

# Gekauftes Leben

**Wirtschaftliche Interessen der Organspende begraben die Würde des Menschen.**

**Ein Interview mit dem Sachbuchautor Richard Fuchs. Von Bettina Recktor, Berlin.**

Eigentlich wären die Organtransplantationen ein Riesen-Geschäft. Leider fehlt es den Chirurgen jedoch an Organ-Spendern. Selbst die großangelegten Werbekampagnen können nicht allzu viele Menschen davon überzeugen, sich für das vermeintlich verbesserte Leben anderer zerstückeln zu lassen. Der Essener Chirurg Christoph Broelsch fordert daher seit Neuestem, Organspender zu bezahlen. Nach seiner reduktionistisch-materialistischen Weltsicht könnten arme Menschen somit nicht nur ihr letztes Hemd, sondern jetzt auch ihre letzte Niere verkaufen. Warum man das Leben und die entsprechenden Bestandteile nicht mit Geld aufwiegen kann und welche ganzheitlichen Prozesse beim Sterben berücksichtigt werden müssen, erklärt der Sachbuchautor Richard Fuchs in einem Interview mit Bettina Recktor.

**F**undamentalnorm unseres Grundgesetzes und höchster Wert auch anderer Gesellschaften ist die Unantastbarkeit der Würde des Menschen – und damit das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit als Grundlage unverletzlicher, unveräußerlicher Menschenrechte. Mit welcher Kälte und Grausamkeit in „zivilisierten“ Ländern von Politik, Bioethik, Wissenschaft und Medizin gegen dieses Recht verstoßen wird, dokumentiert Sachbuchautor Richard Fuchs jetzt in seinem neuesten Buch „Das Geschäft mit dem Tod“<sup>1</sup>. Entlang einer Todesspur rund um den Globus zeigt Fuchs mit erschreckender Eindringlichkeit, mit welchen Techniken und Praktiken Verbrechen an Wehrlosen begangen werden. Ob Tötung von Menschen zum Zwecke der Organentnahme, Beihilfe zur Selbsttötung oder Vernichtung

von Neugeborenen, Kranken, Alten und Sterbenden – stets wird von den jeweils Verantwortlichen mit wohlklingenden Worten beteuert, dass die Auslöschung menschlichen Seins einzig dem Wohl und Schutz des Menschen diene.

So auch bei der aktiven Sterbehilfe, die seit April 2001 in den Niederlanden sowie seit Mai 2002 auch in Belgien gesetzlich geregelt ist und von Ärzten unter bestimmten Voraussetzungen straffrei durchgeführt werden darf.

Doch selbst frühere Befürworter aktiver Sterbehilfe sprechen in den Niederlanden inzwischen von einer Verschleierung von Kapitalverbrechen. Ungeachtet solcher Warnungen und in Deutschland eindeutiger Gesetze will die FDP aktive Sterbehilfe nun erneut zur politischen Diskussion stellen.

Welche ökonomischen Interessen bestehen auf Seiten der Politik, Menschen unter Be-

rufung auf „Mitgefühl“ und Patientenautonomie aus dem Leben zu schaffen? Welche Beweggründe treiben Mediziner oder gesellschaftliche Kräfte wie zum Beispiel die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)? Welche Ängste veranlassen ganz normale Menschen, die eigene Tötung zu wünschen? Welche Vorsichtsmaßnahmen können wir zum Schutz vor diesem tödlichen Mitleid ergreifen? Mit Richard Fuchs sprach Bettina Recktor.

**Bettina Recktor:** In den westlichen Industrienationen werden die Menschen zunehmend älter, was in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Renten zu steigenden Kosten führt. Kritiker warnen inzwischen davor, dass aktive Sterbehilfe als Instrument zur Beseitigung Alter und Kranker eingesetzt werden könnte. Sehen Sie hier für Deutschland eine Gefahr?

**Richard Fuchs:** Wenn die Kosten im Gesundheitswesen explodieren, was im Moment unter der Ägide von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt wieder der Fall ist, wird gleichzeitig auch der Ruf nach Kostensenkung laut. Und diejenigen, die die schwächste Lobby haben, sind die Ersten, bei denen gespart wird.

Es heißt, dass alte Menschen im letzten Drittel ihrer Lebensphase rund 200.000 € kosten, wovon der größte Teil auf die letzten zwei Jahre entfällt, denn die hohe Lebenserwartung wird als Kehrseite der Hochleistungsmedizin oft um den Preis einer Multimorbidität erkaufte. Und ich denke, dass knappe Mittel sehr wohl zu Kürzungen bei der Versorgung alter Menschen führen können und damit Zustände geschaffen werden, die den Ruf nach aktiver Sterbehilfe lauter werden lassen.



© Markus Matzel /  
Das Fotoarchiv

**B. R.:** Gibt es konkrete Hinweise dafür, dass in Deutschland die Tötung kranker oder behinderter Menschen wie im Nationalsozialismus wieder legal sein soll?

**R. F.:** In der Politik gibt es in Deutschland zum Glück noch nicht viele, die sich offen für aktive Sterbehilfe aussprechen. Mit Schrecken stellte ich allerdings fest, dass nach Ver-

abschiedung des niederländischen Gesetzes Daniel Bahr, Bundesvorsitzender der FDP-Jugendorganisation, als Erster forderte, aktive Sterbehilfe auch in Deutschland zu liberalisieren. Diesem Vorstoß ging ein Antrag auf Legalisierung aktiver Sterbehilfe voraus, der auf dem Bundeskongress im Oktober 1999 gestellt wurde. Rudi Hielscher, stellvertretender Vorsitzende der Jungen Liberalen, verstieg sich damals sogar zu der Aussage, dass er einem „ethischen Dammbreach“ eher positiv entgegenstehe. Nach Hielscher sei „die Enttabuisierung der Gesellschaft ein vordringliches Ziel unseres liberalen Selbstverständnisses. Die Jungen Liberalen begreifen sich als Vordenker, früher oder später wird die Partei auch diese Forderung übernehmen.“<sup>2</sup>

Aus aktuellem Anlass habe ich im vergangenen Jahr vom ehemaligen Justizminister Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig (FDP) eine Bewertung des niederländischen Euthanasie-Gesetzes angefordert. Aus seinem Positionspapier geht hervor, dass selbst er Weichen für eine Regelung ähnlich wie in den Niederlanden stellt. So heißt es in dem Papier zum Schluss: „Tatsächliches Straffreibleiben der einzelnen Begleitperson (Angehöriger oder Arzt) in Fällen ausgewogener Gewissenskonflikte wird immer möglich zu

bleiben haben. Wo dem mitleidenden Menschen angesichts von Leid und Flehen des Lebensmüden ethisch einfach nichts anderes als eine aktive Tötungshilfe mehr ertragbar erscheint, wird ihm ein persönlicher Schuldvorwurf nicht zu machen sein (sogenannter entschuldigender ‘übergesetzlicher Notstand’).“

### „Gerechtfertigte Ausnahmefälle“ als Türöffner

**B. R.:** Sehen Sie hier Parallelen zu den Niederlanden? Waren es dort anfangs nicht auch so genannte „gerechtfertigte Ausnahmefälle“, die Medizinern das Töten von Menschen erlaubten?

