



Inhalt AMCH 1/2020

Nikolaus Zwicky-Aeberhard: Heilige Corona, bitte für uns	1
Editorial	2
Peter Ryser-Düblin: Therapieentscheidungen im Rahmen von COVID-19	4
Nikolaus Zwicky-Aeberhard: In memoriam Dompropst Msrg. Christoph Casetti	6
Nikolaus Zwicky-Aeberhard: In memoriam Dr. med. Adelheid Grüniger	12
Nikolaus Zwicky-Aeberhard: Weitere Todesnachrichten	15
Tagung “Organspende: Nicht ohne meine Zustimmung”	16
– Axel W. Bauer: Ist die vermutete Zustimmung bei der Organspende aus ethischer Perspektive angemessen?	17
– Niklaus Herzog: Informierte Zustimmung: Ein Muss für die Organspende	41
George Delgado et al.: A Case Series Detailing the Successful Reversal of the Effects of Mifepristone Using Progesterone	43
Letzte Seite	54

Nikolaus Zwicky-Aeberhard:

Heilige Corona, bitte für uns



Gedenktag der Hl. Corona: katholisch 14 Mai, armenisch 10. November, orthodox 11. November

Da sie sich widersetzte, den Göttern zu opfern, erlitt die Hl. Corona (griechisch: Stephana) im Alter von 17 Jahren während der brutalen Christenverfolgung im Römischen Reich auf grausamste Weise ihren Märtyrertod um 300 n. Chr. Sie wurde an zwei zur Erde gebeugte Palmen gefesselt, die sie beim Hochschnellen bei lebendigem Leib zerrissen. Über die Herkunft der Heiligen gibt es verschiedene Angaben, nach der bekanntesten Legende wurde sie um 287 n. Chr. in Alexandrien geboren. Die Verehrung der Hl. Corona ist in Nord- und Mittelitalien seit dem 6. Jahrhundert belegt. In der berühmten Wallfahrtskirche in Feltre in den Dolomiten befinden sich Überreste der Hl. Corona und des Hl. Victor, welcher gleichzeitig mit der Hl. Corona das Martyrium erlitten hatte. Seit dem 14. Jahrhundert wurde die Verehrung in Bayern, Böhmen und Österreich gefördert, auch mit Wallfahrten, z. B. nach St. Corona am Wechsel in Niederösterreich, wo sich in der Pfarrkirche das aus dem Jahr 1905 stammende, hier abgebildete Votivbild befindet.

Die Hl. Corona wird angerufen für Standhaftigkeit im Glauben, gegen Seuchen und Unwetter und zum Schlichten in Geldangelegenheiten.

Quellenangaben:

- Bildnachweis: Joachim Schäfer – Ökumenisches Heiligenlexikon (Creative Commons-Lizenz)
- https://www.heiligenlexikon.de/BiographienC/Corona_Stephana.html
- Bruno Brantschen SJ: <https://www.jesuiten.ch/blog-artikel-detail/heilige-corona-reloaded.html>
- Claudia Kock: Die Wochenheilige, Die Heilige Corona in „Die Tagespost“ 30.4.2020

Editorial

Seit ein paar Monaten wird unser Alltag deutlich durch die Covid-19-Pandemie mitgeprägt. Eine direkte, eher belanglose Folge davon sind Terminverschiebungen. Die GV 2020, die am 7. März hätte stattfinden sollen, findet nun **am Samstag, 31. Oktober 2020, wiederum in Uznach**, statt. Die für 8.-10. Mai 2020 vorgesehene dritte Session der Vortragsreihe „*Der christliche Arzt*“ im Benediktinerkloster Disentis wurde auf **19.-21. Juni 2020** verschoben. Von viel grösserer Bedeutung sind weltweit die noch nicht absehbaren Folgen gesundheitlicher - und damit eng verbunden – wirtschaftlicher Natur. Und: Lehrt uns diese mit Wucht begonnene Seuche etwas? Ist der Mensch doch nicht das Mass aller Dinge? Muss die Demut (wieder-)entdeckt werden, die Gottesbeziehung in Erinnerung gerufen werden? Für den Moment scheint es uns wichtig, dass die zum grossen Teil noch gar nicht erfassbaren Probleme rund um das Coronavirus selbstlos mit beruflicher und politischer Klugheit und Kompetenz angegangen werden, ohne dabei philosophische, anthropologische und theologische Überlegungen zu vernachlässigen. Heilige Corona, bitte für uns. Auch der Heilige Karl Borromäus, der während einer Pestepidemie in Mailand ein funktionierendes Gesundheitswesen aufgebaut und selbst aktiv und ohne Furcht an der Krankenpflege teilgenommen hat, möge angerufen werden.

