

Aspekte der Palliativmedizin aus moraltheologischer Sicht

**Referat anlässlich der 2. Tagung der kath. Ärztevereinigung St. Lukas
v. 10./11.10.09**

Von Pater Peter Kasteleiner, FSSPX

Sehr geehrte katholische Mediziner,

in Ihrer täglichen Arbeit sehen Sie sich zunehmend Fragen ausgesetzt, die nicht allein eine medizinische Seite haben, sondern zu Gewissensfragen werden. Das ist sicherlich bedingt durch den Fortschritt der Medizin im diagnostischen wie therapeutischen Bereich.

Dabei sind gesetzliche Regelungen oder etablierte medizinische Verfahren längst nicht mehr eine unproblematische Orientierungshilfe. In unserer Zeit ist der Wert und die Würde menschlichen Lebens fast völlig in Vergessenheit geraten. Jene, die berufen sind, Leben zu schützen und zu erhalten, wurden zu Gehilfen des Todes. Euthanasie, Empfängnisverhütung und Abtreibung sind die Zeugen einer „Kultur des Todes“, wie Johannes Paul II. sie treffend bezeichnet hat. Manche Mediziner scheinen heute auch einem „Machbarkeitswahn“ verfallen zu sein. Sterbende können so zu Versuchsobjekten werden.

Richtschnur des Gewissens für Ihre Arbeit sind das kirchliche Lehramt (soweit Äußerungen desselben zu Einzelfragen vorliegen) und die von der Kirche gebilligten Prinzipien der katholischen Moral.

Das Prinzip des Voluntarium in causa

Ein wichtiges Prinzip der Moraltheologie, das in den meisten Gewissensfragen eines Mediziners eine Rolle spielt, ist das Prinzip des Voluntarium in causa, gemeinhin - aber

eigentlich unzutreffend - „Voluntarium indirectum“ genannt.

Voluntarium est quod est a principio intrinseco cum cognitione finis. Also: Voluntarium ist jeder willentliche Akt (innerlich oder äußerlich) mit Erkenntnis des Ziels. Es ist das, was der Mensch moralisch vor Gott zu verantworten hat und führt zu einem gewissen Verdienst oder Mißverdienst.

Voluntarium ist also das mit Erkenntnis und Zustimmung gewollte.

Ein Voluntarium liegt nicht nur dann vor, wenn der Mensch das Gute oder Böse tut, sondern auch, wenn er es unterläßt.

Schuld entsteht also auch dann, wenn jemand freiwillig etwas unterläßt, das er tun konnte und sollte. Der Kapitän kann sich also beim Schiffbruch, der dadurch verursacht wurde, daß er nicht auf seinem Posten war, nicht folgendermaßen entschuldigen: „Ich habe doch gar nichts gemacht und auch den Schiffbruch nicht gewollt.“

Der Schiffbruch ist als voluntarium indirectum dem Kapitän anzurechnen.

Was man gemeinhin „voluntarium indirectum“ nennt, und was für uns bedeutsam ist, ist das voluntarium in causa. Es ist dies ein voluntarium directum, man will etwas zwar nicht in sich, aber man läßt es wegen des unzertrennlichen Zusammenhanges mit der gewollten Handlung zu.

Wenn jemand also unmäßig trinkt, obwohl er wenigstens in confuso die Folgen voraussieht, dann sind diese Folgen in ihrer Ursache (in sua causa) gewollt.

Das in causa gewollte Böse ist schuldhaft und muß gemieden werden.

Eine schlechte Wirkung ist in causa gewollt, wenn sie:

a) wenigstens in confuso vorhergesehen wurde

b) wenn sie vermieden werden konnte

c) wenn es ein Kausalband zwischen der freien Ursache und dieser Wirkung gibt

– das ist immer der Fall, wenn es sich um eine *causa per se* handelt, d.h. wo die Ursache ihrer Natur nach auf die Wirkung hingeordnet ist, die sie hervorbringt.

Beispiel: therapeutische Indikation zur Abtreibung: Man will das Leben der Mutter retten, die wegen des Zustandes einer Schwangerschaft in Lebensgefahr schwebt und wendet dazu ein Mittel oder Verfahren an, das seiner Natur nach das Kind tötet (z.B. RU 486), die Mutter an sich aber nicht heilt.

– das ist bei einer *causa per accidens* der Fall, wenn man verpflichtet war, diese Wirkung nicht eintreten zu lassen. Als *causa per accidens* bezeichnet man eine Ursache, mit der eine Wirkung nur zufällig und nebenbei verbunden ist.