**R. F.:** Ja, auch in den Niederlanden legitimierte vor Verabschiedung des Euthanasie-Gesetzes eine vergleichbare Argumentation ärztliches Handeln, wenn es darum ging, straffrei zu töten. Auch dort konnte sich der Arzt auf einen Notstand berufen. Wie aber die Erfahrung zeigt, dienen durch „übergesetzlichen Notstand“ gerechtfertigte Ausnahmefälle auf Feldern der Biomedizin, etwa bei der Reprogenetik und Präimplantationsdiagnostik, beim therapeutischen Klonen oder bei der verbrauchenden Embryonenforschung, immer als Türöffner für eine folgende breitere Anwendung.

Aus der Geschichte wissen wir, dass am Anfang verhängnisvoller Entwicklungen oft

kleine Akzentverschiebungen stehen. So begann am 1. September 1939 eine „Medizin ohne Menschlichkeit“ durch den folgenschweren Satz Adolf Hitlers: „Reichsleiter Bouhler und Dr. med Brand sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann.“ Die Adresse der Empfänger, Tiergarten 4, war Namensgeber für die „T4-Aktion“, dessen Ergebnisse wir kennen: Weit über 200.000 behinderte Menschen, darunter Neugeborene und Kinder, wurden im Rahmen der NS-Euthanasie-Programme durch medizinische Hinrichtungen getötet.

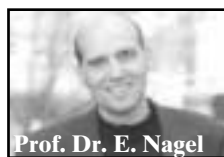
### Klassifizierung nach „Person“ und „Mensch“

**B. R.:** Die Forderung nach aktiver Sterbehilfe ist ja eingebunden in die Frage, wie heute mit kranken, behinderten und alten Menschen, wie überhaupt mit menschlichem Leben umgegangen wird.

**R. F.:** Wie auch das Dritte Reich zu Fragen der Klassifizierung von Menschen und deren Rechten seine Vordenker hatte, erleben wir heute mit der Bioethik eine philosophische Richtung, die den Menschen in „Person“ und



© dpa Johannes Rau, Prof. Christoph Broeisch



Prof. Dr. E. Nagel



Dr. Edwin Smigielski

### Profitable Verflechtungen:

**Prof. Dr. Eckart Nagel (links oben) ist Vertreter der Transplantations-Medizin und sitzt im Nationalen Ethikrat.**

**Dr. Edwin Smigielski (darunter) ist Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium und stand vorher auf der Gehaltsliste der Muttergesellschaft der Deutschen Stiftung Organtransplantation.**

**„In dieser Klinik bestimme ich, wann jemand stirbt.“ Prof. Broeisch erhält trotz seines Menschen verachtenden Denkens und Handelns von Bundespräsident Johannes Rau eine mit 25.000 € dotierte Auszeichnung.**



**Wer hat das Recht zu leben? In der neuesten EU-Grundrechtecharta wird zwischen „Person“ (mit Bewusstsein) und „Mensch“ unterschieden. Welche Konsequenzen das haben kann, hat das Dritte Reich gezeigt.**

„Mensch“ aufteilt, um ihnen je nach Bewertung abgestufte Grundrechte zuzugestehen. „Personen“ sind nach dieser Sicht nur Menschen mit kognitiven Fähigkeiten, die kommunizieren und ihre Zukunft planen können. Dagegen wird menschlichem Leben in der vor- und nachpersonellen Phase, also Embryonen, Neugeborenen, Kindern, Alzheimer-, Altersdemenz- und Komapatienten, lediglich bedingt das Recht auf Leben oder Würde zugestanden. Im Geist dieser Bioethik ist auch die in Nizza verabschiedete EU-Grundrechtecharta abgefasst, die als Vorlage für eine Europäische Verfassung dienen soll. Hier hat nicht mehr der Mensch, sondern nur die „Person“ ein Recht auf Leben. Bezeichnenderweise wiederholt sich der Per-

sonenbegriff in der Charta 24-mal. Über die Frage, wann menschliches Leben endet, ist bereits im Zusammenhang mit dem Transplantationsgesetz heftig diskutiert worden. Und ich denke, dass hier der erste Sündenfall stattgefunden hat, indem man sterbenden Menschen nicht das Recht auf einen würdigen und beschützten Tod zugesteht, sondern sie durch Organentnahme im Interesse Dritter tötet. Die Bioethik angelsächsischer Prägung ist ja ursprünglich durch den australischen Philosophen Peter Singer bekannt geworden. Inzwischen gibt es aber auch in Deutschland Verfechter einer vergleichbaren Denkrichtung, wie zum Beispiel den Philosophieprofessor und katholischen Priester Ludger Honnfelder in Bonn, Hans-

Martin Sass in Bochum, Julian Nida-Rümelin in Berlin, Reinhard Merkel in Hamburg, Peter Sloterdijk in Karlsruhe oder Prof. Dieter Birnbacher in Düsseldorf, Mitglied des DGHS-Wissenschaftsbeirats und Mitverfasser der gemeinsamen Erklärung der beiden deutschen Großkirchen zur Transplantationsmedizin.

**B. R.:** Einerseits sollen kranke Menschen durch Organtransplantationen oder gentechnische Verfahren repariert und so alt wie möglich werden. Andererseits besteht von Seiten der Bioethik das Interesse, Alte und Kranke zu beseitigen. Wie sind diese völlig entgegengesetzten Bestrebungen zu erklären?

