kann dem Patienten in seinen letzten Stunden eine möglichst stressarme Zeit geboten werden, sodass ein Sterben in Würde und Ruhe ermöglicht wird. Eine ausreichende medikamentöse Schmerz- und Sedierungstherapie sollte selbstverständlich sein. Durchaus unterschiedliche Ansichten bestehen zum Thema parenterale Ernährung von sterbenden Kindern. Wichtig ist meiner Ansicht nach durch Infusionen, in welchem Ausmaß und welcher Zusammensetzung auch immer, sicherzustellen, dass das Kind weder an Durst noch Hunger leidet.

Sollte das Kind zum Zeitpunkt des Entschlusses, auf weitere intensivtherapeutische Maßnahmen zu verzichten, nicht intensivpflichtig sein, so kann zusammen mit den Eltern überlegt werden, ob nicht in einem Mutter-Kind-Zimmer eine geeignetere Atmosphäre für das sterbende Kind geschaffen werden kann, als es auf der Intensivstation möglich ist. Natürlich hängt so eine Überlegung sehr stark von der Bereitschaft der Eltern ab, in den letzten Stunden bei ihrem Kind sein zu wollen und es selbst zu versorgen. Die Intimität eines Mutter-Kind-Zimmers würde allerdings ideale Voraussetzungen bieten, dass Eltern in einer abgeschirmten Privatsphäre in Ruhe von ihrem Kind Abschied nehmen können.

Immer wieder wird auch überlegt, ob es nicht auch sinnvoll wäre, sterbende Kinder den Eltern mit deren Einverständnis nach Hause mitzugeben – dies scheint mir aufgrund der in dieser Hinsicht weitgehend fehlenden Infrastruktur in Österreich derzeit nicht möglich zu sein.

Wichtig ist in dieser für die Eltern sehr schweren und belastenden Zeit, eine ausreichende Betreuung in Form von Gesprächen (sowohl mit ÄrztInnen, Pflegepersonal, als auch wenn möglich und gewünscht Psychologen oder auch Geistlichen) bereit zu stellen und ihnen Unterstützung und Ermutigung bei der Pflege ihrer sterbenden Kinder zu bieten. Das Angebot und die Abhaltung religiöser Rituale (Taufe, letzte Ölung u. a.) sollte auf Wunsch der Eltern jederzeit auch auf einer

Intensivstation möglich sein.

Sehr wertvoll für die Trauerarbeit der Eltern, als auch der Geschwister des verstorbenen Kindes ist die Entwicklung von Trauer Ritualen – Anfertigung eines letzten Fotos, eines Hand- oder Fußabdruckes u. a. des verstorbenen Kindes – diese Erinnerungsstücke können allen Familienmitgliedern eine wichtige Hilfe sein, um die Trauer um das so früh verstorbene Kind/Schwester/Bruder zu bewältigen, denn je mehr wir uns erinnern, desto leichter können wir mit Trauer umgehen. Auch wenn die Eltern zunächst ausdrücklich keine Erinnerungsstücke an ihr verstorbenes Kind haben wollen, ist es dennoch sinnvoll, unaufgefordert Fotos des toten Kindes anzufertigen und aufzuheben, weil die Erfahrung gezeigt hat, dass manche Eltern erst lange Zeit nach dem Tod ihres Kindes spüren, dass sie das nochmalige Anschauen ihres toten Kindes zur vollständigen Verarbeitung dieser schmerzlichen Erfahrung brauchen.¹⁴

Ist das Kind schließlich verstorben, sollte mit den Eltern in einem abschließenden Gespräch die Problematik der Obduktion (kann eventuell im Sinne einer endgültigen Diagnosestellung wichtig sein) besprochen werden und ihnen vor allem die Möglichkeit für weitere Gespräche angeboten werden.

Abschließend möchte ich noch darauf hinweisen, dass das Sterben eines Kindes, insbesondere unter Therapieeinschränkung nicht nur für die Eltern, sondern auch für das gesamte medizinische Personal eine große emotionale Belastung darstellt. Es ist daher für das medizinische Personal sehr wichtig, auch nach dem erfolgten Beschluss des medizinischen Procedere ausreichend Zeit für gemeinsame Besprechungen aufzuwenden, um auftretende Spannungen im Team oder zwischen Eltern und Team rechtzeitig und ausreichend zu bearbeiten. Sehr hilfreich ist hier eine Unterstützung durch psychologisches Fachpersonal im Sinne einer Supervision. Manchmal wird es auch notwendig und sinnvoll sein, nach dem Tod eines Kindes im Team bestehende

Unklarheiten, Schuldzuweisungen und Sorgen zu bearbeiten.

Referenzen

1. BRANDSTETTER, W., „Strafrechtliche Aspekte der Intensivmedizin und Sterbehilfe“. In: KAMPITS, P. (Hrsg.), „Medizin Ethik Recht“ – Beiträge des Symposiums und des postgradualen Lehrgangs am Zentrum für Ethik und Medizin 1993, S. 171-176
2. FUCHS, T., „Was heißt „töten“?“, Ethik Med (1997) 9: 78-90
3. LENNERT, C., „Gesetzliche Regelungen zur Sterbehilfe in verschiedenen Ländern Europas und in den USA – eine Übersicht“, Erwachsenenbildung „EB“ (1994), 40. Jahrgang, Heft 3, Patmos Verlag, Düsseldorf
4. BAUER, G., „Gebot, Zulässigkeit und Grenzen der Sterbehilfe“, Fortbildungsbrief Nr. 49 aus dem Referat für Fort- und Weiterbildung der Wiener Ärztekammer
5. Landesgesetzblatt für Wien: Wiener Krankenanstaltengesetz; §17 a: Patientenrechte
6. RHODEN, N.K., „Treating Baby Doe: The Ethics of Uncertainty“, Hastings Cent Rep (1986) 16: 43-42
7. ERNLE, W.D., YOUNG, D., STEVENSON, K., „Limiting Treatment for Extremely Premature, Low-Birth-Weight Infants (500 to 750g)“, AJDC (1990) 144: 549-552
8. LYON, J., „Playing God in the Nursery“, W. W. Norton (1985), New York
9. WALTERS, J.W., „Approaches to Ethical Decision Making in the Neonatal Intensive Care Unit“ AJDC (1988): 825-830
10. DOYAL, L., WILSHER, D., „Towards Guidelines for Withholding and Withdrawal of Life Prolonging Treatment in Neonatal Medicine“, Arch Dis Child (1994) 70: F66-F70
11. MERAN, J.G., „Was macht Leben lebenswert – ist Lebensqualität messbar?“, Schriftenreihe der österreichischen Ges. für Gesundheitsökonomie, Gesundheitsoeconomica (1995): 113-125
12. CAMPBELL, A.G.M., „Which infants should not receive intensive care?“ Arch. Dis. Child. (1982) 57: 569-571
13. ULSENHEIMER, K., „Kompetenzprobleme bei der Entscheidung über die Behandlung oder Nichtbehandlung schwerstgeschädigter Neugeborener“. In: MedR, „Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen“, Springer-Verlag Berlin Heidelberg (1987), S.111-122
14. LOTHROP, H., „Gute Hoffnung – Jähes Ende“, Kösel Verlag, 7. aktualisierte Auflage (1998)

Weiterführende Literatur:

1. QUANTE, M., „Passive, indirekt und direkt aktive Sterbehilfe deskriptiv und ethisch tragfähige Unterscheidungen?“, Ethik Med (1998) 10: 206-226
2. DUFF, R.S., CAMPBELL, A.G.M., „Moral and ethical dilemmas in the special care nursery“, N. Engl. J. Med. (1973) 289: 890-894
3. CAMPBELL, A.G.M., LLOYD, D.J., DUFFY, P., „Treatment dilemmas in neonatal care: Who should survive and who should decide?“, Annals of the New York Academy of Sciences (1988) 530: 92-103
4. VERNON, D.D., DEAN J.M., TIMMONS O.D. et al., „Modes of death in the pediatric intensive care unit: Withdrawal and limitation of supportive care“ Crit. Care Med. (1993) 21 (11): 1798-1802
5. CHISWICK, M.L., „Withdrawal of Life Support in Babies: Deceptive Signals“, Arch. Dis. Child. (1990) 65: 1096-1097
6. HIERSCHE, H.D., HIRSCH, G., GRAF-BAUMANN, T., „Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen“, Med R, Springer-Verlag Berlin Heidelberg (1987)
7. „Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen“, Ethik Med (1992) 4: 103-104

SCHWERPUNKT

Geschichtlicher Überblick über Infantizid und den Umgang mit schwerst geschädigten Neugeborenen

Conny MARTENS

Zusammenfassung

Der Umgang mit schwerst geschädigten Neugeborenen bzw. missgebildeten Kindern hat im Laufe der Menschheitsgeschichte die Betroffenen immer wieder vor entscheidende Fragen nach dem Umgang bzw. auch nach der medizinischen Behandlung dieser Kinder gestellt. Durch die in der Vergangenheit geringe Therapie und Versorgungsmöglichkeit wurde das Verhalten meist auf die Wahl zwischen pflegerischer Betreuung und Tötung dieser Kinder reduziert.

Infantizid wurde in der Vergangenheit sowohl aus ökonomischen, religiösen und eugenischen Gründen als auch aus sozialen Gründen des Überlebens praktiziert. Der historische Rückblick ist vor allem deshalb interessant, weil er uns einerseits die unterschiedlichen Denkansätze vor Augen führt und uns gleichzeitig die Frage stellt, wie heute mit schwerst behinderten Neugeborenen umgegangen wird. Dieser Umgang ist gleichsam ein Spiegel für das Verhalten unserer Gesellschaft gegenüber Behinderten im Allgemeinen. Streben wir eine Gesellschaft ohne Behinderte an oder akzeptieren und anerkennen wir sie als gleichwertige Mitglieder unserer Gesellschaft?

Schlüsselworte: Behinderte als Belastung für die Gemeinschaft, Faktoren des Infantizids im Laufe der Geschichte, der behinderte Mensch als „monstrum“, Stellung christlicher Autoren im Laufe der Geschichte zu Behinderten, Darwinismus und Nationalsozialismus

Abstract

All during the history of humanity, how to deal with badly damaged newborn infants and/or deformed children and what if any medical treatment should be given them, has always been the deciding question for the persons involved in this matter. In the past, due to the poor possibilities of medical therapy and treatment, the question was generally reduced to the choice of just caring for the children as best as one could or of putting them to death.

In the past, infanticide was committed for economic, religious and eugenically reasons as well as reasons of social survival. The historical review is above all interesting for us because on the other one hand it shows us the many different methods of thought and at the same time raises the question of how badly deformed children are dealt with today. These dealings mirror, at the same time, how present day society treats handicapped people in general. Are we striving for a society without handicapped or are we willing to accept and acknowledge them as equally valued members of our society?

Keywords: Handicapped as a burden for society, facts on infanticide in the run of history, the handicapped person as a „monster“, standpoint of christian authors during the run of history, darwinism and national socialism

Anschrift der Autorin: Dr. Conny MARTENS
Weikersdorfer Platz 2, A - 2500 Baden

1. Allgemein

Der Umgang mit schwerst geschädigten Neugeborenen bzw. missgebildeten Kindern hat im Laufe der Menschheitsgeschichte die Betroffenen immer wieder vor entscheidende Fragen nach dem Umgang bzw. auch nach der medizinischen Behandlung dieser Kinder gestellt. Durch die in der Vergangenheit geringe Therapie- und Versorgungsmöglichkeit wurde das betreffende Verhalten meist auf die Wahl zwischen pflegerischer Betreuung und Tötung dieser Kinder reduziert.

Dass die Diskussion um den rechtlichen Umgang mit schwerst geschädigten Neu- bzw. Frühgeborenen in unserem übertechnisierten Jahrhundert wieder aufgeflammt ist, hat weit-schichtigere Gründe.

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass im Laufe der Menschheitsgeschichte Infantizid sowohl aus ökonomischen, religiösen und eugenischen Gründen, als auch aus sozialen Gründen des Überlebens praktiziert wurde.

2. Infantizid in den Bräuchen und Sitten der Völker

Die vielfach praktizierten Kindestötungen, die in den Bräuchen und Sitten früherer Völker verankert waren, erscheinen unserem aufgeklärten Denken als grausam und sinnlos. So war es bei den Afrikanern der Region Fetu an der Goldküste und den Bewohnern an der Loango-Küste üblich, Missgeburten zu töten.¹

Indianer des Pampasgebietes überließen missgebildete und kranke Kinder den wilden Hunden und Raubvögeln.²

Bei den Nezsilik-Eskimos durften nur 10-20% der neugeborenen Mädchen überleben. Der Rest wurde mit Fellen erstickt, im Sommer in einem ausgehobenen Grab zum Sterben liegengelassen oder an den Eingang eines Iglus gelegt, so dass durch das Schreien des Kindes für alle ersichtlich war, dass diese Kind zur Adoption freigegeben werde.

Die Zahl der Mädchen wurde deshalb schon bei der Geburt reduziert, um sie zahlenmäßig an die bei der Jagd ums Leben gekommenen Männer anzupassen.

Der Stamm der Kung in der Kalahari-Wüste tötete missgebildete oder kranke Kinder, einen Zwilling bei einer Zwillingengeburt sowie das Kind einer zu alten Mutter mit der Begründung, dass der Stamm nicht fähig sei, diese Kinder ausreichend zu versorgen.³

Auch bei den Bewohnern der polynesischen Insel Tikopia soll bis zur Ankunft christlicher Missionare Infantizid zum Alltag gehört haben.

In Japan war der Infantizid, der neben missgebildeten Kindern vor allem gesunde Mädchen betroffen hat, bis ins 18. Jahrhundert und in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts weit verbreitet.⁴

3. Klassisches Zeitalter

Nach dem Gesetz LYKURGS soll es Pflicht der Eltern gewesen sein, die körperliche Beschaffenheit des Neugeborenen durch die Versammlung der Gemeindeältesten prüfen zu lassen, die darüber entschieden, ob ein Kind aufgezogen oder in der Schlucht des Taygetus ausgesetzt wurde.⁵

Auffällige Geburten wurden als Zeichen der Götter gedeutet und als monstrum, portentum, ostentum, prodigium bezeichnet, d.h. im Namen selbst, den man diesen Kindern zuerkannte, steckte eine tiefer liegende Bedeutung: Vorhersage, Ankündigung, Vorzeichen, Warnung.

Selbst für PLATON war die Kindestötung offenbar eine durchaus akzeptable Praxis des idealen Staates.⁶

Bei den Römern war es üblich, Neugeborene in, wie es hieß, „Tiergestalt“, Zwitter und Kinder mit körperlichen Missbildungen, wie z.B. fehlenden Gliedmaßen, Organen oder abnormen Körperteilen, nicht aufzuziehen, sondern beiseite zu schaffen.

Sie sollten den Blicken der Menschen ent-

zogen werden, damit nicht andere Missbildungen durch das „Versehen“ anderer Frauen entstünden. Nach dieser Lehre konnte der Fötus eine Gestalt annehmen, die dem Bild eines Menschen oder Tieres ähnlich war, das die Frau während der Empfängnis oder Schwangerschaft gesehen hatte oder durch das ihr Gemüt erregt wurde.⁷ Auch bei den römischen Schriftstellern wie LIVIUS (59 v. Chr. bis 17 n. Chr.), SENECA (bis 65 n. Chr.) und auch CICERO finden wir immer wieder Berichte, wonach missgestaltete Kinder ausgesetzt oder getötet wurden.⁸ Erst mit dem Verfall des römischen Reiches wurden missgestaltete Kinder nicht mehr als Götterzeichen gefürchtet. Sie wurden vielmehr als Volksbelustigung bestaunt und wurden als Sensation vorgeführt. Doch schon damals gab es einen Diskurs darüber, ob Neugeborene, die Missbildungen aufwiesen, medizinisch versorgt werden sollten.

So vertrat GALEN (129 bis 199 n. Chr.), neben HIPPOKRATES einer der bedeutendsten Mediziner seiner Zeit, die Auffassung, dass nur Neugeborene ohne Makel weiter versorgt werden sollten.⁹

Auch SOPRANUS von Ephesos (um 100 n. Chr.) wird eine strengere Selektion der aufzuziehenden Säuglinge zugeschrieben. Nur ein Neugeborenes, dessen Mutter zur Zeit der Schwangerschaft gesund war, das zur rechten Zeit geboren wurde, sogleich kräftig schrie, dessen Gliedmaßen, Sinnesorgane etc. in einem normalen Zustand waren, nur solche Kinder wurden versorgt und am Leben erhalten.

4. Frühchristliche Auffassung

In der Didache einer frühchristlichen Gemeinderegulierung des 1. Jahrhunderts n. Chr., die eine Art Ge- und Verbotskatalog darstellt, wird das Kind explizit vor Abtreibung und Infantizid geschützt.¹⁰ Auch im BARNABAS-Brief findet sich dasselbe Verbot: „Du sollst kein Kind durch Abtreibung töten, noch ein geborenes wieder umbringen.“¹¹

Für Christen war Abtreibung, Kindstötung und Kindesweglegung mit Todesfolgen Mord. Dieses Vergehen tauchte im kirchlichen Strafrecht allerdings zusammen mit dem Ehebruch auf, wobei oft drei kanonische Vergehen gemeinsam genannt wurden: Abfall vom Glauben, Unzucht und Mord. Das wiederum lässt den Schluss zu, dass vorwiegend uneheliche Kinder und nicht missgebildete Kinder getötet wurden, denn diese werden weder in den Synodenakten noch in den Bußbüchern explizit erwähnt.

AUGUSTINUS setzte sich sehr ausführlich mit den so genannten „Missgeburten“ auseinander. Er rechtfertigt seine Meinung damit, dass Gott als Schöpfer am Besten wisse, wann, wo und wie er etwas schaffen müsse: „Er versteht sich auch darauf, bald aus gleichen, bald aus verschiedenen Teilstücken das Teppichmuster des schönen Weltalls zu weben. Aber wer das ganze nicht zu überschauen vermag, wird durch die vermeintliche Hässlichkeit einer Teilstücks beleidigt, weil er nicht erkennt wozu es passt und worauf es sich bezieht.“¹² Wegweisend für die kirchliche Lehre des ersten Jahrtausends war die Nüchternheit des AUGUSTINUS im Umgang mit missgebildeten Menschen. Er vertrat auch die Ansicht, dass diese Menschen in „ordentlicher und von Fehlern befreiter Natur“ auferstehen würden.

5. Römisches Recht

Nach Römischem Recht galt die Auffassung, dass das ungeborene Kind kein eigenes Lebensrecht habe. Der Vater des Kindes hatte bis ins 4. Jahrhundert n. Chr. das Recht, das Kind entweder anzunehmen oder dessen Tötung oder Aussetzung aufgrund eines körperlichen Defekts zu veranlassen. Die Christen griffen diese Missachtung des Lebensrechts eines ungeborenen bzw. missgebildet geborenen Kindes scharf an.¹³ Oft wurden solche ausgesetzten Kinder versklavt, zu Gladiatoren ausgebildet, zur Prostitution gezwungen oder bei Missbildung zum Betteln verurteilt.

Erst unter Kaiser KONSTANTIN, als das Christentum Staatsreligion wurde, wurden sowohl Aussetzung als auch Infantizid unter Strafe gestellt. Der Kindesverkauf blieb aber weiter gestattet, wenn auch nur in Fällen wirtschaftlicher Not.

Als Kind zählte nur jenes, das

1. lebendig und ganz zur Welt gekommen ist,
2. durch das Einatmen der kalten Luft beseelt ist,
3. durch einen Schrei seine Lebenskraft zeigt,
4. im 7., 9., 10. Monat geboren ist und
5. kein „monstrum“ oder „prodigium“ ist.¹⁴

Was unter einem „monstrum“ oder „prodigium“ zu verstehen ist, zeigt eine Sentenz des PAULUS: „Kinder sind nicht diejenigen, die wider die Gestalt des menschlichen Geschlechts (mit verkehrter Sitte) hervorgebracht werden: wie wenn eine Frau etwas Monströses oder Prodigöses geboren hat. Eine Geburt aber, bei der die vorgeschriebene Zahl der menschlichen Glieder vermehrt ist, wird einigermassen als Erfolg angesehen und deswegen zu den Kindern gerechnet werden.“¹⁵

6. Mittelalter

Bei THOMAS V. Aquin stehen die „monstra“ außerhalb der ihnen in der Schöpfung zugewiesenen Ordnung, sie sind quasi an der Ordnung der Dinge „vorbeigeschaffen“. Dies ist nur möglich, da Gott die Erstursache, die von ihm geschaffene Ordnung aber die Zweitursache ist. Gott ist der Zweitursache nicht unterworfen, er kann daher auch Ordnung schaffen, die nicht an die Zweitursache heranreicht, also kann er an der von ihm geschaffenen und ständig erhaltenen Ordnung vorbeihandeln. Der Fall eines solchen „monstrae“ ist also nicht gegen die Natur sondern an der Ordnung vorbei. Man muss die monstra also „von der Vorsehung Gottes her betrachten“.¹⁶ Da alles das, was mit Übergehung der bekannten Ursachen von Gott geschieht, Wunder heißt¹⁷ – die Schöpfung als

Zweitursache wird ja gleichsam übersprungen – sind die „monstra“ Gott sogar besonders nahe. Man spricht in diesem Zusammenhang auch oft von „Wundergeburten“.¹⁸

Die positive Einstellung der Kirche, geprägt durch THOMAS V. Aquin und AUGUSTINUS, schlug Mitte des 12./13. Jahrhundert ins Gegenteil um. Dualistische Vorstellungen, nach denen das widergöttliche Prinzip in Teufel und Dämonen verwirklicht werde, führten zu einer völlig anderen Ansicht über missgebildete Menschen.

BONAVENTURA (1221-1274) der als Zeitgenosse des THOMAS V. Aquin einer der ersten war, der die „monstra“ in den negativen Bereich rückte, war der Ansicht, sie würden von Gott als Strafe geschickt werden. So kam es dazu, dass es der allgemeinen Ansicht entsprach, dass durch den Verkehr eines Teufels mit einer Frau eine Missbildung geboren wurde.

Bezeichnend ist hier auch die Aussage LUTHERS, der der Ansicht war, man solle solche Neugeborenen ertränken.¹⁹

Noch im 17. Jahrhundert wurden Missbildungen von Neugeborenen als Teufelswerk bezeichnet und solche Kinder gleich nach der Geburt getötet oder gar verbrannt, ohne sie taufen zu lassen.²⁰

7. Überblick über die Rechtsstellung missgebildeter Kinder im Laufe der Geschichte

Die germanischen Stammesrechte, wie das lex Visigothorum oder lex Frisionum, enthalten reichhaltige Regelungen über den Angriff des Kindes durch Dritte. Diese Angriffe wurden aber nur mit Geldbußen belegt.²¹

Erst im 14.-15. Jahrhundert wurde die Tötung neugeborener Kinder durch die Eltern bestraft, zunächst auch hier nur in Form von Geldbußen, später erst mit Todesstrafen wie Pfählen oder lebendig Begraben. Dabei handelte es sich hauptsächlich um den Schutz

gesunder Neugeborener. Missgebildete Kinder hatten noch keinen besonderen Rechtsschutz, weder von Seiten des Staates noch von Seiten der Kirche. Im Hinblick auf das Erbrecht lässt sich aber eine zumindest mindere Rechtsstellung der missgebildeten Kinder ableiten, die offensichtlich nicht alle getötet wurden. Sie sollten nach dem Landrecht, nicht aber nach dem Lehnrecht Erbe werden können.²²

Die *Constitutio Criminalis Carolina* (CCC) aus dem Jahre 1532 enthält in mehreren Artikeln Bestimmungen über Abtreibung, Aussetzung und Kindestötung. Die Frau wurde aber nur dann bestraft, wenn das Kind vorher lebendig war und „gliedmaß empfangen hett...“²³ Der ausdrückliche Begriff des „monstrum“ fällt in der CCC nicht. Den Kommentaren der CCC ist aber zu entnehmen, dass ein „monstrum“ nicht als ein „lebendig gliedmäßig kindlein“ angesehen wurde.²⁴

Die Verpflichtung der Eltern zum Schutz des Kindes, quasi als göttliche und zugleich staats-erhaltende Schöpfungsordnung, setzt fest, dass Eltern nicht über Leben und Tod ihrer Kinder entscheiden durften.