Beispiele einer causa per accidens: Beim Graben eines Fundamentes stößt man auf eine Goldader.

Ein Medikament für eine Schwangere könnte abtreibende oder fruchtschädigende Wirkung haben.

Bei der Vornahme einer Handlung, aus der auch eine schlechte Wirkung folgt, ist nur dann die schlechte Wirkung nicht in causa gewollt, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:

1. Die **Handlung** selbst ist **gut oder wenigstens sittlich indifferent**, was den Gegenstand der Handlung angeht. (Für die Beurteilung dieses Punktes spielt die Absicht des Handelnden keine Rolle).

2. Die **gute Wirkung der Handlung folgt der Handlung unmittelbar** und rührt nicht erst aus der schlechten Wirkung.

]

1]

Sind gute und schlechte Wirkung zeitlich gleichzeitig, ist zu prüfen, welche Wirkung ontologisch früher ist, d.h., welche Wirkung der Handlung per se folgt und nicht per accidens.

3. Die Absicht muß gut sein und darf nur auf die gute Wirkung gehen. Eine schlechte Absicht verdirbt ja selbst die guten Mittel. Dieser Punkt bildet in der Regel wohl keine Schwierigkeit.

4. Es muß ein **hinreichend schwerer Grund** vorliegen, um die schlechte Wirkung zuzulassen. Dieser Grund muß umso gewichtiger sein:

a) je schlimmer diese Wirkung ist

b) je sicherer sie eintritt

c) je unmittelbarer sie folgt

d) je größer die Verpflichtung ist, die schlechte Wirkung zu verhindern

e) je wahrscheinlicher es ist, daß bei der Unterlassung der Handlung die schlechte Wirkung nicht eintritt.

Ist Palliativmedizin sittlich vertretbar und in welchen Grenzen?

Wenn wir o.g. Punkte betrachten, wird die grundsätzliche Vertretbarkeit einer Palliativmedizin deutlich, bei der ja nicht die Ursache der Krankheit selbst behandelt wird, sondern die Symptome derselben gelindert werden. Gute Wirkung ist hier die Linderung der Beschwerden, die per se der Behandlung folgt. Das gilt bei hinreichend schwerem Grund auch dann, wenn sich aus der Behandlung schlechte Wirkungen ergeben, wie z.B. Bewußtseinstrübung oder Verkürzung des Lebens.

Klar ist, daß Palliativmedizin nicht oder doch nur begleitend praktiziert werden darf, wenn auch die Krankheit selbst behandelt werden kann. In der Praxis sollte hier eigentlich kein

Spannungsfeld bestehen. Palliativmedizin steht nicht in Konkurrenz zur kurativen Medizin. Sie kommt zur Anwendung, wenn kurative Ansätze nicht mehr vorstellbar sind.

Aus christlicher Sicht ist das Ideal der Palliativmedizin nicht eine völlige Beschwerdefreiheit, sondern ein erträglicher Zustand, der die sich meist ergebenden schlechten Wirkungen nicht zu stark werden läßt. So muß auch der Grad der palliativen Behandlung durch ein gesundes Abwägen im konkreten Fall gemäß dem o.g. 4. Punkt bestimmt werden.

Besonders fromme Menschen könnten hier vielleicht einwenden: „Müssen wir nicht alle Schmerzen und Leiden aus Liebe zu Gott, in Vereinigung mit Christus tragen? Können wir nicht so Sühne leisten und viele Gnaden auf diese arme Welt herabziehen?“

Natürlich trägt das Leiden zur Sühne der persönlichen Sünden und zur Erwerbung von Verdiensten bei, wenn es christlich getragen wird. Da mit dem Tod jede Möglichkeit, neue Verdienste zu erwerben, verschwindet, hat der Christ, welcher in Todesgefahr ist, besonderen Grund, sein Leiden aus der Hand Gottes anzunehmen. **Pius XII. bemerkt aber hierzu:**

„Das Wachsen der Gottesliebe und die Hingabe des eigenen Willens gehen nun aber nicht von den Leiden selber aus, die man annimmt, sondern von der durch die Gnade gestützten Willensrichtung. Diese Willenseinstellung kann sich bei vielen Sterbenden lebendiger bezeugen und lebendiger werden, wenn man ihre Schmerzen lindert, weil diese den Zustand der Schwäche und physischen Erschöpfung steigern, den Aufschwung der Seele behindern und die

sittlichen Kräfte untergraben, anstatt sie zu schützen. Dagegen verschafft die Ausschaltung des Schmerzes eine organische und psychische Entspannung, erleichtert das Gebet und ermöglicht eine bedingungslosere Hingabe seiner selbst.“ [\[2\]](#)