**R. F.:** Im Gesundheitswesen hat dies schlicht und einfach mit Lobbyarbeit der einen oder anderen Seite zu tun und mit den dahinter stehenden merkantilen Interessen. Deshalb werden Philosophen, die sich der Bioethik, d. h. einer Ethik der Interessen, verschrieben haben, von Medizin und Gentechnik als Akzeptanzbeschaffer gebucht. Und wie Werbeagenturen dabei helfen, Konsumgüter und Dienstleistungen ihrer Kun-

den zu verkaufen, so werben diese Philosophen, ähnlich schlicht und durchschaubar, im Auftrag ihrer Geldgeber für neue Technologien. Dass hinter der Transplantationsmedizin Lobby-Interessen stehen, ist nicht nur mit dem humanitären Anspruch dieser Medizin zu erklären, sondern auch mit der Tatsache, dass zum Beispiel eine Nierentransplantation rund 100.000 €, eine Lebertransplantation 150.000 € kostet. Und für jede Organbeschaffung erhält die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) eine Rückvergütung von über 8.000 € – was den Verdacht nahe legt, dass das Transplantationsgesetz von vornherein als Organbeschaffungs-Gesetz angelegt wurde. Nicht von ungefähr sitzt auch ein Vertreter der Transplantationsmedizin, Prof. Dr. Eckart Nagel, im Nationalen Ethikrat des Bundeskanzlers. Oder Dr. Edwin Smegielski als Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung im Bundesgesundheitsministerium. Zuvor stand er auf der Gehaltsliste des Kuratoriums für Dialyse und Nierentransplantation, der Muttergesellschaft der DSO. Ein wichtiger Name ist auch Dr. Stephan Winter, ein Vertreter der Bioethik, der am Zustandekommen der auch in Deutschland stark umstrittenen „Biomedizinkonvention“ beteiligt war und von der Bundesärztekammer zum Bundesministerium für Gesundheit überwechselte. Das sind also Menschen, die in der Politik in ausgeprägter Form Lobbyarbeit für ganz bestimmte Richtungen machen: die einen für die Gentechnologie, die anderen für die Transplantationsmedizin. Vertreter alter Menschen finden in der Politik hingegen weniger Gehör. Dadurch kommt auch die Schieflage zustande, dass man einerseits versucht, das Leben von Menschen zu verlängern – im Übrigen mit einem Riesenkos-

tenaufwand –, andererseits Kosten bei denjenigen sparen will, die im medizinisch-technischen Industriekomplex keinen besonderen Stellenwert und auch keine Lobby haben. Abgesehen davon hat die jüngere Generation der Politiker auch keine Beziehung mehr zu alten Menschen. Vielleicht mangelt es in der aktuellen Politik auch daran, dass nicht mehr gestandene Frauen und Männer in die Politik gehen, sondern jüngere Politiker, die außerhalb dieses Jobs, der sich im Moment sehr gut auszahlt, wahrscheinlich auch nicht viele andere Möglichkeiten hätten, ihre Existenz zu bestreiten. Es sind also Berufspolitiker, die durch Lobbyarbeit der Industrie oder Wissenschaft auch korrumpierbar sind.

**B. R.:** Wie wird die Tötung Kranker und Alter durch aktive Sterbehilfe von Seiten deutscher Ärzte beurteilt?

**R. F.:** Von Medizinerinnen, mit denen ich gesprochen habe, wurde mir berichtet, dass an sie niemals der Wunsch hergetragen wurde, dass man Menschen aktiv töten solle. Weil ich unbedingt einen aktuellen Fall in dieser Richtung recherchieren wollte, habe ich beim Oberstaatsanwalt in Düsseldorf angefragt, ob ihm ein rechtlich anhängiger Fall von aktiver Sterbehilfe bekannt sei. Auch er hat die Frage verneint, wobei er aber zugestand, dass es unter Umständen eine Dun-

kelziffer gäbe. Die DGHS wiederum nennt beachtliche Zahlen, ohne jedoch bei Rückfrage einen einzigen Fall aktiver Sterbehilfe konkret benennen zu können.

#### Das Recht zu töten

**B. R.:** In Ihrem Buch beschreiben Sie, dass Ärzte in den Niederlanden auch ohne Einwilligung von Patienten töten und dass längst nicht mehr ausschließlich Schwerstkranke zu den Opfern gehören.

**R. F.:** Wie eine Untersuchung des niederländischen Justizministeriums ergab, wird die Zahl der Patienten, die von Ärzten getötet werden, ohne zuvor in ihre Tötung eingewilligt zu haben, auf etwa 1.000 pro Jahr beziffert. Auch ist nach einer Studie der Erasmus-Universität in Rotterdam die als „human“ geltende Euthanasie-Praxis äußerst brutal: Bei jedem Vierten, der getötet werden soll, kommt es zu Komplikationen. Immer wieder wachen Opfer aktiver Sterbehilfe aus dem Koma auf, mit schweren Schäden.

Auch hinsichtlich des Opferkreises werden die Grenzen zunehmend verschoben: Ärzte wurden nach der Tötung von Neugeborenen mit Missbildungen freigesprochen, ebenso 1994 ein Arzt, der das Leben einer nach Selbstmord ihrer Söhne schwer depressiven Frau beendete. 1999 wurde über aktive Sterbehilfe bei



einem Alzheimer-Patienten im Anfangsstadium berichtet, ebenso bei einem HIV-Infizierten ohne Aids-Symptome. Bei geistes oder demenzkranken Patienten wurde ganz auf Einwilligung verzichtet. In den Niederlanden hat aber noch kein Arzt wegen der beschriebenen Tötungsdelikte im Gefängnis gesessen. Eine „Normalisierung“ bei der Tötung von Menschen ist auch daran zu erkennen, dass an den medizinischen Fakultäten der Niederlande Euthanasie mittlerweile Bestandteil aller Lehrpläne für die Ausbildung zum praktischen Arzt ist.

**B. R.:** Woher nehmen Mediziner überhaupt das Recht, Menschen zu töten? Ist es Ausdruck eines Machtanspruchs, wenn nicht über den Tod, so doch über den Zeit-

punkt des Todes Kontrolle zu haben?