Eine gegenteilige Ansicht vertrat nur Thomas HOBBS, der ein uneingeschränktes Recht der Mutter über ihr Kind verfocht, das ihr somit auch gestatten sollte, über das Leben des Kindes zu verfügen, gleich ob es sich um ein gesundes oder behindertes Kind handelte.²⁵

Dagegen geht die nur wenig später um 1607 erschienene italienische Lehre des Jakobus MENOCHIUS in dem Werk „*De arbitraris iudicum questionibus*“ dezidiert auf die „monstra“ ein.²⁶ Die fehlende Lebensfähigkeit war danach eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung, um von einem „monstrum“ im Unterschied zu einem Menschen zu sprechen. Beschrieben werden 6 explizit aufgezählte Missbildungen, wie z. B. mehrere Gliedmaßen, Tierköpfe, Abnormitäten im Längenwachstum etc. Jene, die in Gruppe 3 und 4 aufgezählt wurden, die entweder mit 2 Köpfen oder mit den Augen auf dem Rücken geboren wurden, wur-

den von vornherein nicht als Menschen bezeichnet und es wurde ihnen der Lebensschutz und das Lebensrecht abgesprochen – meistens waren sie ohnedies nicht lebensfähig.

LEYSER unterschied 1758 bei „monstra“ zwischen solchen aus menschlicher und solchen aus „viehischer Verbindung“, welche – wie die Mütter als Täterinnen – sofort getötet werden sollten. Dies bewirkte wiederum, dass die meisten der missgebildeten Kinder gleich nach der Geburt von der Mutter getötet wurden, aus Angst vor einer Anklage wegen Sodomie. Auch die Erklärung des „Versehens“ als Ursache erfuhr eine Renaissance.²⁷ Erst im 18. Jahrhundert²⁸ wurden dank der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse aus der Vererbungslehre die beiden Theorien allmählich aufgegeben. Die Abgrenzung zwischen Mensch und „monstrum“ vollzog sich von diesem Zeitpunkt an über das Kriterium der Vernunft. Äußeres Kennzeichen hiezu war der Bau des Schädels, der auf ein intaktes Gehirn als „Organ der Seele“ und damit auf eine Vernunftbegabung schließen ließ. Die Vernunft wurde als charakteristischer Unterschied zwischen Mensch und Tier gesehen. Damit wurde auch begründet, warum Tiere im Gegensatz zum Menschen getötet werden durften. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts musste vor der Tötung eines missgebildeten Neugeborenen die Zustimmung der Obrigkeit eingeholt werden.

Das „Allgemeine Landrecht für die preussischen Staaten“ von 1794 enthält darüber ausführliche Bestimmungen, wie etwa in § 716: „Wenn Leibesfrüchte, die keine menschliche Gestalt zu haben scheinen, lebend zur Welt kommen: so sollen dennoch weder die Aeltern, noch die Hebammen dergleichen Geburt eigenmächtig fortschaffen sich unterfangen.“

Zwar haben Geburten ohne menschliche Form und Bildung keinen Anspruch auf Familien und bürgerliche Rechte (§ 17), müssen aber, sofern sie leben, nach § 11 ernährt und so viel als möglich erhalten werden (§ 18).

Die Notwendigkeit einer solchen Regel lässt darauf schließen, dass es wohl noch im-

mer verbreitete Praxis war, Missgeburten zur Seite zu schaffen.

Gleichzeitig gab es aber ernstzunehmendes naturwissenschaftliches Interesse, durch Obduktionen die Ursache von Missbildungen zu erforschen.

Im Gegensatz dazu wurden zur selben Zeit in Holland noch alle „monstra“ mit Zustimmung der Obrigkeit erstickt.²⁹ Der Begriff der „monstra“ selbst verschwindet zunehmend aus den medizinischen Fachbegriffen. Der Begriff der Missgeburt wird ausschließlich auf die fehlende Lebensfähigkeit bezogen.

8. Ende des 19. Jahrhunderts

Ab diesem Zeitpunkt finden wir nur mehr sehr vereinzelt den Begriff „monstrum“, und es tauchen auch nur mehr vereinzelt Berichte darüber auf, dass missgebildete Neugeborene einfach von ihren Eltern oder den Hebammen getötet und verscharrt wurden. In verschiedenen Gesetzen zur Kindstötung waren nur geringe Gefängnisstrafen vorgesehen oder das Faktum der Behinderung des getöteten Kindes wirkte strafmildernd. Ob es auch tatsächlich zu Verurteilungen kam, ist schwer festzustellen.³⁰

9. Euthanasiedebatte vor 1933

Anfang des 20. Jahrhunderts verlor das traditionell christliche Menschenbild zunehmend an Bedeutung und es entstanden neue ethische Standards, die vor allem durch die neuesten naturwissenschaftlichen Erkenntnisse sowie durch sozialphilosophisch-sozialdarwinistisches Gedankengut beeinflusst waren.

Hinzukamen utilitaristische Erwägungen, die den Wert des Einzelnen für die Gesellschaft zum Kriterium seiner Daseinsberechtigung machten, sowie ein neues Gesundheitsbewusstsein, ein Sozialstaat mit Finanzierungs- und Organisationsproblemen und außenpolitischen und öko-

nomischen Defiziten. Dies führte schließlich zu Überlegungen über sozialsanitäre Reformen, in denen Eugenik eingeschlossen war. Es wurde also schon vor 1933, wenn auch zunächst nur von einem kleinen Kreis von weltanschaulich dem Sozialdarwinismus verpflichteten Ärzten, Juristen und sonstigen Akademikern, die Sterilisation und Euthanasie nicht gesellschaftsfähiger Schwerstkranker diskutiert.

Grundlage für die Begriffe „Rassenhygiene“ und „Eugenik“ ist die Evolutionstheorie von Charles DARWIN, der den Auswahlprozess, das Überleben des Stärkeren, als wichtigstes Antriebsmoment der Entwicklung von Tieren und Pflanzen sieht.

Seine Anhänger haben dieses Prinzip auf den Menschen übertragen und das Ausmerzen der Lebensuntüchtigen gefordert. Durch religiöse Nächstenliebe und die Fortschritte der Medizin werde, so die Argumentation, „Kontraselektion“ betrieben, eine Umkehrung der idealen, natürlichen Verhältnisse, die dem deutschen Volk kein Überleben im Konkurrenzkampf mit anderen Völkern sichere.

Bereits 1885 veröffentlichte der Publizist Adolf JOST eine Streitschrift³¹ mit dem Titel „Das Recht auf den Tod“, in der er die Forderung der Freigabe der Tötung auf Verlangen vertrat und gleichzeitig auch für die Ausweitung auf nicht entscheidungsfähige Personen eintrat. Er argumentierte dabei mit dem „Wert“ bzw. „Unwert“ dieser Menschen für die Gesellschaft.

Als Gründe führte er finanzielle Interessen und Mitleid an:

„Es wäre ja mit Recht brutal zu nennen, wolle man dies als alleinigen Grund geltend machen und etwa behaupten, ein Menschenleben dürfe lediglich aus egoistischen Gründen der Gesellschaft vernichtet werden. Dagegen würde sich das natürliche Mitleid zum Glück sträuben. Im Falle der unheilbar Kranken aber trifft beides zusammen, das Mitleid und das Interesse der Gesellschaft fordern den Tod.“³²

Ähnlich argumentiert auch Ernst HÄCKEL, ebenfalls ein Verfechter der Evolutionstheorie

in Deutschland: „Welch ungeheure Summen von Schmerz und Leid bedeuteten diese entsetzlichen Zahlen für den unglücklichen Kranken selbst, welch namenlose Fülle von Trauer und Sorge für die Familien, welche Verluste an Privatvermögen und Staatskosten für die Gesamtheit! Wie viel von diesen Schmerzen und Verlusten können gespart werden, wenn man sich endlich entschließen wollte, die ganz Unheilbaren durch eine Morphiumgabe von ihren namenlosen Qualen zu befreien.“³³

Der deutsche Jurist Alexander ELSTER schreibt 1915: „Es steht über allen Rechtsdisziplinen der höhere Satz: Das Leben weicht höheren Rücksichten! Durch solche wird einer Tötung, wie wir wissen, der Charakter des Mordes genommen...“³⁴

Durch die gemeinsame Schrift des Freiburger Psychiaters Alfred HOCHÉ und des Leipziger Strafrechtlers Karl BINDING mit dem Titel „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“ (1920) erwacht das breite Interesse an der Freigabe der Euthanasie.³⁵ Die Zielgruppe der Euthanasie wurde hierin von den unheilbar Kranken auf die sogenannten „Nicht-Rehabilitierungsfähigen“ ausgedehnt.

Der Kinderpsychologe Ewald METZLER, angeregt durch die Schrift BINDINGS und HOCHÉS, veranlasste in der Stiftung Katherinenhof eine Umfrage unter den Eltern der dort untergebrachten schwerst behinderten Kinder, indem er deren Meinung zur Euthanasie ihres Kindes aus Mitleid oder wegen der großen Belastung durch die Pflege etwa mit folgenden Fragen zu ermitteln suchte:

1. Würden sie auf jeden Fall in eine schmerzlose Abkürzung des Lebens ihres Kindes einwilligen, nachdem durch Sachverständige festgestellt ist, dass es unheilbar blöd ist?
2. Würden Sie diese Einwilligung nur für den Fall geben, dass Sie sich nicht mehr um ihr Kind kümmern könnten, z. B. für den Fall ihres Ablebens?
3. Würden Sie die Einwilligung nur geben, wenn das Kind an heftigen körperlichen

und seelischen Schmerzen leidet?

4. Wie stellt sich Ihre Frau zu den Fragen 1-3?

In der Auswertung der Umfrage berichtet METZLER knapp von dem Ergebnis der Aktion:

„Von 200 Fragebögen wurden 162 zurückgeschickt; von diesen waren 73%, also 119, mit JA bzw. 27% mit Nein beantwortet. Das hätte ich nicht erwartet. Das Umgekehrte wäre mir wahrscheinlicher gewesen.“

Eine genaue Aufschlüsselung der Fragen ist bei METZLER nicht mitgeteilt, wobei sich das JA wohl ausschließlich auf die erste Frage bezieht. Wenn auch die Formulierung und die Staffellung der Fragen vielleicht ungeschickt war und zu Missverständnissen Anlass geben konnte, so war doch die Tendenz eindeutig: drei Viertel der Angehörigen wünschte sich die Tötung ihres Kindes.

METZLER selbst hatte sich später entschieden gegen die Tötung behinderter Neugeborener ausgesprochen. Bei den Bemerkungen der Eltern, die den Bögen angefügt waren, tauchte als Begründungsmuster neben wirtschaftlichen Motiven auch das Argument auf, dass sich die Mutter so mit ihrer ganzen Kraft den gesunden Kindern widmen könnte und die Ärzte sich auf jene Kinder konzentrieren könnten, für die noch Hoffnung bestünde. Viele hatten auch die Argumente der Rassenhygiene von LENZ verinnerlicht, nämlich dass „die Eltern anstelle eines derartig unglücklichen Kindes ein besser geratenes aufziehen könnten“.³⁶

Große Unterschiede bei den Befürwortern der Vernichtung lebensunwerten Lebens herrschten allerdings darüber, welche Kinder bzw. Neugeborenen als „lebensunwert“ anzusehen seien. HOCHÉ hielt sich an das Kriterium des „fehlenden Bewusstseins“, definierte die „geistig Toten“ als lebensunwert. Der Begriff des „geistig Toten“ allein assoziiert, dass es sich eigentlich nicht mehr um Tötung handelt, denn ein Toter kann nicht nochmals getötet werden. F. BARTH wollte Paralytiker, Altersblödsinnige, Idioten und Encephale dem Bereich des lebensunwerten Lebens zuordnen.³⁷

Er erweiterte den Begriff der Missgeburt auf „eine während der fötalen Entwicklung zustandegekommene, also angeborene Veränderung der Morphologie eines oder mehrerer Organe, Organsysteme oder des ganzen Körpers, welche außerhalb der Variationsbreite der Spezies gelegen ist“.³⁸ Damit kamen für ihn alle Neugeborenen in Frage, die „zur Leistung irgendwelcher produktiven Fähigkeiten voraussichtlich unfähig sein werden, durch ihre Hilflosigkeit eine dauernde Versorgung durch Dritte benötigen und bei verständiger Würdigung des objektiven und subjektiven Lebenswertes, das Interesse an ihrem Leben negieren...“³⁹

Solchen Säuglingen spricht er auch den Charakter des Rechtsgutes ab.⁴⁰

10. Nationalsozialismus und Infantizid

In den ersten Jahren nach der Machtergreifung durch die Nationalsozialisten in Deutschland gab es unter den Juristen eine intensive Diskussion über die Zulassung der „Euthanasie“, die Tötung auf Verlangen und die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. In der 1933 veröffentlichten Denkschrift des preußischen Justizministers und Nationalsozialisten Hans KERRL wurden diese Themenkreise ausführlich behandelt.⁴¹ In dieser sogenannten „Preußischen Denkschrift“ wurde verlangt, dass die Tötung auf ein ausdrückliches und ernstliches Verlangen milder zu bestrafen sei als die gemeine Tötung. Die Sterbehilfe (Euthanasie) wurde als Unterart der Tötung auf Verlangen angesehen und als „wunschgemäße Beförderung des Sterbens eines hoffnungslos Leidenden durch ein todbringendes Mittel zur Verkürzung der Qual“ definiert. Falls die Sterbehilfe durch eine Person geleistet werde, die ohne ausreichende Sachkenntnisse über Art und Grad der Krankheit zur Tat schreite, sei dieses Unternehmen ebenso wie die Tötung auf Verlangen zu sanktionieren. Nicht zu bestrafen sei jedoch die Sterbehilfe durch eine

zur Beurteilung der Krankheitslage befähigte Person. Diese Person wolle „nicht die verwerfliche Vernichtung eines für die Volksgemeinschaft wertvollen Lebens“, sondern die Tötung sei „ihr nur das Mittel, um den schwer leidenden, hoffnungslosen Kranken von der Qual seines Leidens zu befreien“.⁴² Die Tat sei Ausdruck der Menschlichkeit und des Mitleids gegenüber dem Kranken. Zur Vermeidung von Missbrauch sei jedoch die Schaffung von „Sicherungen“ unerlässlich. Das Leiden der Kranken müsse weiter unheilbar sein, was durch das Gutachten zweier beamteter Ärzte festgestellt werden müsse

Dass hierbei nicht nur die Tötung Schwerstkranker gemeint war, wurde aus dem Nachsatz deutlich. Denn dem ausdrücklichen und ernstlichen Verlangen des Betroffenen wurde das der nächsten Angehörigen gleichgesetzt, falls der Betroffene zu einer Willensäußerung nicht in der Lage und das Verlangen der Angehörigen nicht sittenwidrig ist.

Die nähere Regelung des Verfahrens sollte einer Durchführungsverordnung vorbehalten sein. Die Schaffung eines Unrechtsausschlussgrundes erübrige sich laut Denkschrift dann, wenn es sich um die Vernichtung so genannten lebensunwerten Lebens handle.

Dazu wörtlich: „... Sollte der Staat etwa bei unheilbar Geisteskranken ihre Ausschaltung aus dem Leben durch amtliche Organe gesetzmäßig anordnen, so liegt in der Ausführung solcher Maßnahmen nur die Durchführung einer staatlichen Anordnung. Ob diese Anordnung geboten ist, steht hier nicht zur Erörterung. Wohl bleibt zu betonen, dass die Vernichtung lebensunwerten Lebens durch eine nichtamtliche Person stets eine strafbare Handlung darstellt.“⁴³

In der Folge ging die Preußische Denkschrift auch in die Beratungen der Amtlichen Strafrechtskommission ein, die unter dem Vorsitz des Justizministers Franz GÜRTNER seit Anfang 1933 die Aufgabe übernommen hatte, das Strafrecht zu reformieren. Obwohl es zu keiner Verabschiedung eines reformierten Straf-

gesetzbuches kam, sind doch die Kommentare einiger bedeutender Juristen zu den beiden Lesungen der Strafrechtskommission interessant, weil sie einerseits die kontroverse Diskussion über Euthanasie in der damaligen Zeit widerspiegelt. Andererseits wird auch die Politik der Nationalsozialisten klar aufgezeigt, denen es gelang, wie bereits erwähnt, ohne gesetzliche Verankerung die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ durchzuführen.

So wurde unter anderem eine breitere öffentliche Diskussion über die Euthanasie von 1935-1937 sogar durch Zensurmaßnahmen unterbunden.⁴⁴

Laut Professor GRAF VON GLEISPACH (Berlin), der die Ergebnisse der ersten Lesung zusammenfasste, kam die Kommission bei dieser Lesung zu einem klaren Ergebnis: „... Eine Freigabe der Vernichtung sogenannten lebensunwerten Lebens komme nicht in Frage. Der Hauptsache nach handelt es sich um schwere Geistesranke und Vollidioten. Der Nationalsozialistische Staat sucht solcher Entartung im Volkskörper durch umfassende Maßregeln vorzubeugen, so dass sie immer seltener werden müssen. Aber die Kraft der sittlichen Norm des Tötungsverbotens darf nicht dadurch geschwächt werden, dass aus bloßen Zweckmäßigkeitserwägungen Ausnahmen für die Opfer schwerer Erkrankungen und Unfälle gemacht werden, mögen auch diese Unglücklichen nur durch ihre Vergangenheit oder äußere Erscheinung dem Volkskörper verbunden sein.“⁴⁵

In die Zeit von 1939-1941 fällt der Beginn des sogenannten Kindereuthanasieprogramms, das bis zum Kriegsende fort dauerte und dem ca. 5.000-8.000 behinderte Kinder zum Opfer gefallen sind (nicht eingerechnet sind jene Kinder, die im Rahmen der Erwachsenen euthanasie getötet wurden).⁴⁶ Lediglich eine Predigt des Bischofs von Münster, August GRAF VON GALEN, erregte kurzfristig Unruhe, so dass HITLER den Befehl gab, die „Euthanasie-Aktion“ zu stoppen. Sie wurde allerdings nur offiziell eingestellt.⁴⁷ Anlass bzw. Ausgangspunkt für das Kindereuthanasieprogramm soll

ein konkreter Einzelfall eines schwer behinderten Kindes der Familie K. aus Pomßen bei Leipzig gewesen sein.

Den Eltern des Kindes, das blind und mit erheblichen körperlichen Behinderungen (Missbildung des Beins, fehlender rechter Unterarm) sowie möglichen geistigen Defekten geboren wurde, erklärte der behandelnde Arzt der Universitätskinderklinik in Leipzig, Dr. Werner CATEL, dass das Kind niemals ein normales Leben werde führen können und dass das Leben eines solchen „Wesens“ wertlos sei. Der Vater des Kindes schrieb daraufhin auf Anraten des Bruders, der Mitglied der NSDAP war, einen Brief an den „Führer“, in dem er um den Gnadentod des Kindes bittet. Das Kind wurde schließlich mit Genehmigung von oben „eingeschläfert“.

Daraufhin wurde ein beratendes Gremium aus Ärzten zur Organisation der Kindestötung gegründet, das eine streng vertrauliche Meldepflicht über missgestaltete Neugeborene an die Landesregierungen herausgab.⁴⁸

Von den rund 100.000 eingegangenen Meldebogen bis 1945 gingen ungefähr 20.000 an die drei zu diesem Zweck bestellten Gutachter des Reichsausschusses.

Es gab drei Kategorien der Beurteilung: „keine weiteren Maßnahmen“, „Beobachtung“ und „Behandlung“. „Beobachtung“ stand für die Einweisung in eine sogenannte Fachabteilung, in der über das weitere Schicksal des Kindes entschieden wurde.

„Behandlung“ bedeutete die Einweisung in eine „Fachabteilung“ und Freigabe zur Tötung.⁴⁹ Die dort eingewiesenen Kinder wurden meist nach kurzer Zeit mit Tabletten oder Spritzen getötet.⁵⁰ In einigen Fachabteilungen erreichte man dieses Ziel auch durch kontinuierlich verringerte Nahrungsaufnahme.⁵¹

Falls sich die Eltern den Anordnungen widersetzen wollten, wurde mit finanziellen Belastungen oder mit dem Entzug des Sorgerechts gedroht, weil der Tatbestand, sich einer angebotenen Behandlung zu entziehen, eine Überschreitung des Sorgerechtes sei.

Daraus ist ersichtlich, dass die Eltern keineswegs die Wahl hatten, auch nicht bezüglich der Tötungsabsicht gehört wurden oder gar in die Tötung einwilligten, wie dies in den Nürnberger Ärzteprozessen behauptet wurde.⁵²

11. Situation nach 1945

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde das Thema der Euthanasie bei Behinderten und daher auch des Infantizids immer im Hinblick auf die Gräueltaten der NS-Zeit diskutiert. Es fällt dabei auf, dass das Thema wie ein heißes Eisen behandelt wurde und im Gegensatz zum Völkermord in den Konzentrationslagern nach wie vor von juristischen Stellungnahmen verschleiert und zum Teil auch verzerrt dargestellt wurde. Die Publikationen der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg beschränkten sich im Wesentlichen auf Berichte der NS-Euthanasie sowie auf Publikationen und Medienberichterstattung anlässlich der Nürnberger Prozesse. Wegen ihrer Beteiligung an den „Euthanasieverbrechen“ waren in Nürnberg allerdings nur Victor BRACK und Karl BRAND angeklagt und zum Tode verurteilt worden.⁵³

Über die genaue Praxis der Behindertentötung konnte man sich in zwei damals unmittelbar nach den Prozessen erschienenen Büchern informieren: „Die Diktatur der Menschenverachtung“, herausgegeben von Privatdozent Dr. med. Alexander MITSCHERLICH und cand. med. Fred MIELKE, die beide aus Heidelberg stammten und Prozessbeobachter der deutschen „Ärztelkommission“ waren. 1948 erschien ein weiteres Buch zu diesem Themenkreis mit dem Titel „Die Tötung Geisteskranker in Deutschland“ von Alice PLATEN-HALLERMUND. Sie war ebenso wie die vorher genannten Autoren Mitglied der deutschen Ärztelkommission. Für sie stand fest, dass der Arzt nur die Aufgabe habe, Krankheiten zu heilen oder Leiden zu lindern, jedoch nicht Richter über Leben und Tod zu sein. Sie wandte sich daher auch gegen die damals aktuell gewordene For-

derung nach „Euthanasie mit Einwilligung“, wie sie etwa 1947 in den USA von Ärzten gestellt worden ist: „Diese freiwillige Euthanasie, die als so human gepriesen wird, kann nur dort vertreten werden, wo ein flacher Eudaimonismus die wirklichen Grundlagen des Menschseins erschüttert hat und der Mensch von Tod und Leiden nichts mehr wissen will.“⁵⁴

Eine weitere interessante Publikation aus dieser Zeit stammte von Viktor von WEIZÄCKER, der 1947 einen Text mit dem Titel „Euthanasie und Menschenversuche“ veröffentlichte. WEIZÄCKER war von 1920 bis 1941 Leiter der Neurologischen Abteilung der Medizinischen Klinik in Heidelberg und dann bis 1945 Ordinarius für Neurologie und Leiter des Neurologischen Forschungsinstituts in Breslau. Nach dem Krieg wirkte er als Ordinarius für Allgemeine Klinische Medizin an der Universität Heidelberg. Er verwarf in seiner Publikation nachträglich die NS-Euthanasie als „unärztlich“ und „unsittlich“.⁵⁵ Bemerkenswert war sein Interpretationsansatz, wonach die Taten der Angeklagten nicht zuletzt Ausdruck „einer überlebten Art von Medizin“ gewesen seien. „... Denn es kann darüber kein Zweifel bestehen, dass die moralische Anästhesie gegenüber dem Leiden der zur Euthanasie und Experimenten Ausgewählten begünstigt war durch die Denkweise der Medizin, welche den Menschen betrachtete wie ein chemisches Molekül oder einen Frosch oder ein Versuchskaninchen.“⁵⁶ Da laut WEIZÄCKER die „Denkweise“ dieser Medizin fortbestehe, sei selbst nach den Nürnberger Ärzteprozessen die Gefahr einer „vernichtenden Euthanasie“ nicht ausgeräumt.⁵⁷ Diesen Denkansatz sollte man nicht aus den Augen verlieren. Auffallend in diesem Zusammenhang ist es, dass sowohl in Deutschland als auch in Österreich im Rahmen der „Kindereuthanasie“ tätige Ärzte nach Ende der NS-Zeit den „Sprung“ in die Liga sehr angesehener Ärzte geschafft hatten.