Bei hochgradigsten Schmerzen erlaubt die Kirche sogar, Schmerzmittel in einer Dosis anzuwenden, die dem Patienten das Bewußtsein nehmen. Freilich muß hier der Patient oder sein Vertreter ausdrücklich zustimmen. Sollte die Einholung der Zustimmung nicht möglich und ein sofortiges Handeln geboten sein, darf eine solche Zustimmung eventuell präsumiert werden. Es muß dem Patienten überdies die Möglichkeit gegeben werden, seine geistlichen und zeitlichen Angelegenheiten (Beichte, Kommunion, Letzte Ölung, Testament) zu regeln, soweit er dazu imstande ist. [\[3\]](#)

Im Kampf gegen die Sterbehilfe ist die richtig verstandene und geübte Pallativmedizin ein wichtiges Mittel. Die Propagandisten der Sterbehilfe weisen ja immer wieder darauf hin, daß es unzumutbar sei, weiter zu leben, wenn man solche Qualen zu erdulden habe. Die Pallativmedizin ermöglicht nämlich in der überwiegenden Zahl der Fälle ein erträglicheres Leben und Leiden. Das Lindern von Leiden ist ja auch ein tief christliches Anliegen. Der hl. P. Pio veranlaßte den Bau eines großen Krankenhauses in San Giovanni Rotondo mit dem Namen: „Haus zur Linderung der Leidenden“.

Moralische Prinzipien einer Behandlungsbegrenzung

In diesem Zusammenhang stellt sich sicher auch die Frage nach den moralischen Prinzipien einer Behandlungsbegrenzung. Eine vernünftige und moralische vertretbare Sicht in dieser Frage bildet ein weiteres Element im Kampf gegen Euthanasie.

Der Christ ist nicht verpflichtet, jedes erdenkliche Mittel anzuwenden, um das Sterben möglichst lange hinauszuzögern. Der Christ hängt ja nicht an diesem Leben, sondern hofft auf das Ewige Leben bei Gott.

Die Moraltheologie fordert vom Menschen eine vernünftige Sorge für seine Gesundheit. Man muß nicht alle verfügbaren Mittel anwenden, um am Leben zu bleiben. Pflicht ist die Anwendung der ordentlichen Mittel. Bei dem Fortschritt der Medizin werden allerdings immer wieder Mittel, die vorher als außerordentliche Mittel einzustufen waren, zu gewöhnlichen Mitteln.

Darum spricht man besser von verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln. Dabei ist auf der einen Seite der **körperliche und seelische Zustand des Patienten** zu betrachten und im Hinblick darauf

- die Art der Therapie,

- ihr Aufwand,

- ihre möglichen Nebenwirkungen,

- die Schwierigkeit ihrer Anwendung

ins Verhältnis zum möglichen Resultat/Nutzen zu setzen.

So ist wohl für einen 45 Jahre alten Patienten mit ansonsten normaler Gesundheit eine Herzklappenoperation kein unverhältnismäßiges Mittel, wohl aber für einen Patienten der gleichzeitig an einer anderen unheilbaren und in kurzer Zeit zum Tode führenden Erkrankung leidet oder für einen 92-Jährigen. Auch muß man die Herz-Lungen-Maschine nicht angeschlossen lassen, wenn der Patient derartig geschädigt ist, daß er nicht mehr ohne diese Maschine leben kann.

Nahrung und Flüssigkeit dürfen einem Patienten nicht vorenthalten werden. Im Falle der Unfähigkeit der Nahrungsaufnahme muß eine künstliche Ernährung über Infusion oder Sonde erfolgen. Hier handelt es sich nicht um außerordentliche oder unverhältnismäßige Mittel.