**R. F.:** Ein Teil der Mediziner sieht sich schon als Herr über Leben und Tod und nimmt sich das Recht heraus zu entscheiden, wann es keinen „Sinn“ mehr macht, Menschen am Leben zu erhalten. In Deutschland gibt es zum Beispiel einen Chirurgen, Prof. Christoph Broelsch, der hervorragend Lebern transplantiert. Gegenüber der Ehefrau eines Patienten, den Broelsch im Sterben getötet hat, indem er die Beatmung abstellen ließ, bestätigte er: „Ach ja, wenn Ihr Mann noch beatmet wurde, dann lebte er ja noch. Ja, dann habe ich ihn umgebracht. Aber das ist nicht schlimm, das machen wir hier immer so. [...] Hier in dieser Klinik bestimme ich, wann je-

— Anzeige —

### Wir helfen Ihren Ohren auf die Beine

bei

Wahrnehmungsstörungen • Aufmerksamkeitsdefiziten (ADD, ADS) • Sprach- und Sprechstörungen • Lernproblemen • Legasthenie • Hyperakusis (Geräuschempfindlichkeit) • Hyperaktivität • Hypoaktivität • Schwerhörigkeit

durch

**Hörwahrnehmungstraining**

- mit Barock- und Mozartmusik (Phase A)
- Sprachübungen (Phase B)

12 Wochen-Trainingsprogramm für zu Hause  
Trainingsgeräte auch im Verleih erhältlich

**AUDIVA**  
Hören und Bewegen

Behlenstr. 3 • D 79400 Kandern-Holzen  
Tel.: 07626-9779-0 • Fax: 07626-9779-11  
Internet: www.audiva.de • E-Mail: info@audiva.de

### Heilen mit Biofrequenzen

#### Der neue Solar-Zapper!

Die phänomenale Entdeckung von Dr. Hulda R. Clark

Heilung ist möglich • Eine revolutionäre Technik zur Behandlung chronischer Erkrankungen • Keine Nebenwirkungen

#### Wasserenergetisierung!

Die UMH-Technologie kombiniert energetische Aufbereitung mit natürlichem Verkalkungsschutz:

- keine Wartungskosten • kein Stromanschluss
- löst den Kalk ohne Chemie
- löscht Schadstoff-Frequenzen
- überträgt aufbauende Energien beim Trinken, Baden und Duschen

Kostenloses Info-Material:  
**Flag-Biofrequenzen • Unteribach 37 • 79837 Ibach**  
 Tel. 07672-481207 • Fax: 07672-481214 • www.flag-biofrequenzen.de

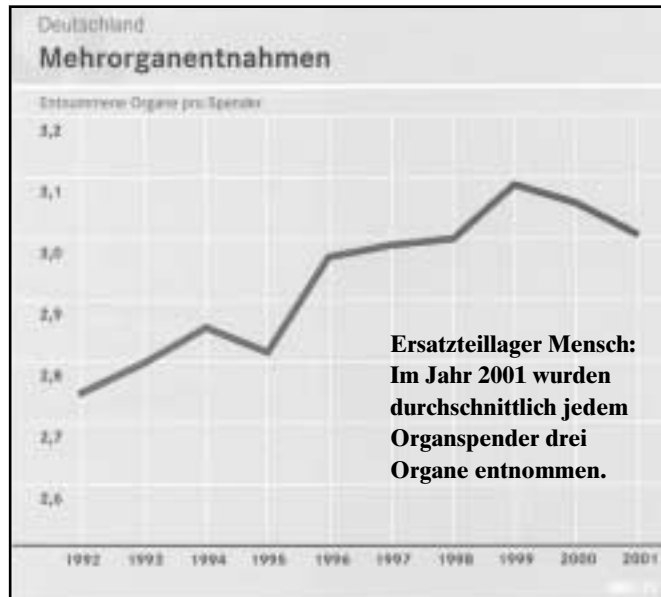
mand stirbt.“ Der Patient Gerhard E. erlitt einen qualvollen Tod. Bis er schließlich erstickte, vergingen drei Stunden und 40 Minuten. Der Fall ist von der Staatsanwaltschaft in Hamburg inzwischen eingestellt worden. Einen Prozess hat es gegen Broelsch gegeben, nachdem er einer jungen Frau, die durch eine Operation nicht mehr zu retten war, im Affekt die Pfortader durchgeschnitten hat, woraufhin die Frau verblutete. Da er aber ein Meister der Transplantation war und dem Klinikum sehr viel Geld gebracht hat, ist ihm nie etwas Ernsthaftes passiert.

Wenn die Kunst der „Götter in Weiß“ am Ende ist, mögen manche von ihnen die Ausichtslosigkeit ihres Tuns als eigene Niederlage empfinden. Lag früher ein Mensch unwiderruflich im Sterben, war dies der Moment, in dem sich Ärzte zurückzogen und dem Schicksal ihren Lauf ließen. Dagegen ist heute, zum ersten Mal in der Geschichte, auch noch mit Sterbenden ein Geschäft zu machen. Laut Transplantationsgesetz ist zum Beispiel jeder Mediziner trotz Schweigepflicht und Datenschutz dazu verpflichtet, einen „hirntoten“ Patienten dem nächsten Transplantationszentrum zu melden, statt ihn sterben zu lassen. Auch wurde der Ethikkommission einer Universitätsklinik in Niedersachsen der Antrag gestellt, an „Hirntoten“ vor der Organentnahme Arzneimittelversuche vorzunehmen.

### Blutbeflechte „Götter in Weiß“

**B. R.:** Welche psychische Befindlichkeit ist bei Ärzten zu vermuten, die Menschen töten?

**R. F.:** Im Fernsehen habe ich einige Male den niederländischen Arzt Pieter Admiraal gesehen, einen aktiven Sterbehelfer, der hier in Deutschland, in wessen Auftrag auch immer, die Aufgabe wahrgenommen hat, aktive Sterbehilfe à la Niederlande zu „verkaufen“. Er selbst gibt zu, dass er hundert



oder mehr Menschen getötet hat. Wie sich Ärzte einfach über das Tötungsverbot hinwegsetzen können, über ein Tabu, dessen Überschreitung in westlichen Industrienationen als Kapitalverbrechen gilt, ist für mich nicht nachvollziehbar. In die Psyche solcher Ärzte kann ich mich wirklich nicht hineinversetzen.