In Österreich sei diesbezüglich auf den Fall Gross verwiesen, der als hochdekoriertes Wissenschaftler Jahrzehnte als Gerichtsgutachter

tätig war und gegen den erst in den vergangenen Jahren ein Verfahren eröffnet wurde, das dann allerdings aufgrund des gesundheitlichen Zustandes des Angeklagten, d.h. wegen seiner „Nicht-Verhandlungsfähigkeit“, zunächst vertagt und letztlich aus gesundheitlichen Gründen des Angeklagten eingestellt wurde.⁵⁸

Ähnlich ist auch der Fall des in Deutschland für die Durchführung der Kindereuthanasie verantwortlichen Arztes Werner CATEL, der unbehelligt als Kinderarzt in Kiel praktizierte, als er Ende der 60er Jahre in die Schlagzeilen geriet und „freiwillig“ emeritierte. Als die Staatsanwaltschaft Hannover 1962 Vorermittlungen gegen ihn aufnahm, veröffentlichte er gewissermaßen als Vorabverteidigung ein Buch mit dem Titel „Grenzsituationen des Lebens. Beitrag zum Problem der begrenzten Euthanasie“. Unter völliger Verdrehung der Tatsachen suchte er sich als skrupulösen Intellektuellen darzustellen, der sich im Dritten Reich nach eingehender Überlegung zum Einsatz einer „begrenzten Euthanasie“ bei „idiotischen Kindern“ durchgerungen habe. Es erhoben sich zahlreiche kritische Stimmen gegen dieses Buch. So warnte zum Beispiel der Psychiater Hoymar von DIETFURT davor, dass es sich hierbei um den Versuch handle, die öffentliche Meinung für eine Geisteshaltung zu gewinnen, die es für moralisch gerechtfertigt und vernünftig hält, schwachsinnige Kinder zu beseitigen.⁵⁹ DIETFURT fasst seine Kritik folgendermaßen zusammen: „... Ein geschmackloses, unwahrhaftiges und sehr gefährliches Buch, das viele Köpfe verwirren wird. Wer die Tendenzen des Verfassers erst einmal durchschaut hat, wird nach der Lektüre erst einmal das dringende Bedürfnis verspüren, sich die Hände zu waschen.“⁶⁰

CATEL ließ sich durch diese Aussage nicht beirren. Im Gegenteil, er versuchte sich in einem Gespräch im Spiegel 1964 zu rechtfertigen. Wenig später forderte er in seinem Buch mit dem Titel „Leidminderung richtig verstanden“ (Nürnberg 1966) erneut die Auslöschung von, wie er es bezeichnete, „idiotischen We-

sen“.

Der eigentliche Umgang mit dem Themenkreis der Euthanasie zeigte sich in der ersten Nachkriegsausgabe des einflussreichen Strafrechtskommentars aus dem Jahre 1949 von Prof. Dr. Adolf SCHÖNKE (Freiburg), der darin die „NS-Euthanasie“ mit keinem Wort erwähnte.⁶¹ Lapidar heißt es nur: „Ein Recht auf Vernichtung lebensunwerten Lebens besteht nicht.“⁶² Bei den strafrechtlichen Reformarbeiten der NS-Zeit hätte sich die von BINDING und HOCH erhobene Forderung nach Zulassung der Sterbehilfe nicht durchgesetzt.

Er folgte weiter: „Ein Recht zur Sterbehilfe ist gesetzlich nicht anerkannt.“

Diese klare Aussage relativierte er aber sogleich mit folgenden Worten:

„Die Zulässigkeit der Sterbehilfe wird nicht vollständig auszuschließen sein. Man wird aber, um die Herrschaft des Tötungsverbotes ungeschmälert zu lassen, nur in Ausnahmefällen anerkennen können, dass eine Sterbehilfe des Arztes nicht rechtswidrig sei. Jedenfalls wird in den Fällen keine Tötung anzunehmen sein, in denen der Arzt es durch Nichtanwendung besonderer Stimulantien, wie z.B. durch Kampfeinspritzungen, unterlässt, ein bereits erlöschendes qualvolles Leben künstlich zu verlängern.“⁶³

SCHÖNKE schrieb dann unter jener Terminologie, die auch von den Nationalsozialisten in diesem Zusammenhang immer wieder verwendet wurde: „... Weiter dürfte anzunehmen sein, dass auch dann keine Tötung vorliegt, wenn der Arzt den Todeskampf in ein sanftes Hinüberschlummern verwandelt.“⁶⁴

Die Verzerrung und die gefährlichen Beschönigungsversuche dieser Nachkriegsliteratur sind evident. Sie können bei unkritischer Auseinandersetzung sehr leicht zur Aufbereitung des Bodens einer neuen Euthanaskultur führen.

Die Situation der geistig und körperlich schwerst behinderten Kinder hatte sich nach 1945 eigentlich nur dahingehend verändert, dass diese zwar nicht mehr getötet wurden,

aber weiterhin nur sehr langsam und zögernd weitergehende Förderungen zugestanden bekamen. Erst in den 70er Jahren wurde durch Einzelinitiativen erstmals auf das Interesse und die Belange Schwerstbehinderter aufmerksam gemacht.

So forderte die Ende der 50er Jahre gegründete „Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V.“ eine wohnortnahe Unterbringung und Versorgung schwerst behinderter Kinder, um einerseits der Familie Entlastung zu geben und andererseits die Kinder nicht in Anstalten geben zu müssen.⁶⁵

Referenzen

- PLOSS, H.H., „Das Kind in Brauch und Sitte der Völker“, Berlin (1982), S. 241f. Zit. nach: ZIMMERMANN, M., „Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen“, Frankfurt am Main (1997), S.35
- WESTERMARCK, E., „Ursprung und Entwicklung der Moralbegriffe“, Band 1, Übersetzung von L. KATSCHER, Leipzig (1907). Zit. nach: ZIMMERMANN M., „Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen“, Frankfurt am Main (1997), S.35
- Zit. nach: SINGER, P., KUHSE, H., „Muß dieses Kind am Leben bleiben? Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener“, Erlangen (1993), S. 139 und 265
- PLOSS, H.H., „Das Kind in Brauch und Sitte der Völker“, Berlin (1982), S.241f. Zit. nach: ZIMMERMANN, M., „Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen“, Frankfurt am Main (1997), S.36
- PLATZ, W., „Geschichte des Verbrechens und der Aussetzung unter besonderer Berücksichtigung des Zusammenhangs mit dem Familienrecht von den ältesten Zeiten bis ins XVI Jahrhundert“, Stuttgart (1876), S.10. Zit. nach: ZIMMERMANN, M., „Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen“, Frankfurt am Main (1997), S.36
- PLATON, „Politeia“, Fünftes Buch, Abschnitt 9, S.460. Zit. nach: KUHSE, H., „Die Lehre von der Heiligkeit des Lebens“. In: LEIST, A. (Hrsg.), „Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord“, Frankfurt am Main (1992), S.92
- WAHL, G., „Zur Geschichte der ätiologischen Vorstellung über die Entstehung von Mißgeburten“, Diss. med., Düsseldorf (1974), S.46ff
- LIVIUS, „Ab urbe condita XXVII“; SENECA, „De ira I“, XV-2; CICERO, „De legibus III“. Zit. nach: ZIMMERMANN, M., „Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen“, Frankfurt am Main (1997), S.36f
- PETERS, R., „Der Schutz des Neugeborenen, insbesondere des missgebildeten Kindes. Ein Beitrag zur Geschichte des strafrechtlichen Lebensschutzes“, Stuttgart (1988), S.15f
- Vgl. LINDEMANN, A., PAULSEN, H. (Hrsg.), „Die apostolischen Väter“, Tübingen (1992), S.6f
- ebd. S.69
- AUGUSTINUS, „De civitate die“, XVI, 8, CSEL, XXXX, P.II, 139, Z. 19-24, Übersetzung nach TIMMER, II, S.297f. Zit. nach: ZIMMERMANN, M., „Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen“, Frankfurt am Main (1997), S.36f
- DÖLGER, F.J., „Das Lebensrecht des ungeborenen Kindes und die Fruchtabtreibung in der Bewertung der heidnischen und christlichen Antike“. In: DÖLGER, F.J., „Christentum, Kultur und religionsgeschichtliche Studien“, Band IV, Münster (1936), S.23ff. Zit. nach: ZIMMERMANN, M., „Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen“, Frankfurt am Main (1997), S. 38
- PETERS, R., „Der Schutz des Neugeborenen, insbesondere des missgebildeten Kindes. Ein Beitrag zur Geschichte des strafrechtlichen Lebensschutzes“, Stuttgart (1988), S.30ff
- ebd. S.37f
- THOMAS v. Aquin, „Summa Theologica I-II“, I q. 105, Art. 6; II q. 51, Art. 4. Zit. nach: ZIMMERMANN, M., „Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen“, Frankfurt am Main (1997), S. 38
- ebd. Art. 8
- ZIMMERMANN, M., „Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen“, Frankfurt am Main (1997), S. 39
- ebd. S. 39
- ebd.
- SACHSENSPIEGEL, zit. nach: PETERS, R., „Der Schutz des Neugeborenen, insbesondere des missgebildeten Kindes. Ein Beitrag zur Geschichte des strafrechtlichen Lebensschutzes“, Stuttgart (1988), S.84
- ebd. S.84
- Art. 13 der Constitutio Criminalis Carolina, zit. nach: PETERS, R., „Der Schutz des Neugeborenen, insbesondere des missgebildeten Kindes. Ein Beitrag zur Geschichte des strafrechtlichen Lebensschutzes“, Stuttgart (1988), S.87
- PETERS, R., „Der Schutz des Neugeborenen, insbesondere des missgebildeten Kindes. Ein Beitrag zur Geschichte des strafrechtlichen Lebensschutzes“, Stuttgart (1988), S.135ff
- ebd. S.135ff
- ebd. S.135ff
- LEYSER, A., „Meditationes ad Pandectas“, Vol. IX, Speciem DXCVII, S.307f. Zit. nach: PETERS, R., „Der Schutz des Neugeborenen, insbesondere des missgebildeten Kindes. Ein Beitrag zur Geschichte des strafrechtlichen Lebensschutzes“, Stuttgart (1988), S.143
- Vgl. ZIMMERMANN, M., „Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen“, Frankfurt am Main (1997), S.39
- PETERS, R., „Der Schutz des Neugeborenen, insbesondere des missgebildeten Kindes. Ein Beitrag zur Geschichte des strafrechtlichen Lebensschutzes“, Stuttgart (1988), S.143
- ebd. S.150
- JOST, A., „Das Recht auf den Tod, in: KAISER et al., Eugenik Sterilisation Euthanasie, Politische Biologie in Deutschland 1895-1945. Eine Dokumentation“, Berlin (1992), S.39ff
- WINAU R., „Die Vernichtung lebensunwerten Lebens im Dritten Reich: Historische Fakten und Modellcharakter“. In: SCHMIDT-

- TANNWALD, I. (Hrsg.), „*Gestern lebensunwert, heute unzumutbar – Wiederholt sich die Geschichte doch?*“, München (1998), S.20
33. KAISER, J.-C., „*Euthanasie. Theoretische Grundlegung in der Weimarer Republik – Praktische Durchführung im Dritten Reich*“. In: Ev. Akademie Baden (Hrsg.), „*Soll das Baby leben? Über Frühethanasie und Menschenwürde*.“ Herrenalber Protokolle 75, Karlsruhe (1991), S.25ff
34. Vgl. ZIMMERMANN, M., „*Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen*“, Frankfurt am Main (1997), S.43
35. BINDING, K., HOCHÉ A., „*Die Freigabe und Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form*“, Leipzig (1920). Zit. nach: ZIMMERMANN, M., „*Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen*“, Frankfurt am Main (1997), S. 57f; BARTH, F., „*Euthanasie*“, Heidelberg (1924), S.64f
36. LENZ, F., „*Menschliche Auslese und Rassenhygiene (Eugenik)*“. In: BAUR, FISCHER, LENZ, „*Menschliche Erblichkeitslehre und Rassenhygiene*“, Band II, München (1931), S.307. Zit. nach ZIMMERMANN, M., „*Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen*“, Frankfurt am Main (1997), S.44
37. BARTH, F., „*Euthanasie*“, Heidelberg (1924), S.64
38. ebd. S. 64f
39. ebd.
40. ebd.
41. KERRL, H., „*Nationalsozialistisches Strafrecht. Denkschrift des Preußischen Justizministers*“, Berlin (1933). Zit. nach: BENZEHÖFER, U., „*Der gute Tod, Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*“, München (1999), S.109ff
42. ebd.
43. ebd.
44. BENZEHÖFER, U., „*Der gute Tod, Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*“, München (1999), S.113
45. GLEISPACH, W., „*Tötung*“. In: GÜRTNER, F. (Hrsg.), „*Das kommende deutsche Strafrecht. Besonderer Teil. Bericht der amtlichen Strafrechtskommission*.“ Berlin (1935), S.258. Zit. nach: BENZEHÖFER, U., „*Der gute Tod, Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*“, München (1999), S.111
46. BENZEHÖFER, U., „*Der gute Tod, Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*“, München (1999), S.109 und 118
47. Vgl. KLEE, E., „*Euthanasie im NS Staat. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens*“, Frankfurt am Main (1999), S.80f
48. Der Runderlass erging am 18. 8. 1939 durch den Reichsminister des Inneren (IV 3088/39-1079 Mi) „*Streng vertraulich! An die außerpreußischen Landesregierungen usw.*“
Betreff: Meldepflicht über missgestaltete usw. Neugeborene.
(1) Zur Klärung wissenschaftlicher Fragen auf dem Gebiet der angeborenen Missbildungen und der geistigen Unterentwicklung ist eine möglichst frühzeitige Erfassung der einschlägigen Fälle notwendig.
(2) Ich ordne daher an, dass die Hebamme, die bei der Geburt eines Kindes Beistand leistet, hat auch für den Fall, dass die Beiziehung eines Arztes zu der Entbindung erfolgt, eine Meldung an das für den Geburtsort zuständige Gesundheitsamt nach beifolgendem bei den Gesundheitsämtern vorrätig gehaltenen Formblatt zu erstatten hat, falls das neugeborene Kind verdächtig ist, mit folgenden Leiden behaftet zu sein
1. Idiotie sowie Mongolismus (besondere Fälle, die mit Blindheit und Taubheit verbunden sind)
2. Mikrozephalie
3. Hydrozephalus, schweren bzw. fortgeschrittenen Grades,
4. Missbildungen jeglicher Art, besonders Fehlen von Gliedmaßen, schweren Spaltbildungen des Kopfes und der Wirbelsäule
5. Lähmungen einschließlich Littler'scher Erkrankung
Für die Entbindungsanstalten, geburtshilflichen Abteilungen von Krankenhäusern liegt die Meldepflicht der Hebammen nur dann ob, wenn ein leitender Arzt nicht vorhanden oder an der Meldung verhindert ist.
(3) Ferner sind von allen Ärzten zu melden, Kinder, die mit einem der unter Abs. 2 Ziff. 1-5 genannten Leiden behaftet sind und das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, falls den Ärzten die Kinder in Ausübung ihrer Berufstätigkeit bekannt werden.
(4) Die Hebamme erhält für ihre Mühewaltung eine Entschädigung von 2 RM. Die Auszahlung dieses Betrages hat durch das Gesundheitsamt zu erfolgen. Hierneben wird ihr die verauslagte Freigebühr erstattet.
(5) Der Reichsgesundheitsminister wird aufgrund des § 46 Aus, 2 Zoff. 3 und 4 der Reichsärzterverordnung vom 13. Dezember 1935 (RGBl., I, S. 2433) die leitenden Ärzte von Entbindungsstationen oder geburtshilflichen Abteilungen verpflichten, die erforderlichen Meldungen, für die in der von ihnen geleiteten Anstalt geborene Kinder an das für den Geburtsort zuständige Gesundheitsamt zu erstatten. Es wird ferner alle Ärzte verpflichten, Anzeige an den für den Wohnort des Kindes zuständigen Amtsarzt in den Fällen zu erstatten, in denen ihnen in ihrer Berufsfähigkeit Kinder bekannt werden, die unter Abs. 2 dieses Runderlasses fallen und das dritte Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Bei voraussichtlich längerem Auslandsaufenthalt ist die Meldung an das für den Sitz der Anstalt zuständige Gesundheitsamt zu erstatten.
(6) [(6) ... (11)]
In Vertretung, Gez. Unterschrift“ Zit. in: KLEE, E., „*Euthanasie im NS Staat. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens*“, Frankfurt am Main (1983), S.150 und 80f
49. BENZEHÖFER, U., „*Der gute Tod, Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*“, München (1999), S.117f
50. KLEE, E., „*Euthanasie im NS Staat. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens*“, Frankfurt am Main (1983), S.305ff
51. KAISER, J.-C. et al., „*Eugenik Sterilisation Euthanasie, Politische Biologie in Deutschland 1895-1945. Eine Dokumentation*“, Berlin (1992), S.36
52. ZIMMERMANN, M., „*Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen*“, Frankfurt am Main (1997), S.48
53. Vgl. BENZEHÖFER, U., „*Der gute Tod, Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*“, München (1999), S.31
54. PLATEN-HALLERMUND, A., „*Die Tötung Geisteskranker in Deutschland. Aus der deutschen Ärztekommision beim Amerikanischen Militärgericht*“, 2. Auflage, Reprint der Erstausgabe von 1948, Bonn (1993), S.10. Zit. nach: BENZEHÖFER, U., „*Der gute Tod, Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*“, München (1999), S.131
55. WEIZÄCKER, V. v., „*Euthanasie und Menschenversuche*“. In: WEIZÄCKER, V. v., „*Gesammelte Schriften*“, Band 7, Allgemeine Medizin, Grundfragen medizinischer Anthropologie, Frankfurt am Main (1987), S.91-134
56. ebd.
57. Vgl. BENZEHÖFER, U., „*Der gute Tod, Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*“, München (1999), S.132
58. Zum Fall Gross vgl. auch die Parlamentarischen Anfragen des

- Justizministers, XX.G.P-NR 3599/AB zu 3658/J sowie des Wissenschaftsministers, XX GP-NR 3760/AB zu 3799/J
59. SCHULZ, S., „*Neutestamentliche Ethik*“, Zürich (1987), S.109f
60. ebd.
61. SCHÖNKE, A., „*Strafgesetzbuch. Kommentar 4*“, Freiburg im Breisgau (1949). Zit. nach: BENZENHÖFER, U., „*Der gute Tod, Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*“, München (1999), S.134
62. ebd. S.449
63. ebd.
64. ebd.
65. Vgl. ZIMMERMANN, M., „*Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen*“, Frankfurt am Main (1997), S.49f

Sinnhaftigkeit von Therapieentscheidungen in der Intensivneonatologie

Christian POPOW, Enrique H. PRAT

Zusammenfassung

Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium der Sinnhaftigkeit enthält medizinische, individual-persönliche und sozioökonomische Aspekte, die vor jeder schwierigen Entscheidung genau abgewogen werden müssen. Eine Entscheidung über das Abbrechen therapeutischer Maßnahmen soll in der Intensivneonatologie möglichst konsensuell zwischen dem beteiligten Betreuungsteam und den Eltern getroffen werden, wenn die dafür notwendigen Bedingungen erfüllt sind. Im Zweifelsfall müssen alle notwendigen lebenserhaltenden und lebensqualitätssichernden Maßnahmen so lange aufrechterhalten werden, bis eine eindeutige Entscheidung gefällt werden kann. Eine einmal getroffene konsensuelle Entscheidung sollte ebenfalls nur konsensuell und nur bei Vorliegen neuer Fakten bzw. Behandlungsmöglichkeiten erfolgen, um Schädigungen des Patienten durch Therapieversäumnisse zu vermeiden. Die Durchführung palliativer Therapie sollte ebenfalls standardorientiert mit Berücksichtigung der Schmerzempfindlichkeit der kleinen Patienten und der psychischen Belastung der Eltern erfolgen.

Schlüsselwörter: Frühgeborene, Ethik, Verhältnismäßigkeit, Sinnhaftigkeit, Behandlungsabbruch

Abstract

Proportionality as criterion for the sensibleness contains medical, individual-personal and social-economical aspects which must be exactly weighed and plumbed before making difficult decisions. In the intensive neonatology decisions to discontinue therapeutic measures should be made consensual between the team carrying out treatment and the parents of the patient when all the necessary conditions have been fulfilled. Where there is still some doubt about the decision, all the necessary vivifying and life quality measures must be kept up until a final decision is made. In order to avoid the patient being harmed by lack of proper therapy, once a consensual decision has been made then a change of mind due to the presentation of new facts or therapeutic possibilities must also be consensual. Carrying out a palliative therapy should also be done under consideration of the pain sensitivity of the tiny patient and the psychical burden for the parents.

Keywords: ethic, proportionality, sensibleness, withdrawal of treatment

Anschrift der Autoren: Prof.Dr. Christian POPOW, Univ.Klinik f. Kinder- und Jugendheilkunde,
Währinger Gürtel 18-20, A - 1090 Wien
Prof.Dr. Enrique H. PRAT, Imabe-Institut,
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A - 1030 Wien

0. Fallbeispiele

1. Ein Zwillingsfrühgeborenes (Geburtsgewicht 650g) erleidet am 7. Lebenstag nach einem septischen Kreislaufchock eine Totalnekrose des Darmes. Da ein Überleben mit ausschließlich parenteraler Ernährung nur vorübergehend bzw. befristet möglich ist, der Tod absehbar unvermeidlich ist, wird die Entscheidung zur palliativen Therapie konsensuell getroffen, das Frühgeborene stirbt einige Tage später in den Armen der Eltern.
2. Ein sehr kleines Frühgeborenes Geburtsgewicht 550g erleidet im Rahmen einer Sepsis eine schwere Hirnblutung (Grad IV, einseitig). Die neurologische Prognose wird mit >70% Wahrscheinlichkeit als beeinträchtigt klassifiziert und mit den Eltern besprochen. Diese möchten das Kind nicht verlieren und sprechen sich gegen einen Therapieabbruch aus. Das Kind überlebt kognitiv beeinträchtigt und mit einer mittelschweren Cerebraldysplasie. Der hohe pflegerische Aufwand wird von den Eltern, die sich über jeden Fortschritt freuen, weiterhin gerne getragen.
3. Bei einem Frühgeborenen (Geburtsgewicht 1200g) mit M. Down und Dünndarmatresie, das von den Eltern nicht akzeptiert wird, stellt sich die Frage der Operationseinstimmung, die die Eltern verweigern. Da das Kind keine weiteren Probleme aufweist, entscheidet das Team, die überlebensnotwendige Operation mit Einverständnis des Jugendgerichts gegen den Willen der Eltern durchführen zu lassen. Die Operation verläuft problemlos, die Eltern, die weiterhin Schwierigkeiten haben, ihr Kind zu akzeptieren, bestehen auf einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, da sie das Vertrauen in das Betreuerteam verloren haben. Das Kind verstirbt einige Monate später unter unklaren Umständen.
4. Die Eltern eines kleinen Frühgeborenen (Geburtsgewicht 800g), das bis auf ein Atemproblem keine größeren Probleme bietet, wollen keinesfalls ein behindertes

Kind und geben es nach mehreren Versuchen, das Team zu einem Therapieabbruch zu überreden, zur Adoption frei. Das Kind wird schließlich von einer Krankenschwester adoptiert und entwickelt sich in der Folge motorisch normal. Kognitiv ist es etwas beeinträchtigt und besucht einen Integrationskindergarten.