Um noch kurz bei Covid-19 zu bleiben: **Dr. med. Peter Ryser** hat auf den beiden nächsten Seiten seine ersten Überlegungen zu dieser Krankheit zusammengefasst. So auch zum Stichwort Triage!

Die folgenden Seiten sind lieben Verstorbenen gewidmet. Unsere langjährige Vizepräsidentin Adelheid Grüniger und unser jahrzehntelanger Geistlicher Berater Dompropst Msgr. Christoph Casetti haben unsere Vereinigung geprägt und bereichert und wir gedenken ihrer mit grossem Respekt und in grosser Dankbarkeit. Drei weitere Persönlichkeiten, die sich auch ganz dem Schutz des menschlichen Lebens verschrieben hatten, werden kurz gewürdigt.

„*Organspende: Nicht ohne meine Zustimmung*“ lautete das Thema des „Tag des Lebens“ des Bistums Chur, zu dem am 12. Oktober 2019 das Bischöfliche Ordinariat Chur und Human Life International (HLI)-Schweiz nach Zürich eingeladen hatten. Zum Beginn feierte Dompropst Christoph Casetti mit einigen Tagungsteilnehmenden die Heilige Messe in der stimmungsvollen Kirche St. Peter und Paul (für mich, Nikolaus Zwicky-Aeberhard, war es die letzte, von Msgr. Casetti zelebrierte Messe!) Die beiden Grundsatzreferate der Tagung, die grosse Beachtung fanden, sind abgedruckt: **Prof. Dr. med. Axel W. Bauer** referierte unter dem Titel „Ist die vermutete Zustimmung bei der Organspende aus ethischer Perspektive angemessen?“ Ausgehend von der Tatsache, dass im Jahr 2019 in der Schweiz und in Deutschland politische Initiativen zur Erleichterung von Organentnahmen bei sogenannten „Hirntoten“ (in der Schweiz die Volksinitiative für die Widerspruchsregelung) ergriffen wurden, ging er u.a. auf die Frage „Wie tot sind Hirntote?“ ein. Nach einer sorgfältigen, ausführlichen Analyse formulierte er folgenden aufrüttelnden Schlusssatz: „Das tragische Alleinstellungsmerkmal der Organspende, welches darin besteht, dass der potentielle Organempfänger den unfreiwilligen Tod eines anderen, ihm unbekanntem Menschen herbeisehnen muss, um eine Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands – vielleicht –

erreichen zu können, ist mit der regelhaften Vermutung einer Zustimmung des Betroffenen zur Organentnahme nach meiner Überzeugung prinzipiell unvereinbar. **Lic. iur et theol. Niklaus Herzog** fordert „ein klares und unmissverständliches Nein zur Widerspruchsregelung“, da diese einen massiven Eingriff in die Persönlichkeitsrechte, vor allem in das körperbezogene Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf körperliche Integrität bedeuten würde. Er schildert, wie der Bundesrat mit seiner „Erweiterten Widerspruchslösung“ gegenüber seiner früheren Haltung einen Schwenker gemacht hat. Am 8. März 2013 hatte er nämlich festgehalten: „Das Neutralitätsprinzip des Bundes besteht darin, nicht aktiv auf die Förderung der individuellen Spendebereitschaft hinzuwirken. Der Staat soll in dieser Frage neutral bleiben und jeden individuellen Entscheid zur Spende respektieren. Eine Pflicht zur Organspende kann es nicht geben.“