Ich denke aber, dass der Normalsterbliche kein Interesse daran hat, einen anderen Menschen zu töten oder Beihilfe zum Suizid zu leisten. Das sind eher Ausnahmefälle, wie sie uns zum Beispiel im Zusammenhang mit der Gesellschaft Exit in der Schweiz begegnen, die sich die Beihilfe zum Suizid zur Aufgabe gemacht hat. Suizid ist ja nicht strafbar, deswegen ist auch Beihilfe zum Suizid nicht verboten. Wobei es in Deutschland entscheidend ist, wer in diesem Fall die Tatherrschaft übernimmt. Für einen Arzt macht es keinen Sinn, Beihilfe zum Suizid zu leisten, zum Beispiel einen Becher Gift oder Tabletten hinzustellen, weil er in dem Moment, wo ein Mensch ohnmächtig wird, die Pflicht hat, ihm zu helfen, da er sonst wegen unterlassener Hilfeleistung verklagt werden kann.

### Existenzrecht nach wirtschaftlichen Kriterien

**B. R.:** Was für Auswirkungen hätte es auf unser Leben,

wenn wir fürchten müssten, bei Krankheit, Behinderung, im Alter oder im Sterbeprozess Medizinern ausgeliefert zu sein, die darüber entscheiden: „Diese Existenz lohnt sich nicht mehr.“?

**R. F.:** Mir persönlich macht diese Vorstellung Angst. Und es würde mir umso mehr Angst machen, wenn ich keine Angehörigen, Ehepartner, Kinder oder Enkelkinder hätte, allein stehend wäre und vielleicht auch noch mittellos. Und ich denke, dass viele alte Menschen in diesem Zusammenhang auch vorauseilende Gedanken haben, indem sie sagen, dass sie niemandem zur Last fallen wollen. Dass sie kein Leben möchten, wie man es im Extremfall in Pflegeheimen erleben kann, und die deswegen sehr dafür sind, dass man sie auf eine „humane“ Weise mit einer Giftspritze ins Jenseits befördert.

Durch die klinische Hochleistungsmedizin ist es gelungen, Menschen älter werden zu lassen. Aber sie werden in aller Regel nicht gesund alt, sondern mit vielen Gebrechen und Leiden.

Das heißt, sie werden zwar älter als früher, aber um den Preis, dass sie unter Umständen in der letzten Lebensphase leiden. Ein ganz entscheidender Aspekt ist auch, dass nicht mehr zu Hause im Fami-

lienkreis gestorben wird, sondern anonym, hinter Krankenhaus-, Pflege- oder Altersheimmauern. Und bei solchen Lebensumständen fällt es möglicherweise ganz leicht zu sagen: „Also wenn Ihr das alles nicht wollt, gibt es eben noch die andere Lösung.“ Weil es in den Niederlanden so einfach ist, Menschen zu töten, hat sich dort zum Beispiel keine Palliativmedizin entwickeln können. Menschen zu töten ist eben einfacher und preiswerter.

**B. R.:** In Ihrem Buch berichten Sie, dass bereits überlegt wird, aus Kostengründen auch Wachkoma-Patienten sterben zu lassen. Welche offiziellen Rechtfertigungen werden hierfür genannt?

**R. F.:** Im Rahmen des EU-Forschungsprogramms „Biomed I“ fand 1995 in Bonn unter Leitung von Prof. Ludger Honnefelder die zweite europäische Wachkoma-Tagung statt, um europaweit – wie der Neurologe Andreas Zieger damals feststellte – über die „Perfektionierung des Tötens“ nachzudenken. Um ein Meinungsbild einzuholen, hatten die Veranstalter im Vorfeld einen Fragebogen an 1.200 neurologische und neurochirurgische Einrichtungen verschickt. Eine der Fragen war, nach wie vielen Monaten man Wachkoma-Patienten die Nahrung entziehen solle. Auf der Tagung wurde dann darüber diskutiert, ob es nicht im „besten Interesse“ des Patienten sei, lebenserhaltende Maßnahmen wie künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr abzubrechen und wie der Tod noch „sinnvoll“ genutzt werden könne, etwa durch Organentnahme. Letzteres ist inzwischen in Deutschland vereinzelt makabere Realität geworden und auch dokumentiert.

Die Motivation, eine solche Debatte zu führen, kann nur vermutet werden, aber sie liegt auf der Hand. Es sind die hohen Betreuungs- und Pfl-

gekostet vor dem Hintergrund, dass niemand voraussehen kann, ob und wann diese Patienten wieder aufwachen. Vernachlässigt wird bei solchem Überlegen aber völlig, dass das Aufwachen durch eine frühzeitige, regelmäßige emotionale Ansprache begünstigt werden kann.

Emotionale Ansprache kann unerwartete Effekte auch bei so genannten „Hirntoten“ auslösen. Um den „Hirntod“ zu diagnostizieren, wird zum Beispiel die elektrische Aktivität der Gehirnoberfläche durch eine EEG-Ableitung gemessen. Wenn ein Neurologe glaubt, seine Diagnose durch eine Null-Linie bestätigt zu finden, kommt es vor, dass sich die Linie wieder verändert, sobald ein Angehöriger sich dem Patienten nähert und ihn anspricht. Die Tatsache, dass natürlich auch komatöse Menschen Wahrnehmungen haben, nimmt die Medizin aber nicht gern wahr. Koma-Patienten erleben die Aktivitäten der Ärzte, des

---

**„Rund 20.000 Menschen, mehr als Verkehrstote, werden in Deutschland jährlich Opfer der tödlichen Nebenwirkungen von Medikamenten.“**

---

Pflegepersonals und vor allem die schmerzhafteste Hirntoddiagnostik oft als aggressiv. Aus Furcht ziehen sie sich dann zurück und stellen sich tot, was bei der Hirntoddiagnostik zur Folge hat, dass sie letzten Endes wirklich als tot diagnostiziert werden, weil sie keine Reaktionen mehr zeigen. Und wenn der innere Mechanismus diesen Menschen

sagt: „Jetzt rühr dich nicht, du bist von Feinden umgeben“, ist das natürlich fatal.

Es gibt zum Beispiel den Fall eines Mannes aus den Niederlanden, Jan Kerkhoff, der als Hirntot galt, dessen Angehörigen es aber ablehnten, ihn als Organspender freizugeben. Nach ein paar Tagen wachte er wieder auf und lebt heute noch bei bester Gesundheit. In einem Buch hat Kerkhoff seine Erlebnisse im Koma beschrieben und berichtet, dass er während des Komas Pfleger und Ärzte wahrgenommen hat, die er vorher nicht kannte und auch im Koma nicht sehen konnte. Nachdem er aufgewacht war, konnte er sie aber ganz konkret beschreiben und wurde in seiner Wahrnehmung auch bestätigt.