1. Einleitung

Die Fortschritte auf dem Gebiet der Intensivneonatalogie haben in den letzten 20 Jahren das Überleben immer kleinerer Frühgeborener ermöglicht. Ein relativ konstanter Anteil dieser Kinder ist aber – bedingt durch die besondere Empfindlichkeit des Zentralnervensystems, vor allem in den ersten Lebenstagen – von schweren neurologischen Schäden und Störungen der Entwicklung der intellektuellen und motorischen Funktionen bedroht.¹ Differenzierte klinische Untersuchungen wie die Darstellung des Gehirns mittels Ultraschall oder die Beurteilung der General Movements² erlauben die Voraussage einer schlechten neurologischen Prognose mit großer Wahrscheinlichkeit. Solche Untersuchungsergebnisse stellen Eltern und Betreuungspersonal vor besonders schwierige ethische Fragen, Entscheidungen und Interessenskonflikte, für deren Lösung es kaum allgemeingültige Richtlinien gibt. Die vorliegende Arbeit versucht, vor allem die Probleme, die im Zusammenhang mit der Entscheidung über die Sinnhaftigkeit einer Therapie entstehen können, aus medizinethischer Sicht zu definieren und Lösungsansätze zu erarbeiten. Die Fragestellung wurde in fünf Abschnitten behandelt:

1. Der Begriff der Sinnhaftigkeit
2. Spezifische Aspekte der Sinnhaftigkeit in der Neonatalogie
3. Verhältnismäßigkeit in der Neonatalogie
4. Entscheidungsfindung in der Neonatalogie
5. Behandlungsabbruch und weiterbegleitende palliative Maßnahmen

2. Der Begriff der Sinnhaftigkeit

Bei jeder Behandlung stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer Therapie: welche Therapie ist für den Patienten nützlich, d.h. sinnvoll, und welche Therapie soll vermieden werden, weil sie für den Patienten schädlich, sinnwidrig ist? Sinnhaftigkeit ist eine anthropologische Kategorie, die Entscheidungen und Handlungen ganzheitlich betrachtet und in Beziehung zur Sinnstruktur des Menschen setzt. Normativ gesehen führt der Begriff Sinnhaftigkeit zum ethischen Prinzip: „Tue Sinnvolles und unterlasse Sinnloses“, das sich mit dem Grundprinzip der Ethik „Tue Gutes und unterlasse Böses“ deckt. Sinnvolles tun heißt somit, das Gute und Richtige tun.

Sinnhaftigkeit ist also auch ein ethisches Kriterium, das medizinische Entscheidungen und Handlungen ganzheitlich als das Gute und Richtige betrachtet und deshalb als sinnvoll qualifizieren lässt. Sinnhaftigkeit bestimmt, ob eine Maßnahme im Kontext der gesamten Sinnstruktur des konkreten Patienten und der sonst beteiligten Personen kohärent und angemessen ist.

Entscheidungen im medizinischen Alltag sind aus medizinethischer Sicht entweder klar, weil die Sinnhaftigkeit dessen, was zu tun ist, keine Fragen aufwirft. Dort aber, wo Unsicherheit über die Wirksamkeit und Effektivität einer Therapie oder in der Einschätzung ihrer Sinnhaftigkeit besteht bzw. wo es Unstimmigkeiten und Interessenkonflikte gibt, setzt die Entscheidung einen medizinethischen Diskurs voraus. Dies ist gerade bei intensivneurologischen Patienten in lebensbedrohenden Situationen relativ häufig der Fall: einerseits möchte man alles Denkmögliche tun, um das beginnende Leben zu retten und damit die Hoffnungen der Eltern nicht zu enttäuschen, andererseits muss man unbedingt alles Sinnwidrige vermeiden, d.h. alle Handlungen, die das Leiden des Neugeborenen kostspielig, nutzlos und unzumutbar verlängert. Die Entscheidung über die Sinnhaftigkeit³ einer Therapie-

entscheidung ergibt sich also aus dem Ergebnis eines Abwägens zwischen vielen Faktoren, letztlich also aus dem Abwägen der Verhältnismäßigkeit oder Angemessenheit einer Maßnahme.

Verhältnismäßigkeit als Kriterium für das Sinnvolle

Die Verhältnismäßigkeit ist kein medizinisches sondern ein ethisches Kriterium, das die Qualifizierung einer Handlung als sinnvoll erlaubt. Gerade weil die ethische Kompetenz eine alle anderen Kompetenzen (ökonomische, medizinische, wissenschaftliche, lebensweltliche usw.) integrierende ist, wird sie hier besonders gebraucht. Sie berücksichtigt Dimensionen wie Würde der Person, Selbstbestimmungsrecht, Gemeinwohl, Verteilungsgerechtigkeit, Individualität u.dgl. Sinnvoll wird demnach das Verhältnismäßige und sinnlos das Unverhältnismäßige sein. Tugendethisch ist die Verhältnismäßigkeit als Bestandteil der Klugheit einzuordnen. Jeder Betroffene muss zunächst für sich, aber auch im Diskurs mit den anderen Beteiligten an einer medizinischen Entscheidung dieses Kriterium anwenden.

3. Spezifische Aspekte der Sinnhaftigkeit in der Neonatologie

Die Feststellung der Sinnhaftigkeit in der neonatologischen Intensivtherapie bedingt eine Reihe von Problemen und Konflikten, die einerseits im raschen medizinischen Fortschritt, andererseits in der Abhängigkeit und Entscheidungsunfähigkeit des Neugeborenen und der Doppelrolle der Eltern als Entscheidungsträger und vom Schicksal des Neugeborenen jetzt und auch künftig Betroffenen begründet sind.

Der rasche medizinische Fortschritt gerade auf dem Gebiet der Neonatologie bringt es mit sich, dass es bei vielen auch durchaus üblichen Therapien noch wenig Evidenz über

Effektivität und Schädigungspotential gibt (z.B. Beatmungsstrategien, Hirnprotektion). Dabei erscheint vor allem die unkritische Generalisierung eigener Erfahrungen gefährlich. Auch die EBM (evidence based medicine), die Behandlungsrichtlinien nach der Qualität und Sicherheit der zu einem Thema publizierten Studienergebnisse beurteilt, liefert nur bedingt verwertbare Hinweise, da einerseits vor allem prospektive multizentrische Studien aufwendig und langwierig sind und andererseits unterschiedliche allgemeine Behandlungsstrategien an den verschiedenen Zentren auch signifikante Ergebnisse relativieren. Probleme entstehen auch durch unkritische Übernahme von Studienergebnissen (z.B. Ineffizienzvermutung bei fehlender Beeinflussung der in der Intensivneonatologie im Vergleich zur Erwachsenenintensivmedizin relativ niedrigen Mortalität). Die Maxime effizienter Therapie muss daher das permanente kritische Infragestellen aller therapeutischen Möglichkeiten (kontinuierliche Evaluation, Überprüfen der Nachvollziehbarkeit, Erfahrungsvernetzung durch internationale Kontakte) verbunden mit stets wachsamer eigenkritischer Analyse des möglichst standardisierten Therapieplans mittels Methoden des Qualitätsmanagements sein.

Ein weiteres Thema sind die noch spärlich vorhandenen allgemeinen Strategien für die Beurteilung und Therapie von Schmerzen, für palliative Therapie bzw. für das Beenden einer kurativen Therapie. Diese Fragen können derzeit ebenfalls nur mit hoher Sensibilität für das Wesentliche, rekursiver Therapieplanung und laufender kritischer Überprüfung eigener und fremder Erfahrungen in einem möglichst kontinuierlichen Konsensprozess gelöst werden.

Bei Früh- und Neugeborenen kann der Patientenwille nur vermutet werden, die Beachtung der Patientenrechte beruht dann auf Intuition, Good will, wenig reflektierten „Prinzipien“, Vorstellungen usw. Dabei entstehen auch Interessenskonflikte zwischen Kind, Eltern und medizinischem Betreuungspersonal bzw. durch das Verfolgen individueller Ziele

auch innerhalb des Elternpaares bzw. auch innerhalb des Intensivteams. Als Beispiele für solche Konflikte zwischen Eltern bzw. Eltern und Kind können das unbedingte Recht auf Überleben gegenüber dem Vermeiden von sinnlosem Schmerz und Leid, die Belastung durch die lebenslange Sorge um ein schwer behindertes Kind gegenüber dem Interesse am Überleben des Kindes „um jeden Preis“, als Beispiele für Konflikte innerhalb des Therapie-teams das Erreichen möglichst niedriger Mortalitätsraten, das „Durchbringen“ im Dienst, Angst vor dem Überbringen einer schlechten Nachricht, Interessen innerhalb von Therapiestudien bzw. -protokollen, Verschleiern von Therapiefehlern u.a.m. dienen. Eine Möglichkeit, derartige Konflikte sichtbar zu machen, zu vermeiden oder sogar zu lösen, könnte in einem formalen Verfahren bestehen, das eine „zweite Meinung“ im Sinn einer beratenden Begutachtung durch einen oder mehrere unabhängige neonatologische Experten, eventuell ergänzt durch weitere Fachgutachten (z.B. Patientenanwalt) ähnlich dem Anhalteverfahren in der Psychiatrie, verpflichtend einführt. Die Vorteile eines derartigen beratenden, nicht handlungsverpflichtenden Verfahrens bestünden in größerer Objektivität und Transparenz und in der besseren Gewährleistung der Patientenrechte durch unabhängige Personen, der Nachteil in einer Bürokratisierung und Verzögerung des ohnehin schwierigen Entscheidungsprozesses.

4. Verhältnismäßigkeit in der Neonatologie

Die Beurteilung der Verhältnismäßigkeit setzt das Abschätzen des qualitativen Nutzens einer Maßnahme, d.h. das Abschätzen ihrer Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit voraus: medizinisch muss belegt sein, dass die Maßnahme eine nützliche Wirkung im Sinne des Erreichens eines geforderten Zieles haben kann. Damit steht der Nutzen fest. Weiters

muss dieser Nutzen unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen zumindest grob quantifiziert werden können (Relevanz), d.h. man muss abschätzen, ob der Nutzen größer ist als der mögliche Schaden. Lebensverlängerung allein wäre ungenügend, um die Relevanz einer Maßnahme zu beurteilen, es kommt auch wesentlich auf die Beeinflussung der Lebensqualität (des Outcome) an.

Diese drei Kriterien – Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit, Relevanz – sind rein medizinischer Natur und können nur von Experten, d.h. vorwiegend von Ärzten, richtig angewandt werden. Sie reichen aber zur Beurteilung, ob eine medizinische Maßnahme bei einem konkreten Patienten sinnvollerweise angewendet werden soll, nicht aus. Sinnvoll ist, was für den konkreten realen Menschen in seiner Ganzheit (nicht nur medizinisch-biologisch) und unter Berücksichtigung aller persönlichen – auch der ökonomischen – Umstände angemessen ist. Es geht also darum, nicht nur die Ergebnisse der drei Kriterien sondern auch die Erfahrungen, die geltenden Normen und Richtlinien und ganz besonders auch die persönlichen Umstände des konkreten Menschen, der immer mehr ist als nur eine statistische Größe, zu erfassen! Zur Beurteilung der Verhältnismäßigkeit gilt es, neben den oben erwähnten normativen Kriterien der EBM – Wirksamkeit und Zweckdienlichkeit – auch die Relevanz und individuelle sowie auch sozioökonomische Faktoren miteinander bzw. gegeneinander abzuwägen. Die Verhältnismäßigkeit ist somit das praktische Kriterium, das letztlich die Gesamtheit der zu berücksichtigenden Faktoren einbezieht und die Brücke zwischen der allgemeinen normativen und der konkreten partikulären Ebene schlägt. Auf dieser Ebene müssen die individuellen und die sozialen situationsbedingten Gegebenheiten, in denen sich der neonatologische Patient, seine Eltern und alle an der Entscheidung beteiligten Personen befinden, berücksichtigt werden.

Die individuellen Faktoren der Verhältnismäßigkeit: die Zumutbarkeit

Es geht dabei eigentlich darum, die Zumutbarkeit für den Patienten bzw. für seine Angehörigen in den Abwägungsprozess einzubeziehen. Bei neonatologischen Grenzfällen, in denen sich die Frage nach dem Behandlungsabbruch stellt, können anhand der Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Relevanz einer Maßnahme nicht viel mehr als statistische Wahrscheinlichkeiten über Lebenserwartung, künftige Lebensqualität und Risiken angegeben oder abgeschätzt werden. Die eigentliche Frage der Verhältnismäßigkeit besteht darin, ob aus heutiger Sicht, also ausgehend vom derzeitigen Zustand, die Verlängerung des Zustandes, die Behandlung und das zu erwartende Ergebnis überhaupt zumutbar sind. Die Zumutbarkeit ist eine individuelle subjektive Größe, die sich bei Erwachsenen durch Äußerungen des Betroffenen feststellen bzw. mutmaßen lässt, bei Neugeborenen nur von außen bestimmt werden kann. Die Zumutbarkeit für das Neugeborene wird meist von den Eltern vertreten und deshalb von ihrer eigenen Zumutbarkeit bestimmt. Dies erweist sich daher nicht selten als eine Quelle von Konflikten zwischen Eltern und Betreuungspersonal.

Die Fragen der „Zumutbarkeit“ von aktuellem und künftigem Leid sowie Fragen der Grenzen der Lebensfähigkeit bzw. der prinzipiellen „Behandlungswürdigkeit“ von kleinen Frühgeborenen werden in der medizinischen und medizinethischen Literatur ausführlich behandelt.⁴ Es geht darum, Objektivierungskriterien und Richtlinien der Zumutbarkeit zu finden, die zur Lösung der oben erwähnten Konflikte beitragen können. Absehbar unvermeidbarer tödlicher Ausgang, schwerste irreversible neurologische Schädigung sowie derzeit bzw. künftig unzumutbares Ausmaß an Leid, Schmerz und Belastungen als Entscheidungskriterien für ein „vorzeitiges Beenden der notwendigen Therapiemaßnahmen“ werden angeführt.⁵ Solche Richtlinien erleichtern im klinischen Betrieb die konsensuelle Beur-

teilung des medizinethischen Problems. Die Kritik an diesem Ansatz bezieht sich dabei außer im Trivialfall auf die notwendige Berücksichtigung individueller Faktoren bzw. Toleranzgrenzen und den Grad an Informiertheit insbesondere über die nicht explizit vermittelten bzw. vermittelbaren künftigen Folgen schwerer, vor allem geistiger Behinderung und die meist nicht angesprochenen Konflikte im Rahmen der Beachtung der Patienten- und Elternrechte.

Der Begriff der Zumutbarkeit ist allerdings problematisch. Es geht darum, das Leben eines Menschen beenden oder nicht beenden zu lassen. Aber das menschliche Leben ist ein Gut, das unermessliche Würde besitzt und daher nicht mit anderen Gütern abgewogen werden darf. Was hier mit dem Begriff der Zumutbarkeit beschrieben werden soll, ist, dass niemand verpflichtet ist, sein ohnehin schon zu Ende gehendes Leben mit unzumutbaren Mitteln zu verlängern, und dass niemand berechtigt ist, leidvolles terminales Leben bei Bewusstlosen eigenmächtig zu verlängern. Die terminale Situation des Patienten und die therapeutische Ausweglosigkeit müssen allerdings als medizinisches Faktum feststehen, bevor die Zumutbarkeit in der Entscheidung berücksichtigt wird. Der Abbruch einer medizinisch sinnvollen Maßnahme würde sonst in den Bereich der Sterbehilfe fallen und ethisch eine ganz andere Qualität erhalten.

Die soziökonomischen Aspekte der Verhältnismäßigkeit

Die zwei wichtigsten Faktoren der Verhältnismäßigkeit bei intensivneonatologischen Entscheidungen sind soziale Integration (Bereitschaft der Familie bzw. gesellschaftliche Bereitschaft, für Behinderte aufzukommen) und ökonomische Faktoren.

Die soziale Integration

Bereits vor einer Schwangerschaft, aber ganz besonders während dieser entstehen

zwischen Eltern und Kind emotionale Bindungen, die für das Neugeborene und sein Umfeld, d.h. seine Familie, nicht nur medizinisch ebenso bedeutend sein können wie in späteren Phasen des Lebens. Während bei den obigen medizinischen Erwägungen die Lebensqualität eine entscheidende Rolle spielte, ist bei der ganzheitlichen Betrachtung, die bei den Abwägungen der Sinnhaftigkeit angestellt wird, die soziale Integration d.h. das Vorhandensein von tiefen emotionalen Beziehungen besonders wichtig. Diese Beziehungen sind eine wesentliche Komponente der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensqualität des Neugeborenen. So wird man Eltern oder Verwandten von Neugeborenen, die bereits starke emotionale Beziehungen zum Kind entfaltet haben, in der Entscheidung um einen Behandlungsabbruch möglicherweise größere Opferbereitschaft zumuten, als Angehörigen, die das Kind immer als Belastung empfunden haben. Man wird auch mehr Rücksicht darauf nehmen, wenn im ersten Fall die Familie mit ihren Anforderungen über die Grenze der Möglichkeiten geht und ihr soweit als möglich entgegenkommen. Im Gegensatz dazu wird niedrigerer Integrationsgrad – z.B. es gibt keine Angehörigen oder nur schwache Bindungen zu Angehörigen – eine starke Beeinträchtigung der gegenwärtigen und künftigen Lebensqualität des Neugeborenen bedeuten, die zwar auf keinen Fall einen leichtfertigen Behandlungsabbruch legitimiert, aber die eine solche Entscheidung leichter bzw. den Einsatz zusätzlicher Maßnahmen als weniger angemessen erscheinen lassen wird.

Der ökonomische Faktor

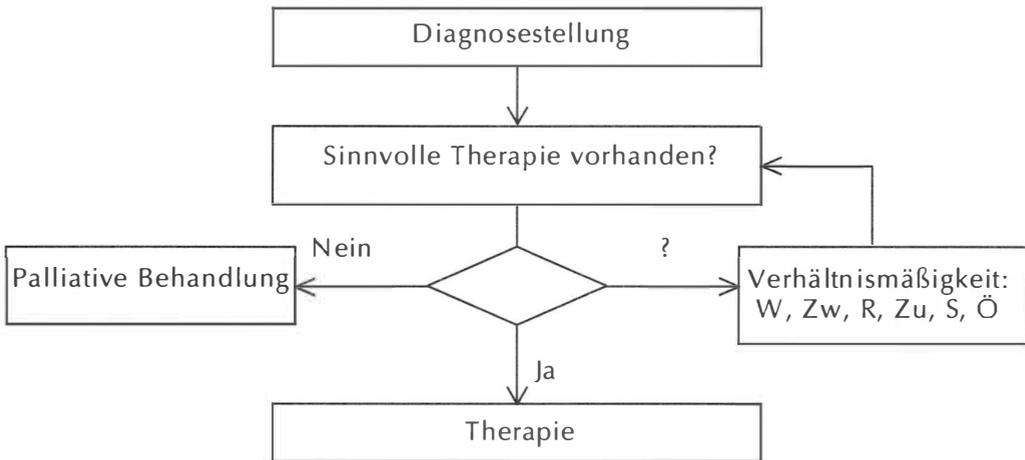
Ressourcenknappheit zwingt die immer aufwendigere Medizin zu einer gerechten Verteilung der nicht unbegrenzten Mittel. Das subjektive Wohl eines einzelnen Patienten kann nicht ohne Rücksicht auf das Gemeinwohl verwirklicht werden. Man wird nicht von der Allgemeinheit bzw. Gesellschaft Ressour-

cen bzw. Opfer für einen einzelnen Patienten einfordern können, die nicht in einem gewissen Verhältnis zu dem stehen, was für diese Gesellschaft ökonomisch zumutbar ist. Es gibt eine soziale Zumutbarkeit, die von zwei Prinzipien getragen werden muss: Solidarität und Gerechtigkeit. Auf der einen Seite verlangt die Solidarität, dass jeder Patient, eine sinnvolle medizinische Behandlung bekommt. Die Gerechtigkeit allerdings fordert eine richtige Verteilung der Mittel, mit einer Abwägung der Kosten und Nutzen, sodass vermieden wird, dass an einem Patienten kostspielige Mittel verwendet werden, die einerseits bei ihm mit sehr großer Wahrscheinlichkeit keinen Nutzen bringen würden, aber dann zur Behandlung von Patienten mit besseren Chancen fehlen würden. Dieses Prinzip, das zur Lösung von Triageproblemen weitgehend akzeptiert⁶ ist, muss auch eine Rolle bei der Zuteilung von Ressourcen spielen.

Die Einbeziehung von ökonomischen Überlegungen mag etwas theoretisch erscheinen, vor allem, weil sie sich nicht in eine bestimmte mathematische Formel fassen lassen. Die heutigen Methoden der *Kosten-Nutzenanalysen*⁷ sind stark von den fiktiven Annahmen abhängig, auf denen sie basieren. Sie bringen für

die konkreten Behandlungsabbruchentscheidungen wenig praktische Hilfe. Dennoch hat jede Behandlungsabbruchentscheidung einen ökonomischen Aspekt, der meist keine große Rolle spielt, manchmal aber doch, z.B. wenn es um die Frage geht, eine kostspielige aber medizinisch nicht mehr sinnvolle Maßnahme nur deswegen fortzusetzen, weil damit die Verwandtschaft beruhigt wird. In der Regel gilt, dass bei aller gebotenen Sparsamkeit der einzelne Patient und der einzelne Arzt alle legalen Möglichkeiten ausschöpfen muss, bevor ein Behandlungsabbruch letztlich mit einem Mangel an Ressourcen begründet werden kann.⁸

Die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch kann anhand eines Flussdiagrammes verdeutlicht werden: Nach Feststellung der Diagnose muss nach einer Therapie gesucht werden. Die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer Therapie kann nicht immer sofort mit „Ja“ beantwortet werden und erfordert ein Abwägen der verschiedenen oben erläuterten Faktoren. Das Ergebnis dieser Abwägung wird entweder „Ja“ sein, d.h. man befindet, dass eine bestimmte Therapie sinnvoll ist oder „nein“, d.h. man findet keine und geht zur palliativen Behandlung über.



Graphik: W - Wirksamkeit; Zw - Zweckmäßigkeit; R - Relevanz; Zu - Zumutbarkeit; S - Soziale Integration; Ö - Ökonomische Faktoren.

5. Entscheidungsfindung in der Neonatologie

Klinische Entscheidungen sollen auch aus verschiedenen (rechtlichen, emotionalen, psychologischen bzw. gruppenspezifischen usw.) Gründen möglichst konsensuell (Team/Eltern), medizinisch, ethisch und emotional bestmöglich abgesichert und nachvollziehbar getroffen werden. Dabei spielen unter Umständen Wissen bzw. Nichtwissen, unterschiedliche Informiertheit, psychologische, soziologische, ökonomische, religiöse, gefühlsorientierte sowie biographische Faktoren eine entscheidende Rolle, die vor allem dann weniger bedeutsam sind, wenn sie explizit angesprochen bzw. noch während des Entscheidungsprozesses analysiert werden. Das Einbinden externer Personen (Theologen, Juristen, Laien, Gutachter) wird – außer in angeforderter beratender Funktion – ebenfalls kontroversiell beurteilt, da einerseits bei klaren Entscheidungen die Hinzunahme solcher Personen verzichtbar erscheint, bei unklaren Entscheidungen die relevante Information meist vom Betreuerteam getroffen werden muss bzw. von anderen, nicht fallrelevanten Faktoren (Sympathie, Autorität etc.) beeinflussbar erscheint. Außerdem wird bei einer Entscheidung gegen die Meinung des Betreuerteams dieses wenig motiviert sein, die Entscheidung zu exekutieren. Andererseits stellt die Einbindung externer Personen auch einen gewissen Schutz gegen einseitige Prinzipentscheidungen und eine gewisse externe Kontrolle dar, vor allem, wenn diese Einbindung beratenden Charakter hat.

Wenn die Entscheidung nicht eindeutig für die Weiterführung der notwendigen medizinischen Maßnahmen und auch nicht eindeutig für die Einleitung palliativer Maßnahmen getroffen werden kann, muss die Frage nach der Sinnhaftigkeit der Maßnahmen unter den Aspekten erwarteter Ausgang bzw. Voraussage schwerster Schädigung oder schrecklichen

Leids, Irreversibilität von Veränderungen, Therapiemöglichkeiten und -risiko, Lebenserwartung und sozioökonomische Faktoren etc. von allen Beteiligten so lange gestellt werden, bis sie möglichst konsensuell eindeutig beantwortet werden kann (s. Graphik). Bis zur endgültigen Entscheidung müssen natürlich alle notwendigen Maßnahmen in vollem Umfang weitergeführt werden, da Schädigungen durch Therapieversäumnisse unbedingt vermieden werden müssen. Eine einmal getroffene konsensuelle Entscheidung für ein Abbrechen der notwendigen therapeutischen Maßnahmen sollte – außer bei einer unerwarteten Änderung der Sachlage (z.B. unerwartete therapeutische Möglichkeit) oder der Einstellung der Betroffenen – möglichst nicht geändert werden, da wechselnde Entscheidungen dem Patienten mehr schaden als eine ununterbrochene Fortsetzung der Therapie und die psychische Belastung eines Hin-und-her vor allem den Eltern aber auch dem Team möglichst nicht zugemutet werden soll.