In einer von Benedikt XVI. ausdrücklich gutgeheißenen Antwort der Glaubenskongregation vom 1.8.2007 auf eine Anfrage der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten wird folgendes ausgeführt:

*„Die Verabreichung von Nahrung und Wasser, auch auf künstlichen Wegen, ist prinzipiell ein gewöhnliches und verhältnismäßiges Mittel der Lebenserhaltung. Sie ist darum verpflichtend in dem **Maß, in dem und solange sie nachweislich ihre eigene Zielsetzung erreicht, die in der Wasser- und Nahrungsversorgung des Patienten besteht.** Auf diese Weise werden Leiden und Tod durch Verhungern und Verdursten verhindert.“*

[\[4\]](#)

Bezüglich des Falles eines Patienten im „anhaltenden vegetativen Zustand“ [\[5\]](#) wird nochmals betont:

„Ein Patient im 'anhaltenden vegetativen Zustand' ist eine Person mit einer grundlegenden menschlichen Würde, der man deshalb die gewöhnliche und verhältnismäßige Pflege schuldet, welche Prinzipiell die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch auf künstlichen Wegen einschließt.“ [\[6\]](#)

Auch der Kranke im „anhaltenden vegetativen Zustand“ hat daher Anspruch auf eine ärztliche Grundbetreuung (Ernährung, Flüssigkeit, Hygiene, Erwärmung, usw.) und auf die Vorsorge gegen Komplikationen, die mit der Bettlägerigkeit verbunden sind. [7]

Man könnte an dieser Stelle einwenden: „Wenn man bei einem Patienten den „Hirntod“ diagnostizieren kann, dann ist doch kein Leben mehr vorhanden und man braucht demzufolge keine Nahrung mehr zuzuführen.“

Eine ganze Reihe von Fachleuten spricht sich gegen die Gleichsetzung der Nichtmeßbarkeit von Hirnströmen mit dem tatsächlichen Tod aus. Ich möchte hier einige Stellungnahmen anführen, die im Rahmen einer Expertenanhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 27.6.1995 abgegeben wurden. [8]

Aus der Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. Gerhard Roth, Institut für Hirnforschung, Universität Bremen:

- „Die Aussage, der Tod eines Menschen sei dann eingetreten, wenn seine gesamten Hirnfunktionen irreversibel ausgefallen sind, ist aus physiologischer Sicht nicht haltbar.“

- „... nach naturwissenschaftlich gesicherten Kriterien ist dieser Körper lebendig. Er kann und darf daher nicht als Leiche bezeichnet werden. Dies gilt selbst für den tierischen Organismus und die gesetzlichen Bestimmungen für Tierversuche!“

- „Der Hirnstamm ist in Hinblick auf die Aufrechterhaltung des Lebens ein Organ wie andere Organe und kann wie diese zumindest teilweise ersetzt werden. Das Versagen der Nieren führt genauso unweigerlich zum Tod eines Menschen wie der Ausfall des Hirnstamms, sofern nicht ihre Funktion ersetzt wird. Niemand wird aber beim Ausfall der Nierenfunktion von einem toten Menschen sprechen. Die Gleichsetzung von Hirntod und Gesamttod des Menschen ist daher abzulehnen.“

- „Der Ausfall der gesamten Hirnfunktionen kann mit den heute angewandten Verfahren nicht zweifelsfrei festgestellt werden.“

- „Eine wirkliche Leiche ist für eine Organentnahme ungeeignet. Will man Organtransplantation, dann muß man akzeptieren, daß man die Organe einem lebenden Menschen entnimmt, dessen Hirn irreversibel geschädigt ist.“

- „Nur der irreversible Eintritt des Stillstandes von Herz und Kreislauf und Atmung ist der unumkehrbare Beginn des Sterbens.“

Prof. Dr. Uwe Körner, Berlin, sagt in seiner Stellungnahme:

- „Voraussetzung ist bei allen Aussagen über Sterben und Tod die Unterscheidung der drei Phasen: Sterben, Todeseintritt und Totsein.“

- „Daß der beobachtete letzte Atemzug der letzte war, läßt sich in der Regel erst nach einer gewissen Dauer des Nichtatmens und der Prüfung einiger weiterer Umstände mit Sicherheit sagen.“

- „Wenn man die Auffassung teilt, die Hirntodfeststellung sei keine Todesfeststellung sondern der sichere Nachweis für eine Unumkehrbarkeit des Sterbeprozesses, so heißt das in anderen Worten auch, der Hirntote ist ein Sterbender, er gehört noch zu den Lebenden.“

Hinter der Einführung des „Hirntodes“ verbirgt sich nicht die Absicht, den Tod des Menschen möglichst sicher festzustellen, sondern möglichst frische, d.h. lebendige, Organe als „Ersatzteile“ zur Verfügung zu haben. Dies illustriert folgende Stellungnahme eines Hirntodbefürworters (Prof. Dr. Gundolf Gubernatis, Medizinischen Hochschule Hannover, Deutsche Stiftung Organtransplantation):

„Der Hirntod ist der Tod des Menschen.... Der Sterbeprozess wird niemals endgültig erforscht sein, denn er ist nicht ausschließlich wissenschaftlich erfaßbar. Todesdefinition und Todesfeststellung sind letztlich Verabredungen.“ Er meint, deshalb „... sollte die Gesellschaft die am wahrscheinlichsten richtige Lösung, d.h. die Wissensbasis als Entscheidungsgrundlage für die 'Verabredung' heranziehen, da sie am ehesten mehrheitsfähig ist“.