Am 13. Juni 2019 fand in der Universitäts-Frauenklinik Bern eine Fortbildung zur Thematik „*Successful Reversal of the Effects of Mifepristone Using Progesterone* (Erfolgreiche Aufhebung der Wirkung der Abtreibungspille Mifepristone durch Progesteron) statt. Der Gynäkologe **Dr. med. Werner Förster** aus Einsiedeln führte durch die Tagung, welche in Zusammenarbeit mit **Prof. Dr. George Delgado, M.D., FAAFP**, Präsident des STENO-Instituts stenoresearchinstitute@gmail.com in Escondido, U.S.A und der Arbeitsgruppe APR www.arbeitsgruppe-apr.ch (APR=Abortion Pill Reversal) durchgeführt wurde.*) Den Teilnehmenden gewährte die SGGG (Schweiz. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) 4 Credits an die Kernfortbildung. Das Wesen der Aufhebung der Mifepriston-Wirkung durch Progesteron wird in der Arbeit von Prof. Delgado eindrücklich aufgezeigt. Mit seiner ausdrücklichen Erlaubnis konnte sein Originalartikel *A Case Series Detailing the Successful Reversal of the Effects of Mifepristone Using Progesterone* im vorliegenden Heft unserer Acta abgedruckt werden. Schade, dass man von dieser an sich einfachen APR-Methode, die in den U.S.A. offensichtlich etabliert ist, in Europa bis jetzt sehr wenig hört. Daher danken wir den Veranstaltern dieser Tagung, insbesondere auch der Universitäts-Frauenklinik Bern für die Durchführung dieser wertvollen Fortbildung, welche geeignet ist, das Wissen über APR zu verbreiten und weiter zu vertiefen.

Beachten Sie auch die **Letzte Seite** mit wichtigen Terminen.

Mit guten Wünschen

Rahel Gürber, Präsidentin

Nikolaus Zwicky-Aeberhard, Past Präsident

*) Die Arbeitsgruppe APR (Abortion Pill Reversal) ist aus der SHMK (Schweizerische Hilfe für Mutter und Kind), Münchenstein, hervorgegangen.

P.S.: Wir bitten erneut diejenigen Mitglieder, die uns ihre Email-Adresse noch nicht bekanntgegeben haben, uns diese noch zuzustellen. Unsere Email-Adressen siehe unter Impressum. **Vielen Dank!**

Therapieentscheidungen im Rahmen von COVID-19

Im Rahmen der Corona-Pandemie ist auch die Schweiz schwer betroffen worden. So sind anfangs Mai über 30'000 Infektionen und über 1800 Todesfälle registriert worden. Von Anfang an galt die Sorge der möglichen Überlastung von Spitalressourcen und Intensivstationen. Dabei hat die Landesregierung stets darauf verwiesen, dass der Gesundheit der Bevölkerung und dem Schutz der Risikopopulation Vorrang eingeräumt würden. Im Hinblick auf eine mögliche Ressourcenknappheit wurden früh während der Epidemie Spital- und insbesondere Intensivpflegebetten freigestellt, um allfällige Beatmungsplätze sicherzustellen. Denn ein wichtiges Kennzeichen der Infektion mit dem Coronavirus stellt die damit verbundene Lungenentzündung (COVID-19) dar. Im Falle der Beatmungsbedürftigkeit ist dieses Befallsmuster mit einer hohen Letalität verbunden.

Angesichts der Epidemie wurde mit einem hohen Andrang von behandlungsbedürftigen Patienten in Spitälern und Intensivstationen gerechnet. In diesem Zusammenhang sind von der SAMW Triagerichtlinien für Intensivmedizinische Behandlungen bei Ressourcenknappheit erstellt worden.¹ Zudem wurden gefährdete Personen auf die Patientenverfügung² und advance care planning hingewiesen.

In Bezug auf eine notwendige Triage sind von der SAMW gesundheitliche Störungen festgehalten worden, die gegen eine Aufnahme in Intensivstationen sprechen. So unter anderem chronische Vorerkrankungen wie Herzinsuffizienz Stadium NYHA IV, COPD GOLD Stadium 4, schwere Leberzirrhose und schwere Demenz. Positiv zu vermerken ist, dass die SAMW das Alter der Patienten nicht als alleiniges Kriterium für Intensivbehandlungen anerkennt. Andererseits wird anhand einer chinesischen Studie darauf verwiesen, dass das Alter allein ein Prognosefaktor darstellt. Damit stellt sich dennoch die Frage der Diskriminierung älterer Patienten. Allerdings ist auch hinzuzufügen, dass die Prognosestellung im Rahmen einer Coronavirusinfektion schwierig und komplex ist. So scheint neben diversen Vorerkrankungen auch das Übergewicht ein erhöhtes Risiko darzustellen. Allgemein zeigt sich, dass man über diese Virusinfektion schlicht noch nicht über ausreichendes Wissen verfügt. Dabei hat sich im Laufe der Zeit gezeigt, dass das Coronavirus eine Art Vaskulitis auslösen und nicht nur die Lunge, wie anfänglich vermutet, sondern auch andere Organe

¹ Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit vom 24.3.20

² Hippokratische Gesellschaft: Patientenverfügungen während der Corona-Epidemie

befallen kann.³ Unklar ist auch, warum manche Infizierten keine oder nur milde Symptome entwickeln.