In diesem Zusammenhang stellen sich auch Fragen der Verbindlichkeit von „Regeln“ oder Entscheidungen bzw. Fragen des Timings und der Zuständigkeit bei Entscheidungen, etwa wer wann was entscheidet. Priorität haben dabei natürlich die Betroffenen, deren Willen aber – mit teilweiser Ausnahme des Betreuungsteams – entweder nur erahnbar ist bzw. aus der Sicht entweder des Betreuungsteams oder im Falle von „Außensteuerung“ von externen, meist schlecht informierten Personen geprägt ist. „Chefentscheidungen“ und Entscheidungen von außen haben zwar den möglichen Vorteil einer gewissen (nicht unbedingt zweifelsfreien) Objektivität, Autorität und einer geringeren Involviertheit, jedenfalls aber die entscheidenden Nachteile einer geringeren Informiertheit und vor allem im Dissensfall das Problem der negativen Teammotivation bedingt durch das Gefühl von Bevormundung und „Außensteuerung“.

6. Wie bzw. mit welchen begleitenden Maßnahmen soll eine als nicht (mehr) sinnvoll erachtete Therapie vorzeitig beendet werden?

Wenn die Entscheidung zum Beenden der Therapie bzw. zum Nichteinsetzen von als sinnlos erscheinenden Maßnahmen getroffen wurde und möglichst konsensuell von allen Beteiligten getragen wird, tritt zunächst ein Paradigmenwechsel im klinischen Planen und Handeln von einem kurativen zu einem palliativen Therapieansatz ein. Dieser Paradigmenwechsel fällt zunächst vielen Beteiligten, vor allem aber den weniger erfahrenen, also zumindest den Eltern, schwer. War vorher praktisch jedes Mittel recht, das Genesung, Restitution oder zumindest eine Verbesserung (oder Nichtverschlechterung) der Vitalfunktionen, das Vermeiden des Einflusses schädigender Noxen, Förderung des Aufbaustoffwechsels usw. versprach, steht jetzt ein Behandlungskonzept im Zentrum der klinischen Überlegungen, das genau jene Handlungen vermeidet bzw. ein möglichst rasches und leidfreies, wenn nicht „glückliches“ Ende ermöglicht. Beiden Behandlungsplänen ist einerseits die Sorge um das Vermeiden überflüssiger körperlicher und psychischer Belastungen, andererseits das Beachten der Grundsätze von Menschlichkeit, Professionalität und Behandlungsökonomie gemeinsam.

Praktisch sieht ein Konzept zur Begleitung, Erleichterung und evtl. Verkürzung des Todeskampfes eine stufenweise Rücknahme der lebenserhaltenden Therapien bis zum Erreichen eines Minimalsupports, der vor allem das Erleben von Angst, Schmerz, Hunger und Atemnot vermeidet. Dabei ist einerseits das Ausmaß des Minimalsupports, andererseits das großzügige Verwenden von Schmerz- und Beruhigungsmitteln an dieser Richtlinie zu messen. Zielvorstellung ist ein möglichst angenehmes „Hinübergleiten“ in den unvermeidlichen Tod, etwa wie es Franz WERFEL in „Stern der Ungeborenen“ beschrieben hat.

Nicht nur auf den Patienten sondern auch

auf das Erleben der Eltern, Familienmitglieder und Freunde ist besondere Rücksicht zu nehmen. Diesen soll beim Akzeptieren des Unvermeidlichen in einer Atmosphäre emotionaler Wärme und Sicherheit, in angstfreier Umgebung und durch das Akzeptieren von Emotionalität jede erdenkliche Unterstützung gegeben werden. Konkret wird dies vor allem durch besonders für diese Situationen geschultes Personal („Sterbebegleitung“), das auch über die entsprechende intellektuelle und empathische Kompetenz verfügt, ermöglicht. Die individuelle Betreuung mit entsprechend professioneller, unaufdringlicher, ja selbstverständlich erscheinender Rücksichtnahme soll von möglichst wenigen kompetenten Betreuern (möglichst den Bezugsbetreuern), die jede Art von Übertreibung, besondere Sachlichkeit oder besonderes Mitgefühl, vermeiden, übernommen werden. Dabei sollen die sonstigen Stationsaktivitäten nicht verändert, beeinträchtigt oder der besonderen Situation untergeordnet werden, da gerade durch das Betonen der Kontinuität des Lebens das traurige Geschehen relativiert bzw. die Vorstellung der „Normalität“ des Sterbens symbolisiert und vermittelt werden kann. Jede Unterstützung, die den Eltern den endgültigen Abschied von ihrem Kind und eine positive Erinnerung an die letzten Stunden und Tage ermöglicht, erscheint wichtig und gut.

Zusammenfassend: Die Feststellung ob eine intensivneonatologische Maßnahme sinnvoll oder sinnwidrig ist, kann manchmal schwierig sein. Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium der Sinnhaftigkeit enthält medizinische (Effizienz, Wirksamkeit und Relevanz), individual-persönliche (Zumutbarkeit) und sozioökonomische Aspekte, die vor jeder schwierigen Entscheidung genau abgewogen werden müssen. Eine Entscheidung über das Abbrechen therapeutischer Maßnahmen soll möglichst konsensuell zwischen dem beteiligten Betreuungsteam und den Eltern getroffen werden, wenn die dafür notwendigen Bedingungen erfüllt sind. Im Zweifelsfall müssen alle

notwendigen lebenserhaltenden und lebensqualitätssichernden Maßnahmen so lange aufrechterhalten werden, bis eine eindeutige Entscheidung gefällt werden kann. Externe Ratgeber sollten nur in beratender Funktion und möglichst in einem formalen Verfahren in die Entscheidungen eingebunden werden. Eine einmal getroffene konsensuelle Entscheidung sollte ebenfalls nur konsensuell und nur bei Vorliegen neuer Fakten bzw. Behandlungsmöglichkeiten erfolgen, um Schädigungen des Patienten durch Therapieversäumnisse zu vermeiden. Die Durchführung palliativer Therapie sollte ebenfalls standardorientiert mit Berücksichtigung der Schmerzempfindlichkeit der kleinen Patienten und der psychischen Belastung der Eltern erfolgen.

Referenzen

1. Vgl. BLAYMORE-BIER, J., PEZZULLO, J., KIM, E., OH, W., GARCIA-COLL, C., VOHR, B.R., *Outcome of extremely low-birth-weight infants: 1980-1990*. Acta Paediatr JID - 9205968 (1994) 83: 1244-8; DOYLE, L.W., *Outcome at 5 years of age of children 23 to 27 weeks' gestation: refining the prognosis*. Pediatrics (2001) 108: 134-41; HACK, M., KLEIN, N.K., TAYLOR, H.G., *Long-term developmental outcomes of low birth weight infants*. Future Child JID - 9306342 (1995) 5: 176-96; NAGARAJ, K., *Risk factors of low birthweight. A comment*. J Biosoc Sci JID - 0177346 (1998) 30: 423; SPITZER, A.R., *Follow-up of the low-birth-weight infant: where do we go from here?* Clin Pediatr (Phila) JID - 0372606 (1998) 37: 547-9.
2. PRECHTL, H.F., *General movement assessment as a method of developmental neurology: new paradigms and their consequences. The 1999 Ronnie MacKeith lecture*. Dev Med Child Neurol JID - 0006761 (2001) 43: 836-42.
3. Eine Theorie der Sinnhaftigkeit und die Beziehung zwischen dieser und der Verhältnismäßigkeit wird derzeit im *Imabe Institut* entwickelt. Ansätze dazu sind in folgenden Publikationen zu finden: BONELLI, J., PRAT, E.H., *Sinnorientierte Medizin (S.O.M.) Paradigmawechsel in der Medizin*, Imago Hominis, (1997) 3: 187-201 und PRAT, E.H., *Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium für die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch*, Imago Hominis, (1999) 1: 11-38.
4. Vgl. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, *The initiation or withdrawal of treatment for high-risk newborns*. Pediatrics (1995) 96(2 Pt 1): 362-3; AVERY, G.B., *Futility considerations in the neonatal intensive care unit*. Semin Perinatol (1998) 22: 216-22; BOS, A.P., WALHOF, C., VANDERLUCK, A., *No resuscitation and withdrawal of therapy in neonatal and pediatric intensive care units*. J Pediatr (1994) 124: 995-6; BUCHANAN, M.E., *Manslaughter or a legitimate parental decision? The Messenger case*. J Perinatol (1996) 16: 321-2; DRUMMOND, P., *Neonatal care. The costs of survival*. Health Serv J (1987) 97: 560; FLETCHER, J., *Abortion, euthanasia, and care of defective newborns*. N Engl J Med (1975) 292: 75-8; GEDDES, S., PACE, N., HALLWORTH, D., *Selectively withholding treatment from newborn babies*. Br J Hosp Med (1992) 47: 280-3; HARRISON, H., *The messenger case*. J Perinatol (1996) 16: 299-301; KODADEK, M.P., *Cessation of treatment decisions for infants: the role of quality of life*. Nursingconnections (1996) 9: 40-7; LANTOS, J., *Overtreatment of neonates*. Pediatrics (1993) 91: 171; LUCE, J.M., FINK, C., *Communicating with families about withholding and withdrawal of life support*. Chest (1992) 101: 1185-6; MCHAFFIE, H.E., CUTTINI, M., BROLZ-VOIT, G., RANDAG, L., MOUSTY, R., DUGUET, A.M., WENNERGREN, B., BENCIOLINI, P., *Withholding/withdrawing treatment from neonates: legislation and official guidelines across Europe*. J Med Ethics (1999) 25: 440-6; MIMS, J., CRISHAM, P., *Health care management of children with cognitive and physical disabilities: to treat or not to treat*. J Neurosci Nurs (1996) 28: 238-1; MORROW, J., *MSJAMA: Making moral decisions at the beginning of life: the case of impaired and imperiled infants*. JAMA (2000) 284: 1146-7; RICHARDS, M.P., *Reflections on the withdrawal of treatment from newborn infants*. Early Hum Dev (1989) 18: 263-72; SAMUELS, A., *Born too soon and born imperfect: the legal aspects*. Med Sci Law (1998) 38: 57-61; SCHLOMANN, P., *Decision making and the vulnerable high-risk neonate: international perspectives*. J Perinat Neonatal Nurs (1992) 6: 57-63; STRATHEARN, L., GRAY, P.H., O'CALLAGHAN, F., WOOD, D.O., *Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: a prospective study*. Pediatrics (2001) 108: 142-51; STREINER, D.L., SAIGAL, S., BURROWS, E., STOSKOPF, B., ROSENBAUM, P., *Attitudes of parents and health care professionals toward active treatment of extremely premature infants*. Pediatrics (2001) 108: 152-7; WEISS, S.C., *MSJAMA: Parental decisions and physician responsibilities*. JAMA (2000) 284: 1142; WYATT, J.S., *Neonatal care: withholding or withdrawal of treatment in the newborn infant*. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol (1999) 13: 503-11; YU, V.Y., *Ethical decision-making in newborn infants*. Acta Med Port (1997) 10: 197-204; ZANER, R.M., BLITON, M.J., *Decisions in the NICU: the moral authority of parents*. Child Health Care (1991) 20: 19-25.
5. DOYAL, L., WILSHER, D., *Towards guidelines for withholding and withdrawal of life prolonging treatment in neonatal medicine*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed (1994) 70: 66-70.
6. LÜBBE, W., *Veralltäglicung der Triage? Überlegungen zu Ausmaß und Grenzen der Opportunitätskostenorientierung in der Katastrophenmedizin und ihrer Übertragbarkeit auf die Alltagsmedizin*, Ethik in der Medizin (2001) 13: 148-160.
7. Vgl. LENZHOFFER, K., PRAT, E.H., *Kosten-Nutzen-Rechnung im Gesundheitswesen, eine Rechtfertigung*, Imago Hominis (1997) 3: 173-186.
8. PRAT, E.H., *Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium für die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch*, Imago Hominis, (1999) 1: 29.

Wann endet die Behandlungspflicht des Arztes? Unterlassung bzw. Abbruch einer Behandlung

Michael MEMMER

Zusammenfassung

Aufgrund der Möglichkeiten der modernen Medizin und Medizintechnik stellt sich oftmals die Frage, wann der Arzt das Recht bzw. die Pflicht hat, eine lebenserhaltende Behandlung zu unterlassen – sei es, dass er die Therapie nicht beginnt, sei es, dass er eine begonnene Therapie abbricht. Die Erlaubtheit des Behandlungsabbruchs beruht insbesondere auf zwei Gründen: Zum einen endet die Behandlungspflicht des Arztes, wenn keine medizinische Maßnahme mehr indiziert ist. Zum anderen ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten eine entscheidende Grenze der Behandlungspflicht. Der folgende Beitrag widmet sich einigen Aspekten der medizinischen Indikation und der Einwilligung des Patienten bzw. der Behandlungsverweigerung durch den Patienten.

Schlüsselwörter: Rechtsordnung, Behandlungsabbruch, Sterbehilfe, medizinische Indikation, Selbstbestimmung, minderjähriger Patient, Sachwalter, mutmaßlicher Patientenwille

Abstract

The facilities of modern medicine and biomedical engineering open up the question, when a physician has the right or even the duty to abstain from life-keeping attendance or medication – either by non-starting such a treatment or by breaking off the actually therapy. The legality of abstention is particularly based on two reasons. On the one side the duty for attendance or medication ends when an attendance or a medication is no longer medically indicated. On the other side the patient's autonomy is a strict limitation of the doctor's care. The following article considers some aspects of medical grounds and patient's consent or lack of consent respectively.

Keywords: Legal status, withdrawal of treatment, euthanasia, medical grounds, patient's autonomy, minor/person under age, attorney, presumed intention

Anschrift des Autors: Prof. Dr. Michael MEMMER, Rechtswissenschaftliche Fakultät der
Universität Wien, Schottenbastei 10-16, A-1010 Wien

1. Unterlassung bzw. Abbruch einer Behandlung: passive Sterbehilfe

Die moderne Intensivmedizin ist in der Lage, auch schwerstkranke Menschen über längere Zeit hinweg in einer Art vegetativen Leben zu erhalten. Deshalb stellt sich heute sehr oft die Frage, wann der Arzt das Recht oder gar die Pflicht hat, die lebenserhaltende Behandlung erst gar nicht zu beginnen oder eine bereits begonnene Therapie abzubrechen.¹ Bei der Unterlassung bzw. der Nichtweiterführung einer bereits begonnenen Therapie handelt es sich um ein Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen, also um ein – gemessen an den verfügbaren medizintechnischen Möglichkeiten – frühzeitiges Sterbenlassen.

Die Problematik einer Unterlassung oder eines Abbruchs einer Behandlung wird von Juristen häufig mit dem Begriff „passive Euthanasie“ umschrieben. In Hinblick auf die Fragestellungen der Sterbehilfe ist aber neben der aktiven und passiven sowie direkter und indirekter Sterbehilfe auch zwischen selbstbestimmter und fremdbestimmter sowie zwischen freiwilliger und nicht freiwilliger bzw. unfreiwilliger Sterbehilfe zu unterscheiden. Unter freiwilliger bzw. selbstbestimmter Sterbehilfe sind Maßnahmen der Lebensverkürzung und die Unterlassung weiterer Lebensverlängerung zu verstehen, die vom Willen des Betroffenen getragen sind. Fremdbestimmung liegt vor, wenn der Betroffene selbst nicht (mehr) in der Lage ist, einen beachtlichen Willen zu bilden oder zu äußern (nicht freiwillige Sterbehilfe) oder wenn gegen den erklärten Willen des Betroffenen vorgegangen wird (unfreiwillige Sterbehilfe).²

Für die Nichtaufnahme bzw. den Abbruch einer (intensiv-)medizinischen Behandlung gelten mangels Sonderbestimmungen die allgemeinen Grundsätze der Heilbehandlung. Die Unterlassung einer Behandlung kann deshalb ihren Grund in der fehlenden medizinischen Indikation und/oder dem Selbstbestim-

mungsrecht des Patienten haben.

2. Fehlende medizinische Indikation

a) Medizinische Behandlung, palliative Maßnahmen, Grundernährung

Ist die Behandlung medizinisch nicht indiziert oder mangels Wirksamkeit nicht mehr erfolgversprechend bzw. aussichtslos – dies hat der behandelnde Arzt entsprechend dem state of the art zu beurteilen –, gibt es keine Behandlungspflicht des Arztes. Dazu gehören insbesondere jene Fälle, in welchen der Sterbeprozess bereits unaufhaltsam eingetreten ist und durch eine weitere medizinische Intervention nur verlängert würde. Die technisch-apparative und/oder medikamentöse Möglichkeit, das Leben eines Moribunden künstlich zu verlängern, begründet keine Rechtspflicht, dies auch zu tun. Die Fälle der passiven Sterbehilfe sind nicht strafbar; hier weicht das Strafrecht zurück, da andernfalls – um mit Moos zu sprechen – „durch die dem Arzt zur Verfügung stehenden Mittel der modernen Medizin das Sterben zu einem endlosen, qualvollen und würdelosen Prozess würde, der das Persönlichkeitsrecht eines Menschen auf seinen natürlichen Tod missachten würde.“³

Ob ein Behandlungsabbruch bzw. die Nichtaufnahme einer Behandlung unter bestimmten Voraussetzungen, namentlich bei irreversibler Bewusstlosigkeit, schon vor dem Eintritt des Sterbeprozesses zulässig sein könnte, wird kontrovers beurteilt. Nach immer noch herrschender Auffassung geht in solchen Fällen – solange der Patient die Behandlung nicht tatsächlich ablehnt – die Schutzpflicht zugunsten des Lebens vor.⁴

Wird die medizinische Behandlung gerechtfertigter Weise unterlassen bzw. abgebrochen, sind jedoch palliative Maßnahmen (die Einwilligung des Patienten vorausgesetzt) fortzuführen. Die Schmerzlinderung gehört auch in aussichtslosen Fällen zu den recht-

lich gebotenen ärztlichen Leistungen. Zum einen ist der Arzt aus dem Behandlungsvertrag, der in der Regel zwischen ihm und seinem Patienten abgeschlossen worden ist, zur Schmerztherapie verpflichtet. Der Arzt muss seinen Patienten entsprechend den anerkannten Grundsätzen und Methoden der medizinischen Wissenschaft behandeln; bedarf also der Patient einer bestimmten Schmerztherapie, dann schuldet der Arzt die Erbringung derselben. Zum anderen findet sich das Recht auf möglichst schmerzfreie Behandlung als Patientenrecht in §5a Z 9 KAG (Sicherstellung eines „würdevollen Sterbens“). In manchen Bundesländern ist das Gebot „möglichst schmerzärmer Behandlung und Pflege“ ausdrücklich in das Landesgesetz aufgenommen worden.⁵ Auch in der zwischen dem Bund und den Ländern Kärnten⁶, Burgenland⁷, Oberösterreich⁸ und Niederösterreich⁹ abgeschlossenen Patientencharta ist laut Art 15 „dem Gebot der bestmöglichen Schmerztherapie Rechnung zu tragen“. Mehr oder weniger lebensverkürzende Wirkungen einer solchen Schmerztherapie stehen einer indizierten Schmerztherapie rechtlich nicht entgegen. Die aktive indirekte Sterbehilfe ist nach überwiegender Auffassung dem Arzt nicht untersagt¹⁰; hier wird anerkannt, dass der Arzt innerhalb enger Grenzen unter Umständen die mögliche Verlängerung des Lebens zugunsten dessen Qualität abwägt.

Unterschiedlich beurteilt wird die Frage, wann die Verpflichtung zur Aufrechterhaltung von Basispflege und Grundernährung endet. Die weitaus überwiegende Lehre nimmt eine solche Verpflichtung auch dann noch an, wenn die eigentliche medizinische Behandlung wegen der Unabwendbarkeit des nahenden Todes bereits eingestellt werden darf¹¹; nach anderer Meinung ist das Absetzen von Nahrung und Flüssigkeitszufuhr nach den gleichen Kriterien wie beim Abbruch der spezifisch medizinischen Behandlung zu beurteilen.¹²

b) Einseitiger oder konsentierter Behandlungsabbruch?

Eine medizinisch nicht indizierte Behandlung braucht in keinem Fall vorgenommen zu werden. Da der Wille des Patienten hinsichtlich einer bestimmten Behandlung an eine medizinische Indikation und Übereinstimmung mit den Regeln der medizinischen Wissenschaft, an die faktische und rechtliche Verfügbarkeit und sowie die Beherrschbarkeit der gewünschten Maßnahme gebunden ist, ist der Patientenwille im Fall der fehlenden medizinischen Indikation rechtlich gesehen irrelevant. Der technische Behandlungsabbruch kann in Übereinstimmung mit dem Patienten erfolgen (siehe unten 3.), aber auch einseitig geschehen, wenn eine entsprechende Erklärung des Patienten fehlt und nicht erlangbar ist.¹³ Die medizinische Indikation als allgemeine Grenze der Behandlungspflicht deckt letztlich sogar einen Behandlungsabbruch gegen den Willen des Patienten, etwa wenn dieser aus der Hoffnung auf ein medizinisches Wunder heraus erklärt, dass sein Leben soweit irgendwie möglich verlängert werden soll. Der ausdrückliche Wille des Patienten, sein verlöschendes Leben mit jedem verfügbaren Mittel der Medizin zu erhalten, verpflichtet den Arzt als Garanten nur soweit, als diese Lebenshilfe nicht in eine menschenunwürdige und im Grunde rücksichtslose Behandlung umschlägt, durch die der Patient nur noch zu einer technischen Funktion moderner medizinischer Mittel wird.¹⁴

Zum Problem wird der einseitige Behandlungsabbruch in Fällen, in denen eine Behandlung tatsächlich lebensverlängernd wirken könnte, diese aber unverhältnismäßig erscheint¹⁵ – wenn etwa mit einem hohen Behandlungsaufwand allenfalls eine Lebensverlängerung um Stunden oder wenige Tage möglich wäre, wenn eine auch etwas weitergehende Lebensverlängerung für den Patienten mit andauernden und nicht zu lindernden Qualen verbunden wäre oder wenn nur die

Verlängerung eines bereits irreversibel bewusstlosen Lebens möglich ist. Da sich innerhalb dieser Kriterien schwierige Abgrenzungsfragen stellen, sollte nach SCHMOLLER „jener Person, die diese Abwägung in der konkreten Situation (oft rasch) vornehmen muss, ein hinreichender Bewertungsspielraum eingeräumt werden“.¹⁶

3. Behandlungsverweigerung durch den Patienten bzw. dessen Stellvertreter

a) Der eigenverantwortliche Patient

Den Arzt trifft weiters keine Behandlungspflicht, wenn das, was er als Behandlung leisten kann, vom eigenberechtigten Patienten abgelehnt wird. Diese zweite entscheidende Begrenzung ärztlicher Behandlungspflicht ergibt sich aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Jede Verletzung des Persönlichkeitsrechts auf freie Entscheidung führt zu einer eigenmächtigen Heilbehandlung im Sinne des § 110 StGB. Nach § 110 Abs 1 StGB ist strafbar, wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt. Eine Ausnahme bildet Abs 2 nur dann, wenn der mit der Einholung der Einwilligung verbundene Aufschub das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährden würde.

Im Ergebnis inhaltsgleich postuliert § 8 Abs 3 KAG (idF KindRÄG BGBl I 2001/135), dass Behandlungen an einem Pflegling nur mit dessen Zustimmung durchgeführt werden dürfen. Insofern haben jene Landeskrankenanstaltengesetze, welche die Krankenanstalten ausdrücklich verpflichten, das Recht des Patienten auf Zustimmung zur Behandlung oder Verweigerung der Behandlung als Patientenrecht zu achten¹⁷, bloß den Wert einer plakativen Verdeutlichung. In der jüngsten Vergangenheit findet sich das Zustimmungserfordernis in Art 17 der Patientencharta¹⁸ wieder

– auch hier handelt es sich um eine Wiederholung von bereits Bekanntem.