Prof. Sylvius Hartwig, der Sicherheitstechnik an der Universität Wuppertal lehrt, äußert sich aus anderem Anlaß folgendermaßen: *„Da, wie gesagt, jede Technologie versagen kann, dann natürlich auch die der Bestimmung des Todeszeitpunktes. Daran ändert auch nichts die Tatsache, daß zwei Gutachter zustimmen müssen. Im Gegenteil, der Zwang, möglichst frische Organe für eine erfolgreiche Transplantation zu haben, wird die Versagenschance der Technologie durchaus beeinflussen. In diesem Zusammenhang ist es für mich aus sicherheitswissenschaftlicher Sicht wichtig, daß es kaum einen akademischen Berufsstand mit derart gebrochener Selbstkritik in Sicherheitsfragen wie den des Arztes gibt.“*

[\[9\]](#)

Bei der Frage um Leben oder Tod darf nicht nach Bedarf, Mehrheitsfähigkeit oder Verabredung entschieden werden. Vielmehr ist hier der Tutorismus anzuwenden, da das Recht auf Leben ein unveräußerliches Recht des Menschen ist. D.h. der Tod des Menschen darf nur angenommen werden, wenn die Todesfeststellung wirklich sicher ist.

Dazu ist die Feststellung des Hirntodes unzureichend.

Neben der Frage der Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr stellen sich dem Mediziner natürlich noch weitere Fragen. Darf man z.B. Herzmedikation, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung oder eine „Nierenersatztherapie“ durch Blutwäsche (Dialysetherapie) beenden oder auf die Einleitung einer solchen Therapie verzichten?

Die Frage nach der Einleitung oder Nichtweiterführung einer Behandlungsmethode ist nach dem o.g. Prinzip der Verhältnismäßigkeit zu beantworten. In der Regel wird es keine entscheidende Rolle dabei spielen, ob eine Therapie bereits am Laufen ist oder erst eingeleitet werden soll, auch wenn oft die Einleitung einer Therapie einen ggü. der reinen Fortführung einer Therapie erhöhten Aufwand darstellt.

Hier kann man durchaus die Meinung vertreten, daß eine dauernd und dauerhaft notwendige künstliche Beatmung kein verhältnismäßiges Mittel ist.

Was die übrigen Arten der Behandlung betrifft, kann man sie beenden bzw. ihre Einleitung unterlassen, wenn sie dauerhaft notwendig wären und auf das Ganze gesehen das Leiden des Patienten nur vermehren, d.h. einen schon längst begonnenen Sterbeprozess nur unnötig verlängern. Das gilt auch für den Fall eines Patienten im „anhaltenden vegetativen Zustand“.

Der Patient bzw. sein gesetzlicher Vertreter muß mit der Vorgehensweise einverstanden sein, und es muß ihm Gelegenheit gegeben werden, seine zeitlichen und geistlichen Angelegenheiten zu regeln. Dieser letzte Punkt kann Anlaß sein, daß man zeitlich begrenzt eine Therapie einleiten muß, die auf Dauer gesehen nicht verhältnismäßig ist.

Eine stets wachsende Zahl von Patienten gehört zur Gruppe der Dementen. Wie ist im Falle eines Demenzpatienten zu entscheiden?

Ein solcher Fall ist wie der eines geistig Gesunden zu beurteilen, solange er nicht in einem praktisch rein vegetativen Zustand ist. Wie der Behinderte dem Gesunden in nichts nachsteht, so auch nicht der Demente dem geistig Gesunden.

Das wichtigste christliche Anliegen des Arztes

Für uns gläubige Katholiken ist es ein überaus ernstes Anliegen, daß die Menschen nicht ungetauft oder ohne Reue über ihre Sünden und den Empfang der Sterbesakramente aus diesem Leben scheiden. Der Seelenzustand im Moment des Daheinscheidens wird ja bestimmen, welches ewige Schicksal diesen Menschen erwartet. Der Punkt der Religion ist also – wenn auch sicherlich mit gewisser Vorsicht – schon im Vorfeld mit dem Patienten anzuschneiden.