#### **Leben ist ein Geschenk**

**B. R.:** Gibt es für Sie irgendeine Situation, die es rechtfertigt, das Leben eines Menschen durch aktive Sterbehilfe, also durch absichtsvolle Tötung zu beenden?

**R. F.:** Ich weiß von Medizinern, dass nicht in jedem Fall jeder Schmerz durch Schmerzmittel zu lindern ist, dass es einen kleinen Prozentsatz von Menschen gibt, die trotz Schmerzmittel einen leidvollen Tod haben werden. Ob es in diesem Fall gerechtfertigt ist, dass man sie tötet, kann ich nicht beantworten. Ich persönlich bin der Auffassung, dass das Leben ein Geschenk Gottes ist und ich nicht das Recht habe, es zu beenden oder das Beenden anderen zu überlassen. Geburt und Tod, die Grenzen des Lebens, gelten von alters her als Mysterium. Niemand weiß, welche Folgen es hat, diese natürlichen Grenzen zu verletzen. Unterschreiben würde ich allerdings, dass mir durch Schmerzmittel geholfen wird, selbst um den Preis eines früheren Todes. Letzten Endes trägt jede Gabe von Opiaten dazu bei, das Leben zu verkürzen.

## **Neue Kassen-Richtlinie zwingt Arzt zur Patienten-Tötung**

### **Deutsche Hospiz Stiftung kritisiert: Sterbende sollen verhungern**

**Dortmund.** Nach einem nicht-öffentlichen Entwurf für die Änderung der Arzneimittel-Richtlinien dürfen Ärzte zukünftig künstliche Ernährung bei Schwerstkranken und Sterbenden erst bei „klinischen Zeichen der Mangelernährung“ verordnen. Die Deutsche Hospiz Stiftung, Patientenschutzorganisation aus Dortmund, verweist auf eine Studie der Berliner Charité. Danach sinkt durch Mangelernährung die Überlebenschance bei Krebspatienten von 38% auf 9%. „Die Kassen nehmen den Patiententod in Kauf“, kritisiert Eugen Brysch, Geschäftsführender Vorstand der Deutschen Hospiz Stiftung.

Wenn die Kosten für eine Sondenernährung wie geplant erst bei starker Unterernährung erstattet werden, bringt dies auch den behandelnden Arzt in schwerwiegende Konflikte. Wider besseres Wissen und gegen die Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin muss er auf die Maßnahme verzichten. Die Vorschrift verstößt auch gegen die Bundesärztekammer-Grundsätze zur Sterbebegleitung, nach denen künstliche Ernährung zur Basisversorgung gehört. „Die neue Richtlinie zwingt den Arzt zur Patienten-Tötung – vielleicht ist das ja gewollt“. Brysch sieht darin eine „Sterbehilfe durch die Hintertür.“

### **Sterbehilfe durch die Hintertür**

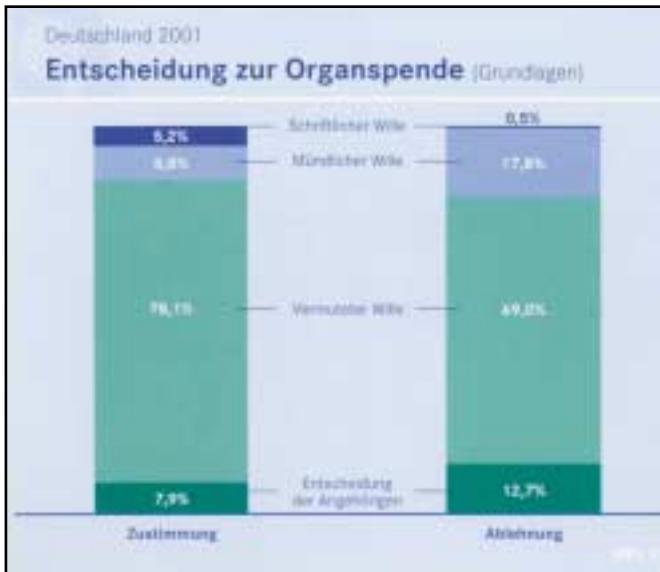
Schon seit Jahren hegt die Deutsche Hospiz Stiftung den Verdacht, dass die Diskussion über aktive Sterbehilfe wegen des Kostendrucks im Gesundheitswesen immer wieder angeheizt wird. Solange die offizielle Legalisierung nicht gelingt, versucht man die Tötung sterbenskranker Patienten durch die Aufweichung bestehender Regelungen möglich zu machen.

Zynische Schlussfolgerung: Wenn ein 1,80 Meter großer Patient erst bei Abmagerung auf 58 Kilo künstlich ernährt wird, könne man ihm auch gleich die Giftspritze geben.

Die Alternative muss aber eine andere sein: Die Schwerstkranken und Sterbenden sind das schwächste Glied im Gesundheitswesen. Ihre Bedürfnisse müssen im Mittelpunkt stehen, damit die letzte Lebensphase menschenwürdig und ohne Qualen gestaltet werden kann. „Bisher haben wir für Schmerztherapie und psychosoziale Begleitung gekämpft. Es ist traurig, dass jetzt schon die Ernährung nicht mehr selbstverständlich ist“, klagt Brysch über einen schleichenden Wertewandel.

Dass der Wunsch nach Sterbehilfe bei Menschen entstehen kann, ist für mich nachvollziehbar. Allerdings wird nicht immer klar, was mit Sterbehilfe überhaupt gemeint ist, denn häufig werden die Begriffe aktive und passive Sterbehilfe verwechselt

oder nicht differenziert genug beschrieben. Passive Sterbehilfe bedeutet, dass selbstbestimmt auf gewisse lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet werden kann, allerdings unter Aufrechterhaltung der Grundversorgung wie zum Beispiel Flüssigkeits-



zufuhr, Ernährung, Körperpflege.

### Das Geschäft mit dem Tod

**B. R.:** In unserer Kultur ist die Angst vor dem Tod sehr stark verbreitet. Berechtigt diese Furcht dazu, sterbende Menschen für Organentnahmen zu töten, um andere Menschen vorläufig vor dem Tod zu bewahren?