Die Einwilligung des aufgeklärten Patienten im Sinne des informed consent ist zwingende Voraussetzung für die Zulässigkeit der Behandlung – sei sie diagnostischer, therapeutischer oder prophylaktischer Art. Dabei ist die Aufnahme einer Behandlung nicht anders zu beurteilen als die Fortsetzung einer solchen, da die Einwilligung nicht nur eine initiale, sondern eine begleitende Voraussetzung für die Zulässigkeit der Behandlung ist. Deshalb ist eine medizinische Behandlung wegen § 110 StGB und § 8 Abs 3 KAG ohne Einwilligung des Patienten zu unterlassen bzw. eine solche abbrechen, sobald der Patient seine früher gegebene Einwilligung widerruft.

Der Patient kann durch seine Weigerung oder einen Widerruf der Einwilligung die Nichtaufnahme bzw. den Abbruch der Behandlung rechtlich erzwingen; er hat ein absolutes Abwehr- bzw. Vetorecht. Dies schließt auch Behandlungsablehnungen ein, die dem Arzt oder dem Durchschnittsmenschen unsinnig oder objektiv unvernünftig erscheinen mögen. Nicht anders zu beurteilen ist der Fall, wenn die Ablehnung der medizinischen Maßnahme den Tod des Patienten zur Folge hat. Medizinisch indizierte und lege artis durchgeführte, ja selbst lebensrettende ärztliche Maßnahmen sind unzulässig, wenn sie gegen den gültig erklärten Willen des einwilligungsfähigen Patienten erfolgen!¹⁹ Im Extremfall muss der Arzt, so schwer ihm dies fallen wird, seinen Patienten sterben lassen. Der Gesetzgeber hat sich bewusst für den Vorrang der Patientenautonomie gegenüber der ärztlichen Fürsorgepflicht entschieden: „Es ist die freie Disposition eines von einer lebensgefährlichen Krankheit befallenen Menschen darüber, ob ein Heilungsversuch unternommen oder der Krankheit ihr Lauf gelassen werden soll, anzuerkennen und zu schützen. Das muss auch für den Fall gelten, dass die Lebensgefahr zu einer unmittelbaren geworden ist“.²⁰

Diese ausgeprägte Betonung des Selbstbe-

stimmungsrechts nimmt dem Arzt die Legitimierungspflicht für das, was er mit dem Willen des eigenberechtigten Patienten unterlässt. Falls alle Behandlungsmethoden, die der Arzt persönlich für medizinisch vertretbar hält, vom eigenverantwortlichen Patienten nach entsprechender Aufklärung abgelehnt werden, so ist der Arzt strafrechtlich nicht zu belangen, wenn der Patient infolge des Unterbleibens der medizinisch gebotenen Behandlung Schaden nimmt oder verstirbt. Die Verweigerung der Weiterbehandlung seitens des Patienten entzieht dem Arzt die Grundlage für seine Tätigkeit; die ärztliche Untätigkeit ist erlaubt, ja sogar rechtlich geboten. Die Garantenstellung des Arztes, die gemäß § 2 StGB in Verbindung mit allen Erfolgsdelikten gilt und den Arzt für die Herbeiführung von Verletzungen an Leib und Leben durch Unterlassung strafbar machen kann, endet.

Hinsichtlich der Basisversorgung geht auch hier die herrschende Meinung davon aus, dass bei einer ablehnenden (aktuellen) Willensäußerung des Patienten die Pflicht zur Fortsetzung der künstlichen Ernährung bzw Flüssigkeitszufuhr entfällt.²¹

b) Der minderjährige Patient

b.1. Die Behandlungsunterlassung ist im Fall eines Kindes oder eines Jugendlichen besonders gestaltet, da der minderjährige Patient überhaupt nicht oder nicht allein eine lebenserhaltende Behandlung verweigern oder den Abbruch eines solchen Therapie verlangen kann. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf das seit 1.7.2001 geltende neue Kindschaftsrecht hinzuweisen. Mit dem Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001 hat auch die Einwilligung Minderjähriger in eine medizinische Behandlung eine gesetzliche Regelung erhalten. Die Wahrung des körperlichen Wohls und der Gesundheit des minderjährigen Kindes ist gemäß § 146 ABGB ein Teil der elterlichen Verantwortung; dabei haben die Eltern auf den Willen des Kindes Be-

dacht zu nehmen, soweit dies nicht seinem Wohl entgegensteht. Sowohl das Wohl des Kindes als auch das Selbstbestimmungsrecht des Menschen sind zentrale Gesichtspunkte des neuen Kindschaftsrechts, die gegebenenfalls (etwa bei der Entscheidung über eine Behandlungsunterlassung) miteinander in Konflikt geraten können. Bei der Konfliktlösung ist gemäß dem vom Gesetzgeber in § 146 Abs 3 ABGB vorgegebenen Wertungsschema der Wille des Kindes umso maßgeblicher, je mehr es den Grund und die Bedeutung einer Maßnahme einsieht und seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen vermag. Dabei muß der Maßstab zur Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit umso strenger sein, je größer die mit der Entscheidung des Minderjährigen möglicherweise verbundene Gefahr für sein Wohl ist.²²

b.2. Da die Selbstbestimmung des Kindes der Fremdbestimmung durch die Eltern vorgeht, ist die elterliche Befugnis zur stellvertretenden Zustimmung zu medizinischen Behandlungen ausschließlich dort vorgesehen, wo das Kind die Einwilligung nicht selbst erteilen kann. Nur das urteilsunfähige Kind bedarf der Zustimmung der Person, die mit der Pflege und Erziehung betraut ist (§ 146c Abs 1 Satz 2 ABGB, § 8 Abs 3 KAG²³). Der Urteilsunfähige kann einerseits nicht selbst in die medizinische Behandlung einwilligen, andererseits ist seine Weigerung (die zu einem Behandlungsabbruch führen würde) unbeachtlich.

Verweigern die Eltern die Zustimmung aus medizinischer Sicht zu Unrecht und resultiert daraus eine Gefährdung des Kindeswohls, werden die behandelnden Ärzte nach § 176 ABGB das Pflegschaftsgericht anrufen, das die erforderlichen Vorkehrungen zur Abwehr der Gefahr für das Kind zu treffen hat. Das Gericht darf die Obsorge für das Kind ganz oder teilweise entziehen und auf eine dritte Person (etwa den Jugendwohlfahrtsträger) übertragen; im Einzelfall kann es auch eine gesetzlich erforderliche Einwilligung ersetzen.

b.3. Die elterliche Zustimmung ist hingegen nicht erforderlich, wenn die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des minderjährigen Patienten gegeben ist (§ 146c Abs 1 Satz 1 ABGB, § 8 Abs 3 KAG). Da dies (im Zweifel²⁴) mit dem vollendeten 14. Lebensjahr (= mündiger Minderjähriger) vermutet wird, gilt also für den Regelfall, dass mündige Minderjährige die Einwilligung in medizinische Behandlungen immer nur selbst erteilen können. Mit anderen Worten: Bei leichten Eingriffen darf der Einsichts- und Urteilsfähige allein entscheiden. Für Behandlungen, die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden sind, sieht § 146c Abs 2 ABGB erhöhte Anforderungen vor. Zusätzlich zur Einwilligung des einsichts- und urteilsfähigen Minderjährigen ist die Zustimmung des Pflege- und Erziehungsberechtigten erforderlich. Dieser Eingriff in die vom KindRÄG 2001 forcierte Selbstbestimmung dient dem Schutz des Jugendlichen, der möglicherweise trotz bereits vorliegender Einsichts- und Urteilsfähigkeit in seiner Person noch nicht gefestigt ist und dem das notwendige Maß an geistiger Leistungsfähigkeit und Lebenserfahrung fehlt, um Entscheidungen über schwerwiegende Behandlungen verantwortungsvoll fällen zu können.²⁵ Den Eltern (bzw. den mit der Pflege und Erziehung Betrauten) wird damit in schwerwiegenden Fällen Gelegenheit gegeben, die geplante Behandlung mit dem Kind und dem Arzt eingehend zu erörtern, um auf diese Weise mit ihrem Rat und Zuspruch die Willensbildung des Minderjährigen zu unterstützen.

Wie bei abweichenden Erklärungen des Minderjährigen und des Sorgeberechtigten vorzugehen ist, hängt davon ab, wer die Behandlung bejaht und wer sie ablehnt. Erster Fall: Der minderjährige Patient lehnt die (Weiter-)Behandlung ab. Da der einsichts- und urteilsfähige Minderjährige nicht gegen seinen Willen behandelt werden darf, ist seine Einwilligung in jedem Fall erforderlich und nicht

ersetzbar. § 146c Abs 2 ABGB ist als Veto-recht²⁶ bei medizinischen Behandlungen ausgestaltet; die Eltern können in Wahrnehmung ihrer Verantwortung die Behandlung verhindern, aber niemals eine solche gegen die Weigerung des Kindes veranlassen. Die Frage ist allerdings – und dies interessiert im Zusammenhang mit dem Behandlungsabbruch –, wieweit das Weigerungsrecht des Minderjährigen gehen soll. In einem Fall, in dem die Gefahr der schweren Gesundheitsschädigung oder des Todes droht, ist es mit Haidenthaler²⁷ nicht vertretbar, die Weigerung des Kindes einfach so hinzunehmen. Es könnte sei, dass das Kind gefühlsmäßig handelt und einfach vor den Untersuchungen oder Krankenhausaufenthalten flüchten möchte, ohne sich dabei die langfristigen Folgen seiner Entscheidung bewusst zu machen. Hier soll und muss der Obsorgeberechtigte das letzte Wort haben. Es geht zu weit, den Minderjährigen gegen den Willen der Eltern und den ärztlichen Rat allein entscheiden zu lassen. Wenn der Minderjährige nicht allein in schwere Eingriffe einwilligen kann, sondern einer zusätzlichen Zustimmung bedarf, so muss dies auch für die alleinige Verweigerung gelten. Halten die Eltern die Behandlung für unbedingt notwendig und führen sie die Weigerung des über 14-jährigen Kindes auf eine tatsächlich fehlende Einsichts- und Urteilsfähigkeit zurück, müssen sie allerdings den Weg zu Gericht und eine Antragstellung nach § 154b ABGB in Kauf nehmen. Das Gericht wird dann aussprechen, dass dem Kind die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit fehlt, worauf die Regeln für das nicht einsichtsfähige Kind und dessen Vertretung durch die Eltern eingreifen.²⁸ Auch der Arzt kann sich an das Gericht wenden, wenn ein mündiger Minderjähriger ohne offenkundigen Mangel an Einsichts- und Urteilsfähigkeit seine Zustimmung zu einer notwendigen Behandlung verweigert. Der Arzt hat allerdings keine Antragslegitimation, er kann nur einen Ausspruch des Gerichts nach § 154b betreffend die Vornahme dieser einzelnen

medizinischen Behandlung anregen. Das Gericht wird in diesem Fall von Amts wegen tätig.²⁹

Zweiter Fall: Hat hingegen der Minderjährige in die Behandlung eingewilligt und lehnt der Pflege- und Erziehungsberechtigte den Eingriff ab, so kann seine Zustimmung gerichtlich ersetzt werden. Das einsichts- und urteilsfähige Kind oder jeder Dritte (etwa der behandelnde Arzt) kann sich nach § 176 ABGB an das Gericht wenden, wenn die Eltern in einer das Kindeswohl gefährdenden Weise von ihrem Vetorecht Gebrauch machen und derart einen Behandlungsabbruch erreichen wollen.

c) *Der Patient unter Sachwalterschaft*

Die Frage nach einer Behandlungsunterlassung wird sich häufig in Situationen stellen, in denen Patienten (etwa wegen Verwirrtheit infolge Alters oder Medikation, Bewusstlosigkeit etc) nicht mehr selbst ihren Willen erklären und in die Behandlung einwilligen bzw. dieselbe ablehnen können. In diesem Fall müssen andere Personen an ihrer Stelle entscheiden; im Regelfall ist für einen nicht selbstbestimmungsfähigen Patienten ein gesetzlicher Vertreter (Sachwalter) zu bestellen. Der neue § 282 Abs 2 ABGB (idF KindRÄG 2001) verpflichtet den Sachwalter nur mehr dazu, mit der behinderten Person³⁰ Kontakt zu halten und sich um die Gewährung der ärztlichen und sozialen Betreuung zu kümmern. Diese Pflicht besteht ohne Rücksicht auf die dem Sachwalter im Bestellungsbeschluss übertragenen Aufgaben, verlangt aber von ihm nicht mehr, als dass er etwa den Behinderten berät, welche ärztliche Betreuung er wo in Anspruch nehmen kann. Rechtliche Vertretungsbefugnisse werden dem Sachwalter damit nicht übertragen; diese hängen davon ab, ob und in welchem Umfang ihm die Personensorge durch den Bestellungsbeschluss übertragen wurde.³¹

Bei der Entscheidung, ob der Sachwalter stellvertretend in medizinische Behandlungen

einwilligen kann, ist aber zusätzlich die Person des Betroffenen zu berücksichtigen. Ist die behinderte Person, für die ein Sachwalter bestellt ist, einsichts- und urteilsfähig, bleibt sie für die Einwilligung in medizinische Behandlungen oder ihre Verweigerung selbst zuständig. Die in § 146c Abs 2 ABGB bei bestimmten schwerwiegenden Eingriffen zusätzlich zur Einwilligung des Patienten vorgesehene Zustimmung des Pflege- und Erziehungsberechtigten ist im Sachwalterrecht nicht anwendbar³². Der einsichts- und urteilsfähige Behinderte hat damit die Einwilligung in alle Heilbehandlungen (unabhängig von deren Schwere) stets allein zu erteilen.³³

Bei einwilligungsunfähigen Personen ist hingegen der Sachwalter zur Behandlungseinwilligung zuständig. Grundsätzlich kommt auch eine Behandlungsablehnung durch den rechtlichen Stellvertreter in Betracht, da andernfalls das Zustimmungserfordernis an sich überflüssig wäre. Allerdings trifft die dem Patienten selbst eingeräumte unbegrenzte Freiheit zur Behandlungsablehnung nicht in gleicher Weise für den an seiner Stelle handelnden Vertreter zu. Der Spielraum eines rechtlichen Stellvertreters ist für eine Behandlungsverweigerung, vor allem beim Abbruch bzw. Unterlassen einer lebensverlängernden Maßnahme, sehr begrenzt, weil er seine Entscheidung am Wohl des von ihm vertretenen Patienten ausrichten muss.³⁴ Zudem bedarf der Sachwalter in wichtigen Angelegenheiten der Genehmigung des PflEGschaftsgerichts (§ 282 iVm § 216 ABGB); „wichtig“ ist jedenfalls eine Entscheidung über Leben und Tod. In einem Genehmigungsverfahren nach §§ 216, 282 ABGB käme jedoch bei verfassungskonformer Interpretation eine gerichtliche Genehmigung des lebensbeendenden Behandlungsabbruches in der Regel nicht in Betracht. Das Recht auf Leben verbietet jede fremdbestimmte Entscheidung zugunsten einer Beendigung menschlichen Lebens.³⁵ Zu erwägen ist aber eine Verweigerung einer medizinisch sinnvollen, lebensverlängernden Behandlung durch

den Sachwalter, wenn sich diese Entscheidung auf einen hinreichend dokumentierten Patientenwillen stützt. Unter dieser Voraussetzung orientiert sich die Ablehnung einer medizinisch notwendigen Behandlung am Wohl des Patienten.³⁶ Eine endgültige Klärung dieser Detailfrage durch den Gesetzgeber, die Judikatur oder die Lehre steht aber noch aus.

Am häufigsten wird aber der Behandlungsabbruch in Situationen erfolgen, in denen un menschliches Leid nicht anders als durch einen Behandlungsabbruch gelindert oder beendet werden kann. Hier fehlt es an der medizinischen Indikation zur Weiterbehandlung; damit ist (wie bereits oben unter 2.b. ausgeführt) eine Zustimmung des Sachwalters oder die Einholung einer gerichtlichen Genehmigung nicht notwendig.

d) Der mutmaßliche Patientenwille

Wenn ein Patient, dem keine eigenverantwortliche Willensbildung mehr möglich ist, weder eine Vorausverfügung errichtet noch einen Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten eingesetzt hat³⁷, wenn kein Sachwalter bestellt worden ist und eine Sachwalterbestellung wegen der Dringlichkeit der medizinischen Maßnahme nicht mehr möglich ist – was bei Krankheiten im finalen Stadium sehr oft der Fall sein wird –, ist der mutmaßliche Wille des Patienten für die weitere ärztliche Behandlung maßgebend. Der Arzt muss aufgrund einer sorgfältigen Abwägung aller Umstände des Einzelfalls ermitteln, wie der Betroffene in der gegebenen Situation entscheiden würde, wenn er seinen Willen noch kundtun könnte. Richtet sich der mutmaßliche Patientenwille gegen eine Aufnahme oder Fortführung der Therapie, wäre diese zu unterlassen. Infolge der BGH-Entscheidung vom 13.9.1994 (sog. Kemptener Fall)³⁸ wird allerdings auch in Österreich zunehmend hinterfragt, ob bei einem einwilligungsunfähigen Patienten ein Behandlungsabbruch aufgrund einer bloß mutmaßlichen Behandlungsverweigerung zulässig sein kann

oder ob die Ärzte grundsätzlich solange eine aus medizinischen Gründen sinnvolle Behandlung fortführen müssen, als nicht eine reale Ablehnung durch den Patienten vorliegt oder aber die Behandlung wegen des bereits eingetretenen Sterbeprozesses ohnehin aussichtslos geworden ist. Ein Konsens zeichnet sich in diese Frage noch nicht ab; die überwiegende Auffassung steht aber der mutmaßlichen Behandlungsverweigerung eher skeptisch gegenüber.³⁹

4. Resümee

Entscheidungen im Grenzbereich zwischen Leben und Tod sind schwierig und müssen vielfach unter Zeitdruck gefällt werden. Wie steht die juristische Praxis dieser Problematik gegenüber? Brandstetter hat den Gerichtsalltag auf den Punkt gebracht: „Alles in allem kann man davon ausgehen, dass die österreichischen Gerichte und Staatsanwaltschaften im Regelfall bei wirklich schwierigen Fallkonstellationen sowie bei Extremsituationen erfreulicherweise durchaus zurückhaltend sind. Dies ist auch richtig so. Medizinische Extremsituationen kann man mit strafrechtlichen Mitteln nicht wirklich vernünftig bewältigen, hier tut das Strafrecht gut daran, Vorsicht und Zurückhaltung zu üben“.⁴⁰

Referenzen

1. Grundlegend zur Frage des Behandlungsabbruchs: KOPETZKI, „Landesbericht Österreich“. In: TAUPITZ (Hrsg.), „Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens“ (2000) 1; SCHMOLLER, „Lebensschutz bis zum Ende? Strafrechtliche Reflexionen zur internationalen Euthanasiediskussion“, ÖJZ 2000, S.361; KNEIHS, „Grundrechte und Sterbehilfe“ (1998).
2. Zur Terminologie vgl. KOLLER, „Personen, Rechte und Entscheidungen über Leben und Tod“. In: BERNAT (Hrsg.), „Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod“ (1993) S.71; KNEIHS, „Grundrechte und Sterbehilfe“ (1998) S.36 ff; KNEIHS, „Intensivmedizin und Sterbehilfe“. In: BERNAT/KRÖLL (Hrsg.), „Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik“ (1999) S.64 (67 ff).
3. Moos in WK (22. Lieferung 1984) Rz 23 zu Vorbem zu §§ 75-79. Weitere Nachweise bei KOPETZKI. In: TAUPITZ, „Zivilrechtliche Regelungen“ 10 Fn 44.
4. Zu den kontroversen Meinungen siehe KOPETZKI. In: TAUPITZ, „Zivilrechtliche Regelungen“ 10 (mit Fn 46 und 47).
5. So z.B. § 17a Abs 2 lit d Wr KAG, § 15a Abs 2 lit m VlbG SpG.
6. BGBl I 1999/195 und LGBl (Kärnten) 1999/49.