Falls ein katholischer Patient bewußtlos ist, darf man ihm wenigstens bedingungsweise (falls Zweifel an der Intention zum Empfang bestehen) die Letzte Ölung spenden lassen. Die bedingungsweise Spendung der Letzten Ölung darf im Falle der Bewußtlosigkeit selbst bei einem getauften Häretiker (z.B. Protestanten) oder Schismatiker vorgenommen werden, wenn es ohne Ärgernis geschehen kann. [\[10\]](#)

Diese Überlegungen zeigen schon, daß Arzt und Seelsorger zu einer Zusammenarbeit aufgerufen sind, aus der viel Segen für den Patienten entstehen kann. Dabei braucht der Priester auch den Arzt. Er kann, wenn er zu einem Kranken gerufen wird, oft nicht entscheiden, ob im konkreten Fall eine – wenn auch entfernte – Lebensgefahr besteht und daher die Spendung der Sterbesakramente und die seelsorgerliche Vorbereitung auf den Tod angezeigt sind. Auch haben die Patienten zum behandelnden Arzt oft großes Vertrauen, das entscheidend helfen kann, ihre Seele einer Heilung zuzuführen.

Auch aus diesem Grund sind katholische Ärzte ein großer Segen für die Menschen und die Kirche und verdienen unseren tiefen Respekt und innigen Dank für ihre aufopferungsvolle Tätigkeit.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

[1] „Et non (sicut blasphemamur, et sicut aiunt quidam nos dicere) faciamus mala ut veniant bona: quorum damnatio iusta est“ (Rom 3,8).

[2] Ansprache an die Teilnehmer des IX. Nationalkongresses der Italienischen Gesellschaft für Anästhesiologie vom 24. Februar 1957 (AAS XLIX (1957) 129-147); UTZ/GRONER: *Soziale Summe Pius XII : Aufbau und Entfaltung de gesellschaftlichen Lebens*. 3. Bd., Freiburg (CH): Paulusverlag 1961, RdNr. 5531.

[3] Ebda, RdNr. 5533.

[4] Osservatore Romano, dt. Ausgabe, vom 28.9.2007, S.8.; lateinisches Original in O.R. v. 14.9.2007; Hervorhebung durch d. Verf.

[5] Der Begriff „persistent vegetative state“ (PVS) wird im deutschen synonym für „apallisches Syndrom“ gebraucht. Hierfür wurden diagnostische Kriterien definiert. Während Funktionen des Hirnstammes, sowie spinale und autonome Reflexe erhalten bleiben, kommt es zu einem vollständigen Verlust von Bewußtsein sowie der Fähigkeit zur Kommunikation. Es ist Folge einer schweren Schädigung des Gehirns, insbesondere sogenannter höherer Hirnfunktionen. - Zu der Möglichkeit von Kommunikation und Bewußtsein in diesem Zustand hat es seit 2005 interessante Aspekte gegeben. Bestimmte Formen von Wahrnehmung und Orientierung als essentielle Bestandteile des Bewußtseins konnten nachgewiesen werden. Literatur: BIRNBAUMER, Niels: *Neuroethik des Eingeschlossenseins*. In: ENGELS; HILDRT: *Neurowissenschaften und Menschenbild*. Mentis Verlag 2005; HERKENRATH: *Aspekte zur Evaluation von Wahrnehmung und Bewußtsein*. In: Neurologie und Rehabilitation 2006. - Ich danke Herrn Dr. H. Keller für diesen Hinweis.

[6] Osservatore Romano, dt. Ausgabe, vom 28.9.2007, S.8.; lateinisches Original in O.R. v. 14.9.2007.

[7] Kommentar zur Entscheidung der Glaubenskongregation, Osservatore Romano, dt. Ausgabe vom 28.9.2007, S.8.

[8] Ausschußdrucksache 13/116,136-140.

[9] Zitiert nach: RAMM, Walter: „Hirntod und Organtransplantation“. In: *Schriftenreihe der Aktion Leben e. V.* , Nr. 12.
Absteinach 2001, S. 9 f.

[10] JONE, Heribert: *Katholische Moraltheologie*. Paderborn: Schöningh, 1931, Nr. 628.