**R. F.:** Ich kann verstehen, dass jeder an seinem Leben hängt und sich darüber freut, ein Ersatz-Organ zu bekommen, wenn das eigene versagt. Was mich aber bei der Werbung um Organspende stört, ist, dass durch die Öffentlichkeitsarbeit der Eindruck entsteht, es handle sich um eine Spende nach dem Tod. Eine solche Formulierung ist irreführend, denn ein „Hirntoter“ ist ein noch lebender Mensch. Und wenn von „gespendetem Leben“ die Rede ist, wird die Gegenseite gern ausgeblendet, denn die Spender sind meist keine Spender, da in rund 97 Prozent aller Fälle Angehörige ihre Zustimmung für eine Organentnahme geben. Damit spenden sie etwas, was ihnen gar nicht gehört. Insofern ist der Begriff „Organspende“ auch ein Euphemismus, denn eine Spende setzt Freiwilligkeit des Spenders voraus. Laut Bundesärztekammer sollen den Opfern sogar die

Narkose und Schmerzmittel vorenthalten werden, obwohl „hirntote“ Patienten wie bei jeder normalen Operation reagieren, wenn sie ohne Narkose durchgeführt werden würde. Das heißt, die Patienten erleben die Operation als schmerzhaft, wenn ihnen ohne Narkose bei lebendigem Leib Organe entnommen werden (siehe auch raum&zeit Nr. 105, „Kommunizieren mit Patienten, die nicht mehr kommunizieren können“; raum&zeit Nr. 106, „Dialog mit Sprachlosen II“; raum&zeit Nr. 107, „Dialog mit Sprachlosen III“; raum&zeit Nr. 109, „Von der Sinnlosigkeit der Organ-Transplantation“, „Der lukrative Markt der Organ-Verpflanzungen“).

Ich habe mich früher mit Werbung und Öffentlichkeitsarbeit befasst und weiß deshalb, wie man mit wohl gesetzten Worten bestimmte Dienstleistungen oder Konsumgüter schönreden kann. Was Organtransplantation, Biomedizin und Gentechnik angeht, sehe ich dahinter meist kommerzielle Interessen, die aber mit humanitärem Anspruch verkauft werden. Die Organe fallen zum Beispiel zum Nulltarif in die Hände der Transplantationsmediziner und entwickeln sich dann unter der Hand mit beachtlicher Wertschöpfung zu

**Entscheidung für andere: In der Mehrheit der Fälle entscheiden Angehörige nach dem mutmaßlichen Willen des potentiellen Organspenders. Nach entsprechender Beeinflussung reddegewandter Mediziner fällt das Urteil meist für die Organspende aus.**

einem kostbaren Gut. Und es ist bekannt, dass Ärzte eine Menge Geld damit verdienen, je nachdem ob sie Privat- oder Kassenpatienten haben.

Es hat aber auch sehr viel mit professionellem Ehrgeiz von Ärzten zu tun und dass ihnen diese Kunst, die rein handwerklich gesehen beachtenswert ist, eine gewisse Reputation verschafft. Ich unterstelle Ärzten aber auch, dass ihnen daran gelegen ist, Menschen zu helfen. In der klinischen Medizin gibt es wirklich Hochleistungen, die anzuerkennen sind.

Auf der anderen Seite zählt die Schulmedizin selbst zu den Verursachern von Krankheiten, die Operationen oft erst notwendig machen. Viele Schäden entstehen zum Beispiel durch vermehrten Einsatz von Medikamenten, mit mehr oder weniger schweren Nebenwirkungen, wie das jüngste Beispiel des Cholesterinsenkers „Lipobay“ der Bayer AG zeigt. Rund 20.000 Menschen, mehr als Verkehrstote, werden in Deutschland jährlich Opfer der tödlichen Nebenwirkungen von Medikamenten.

Dass die Menschen heute krank alt werden, hat viel mit selbst gemachten Ursachen zu tun: verkehrte vitalstoffarme denaturierte Ernährung, Genuss- und Suchtmittel, Pillen.

Das heißt, viele Erkrankungen, die letzten Endes Transplantationen notwendig machen, sind künstlich erworben und im Grunde vermeidbar. Prävention bringt aber kein Geld in die Kassen der Ärzteschaft. Es ist eine völlige Fehlentwicklung, dass immer versucht wird, Symptome zu kurieren, statt grundsätzlich und ganzheitlich darüber nachzudenken, wodurch Menschen überhaupt krank werden. Und diese Reparaturmentalität führt letztlich zur Gentechnik und Transplantationsmedizin. Sie sind das Ende der Entwicklung unserer Schulmedizin.

**B. R.:** In Ihrem Buch schreiben Sie, dass die Mehrheit der Bevölkerung in Bezug auf Organspende argwöhnisch ist. Warum willigen trotzdem viele Menschen ein, ihre sterbenden Angehörigen für andere töten zu lassen?

**R. F.:** Bei diesen Fragen geht es immer um das Leben und Sterben anderer und nicht um das eigene Leben. Das gleiche Phänomen können Sie beobachten, wenn Sie Meinungsfragen zum Thema aktive Sterbehilfe lesen. Außerdem sind Menschen, die in Kliniken von reddegewandten Medizinerinnen oder Transplantationskoordinatoren um die Freigabe ihrer Angehörigen gefragt werden, in einer Ausnahme-situation, in der sie überhaupt keine verantwortliche Entscheidung treffen können. Das heißt, sie werden überredet von geschulten Professionellen, die etwa sagen: „Sie können Trost darin finden, wenn ein Organ ihres Angehörigen in einem anderen Menschen weiterlebt. Sie können Leben retten.“ Und das ist eine ziemlich perverse Argumentation, die sich früher auch Klinikpfarrer zu Eigen gemacht haben. Es ist immer leichter, das Gut eines anderen zu verschenken, als wenn es um die eigene Sache geht. Von vielen Eltern, die in einer Schocksituation ihre unfall-

verletzten Kinder zur Organentnahme freigegeben haben, weiß ich, dass sie ihre Entscheidung später bereut haben. Sie haben die Kinder nach der Organentnahme gesehen, mit schmerzverzerrtem Gesicht, was darauf schließen lässt, dass diese Kinder gelitten haben.

### Schutz vor ungewollter Organentnahme

**B. R.:** Welche Mittel stehen uns zur Verfügung, um uns im Fall körperlicher oder psychischer Hilflosigkeit vor tödlichen Übergriffen zu schützen?