7. BGBl I 2001/89 und LGBl (Burgenland) 2001/21.
8. BGBl I 2001/116 und LGBl (Oberösterreich) 2001/89.
9. BGBl I 2002/36.
10. Vgl. MOOS in WK Rz 20 zu Vorbem zu §§ 75-79 (mwN).
11. KIENAPFEL, BT 14 (1997) Vorbem zu §§ 75 ff Rz 21; SCHICK, „Töten oder Sterbenlassen: Zur Rechtspflicht der Lebenserhaltung von PVS-Patienten“, Voitsberger Manuskripte (1999), S.54 (55); HASLINGER, „An der Schwelle des Todes“, ÖKZ (1999), S.47 (49); SCHMOLLER, ÖJZ (2000), S.375 f (mwN).
12. BERNAT, „Behandlungsabbruch und (mutmaßlicher) Patientenwille“, RdM (1995), S.51 (59 ff); BERNAT, „Der persistent vegetative state als ethisches und rechtliches Problem“. In: BERNAT/KRÖLL (Hrsg.), „Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik“ (1999) S.47 (57 ff); BAROLIN, „Maßnahmen beim unheilbar Schwerstkranken“, ÖKZ (1999), S.51 f. Vgl. ferner KLÖTZL, „Kommentar zum Fall“ (Fallbericht „Künstliche Ernährung“, Imago Hominis (1999), S.150 ff), Imago Hominis (1999), S.151 (153).
13. Zur Problematik fremdbestimmter Maßnahmen der Lebensverkürzung vgl. insb. KNEIHS, „Grundrechte und Sterbehilfe“ (1998), und KNEIHS, „Das Recht auf Leben in Österreich“, JBl (1999), S.76 (85 ff), sowie unten Punkt 3. c und d.
14. MOOS in WK Rz 27 zu Vorbem §§ 75-79; SCHMOLLER, ÖJZ (2000), S.374.
15. Eine Verhältnismäßigkeit ist in mehrfacher Richtung postuliert worden; vgl. HASLINGER, ÖKZ (1999), S.49 f; SCHMOLLER, ÖJZ (2000), S.375. Ferner PRAT, „Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium für die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch“, Imago Hominis (1999), S.19; SCHLAG, „Zwei Spezialprobleme des Behandlungsabbruchs im Licht des katholischen Lehramts“, Imago Hominis (1999), S.33.
16. SCHMOLLER, ÖJZ (2000), S.375.
17. § 17 a Abs 2 lit f Wr KAG, § 6a Abs 2 lit e Stmk KALG, § 15a Abs 2 lit b VlbG SpG.
18. Zu den bislang abgeschlossenen Gliedstaatsverträgen s. Fn 6-9.
19. Vgl. statt vieler KOPETZKI. In: TAUPITZ, „Zivilrechtliche Regelungen 5 und 11“ (mwN); SCHMOLLER, ÖJZ (2000), S.372 (mwN in Fn 101).
20. RV (StGB) 13 BlgNR XIII. GP, EB 242.
21. SCHMOLLER, ÖJZ (2000), S.373; in diesem Sinn jetzt wohl auch SCHICK, „Die Einwilligungsfähigkeit aus strafrechtlicher Sicht“. In: KOPETZKI (Hrsg.), „Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit“ (2002) 54 (76). Anders SCHICK, „Fremd und Selbstbestimmung zum Tode im Lichte strafrechtlicher Wertungen“. In: GedS Zipf (1999) S.393 (395), wo er den Abbruch einer künstlichen Ernährung auf Wunsch des Patienten als Tötung auf Verlangen qualifiziert.
22. HOPF/WEITZENBÖCK, „Schwerpunkte des Kinschaftsrechts-Änderungsgesetzes 2001“ (Teil I), ÖJZ (2001), S.485 (487).
23. RESCH, „Die Fähigkeit zur Einwilligung – zivilrechtliche Fragen“. In: KOPETZKI (Hrsg.), „Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit“ (2002) S.38 (48), kritisiert die Textierung von § 8 Abs 3 KAG. In § 146c ABGB ist von einer Einwilligung des Minderjährigen und einer Zustimmung der mit der Pflege und Erziehung betrauten Person die Rede, wogegen § 8 Abs 3 KAG die Terminologie umdreht und systemwidriger Weise von einer Zustimmung des Minderjährigen und einer Einwilligung des gesetzlichen Vertreters spricht.
24. Ist das Fehlen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Minderjährigen offenkundig, bedarf es keiner Anrufung des Gerichts gem § 154b ABGB. Beweispflichtig für das Nichtvorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist der, der sich auf das Fehlen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit beruft. Die RV 296 BlgNR XXI. GP, EB 55 empfiehlt deshalb den handelnden Personen dann, wenn das Vorliegen oder Fehlen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit bloß zweifelhaft ist, sich an das Gericht zu wenden.
25. RV 296 BlgNR XXI. GP, EB 54 ff.
26. WEITZENBÖCK, „Die Handlungsfähigkeit Minderjähriger nach dem KindRÄG“ (2001), insbesondere in Angelegenheiten der medizinischen Behandlung. In: FERRARI/HOPF (Hrsg.), „Reform des Kindschaftsrechts“ (2001) S.1 (13).
27. HAIDENTHALLER, „Die Einwilligung Minderjähriger in medizinische Behandlungen“, RdM (2001), S.163 (170 ff).
28. Im Regelfall wird bei einer vom Jugendlichen getroffenen Ablehnung der Heilbehandlung gegen alle ärztliche Vernunft die Einsichts- und Urteilsfähigkeit zu verneinen sein, so z.B. HAIDENTHALLER, RdM (2001), S.170; SCHICK in: KOPETZKI, „Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit“ S.74.
29. HOPF/WEITZENBÖCK, „Schwerpunkte des Kindschaftsrechts-Änderungsgesetzes 2001“ (Teil II), ÖJZ (2001), S.530 (534).
30. Psychische Krankheit und geistige Behinderung sind Rechtsbegriffe, die nicht mit dem medizinischen Verständnis übereinstimmen. Umfasst wird jede geistige Störung, welche die gehörige Besorgung der eigenen Angelegenheiten hindert Vgl hierzu MEMMER, „Patiententestament und Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten“. In: KOPETZKI (Hrsg.), „Antizipierte Patientenverfügungen“ (2000) 1 (23 Fn 65); BARTH, „Medizinische Maßnahmen bei Personen unter Sachwalterschaft“, ÖJZ (2000), S.57 (61).
31. AB 366 BlgNR XXI. GP, EB 4; SCHAUER, „Rechtssystematische Bemerkungen zum Sachwalterrecht idF KindRÄG 2001“, NZ (2001), S.275 (278 ff); KOPETZKI, „Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit“. In: KOPETZKI (Hrsg.), „Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit“ (2002) S.1 (11 ff).
32. Vgl. RV 296 BlgNR XXI. GP, EB 81; ferner SCHAUER, NZ (2001), S.279 ff; KOPETZKI in: KOPETZKI, „Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit“ S.12.
33. SCHAUER, NZ (2001), S.280; KOPETZKI in: KOPETZKI, „Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit“ S.13.
34. Das Wohl der behinderten Person ist höchste Maxime des Handelns des Sachwalters, vgl. nur SCHAUER, NZ (2001), S.277.
35. KNEIHS, „Pflegerchaftsgerichtliche Genehmigung des lebensbeendenden Behandlungsabbruchs?“ RdM (1999), S.30 (31); zustimmend MÜLLER, „Legalisierter Behandlungsabbruch?“ RdM (1999), S.96.
36. SCHMOLLER, ÖJZ (2000), S.374.
37. Beide Rechtsinstitute sind noch nicht in allen Einzelheiten geklärt; vgl. hierzu MEMMER, „Das Patiententestament“, RdM (1996), S.99 und S.167; MEMMER, „Patientenverfügungen im österreichischen Recht“, WMW 6/1997, S.135; MEMMER, „Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten und Patientenautonomie“, Imago Hominis (1998), S.275; MEMMER, „Patiententestament und Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten“. In: KOPETZKI (Hrsg.), „Antizipierte Patientenverfügungen“ (2000) S.1; FRAUSCHER, „Rechtsprobleme des Patiententestaments“ (1998).
38. Zu diesem Urteil BERNAT, RdM (1995), S.51 (mit Hinweisen auf die Veröffentlichung dieses Erkenntnisses in einschlägigen Fachzeitschriften).
39. HASLINGER, ÖKZ (1999), S.49; SCHICK in: GedS Zipf 413 ff; SCHICK, „Voitsberger Manuskripte“ (1999), S.56; KOPETZKI in: TAUPITZ, „Zivilrechtliche Regelungen“ S.27 f.
40. BRANDSTETTER, „Die Begrenzung medizinischer Behandlungspflicht durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten“. In: MAZAL (Hrsg.), „Grenzfragen der ärztlichen Behandlung“ (1988) S.45 (48 ff).

Einschränkung intensivtherapeutischer Maßnahmen bei einem Neugeborenen

Geburtsanamnese

Notsectio in der 41. SSW bei plötzlicher Wehenschwäche und akutem Abfall der fetalen Herztöne. Der mütterliche Bauchraum zeigt sich voll mit Blut, wobei die Blutung von einer Uterusruptur im Bereich einer Narbe, die von einer Sectio caesarea 1 Jahr zuvor stammt, ausgeht. Nase und Mund des Fetus ragen aus dem Rupturspalt. Das Neugeborene zeigt sich asystol, ohne Spontanatmung – es wird eine sofortige Reanimation durchgeführt, die erfolgreich verläuft. Apgar 0/5/6, Nabelschnur pH 6,91. Unter kontrollierter Beatmung problemloser Transport an unsere Neonatologie.

Verlauf und Therapie

Durchführen der üblichen Therapie bei schwerer peripartaler Asphyxie (Hypothermie, Phenobarbital und Magnesiumgabe...). Auf Grund fehlender Asphyxieparameter (LFP und NFP im Normbereich) zunächst Hoffnung auf positiven Verlauf, im Schädel-US jedoch bereits am 1. Tag beginnendes Hirnödem. In den weiteren Kontrollen des Schädel-US zeigt sich eine zunehmende Entdifferenzierung. Die regelmäßige Kontrolle der Pupillenreaktion verläuft negativ (seit Geburt mittelweit und lichtstarr), weiters zeigt sich das Neugeborene völlig schlaff, bei Berührungsreizen jedoch hyperexzitabel. Das EEG ist hoch pathologisch, allerdings noch unter therapeutischem Phenobarbitalspiegel, später (am Ende der 3. LW) nach Abfall des Phenobarbitalspiegels zeigt sich ein mäßig abnormes EEG mit Zeichen einer erhöhten cerebralen Erregungsbereitschaft, sowie Zeichen einer diffusen Funktions-

störung in Form von gruppenförmigen hochamplitudigen Deltawellen. Unter atemstimulierender Therapie mit Euphyllin kann am Beginn der 3. Lebenswoche bei ausreichender Spontanatmung extubiert werden, für kurze Zeit ist noch eine Atemhilfe mittels Nasen-CPAP notwendig, dann zeigt sich das Neugeborene kardiorespiratorisch stabil mit ausreichender Spontanatmung.

Am Beginn der 4. Lebenswoche erfolgte eine erste Teambesprechung bzgl. einer Therapieeinschränkung bei frustaner neurologischer Situation – zu diesem Zeitpunkt über 3 Wochen lichtstarre, mittelweite Pupillen, muskuläre Hypotonie mit wechselnden Myoklonien, keine Schlucktätigkeit, kein Hustenreflex, Schädel-US + EEG siehe oben – es wird beschlossen im Falle einer Akutsituation auf eine weitere Ausweitung der Intensivtherapie, insbesondere Reanimation, Intubation und neuerliche Beatmung zu verzichten. Die atemstimulierende Therapie mittels Euphyllin wird beendet. Auch nach Absetzen der atemstimulierenden Therapie suffiziente Spontanatmung.

In der Folge kommt es in den sonographischen Verlaufskontrollen des Gehirns zu einer zunehmenden zystischen Zersetzung des Großhirns, es tritt eine beginnende Hirnatrophie auf, in der Fundusbegutachtung kann eine bds. Opticusatrophie festgestellt werden.

Die weitere Betreuung gestaltet sich im Sinne einer Palliativtherapie – die Ernährung kann über eine Duodenalsonde vollständig per oral durchgeführt werden und das Neugeborene zeigt sich zunächst erstaunlich, sowohl respiratorisch als auch kardiozirkulatorisch stabil.

Mit der Mutter, die aus China stammt, werden oftmals ausführliche Gespräche geführt. Geburtsanamnestisch ist noch zu erwähnen, dass die Mutter das Kind eigentlich abtreiben

wollte, jedoch die Frist für eine Interruptio versäumt hatte. Nach Aufklärung bzgl. der frustanen neurologischen Situation ihres Kindes besteht von ihrer Seite aus schon vor unserem Entschluss zu einer Therapieeinschränkung ein völliges Unverständnis, dass die Therapie nicht sofort vollständig abgebrochen wird (zu diesem Zeitpunkt ist das Kind noch beatmet). Nach Aufklärung bzgl. der rechtlichen Situation in Österreich und unserem geplanten Vorgehen kann mit der Mutter ein gemeinsames Einverständnis bzgl. der weiteren Betreuung ihres Sohnes gefunden werden. Die Mutter ist mit der Therapieeinschränkung (die zunächst nur einen Verzicht auf eine neuerliche Intubation und Beatmung, weiters eine Kreislaufunterstützung mittels Katecholaminen ausschließt – nach einer zweiten Team – Besprechung jedoch bei sonographisch verifizierter zunehmender zystischer Zersetzung des Gehirns eine vollständige Therapieeinschränkung bis auf Analgosedierung und Infusion beinhaltet) einverstanden. In mehreren Ge-

sprächen mit unserer Sozialarbeiterin und dem Intensivteam schließt sie aus, das Kind jemals nach Hause nehmen zu wollen – es wird an eine Heimbetreuung gedacht.

Am Beginn der 6. Lebenswoche treten relativ plötzlich und unerwartet zunehmende Atempausen auf, das Neugeborene zeigt sehr bald eine nur insuffiziente Spontanatmung – es wird eine Analgosedierung mittels Morphin-hydrochlorid durchgeführt und das Neugeborene verstirbt schließlich nach flacher werdender Atmung 9 Stunden nach Auftreten der ersten Apnoen am Arm der betreuenden Krankenschwester an einer Ateminsuffizienz. Die Mutter ist beim Tod des Kindes nicht anwesend, da unter den angegebenen Telefonnummern niemand erreichbar ist. Es gab jedoch auch keinen ausdrücklichen Wunsch der Mutter, die zuletzt nur mehr sehr sporadisch zu Besuch war, beim Tod des Kindes dabei sein zu wollen. Es ist uns aber möglich der Mutter noch die Gelegenheit zu bieten sich auf unserer Intensivstation von ihrem verstorbenen Kind zu verabschieden.

Aus der Sicht der Neonatologen wurde das Neugeborene nach der Notsectio optimal primär versorgt. Es wurden alle Möglichkeiten der heutigen Intensivneonatalogie ausgeschöpft, um das Kind zu retten. Ein Neugeborenes mit intrauteriner Asphyxie und pH 6.9, nach suffizienter Reanimation mit Apgar 5 in der 5. Minute hat in der Regel nicht so eine infauste Prognose. Wie gut oder wie schlecht es dem Kind intrauterin vor der Uterusruptur gegangen war, kann aus dem gegebenen Bericht nicht beurteilt werden, ist aber für den weiteren Verlauf und für weitere Maßnahmen nicht von entscheidender Bedeutung. Lichtstarre Pupillen, der Ultraschallbefund, sowie das beschriebene 2D-Bild und wahrscheinlich auch die Doppleruntersuchungen der Blutflussgeschwindigkeit in der 3. Lebenswoche sprechen für ein dekompensiertes irreversibles zytotoxisches Hirnödem (Volpe).

Das beschriebene EEG mit Gruppen von hochamplitudigen Deltawellen, kombiniert mit erhöhter cerebraler Erregungsbereitschaft kann als Zeichen eines schweren Hirnödems beurteilt werden. Als Folge des therapeutisch nicht beherrschbaren Hirnödems treten zystische Veränderungen des Gehirns und Hirnatrophie sowie Opticusatrophie (damit verbundene Erblindung) auf.

Die Frage, die sich das Behandlungsteam stellt, nämlich, ob durch eine weitere sinnvolle Therapie eine Heilung des Kindes möglich ist, muss klar mit einem „Nein“ beantwortet werden. Zu dieser Zeit kann nach beschriebener Klinik, dem Ultraschall- und EEG-Befund mit ziemlicher Sicherheit die Prognose der schwersten Behinderung gestellt werden (Cerebralparese, mentale Retardierung, Epilepsie, Blindheit).

In einer derartigen Situation, die dem Neonatologen nicht fremd ist, kann das von E.H. PRAT im *IMAGO HOMINIS* mehrmals veröffentlichte Prinzip der Verhältnismäßigkeit gut angewendet werden. Bei unsicherem Ausgang müssen die diversen familiären, gesellschaftlichen, ökonomischen oder religiösen Aspekte beachtet und gegeneinander abgewogen werden.

Daraus lässt sich auf die Verhältnismäßigkeit der weiteren Maßnahmen schließen. Sollte es der dringende Wunsch der Eltern sein, um jeden Preis das Kind am Leben zu erhalten, und haben sie den sozialen und ökonomischen Background dafür, ein schwerstbehindertes Kind zu versorgen, wäre es zu überlegen, bei Versagen der Atemregulation mit Zunahme der Apnoen und flachen Apnoen in der 6. Lebenswoche aufgrund von nicht eindeutigem EEG-Befund noch einen weiteren Versuch zu wagen, das Kind zu beatmen.

Kommt es allerdings an der Beatmungsmaschine zu mangelndem Atemantrieb, (z.B. unter SIMV- bzw. PSV-Beatmung) könnte spätestens dann unter Sedoanalgesie (Schmerzausschaltung) die Beatmung beendet werden.

In diesem konkreten Fall war das Verhältnismäßigkeitsprinzip aber anders ausgefallen. Die Mutter lehnte das Kind ab, eine Betreuung und Begleitung des schwerstbehinderten Kindes kommt für sie überhaupt nicht in Frage. Die Entscheidung des Ärzte- und Pflegeteams, das Kind nicht mehr zu beatmen, da eine gestörte Atemregulation vorliegt, ist eine kluge Entscheidung. Therapieabbruch bei infauster Prognose ist moralisch legitim.

Nur am Rande soll erwähnt werden, dass die Wertigkeit des Lebens bei der restriktiven Reproduktionspolitik in China nicht mit unserer Einstellung zum Leben gleichzusetzen ist.

Die Entscheidung des Ärzte- und Pflegeteams war keine Ja- oder Nein-Entscheidung zum oder gegen das Leben. Es war die Entscheidung eines Teams, das mit beiden Beinen am Boden steht, den Heilauftrag der Ärzte erfüllt und sich nicht dem Prinzip der Heiligkeit des Lebens widersetzt.

Prim. Doz. Dr. Zdenek JAROS
A.ö.KH der Stadt Zwettl
Propstei Nr. 5
A - 3910 Zwettl

Lifestyle: Ansehen von Ärzten hoch

Weltweit genießen Ärzte ein sehr hohes Ansehen. Auch eine häufig negative Berichterstattung in Publikumsmedien habe nichts daran geändert. Sieben nationale Erhebungen in Deutschland, Australien, Frankreich, den USA, Israel, den Niederlanden und Großbritannien wurden dafür ausgewertet.

Die Umfrage in Deutschland hat ergeben, dass 74% der Deutschen den Ärzten das höchste Prestige aller Berufsgruppen bescheinigen. In Australien hat sich das Ansehen der Ärzte wieder verbessert. Mit 75% sind Ärzte hinter den Krankenschwestern und Pharmazeuten die meist respektierte Berufsgruppe, knapp vor der Berufsgruppe Lehrer. Auch in Großbritannien, wo die Ärzte mit einigen medizinischen Skandalen zu kämpfen hatten, sind die Ärzte am „Top“ der Umfrage. Am zufriedensten sind die niederländischen Patienten mit ihren Ärzten, gefolgt von den Franzosen, von denen 87% ihre Zufriedenheit bekundeten.

BMJ, 5. Jänner 2002

Biotechnologie: China an der Spitze

Mit der Unterstützung der Regierung hat sich China hinter den USA auf dem Gebiet der grünen Biotechnologie auf den zweiten Platz gehievt. Eine Studie der Universität von Kalifornien hat ergeben, dass China (abgesehen von Nordamerika) an mehr biotechnologisch hergestellten pflanzlichen Produkten arbeitet als jedes andere Land.

China investiert zunehmend in die neue Technologie. So entwickelten chinesische Forschungsinstitute bereits 141 genmanipulierte Pflanzen, von denen bereits 65 die Zulassung zur Freisetzung erhalten haben. Die Forschungsprogramme Chinas im Bereich der Genmanipulation sind zur Gänze vom Staat finanziert. Der Grund für den verstärkten Einsatz Chinas in der Biotechnologie liegt in der Sorge des

Landes, den künftigen Lebensmittelbedarf nicht mehr decken zu können. So werde Biotechnologie zur Ertragssteigerung eingesetzt. Mittels Genmanipulation sollen Nahrungsmittel wie Reis, Getreide oder Kartoffel krankheitsresistenter werden. Skeptiker meinen, dass die Investitionen Chinas in die Biotechnologie wichtige Ressourcen abziehen könnten, die für die Forschung an langfristig ertragbringenden Anbaupraktiken verloren gehen.

Presstext, 25. Jänner 2002

Euthanasie: Schweiz stimmt dagegen

Töten auf Verlangen soll in der Schweiz nicht straffrei gestellt werden – auch nicht unter strengen Auflagen. Mit 120 zu 56 Stimmen lehnte am 11. Dezember 2001 der Nationalrat in Bern die Initiative des Tessiner SP-Abgeordneten und Arztes Franco CAVALLI ab. Seiner Meinung nach sollte die direkte aktive Sterbehilfe nicht mehr bestraft werden, wenn damit ein hoffnungslos kranker, kurz vor dem Tode stehender Mensch von seinem unerträglichen und unheilbaren Leiden befreit wird.

Kathpress, 12. Dezember 2001

Forschung: Wissenschaftler behindern sich gegenseitig

Ungefähr die Hälfte der US-Genetiker stößt bei ihren Forschungen auf Widerstände. Kollegen behindern sich massiv bei der Datenerhebung. So wurde 47% der Forscher in den vergangenen 3 Jahren mindestens einmal die Aushandigung von Forschungsergebnissen verwehrt. Ihnen wurde der Zugang zu Zusatzinformationen untersagt. Vor allem Wissenschaftler, die sich an der Entschlüsselung des menschlichen Genoms beteiligen, tendieren dazu, die Herausgabe von Forschungsergebnissen zu verweigern. Grund dafür könnte sein, dass wichtige Erkenntnisse auf diesem Gebiet den Experten kommerzielle Absatzmöglichkeiten eröffnen.

Jeder Fünfte hätte auf Grund mas-

siver Behinderung seine Forschungsvorhaben aufgeben müssen.

JAMA, 23. Jänner 2002

Gesundheit: UNO für Ehe

Mitglieder der UN-Kommission UN Convention on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW – Konvention zur Abschaffung der Diskriminierung von Frauen) haben sich erstmals besorgt über die Gefahren von Abtreibungen, deren sprunghaftes Ansteigen in einigen Regionen zu bemerken ist wie auch über die Wichtigkeit der Ehe geäußert. Diese Expertengruppe sei in der Vergangenheit besonders für die Abtreibung und jede Art von künstlicher Familienplanung eingetreten.

Während einer Anhörung über die Lage in Estland seien schockierende Fakten präsentiert worden: In Estland kommen auf 100 Geburten 98 Abtreibungen, d.h. jedes zweite Ungeborene wird getötet. Die CEDAW meinte dabei, dass die Legalisierung der Abtreibung nicht erforderlich ist und diese auch nicht zu den Rechten der Frau bezüglich ihrer Familienplanung gehört. Abtreibung darf nicht als Form der Verhütung verwendet werden. Ebenso bezeichnete ein Mitglied der CEDAW die hohe Scheidungsrate in Estland als bestürzend. Die Vertreter von Estland wurden gefragt, ob Bemühungen unternommen werden, Eheleute zu versöhnen, denn die Ehe hilft eine Gesellschaft zu stabilisieren.

Kathnet, 11. Februar 2002

Klonen: Dolly krank

Das 5 Jahre alte Klon-Schaf „Dolly“ leidet an Arthritis. Die Gelenkentzündung wurde am linken Hinterbein des Schafes festgestellt. Ian WILMUT meint, die Erkrankung könne ein Anzeichen für die vorzeitige Alterung des geklonten Tieres sein. Zwar spreche das Tier gut auf die Behandlung an, doch sei es problematisch, dass Dolly bereits in jungen Jahren an Arthritis leide.

Eine andere Studie zur Lebenserwartung von Klonmäusen vom Nationalen Institut für Infektionskrankheiten in Tokio zeigt, dass den geklonten Tieren ein früher Tod droht. Die geklonten Mäuse starben an Lungenentzündung oder Leberversagen. Die Forscher folgern aus den Ergebnissen, dass das Immunsystem der Klonmäuse zu schwach war, um Krankheitserreger effektiv abzuwehren. Wegen der möglichen Langzeitfolgen seien Bedenken gegen das reproduktive Klonen von Menschen angebracht.

FAZ, 7. Jänner 2002 & Nature Genetics, 11. Februar 2002

Pharmaindustrie: Werbung im Anstieg

In den USA sind die Ausgaben für Direct-to-Consumer-Werbung von Pharmaunternehmen zwischen 1996 und 2000 auf 2,5 Mrd. Dollar pro Jahr angestiegen. Gezielte Konsumentenwerbung macht rund 15% der US-Ausgaben für Medikamenten-Promotion aus. Im Vergleich dazu lag der Anteil 1996 noch bei 9%. In der TV-Werbung sind die Ausgaben auf das Siebenfache gestiegen. Die Gesamtwerbeausgaben für rezeptpflichtige Medikamente sind um 70% gestiegen. Dieselbe Wachstumsrate verzeichnet auch der Medikamentenverkauf. Hingegen sind die auf Ärzte zielenden Ausgaben (Besuche von Pharmavertretern, Gratisproben, Werbung in Medizinjournalen) im selben Zeitraum von 91% auf 84% gesunken.

NEJM, 14. Februar 2002

Post Abortion Syndrom: Senat beschließt Forschungen

Der Senat der USA hat im November ein Gesetz verabschiedet, das sich unter anderem mit dem Post Abortion Syndrom (PAS) – den psychischen und physischen Folgen einer Abtreibung auseinandersetzt. Bisher war das Thema des PAS in der öffentlichen Diskussion oft als unwissenschaftlich und unbewiesen abgelehnt worden. Das Gesetz, das als Anhang zu einer generellen Regelung im Rahmen der Arbeits-, Gesundheits- und Ausbildungspolitik verabschiedet wurde,

spricht davon, die Forschungen und verbundenen Aktivitäten mit Bezug auf die Post-Abtreibungs-Depressionen und -Psychochen auszuweiten und zu intensivieren.

Das PAS äußert sich bei Frauen unterschiedlich und tritt manchmal erst Jahre nach einer Abtreibung auf. Symptome dafür sind unter anderem Essstörungen, schwere Depressionen, Schuldgefühle, Angst- und Ärgergefühl, ein vermindertes Selbstwertgefühl, etc.

Kathnet, 3. Dezember 2001

Stammzellen: Gewinnung beendet

Das Jones-Institut für Reproduktionsmedizin in Norfolk (Virginia), ein führendes Forschungsinstitut, zieht sich aus der Entwicklung menschlicher Embryonen zur Gewinnung von Stammzellen zurück. Der Projektleiter Gary HODGEN zieht sich aus dem Unternehmen zurück, sein Nachfolger ist an anderen Themen interessiert.

Das Jones-Institut hatte im vergangenen Juli als erste amerikanische Einrichtung bekannt gegeben, Embryonen ausschließlich zur Gewinnung von Stammzellen erzeugt zu haben. Das Institut wolle derzeit keine neuen Stammzell-Linien entwickeln, erwäge aber, menschliche Stammzellen aus jenen 60 Linien zu gewinnen, für die die amerikanische Regierung im August Fördermittel angekündigt hatte.

FAZ, 19. Jänner 2002

Klonen: Stammzellenfirmen finanziell verunsichert

Trotz eines Anstieges der Aktien von Stammzellenfirmen sind 4 führende Stammzellengesellschaften „in finanzielle Bedrängnis“ geraten, nachdem eine kleine, private amerikanische Gesellschaft bekannt gegeben hat, dass ihr als erstes das Klonen eines menschlichen Embryos gelungen sei. Cnn.com. Geron, StemCells, Astrom und Nexell verzeichneten Verluste im letzten Quartal. Von StemCells abgesehen sind die Verluste gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres gewachsen. Bei dieser Entwick-

lung könnten die Finanzmittel für ein weiteres Jahr kaum ausreichen, es sei denn, es werden weitere Finanzmittel gefunden. Cnn.com bemerkt hierzu: „Stammzellengesellschaften unterscheiden sich kaum von anderen Aktiengesellschaften in der Welt der Biotechnik, d.h. es sind kleine Firmen, die mehr auf Schlagzeilen als auf Grundlagen aus sind.“

ARI, 14. Dezember 2001

Globalisierung: Führung der asiatische Staaten

Chinesische Wissenschaftler nutzen den Vorteil von weniger regierungsseitiger Beschränkung für Klonen und drängen bei Mensch-Tier Hybriden und anderen kontroversiellen Behandlungen nach vorne. An der Sun Yat-sen Universität in Guangzhou pflanzte Dr. Chen XIGU menschliche Chromosome in die Eizellen von Kaninchen. Er und andere erklären, Klonen sei ein Gebiet der Wissenschaft, auf dem chinesische Wissenschaftler mit jenen der USA und Europa mithalten können. „So lange wir diese Idee und das Geschick haben, so zu handeln, können wir die Forschung durchführen.“ Eine seiner Bestrebungen sei, so Dr. Chen XIGU, in Tieren menschliche Organe zu züchten, um sie dann für eine Transplantation zu verwenden.

Ähnlich hofft Singapur, dass seine liberalen Richtlinien Top-Wissenschaftler aus der ganzen Welt anziehen werden. ES Cell International, eine in Singapur ansässige Firma, die zusammen mit der Monash Universität in Melbourne gegründet wurde, versucht eine Anlage zur Erzeugung von Stammzellen zu entwickeln, um dann die Wissenschaftler aus der ganzen Welt versorgen zu können. „Therapeutisches“ Klonen könnte ebenfalls gebilligt werden. Die Straits Times, deren Herausgeber in der Bioethikkommission der Regierung sitzt, nennt amerikanische Bedenken zur Bekanntgabe, dass eine Firma menschliche Embryonen geklont habe, als „hysterisch und irrational“. Die Verwendung von Stammzellen von Klonen sei so natürlich wie der Gebrauch eines Gebisses, wird argumentiert.

ABI, 28. Dezember 2001

RdU RECHT DER UMWELT

Wien, Zeitschrift in Deutsch
8. Jahrgang Heft 4, 2001

Editorial

Beiträge:

Michael HECHT: Amtshaftung für rechtswidrig erteilte Genehmigungen gegenüber Bewilligungswerbern?;

Ferdinand KERSCHNER: Diskussion – Amtshaftung bei rechtswidriger Erlaubnis?;

Volker MAUERHOFER: Forstrechtlicher Handlungsbedarf durch EU-Naturschutzrichtlinien.

RdM RECHT DER MEDIZIN

Wien, Zeitschrift in Deutsch
8. Jahrgang Heft 6, 2001

Editorial

Beiträge:

Patricia HAIDENTHALLER: Die Einwilligung Minderjähriger in medizinische Behandlungen;

Maia KLETECKA-PULKER: Die neue Regelung der ärztlichen Anzeigepflicht.

ANTHROPOTES. Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien.
Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch
Anno XVII, n.1 – 2001

Articoli:

François-Marie LÉTHEL, Le mystère de l'Enfant Jésus a la lumière de la théologie des saints;
Réal TREMBLAY, Pour une morale filiale;
Mario BINASCO, Il contributo della recente psicoanalisi alla questione della coscienza del bambino;

In rilievo:
Livio MELINA, Juan DE DIOS LARRÜ, La circolarità di verità e libertà in Cristo, come principio epistemologico della morale. Cronaca teologica del III Colloquio di Teologica Morale;
José NORIEGA BASTOS, Racionalidad práctica y don del espíritu en Tomás de Aquino;

Mary SHIVANANDAN, The Anthropological Background of Fides et Ratio;
Pascal BÈ, Une théologie du don. Les occurrences de gaudium et spes, n.24, § 3 chez Jean-Paul II (première partie).

ETHIK IN DER MEDIZIN
Berlin, BRD.
Bimestrale Zeitschrift in Deutsch.
Band 13, Heft 4, 2001

D. BIRNBACHER: Editorial;
Originalarbeiten:
F. PRAETORIUS, S. SAHM: Ethische Aspekte der Regularisierung ärztlichen Handelns;
N. BILLER-ANDORNO: Das ELSI-Programm des U.S.-amerikanischen Humangenomprojekts – neue Perspektiven für die Medizinethik?;

Fall und Kommentare: B. HANUSSEK, U. NIEMANN: Nicht verhungern, nicht verdursten – zum Problem der Sondernahrung.

HASTINGS CENTER REPORT
New York, USA.
Bimestrale Zeitschrift in Englisch.
Volume 31 No. 6, 2001

From the Editor: The Personal Touch;
At law: Rebecca DRESSER: Procreation and Punishment;
Case Study: Lawrence J. SCHNEIDERMAN, Jerry E. FEIN, Nancy DUBLER: The Limits of Dispute Resolution;
Capital Report: Kathi E. HANNA: A Shot in the Arm for Public Health?
Michael PANICOLA: Catholic Teaching on Prolonging Life: Setting the Record Straight;
Susan DORR GOOLD: Trust and the Ethics of Health Care Institutions;
Laurie ZOLOTH: Heroic Measures: Just Bioethics in an Unjust World;
Review Essay: David BARNARD: Sketches from the Artist's Notebooks: Benjamin Freedman and the Development of Ethics Consultation;
Reviews:
Lennard J. DAVIS: Disability Studies and the Victorians;
David E. GUINN: Now, the Real Foundations of Bioethics;
Jeremy SUGARMAN: Taking a Hard Look at Advocacy in Research.

MEDICINA E MORALE
Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.
2001/6
Editoriale: Divieto di clonazione riproduttiva: proposta all' Assemblea

Generale dell' Onu;
W.J. EIJK: Some Remarks Concerning the Embryos Bill of the Dutch Government;
M.L. DI PIETRO, M. PENNACCHINI, M. CASINI: Evoluzione storica dell'istituto dell'obiezione di coscienza in Italia;
A.A. ZUPPA, D. DE LUCA, M.E. SCAPILLATI: Il neonato da gravidanza gemellare spontanea e indotta: aspetti epidemiologico-clinici ed etici;

ANNUARIO FILOSOFICO
Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch
XXXIV/2, 2001
Juan CRUZ CRUZ: Cicerón: De la ley a la virtud;
Estudios:
Concepción A. REAL: Cicerón y Augustín de Hipona: bien y felicidad;
Carmen CASTILLO: La cristianización del pensamiento ciceroniano en el De officiis de San Ambrosio;
Laura C. ESTRADA: Proyecciones de la concepción ciceroniana de naturaleza en la ética e scolástica del siglo XIII;
Manfred FUHRMANN: Cicerón y la retórica. La moral de abrogando de Cicerón y su evaluación en los s.XIX y XX;
Carlos LÉVY: Cicerón en Francia en el s.XVI: el caso de Montaigne;
Cristóbal ORREGO: Cicerón descuartizado, Cicerón en un fractal. Nota sobre el republicanismo contemporáneo;
Miguel P. RODRÍGUEZ: Con Cicerón por los caminos (zigzagantes) de la amistad;
Modesto SANTOS: El concepto ciceroniano de ley: una confrontación con el procedimentalismo moderno;
Aldo SETAIOLI: El destino del alma en el pensamiento de Cicerón (con una apostilla sobre las huellas ciceronianas en Dante);
Oscar VELÁSQUEZ: Cicerón en el De civitate dei de San Augustín: las complejidades de un diálogo;
Nota:
Javier ANDREU: Algunas consideraciones sobre la liberalitas en el De officiis de Cicerón;
M^a Carmen DOLBY: La influencia del

dialogo Hortensio de cicerón en S. Augustín;

M^a Isabel LORCA: La concepción ciceroniana de república, ley y virtud;

Víctor PRIETO: El binomio méritos-confianza en el Pro Murena de Cicerón.

XXXIV/3, 2001

Estudios:

José A. GARCÍA C.: El fundamento de la imagen de Dios en el hombre;

Robert SPAEMANN: Lo ritual y lo moral;

Carlos ORTIZ DE L.: César frente a Cicerón en "La rebelión de las masas";

Julia URABAYEN: El ser humano ante la muerte: Orfeo en busca de su amada; Notas:

Javier ANDREU: Algunas consideraciones sobre la liberalitas en el De officiis de Cicerón;

Giovanna CERESOLA: Algunas precisiones estéticas sobre la estructura ética de la filosofía de Cicerón en el pensamiento de San Agustín;

Joao R. DA COSTA E SILVA: El arte de comunicar en Karol Wojtyła;

Carmen C. DOMÍNGUEZ: Derecho y política en la Europa contemporánea;

Santiago FDEZ.-BURILLO: Bienes y deberes. Ética y cultura en Cicerón;

Cristina GARCÍA SANTOS: Quod Graeci dicunt;

Luis Rey ALTUNA: Propedéutica de M.T. Cicerón en torno a la trascendencia;

Javier VIDAL: El carácter social del lenguaje.

PERSONALITÄT UND MENSCHEN- WÜRDE. EINE THEOLOGISCHE AUSEINANDERSETZUNG MIT DEN THESEN DER „NEUEN BIOETHIKER“

Alexander LOHNER

Verlag Friedrich Pustet, Regensburg 2000

468 Seiten

ISBN 3-7917-1702-2

Der Band veröffentlicht die knapp zwei Jahre zurückliegende Habilitationsschrift des Autors (er ist derzeit Privatdozent in Berlin und München), die für das Fach Moraltheologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät in München angenommen wurde.

Das Thema der Arbeit ist die Auseinandersetzung mit der Aufhebung des traditionellen sittlichen Tötungsverbotes durch die Vertreter der sogenannten „neuen Bioethik“ (wie SINGER, HARRIS, HOERSTER u. a.). Im Mittelpunkt steht der moralische Status des *nasciturus* und damit die Abtreibungsproblematik und die Embryonenschutzfrage. Es geht aber in dieser Diskussion um mehr: nämlich um die Verteidigung der Menschenrechte selbst, die von diesen Autoren faktisch außer Kraft gesetzt werden.

Das Anliegen der Überlegungen ist es zu zeigen, dass diese neuen Moraltheorien – abgesehen davon, dass sie auch z.T. in sich widersprüchlich und unzulänglich sind – gar kein Ethikkonzept beinhalten, das imstande ist, eine Antwort auf die Frage nach der angemessenen Behandlung von Ungeborenen zu geben. Denn der utilitaristische Horizont ist, wie sich zeigt, dafür ungenügend bzw. falsch. Nur drei Konzeptionen sind nach Auffassung LOHNERs zu einer solchen Antwort fähig: die klassische Naturrechtsethik, die Ethik Kants und die Existenzialethik. Eine ausführliche Analyse und Darstellung der aktuellen Ethiksysteme versucht dies nachzuweisen; dabei werden auch „Diskursethik“ und „Tugendmoral“ als unzu-

reichend für die genannte Aufgabe beurteilt (Kap. III-VIII).

Die zweite zentrale These der Arbeit ist, dass die sittlichen Irrtümer der neuen Bioethiker auch in einer falschen – weil simplifizierenden – Anthropologie wurzeln; es wird daher in ausführlicher Weise gezeigt, inwiefern die Unterscheidung von Personsein und Menschsein mit dem traditionellen Personbegriff unvereinbar ist und eine Neudefinition darstellt; sie verfehlt – als ein materialistisch-reduktionistisches Menschenbild – die Leib-Seele-Einheit des Menschen und setzt unkritisch den cartesianische Dualismus von Leib und Seele fort (Kap. XII-XIV).

Der Band ist ein weiterer erfreulicher Beitrag für das Bemühen, die Unantastbarkeit des Lebensrechtes auf rein philosophischem Wege zu begründen und die verbreitete Auffassung zu widerlegen, dass eine solche Position bloß religiöses Sondergut darstelle. Dem Aufbau des Buches fehlt es leider etwas an Stringenz, seine Fragestellung und Einschränkungen durchzuhalten bzw. eine adäquate Einordnung weiterer Fragen zu bewerkstelligen. So werden auch verschiedene verwandte Probleme oder Argumente durchaus interessant, allerdings mit unterschiedlicher Tiefe und Ausführlichkeit diskutiert (Unterschied Mensch und Tier, Kap. XI; Mitleidsargument, Kap. XV; Hirntodtheorien, Kap. XVI; Selbstbestimmungsrecht, Kap. XVII; Pränataldiagnostik, Reproduktionstechnologie, Geburtenkontrolle in der dritten Welt, Kap. XVIII-XIX). Es bleibt jedoch bei einer äußeren Aneinanderreihung dieser Kapitel.

Der sehr weit gespannte Horizont läuft dadurch Gefahr, die Diskussion nur zu streifen und die Argumente unvollständig und vorschnell abzuhandeln. Dass im Unterschied zum Umfang der Behandlung der anderen Ethikkonzepte Diskursethik und Tugendmoral undifferenziert und unzureichend behandelt

werden, ist unübersehbar. Die Darstellung der Naturrechtsethik enttäuscht, denn sie wird nur in einer vereinfachenden, schulmäßigen Weise aus Sicht der seit den 60er Jahren verbreiteten Auffassung von Moralthologie (AUER / BÖCKLE) wiedergegeben, ohne auf die Diskussion ihrer Grundlagen einzugehen und so die Einwände auszuräumen, die dieser Version der Naturrechtsethik die Berechtigung abspricht, als „Erbe“ traditioneller Naturrechtsethik aufzutreten, ihr grundsätzliche moralphilosophische Schwächen und die Widersprüchlichkeit bzw. Unhaltbarkeit ihres Anspruchs vorwirft. Trotz allem aber ein Buch, das sich hochaktuellen Grundlagen widmet, wesentliche Aspekte klärt oder in Erinnerung ruft, sich engagiert der Auseinandersetzung stellt und dadurch auch dazu befähigt bzw. ermuntert; dafür ist uneingeschränkt zu danken.

L. JUZA

FORSCHUNGSFREIHEIT UND EMBRYONENSCHUTZ

Ekaterini LIADOU

Schriften zum Öffentlichen Recht, Band 799
Verlag Duncker&Humblot, Berlin 1999

298 Seiten

ISBN 3-428-09890-0

Die Autorin beginnt ihre Arbeit mit einer Einführung, welche auch dem Laien einen guten Einblick in die der (grund-) rechtlichen Problematik zugrundeliegenden medizinisch-wissenschaftlichen bzw. ethischen Zusammenhänge gibt (19 ff). Danach widmet sie sich dem Kern ihrer Erörterungen, der Analyse der Embryonenforschung in der deutschen Rechtsordnung.

Dabei skizziert sie anschaulich den Diskussions- und Entwicklungsprozess, der zur Verabschiedung des Embryonenschutzgesetzes geführt hat (36 ff), und stellt die schließlich in Geltung gesetzte Regelung dar, die Forschung an Embryonen unter Androhung von Strafsanktionen verbietet (51 ff), auch wenn

in Randbereichen Regelungslücken festgestellt werden können (58). Vor dem Hintergrund der aktuellen deutschen Diskussion um den Import embryonaler Stammzellen bleibt anzumerken, dass die Autorin eine mögliche Schwachstelle des Gesetzes in dieser Hinsicht (fehlendes Importverbot) nicht aufzeigt.

Daraufhin wendet sich LIADOU dem Kernstück ihrer Dissertation zu, der grundrechtlichen Analyse des Konflikts zwischen Forschungsfreiheit und Embryonenschutz. Dazu wird zunächst das Grundrecht der Forschungsfreiheit erörtert (62 ff), danach verfassungsrechtliche Grundlagen des Embryonenschutzes (106 ff). In diesem Zusammenhang hält die Autorin nach Analyse und Ablehnung gegenläufiger Positionen fest (und verteidigt insoweit die Position des deutschen Bundesverfassungsgerichts), dass das individuelle menschliche Leben ab der Verschmelzung der Keimzellen beginnt und dass ihm ab diesem Zeitpunkt auch die grundrechtlichen Garantien (insbesondere der Schutz der Menschenwürde und des Lebens) zustehen (112 ff).

Dem ausländischen, in der deutschen Verfassungs- und Grundrechtsdogmatik nicht unbedingt heimischen Beobachter bieten diese ausführlichen, mit zahlreichen Belegen versehenen Erörterungen eine sehr instruktive Einführung in den einschlägigen Diskussionsstand samt seinen teilweise höchst subtilen Differenzierungen. Zur Illustration sei bloß auf die Ausführungen zum Über- und Untermaßverbot verwiesen (179 ff). Kritisch anzumerken wäre hier freilich, dass es die Autorin m.E. nicht immer schafft, die Brücke zwischen den subtilen grundrechtsdogmatischen Differenzierungen und den konkreten Schlussfolgerungen für das Kernthema zu schlagen. Trotz großen Aufwandes erscheint manchmal sowohl das eine wie auch das andere Ergebnis gleichermaßen vertretbar, ohne dass LIADOU dem Leser hier eine klare Orientierung bieten könnte. Aber vielleicht liegt dies ja in der Natur der Sache.

Als Illustration für diesen Zwiespalt sei folgendes Beispiel angeführt: Als Schlussfolge-

rung aus der ausführlichen Darstellung des Übermaßverbots bzw. des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes wird einerseits festgestellt, dass die Verhältnismäßigkeit des weitgehenden Forschungsverbots an Embryonen schwierig zu bejahen sei (196); wenige Absätze weiter findet der erstaunte Leser freilich die genau gegenteilige Ansicht, derzufolge sich bei Anwendung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes das Embryonenschutzgesetz bezüglich des Forschungsverbotes als verhältnismäßige Regelung erweise (197). Die letztgenannte Ansicht findet sich auch in der Zusammenfassung der Thesen (250), welche die Autorin zweckmäßigerweise an den Schluss ihrer Arbeit stellt (248 ff).

Den letzten Analyseteil widmet LIADOU der europarechtlichen Dimension der Problematik (207 ff). Sie stellt fest, dass auf europarechtlicher Ebene eine explizite und klare Regelung des Zusammenspiels von Forschungsfreiheit und Embryonenschutz fehlt, und zwar sowohl in der Europäischen Menschenrechtskonvention als auch in dem Europäischen Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin sowie im Gemeinschaftsrecht. Die Menschenwürde sei jedoch auch auf der Ebene des Gemeinschaftsrechts eine unüberschreitbare Grenze (237). Diese Feststellung wird nun wohl von niemanden bestritten werden. Für die hier interessierenden Einzelfragen lässt sich m.E. daraus jedoch kaum Erkenntnisgewinn erzielen, wie die Ausführungen der Autorin und nicht zuletzt auch die aktuelle Entwicklung zeigen.

Vorliegende Arbeit stellt somit eine durchaus interessante Abhandlung aktueller bioethischer Fragen dar. Auch wenn die Schlussfolgerungen aus allgemeinen grundrechtlichen Erörterungen (vielleicht der Natur der Sache entsprechend) nicht immer klar sind, kann sie jedem empfohlen werden, der sich in die einschlägige deutsche Grundrechtsdiskussion (unter Einbeziehung der europarechtlichen Dimension) vertiefen möchte.

T.PISKERNIGG

SCHÖNES LEBEN?

Wilhelm SCHMID

Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 2000

182 Seiten

ISBN 3-518-41207-8

Viele Menschen leben allein mit einem Glück, das keines ist.

Angesichts der Einsamkeit und Orientierungslosigkeit der modernen Menschen, ihrer vergeblichen Suche nach Lebensintensität durch Lust und Konsumtion, ihres leeren Lebens, dessen einziger Zweck die Selbsterhaltung und Bedürfnisbefriedigung zu sein scheint, nähert sich der Autor den Grundfragen der Ethik: Was soll ich tun? Wie kann ich ein sinnerfülltes Leben führen?

In mitreißender Gedankenführung und gepflegter Sprache führt der Autor durch verschiedene philosophische Strömungen und erörtert den Sinn des Schmerzes und der Krankheit, sowie die Wirklichkeit des Todes, durch den die Begrenztheit der Zeit zur ständigen Mahnung wird, die eigene Existenz bei vollem Bewusstsein eigenmächtig zu gestalten. Darin besteht die reflektierte Lebenskunst.

„Sich ein schönes Leben machen“ erfordert Einkehr in sich selbst und Überwindung der nach der Erfahrung des Scheiterns aufkommenden Melancholie, doch nicht durch zwanghaftes „positives“ Denken, nicht durch Aktivismus und „Machen“, sondern durch Einschätzung der Wirklichkeit, Akzeptanz der eigenen Begrenztheit und vor allem durch die Gelassenheit, die Seelenruhe, die nur dann gegeben ist, wenn der Mensch als freies Subjekt sich selbst zu eigen ist, ein Subjekt, das mit einem Lächeln von sich selbst nicht zu viel erwartet, ein maßvolles Leben führt, sich Inseln der Muße im selbst erzeugten Stress sucht und sich geborgen fühlt im Gewölbe des Kosmos.

Durch reflektierte Lebenskunst kann man Glück erlernen. Und Glück ist ein erfülltes, bejahenswertes Leben. Es wäre ja eine „Sünde“ ein Leben zu führen, das nicht bejaht

werden kann.

Dieser Versuch einer modernen Ethik, in Freiheit ohne Sollensmoral, bemüht sich darum, den Sinn fürs Leben zu finden, nicht jedoch „den Sinn schlechthin“. Eine solche Ethik hat kein Verlangen nach dem Absoluten, nach der Transzendenz. Die Rekonstruktion einer

modernen Religiosität erscheint dem Autor jedoch wünschenswert.

„Schönes Leben?“ ist für jedermann eine interessante, bereichernde Lektüre, die sehr zum Nachdenken anregt.

E. TRUJILLO-RESCHREITER

HINWEISE

Publikationen des IMABE-Instituts

Bücher

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

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

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

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

Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. (1998) Hrsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0

Leben-Sterben-Euthanasie? (2000) Hrsg. J. BONELLI, E.H. PRAT, SpringerVerlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83525-3

Studienreihe

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

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

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

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

Imabe – Info (Kurzinformationen)

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

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

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen, Nr. 2: Euthanasie (1) – Definitionen und Klarstellungen, Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche, Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486, Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben, Nr. 3: Drogen

2000: Nr. 1: In-vitro-Fertilisation, Nr. 2: Der Schwangerschaftsabbruch in Österreich, Nr. 3: Entschlüsselung des Genoms, Nr. 4: Das Post-Abortion-Syndrome (PAS)

2001: Nr. 1: Ethische Qualität im Krankenhaus. Ein Fragenkatalog, Nr. 2: Präimplantationsdiagnostik, Nr. 3: Stammzellentherapie, Nr. 4: Xenotransplantation

VORSCHAU

Imago Hominis Band 9 • Heft 2/2002

Schwerpunkt
Ethikkommissionen

Inhaltsverzeichnis

EDITORIAL	5
AUS AKTUELLEM ANLASS	
N.AUNER <i>Entscheidung des deutschen Bundestages ..</i>	7
IMABE-ETHIKKOMMISSION <i>Erklärung zum Stammzellenimport in Deutschland</i>	9
IMABE-ETHIKKOMMISSION <i>Erklärung zum Designer-Baby</i>	10
FOCUS	
A. DILCH <i>Therapieeinschränkung in der Neonatologie..</i>	13
SCHWERPUNKT: Neonatologie	
C. MARTENS <i>Geschichtlicher Überblick.....</i>	27
C. POPOW, E.H.PRAT <i>Sinnhaftigkeit.....</i>	41
M. MEMMER <i>Wann endet die Behandlungspflicht?</i>	51
FALL	60
Z. JAROS <i>Kommentar zum Fall</i>	62
NACHRICHTEN	63
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	65
BUCHBESPRECHUNGEN	67