**R. F.:** Seit 1992 ersetzt das Betreuungsgesetz die Gebrechlichkeitspflegschaft und die Entmündigung und stärkt die Autonomie des Patienten. In dem Gesetz heißt es: „Kann ein Volljähriger auf-

grund psychischer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Vormundschaftsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer.“ Das bedeutet, dass jeder vorsorglich einen Betreuer seiner Wahl schriftlich bestimmen kann und meines Erachtens auch soll, da der Amtsrichter andernfalls einen Amtsbetreuer bestellen kann. Und dann kann es Probleme geben, weil Berufsbetreuer kein Berufsbild, aber einen leichten Zugang zu diesem Beruf haben. Außerdem sind sie durch Gerichte unzureichend kontrolliert und regeln auch vermögensrechtliche Angelegenheiten des Betreuten.

Eine Betreuungsverfügung bzw. -vollmacht macht also Sinn, wenn ich sie einem Menschen meines Vertrauens gebe und erkläre, wie ich behandelt werden möchte. Seit 1999 sieht das Betreuungsgesetz eine Alternative zum Betreuer, den „Bevollmächtigten“, vor. Er hat zwar dieselben Rechte und Pflichten wie der Betreuer, soll aber darüber hinaus vermögensrechtliche Angelegenheiten regeln. Während eine Betreuungsverfügung in schriftlicher Form unter Verzicht einer amtlichen Bestätigung abgefasst werden kann, muss eine Vollmacht notariell bestätigt werden.

Ein besonderes Problem stellen Patientenverfügungen dar, denn in gesunden Tagen lässt sich nicht voraussagen, welche Entscheidung ich im Akutfall tatsächlich treffen würde. Darum ist Vorsicht geboten bei oberflächlich vorformulierten Patientenverfügungen wie etwa die christliche Patientenverfügung der beiden großen Kirchen.

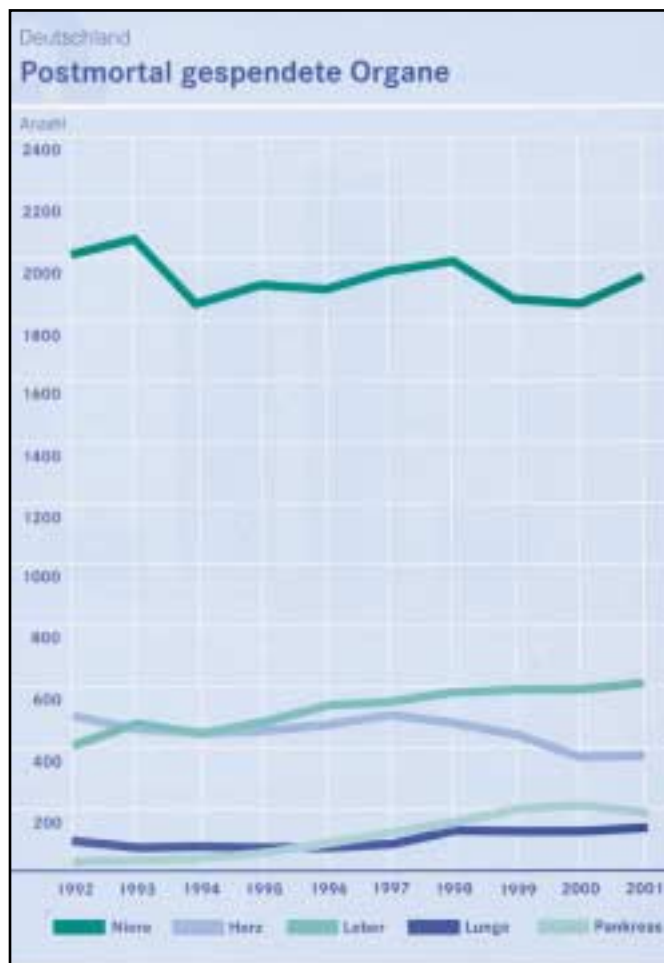
**B. R.:** In Ihrem Buch beschäftigen Sie sich auch mit Nahtoderlebnissen. Berichte darüber bestätigen, dass die Angst vor dem Tod eigentlich unbegründet ist. Wie würde sich ein gelassener Umgang mit dem Tod auf Praktiken wie aktive Sterbehilfe oder Organtransplantation auswirken?

**R. F.:** Die Nahtoderlebnisforschung befasst sich nur mit Erlebnissen von Menschen im klinischen Tod, d. h. bei Herzkreislauf-Stillstand bis zu einem gewissen Zeitpunkt, vor einer Reanimation oder bevor solche Menschen ohne Reanimation von selbst wieder aufwachen und über Nahtoderlebnisse berichten. Folglich geben diese Berichte keine Auskunft über das Leben nach dem Tod, eröffnen allerdings Perspektiven, die in der Regel unbeschreiblich Schönes erwarten lassen. Die Berichte geben zum Beispiel Auskunft darüber, wie wir Sterben erfahren, wie wir in

**„Was Organtransplantation, Biomedizin und Gentechnik angeht, sehe ich dahinter meist kommerzielle Interessen, die aber mit humanitärem Anspruch verkauft werden.“**

den ersten Minuten den klinischen Tod erleben. Und sie öffnen vielleicht auch den Blick durch das Fenster ins Jenseits.

Obwohl Nahtod- und Außerkörper-Erfahrungen so alt sind wie die Menschheit und zum Beispiel auch in der Bibel beschrieben werden, betrachten manche Theologen sie mit ängstlicher Distanz, weil ihr Meinungsmonopol zu Jenseitsfragen ins Wanken geraten könnte. Inzwischen wurden aber derart viele Berichte gesammelt und ausgewertet, dass eine übereinstimmende Erlebnisabfolge zusammengefasst werden konnte. Durch meine Auseinandersetzung mit Nahtoderlebnissen habe ich inzwischen ein verändertes Verhältnis zum Tod, und ich würde mich freuen, wenn mein Buch dazu beiträgt, dass auch andere Menschen ihre Furcht verlieren. ■



**Wenn Organspende-Befürworter von „postmortal gespendeten Organen“ sprechen, entspricht das nicht der Realität. Die Menschen sind vor der Organentnahme noch am Leben, denn die Organe müssen bis zur Entnahme durchblutet sein.**

### Quellen

- 1 „Das Geschäft mit dem Tod“, erschienen im Patmos Verlag, Düsseldorf 2001; 256 S., 22,- €.
- 2 Zitat aus dem DGHS-Mitteilungsblatt „Humanes Leben – Humanes Sterben“ (2/2001).