Die Patientenverfügung kann für intensivmedizinische Entscheide sicher hilfreich sein. Immerhin ist die Antizipierbarkeit von medizinischen Situationen angesichts der Komplexität der Erkrankung auch erschwert. Wichtig ist, dass im Hinblick auf knappe Ressourcen nicht Druck auf Patienten ausgeübt wird, auf Behandlungen zu verzichten. Dasselbe gilt besonders auch für das advance care planning, das darauf ausgerichtet ist, nicht erwünschte Spitalaufenthalte und Intensivbehandlungen zu vermeiden.⁴ Wichtig erscheint auch die palliative Symptomkontrolle bei Patienten, die keine lebenserhaltenden Behandlungen erhalten. Hier sollte die seelsorgerische, spirituelle Betreuung gewährleistet sein.

P. Ryser-Düblin

³ COVID-19: Auch eine systemische Gefässentzündung, Medienmitteilung USZ 20.4.20

⁴ Schweizerisches Medizin Forum 2020, 20, 280-281



In memoriam

Dompropst Msgr. Christoph Casetti 4. Juni 1943 – 9. Februar 2020

Wir trauern um den am 9. Februar 2020 verstorbenen Dompropst Msgr. Christoph Casetti. Er war während über 30 Jahren geistlicher Berater unserer Vereinigung und hat diese in einer Zeit eines zunehmend utilitaristischen Denkens in bioethischen und vielen andern Fragen durch sein stets aufgefrischtes Wissen, seine Glaubensstärke und Glaubensstreue wesentlich mitgeprägt. Seine Präsenz war beeindruckend: er hat an praktisch allen Vorstandssitzungen und Tagungen teilgenommen und diese mit zahlreichen Referaten und Diskussionsvoten bereichert. Dem lieben Verstorbenen bleiben wir in grosser Dankbarkeit freundschaftlich verbunden. RIP. Er hat uns sein „Gebet des Arztes“ geschenkt, das wir vor jeder Vorstandssitzung und Generalversammlung beten. Es ist am Schluss dieses Beitrags abgedruckt.

Lebenslauf

Die Chronologie entnehme ich zum grossen Teil dem zu Beginn des Requiems am 14. Februar 2020 in der Kathedrale Chur durch Frau Maria Prügl verlesenen, von dieser und Frau Donatella Casetti (Schwester des Verstorbenen) zusammengestellten Curriculum, ferner der Festschrift „Ein Leben für das Leben“ zum 75. Geburtstag von Christoph Casetti, hrsg. von Sr. Elisabeth Stengele und Prälat Dr. Helmut Prader.

Als Ältester von 4 Kindern wuchs Christoph an der Drusbergstrasse in Zürich auf. Sein Vater war Architekt und sehr interessiert an philosophischen und theologischen Fragen und verrichtete regelmässig das Stundengebet. Seine Mutter, Kinderkrankenschwester, war Konvertitin. Noch während seiner Gymnasialzeit gründete Christoph eine Jugendgruppe, die sich jeweils bei ihm zu Hause traf. Nach der Matura studierte er Philosophie in Rom und Paris sowie Theologie in Münster/Westfalen, wo Josef Pieper einer seiner sehr geschätzten Professoren war. 1973 erwarb er das Lizentiat in Theologie mit der Arbeit „Anthropologische Vorüberlegungen einer Moraltheologie der Hoffnung“. Im gleichen Jahr trat er in das Priesterseminar in Chur ein und empfing 1974 die Priesterweihe. Von 1974 bis 1982 wirkte er als Vikar in drei verschiedenen Pfarreien in Zürich und machte Erfahrungen mit Leuten aus verschiedensten Kreisen: in St. Peter und Paul waren es viele betagte Personen, aber auch Prostituierte und Randständige, in St. Katharina pflegte er vor allem die Jugend- und Familienarbeit. Die Teilnehmer der damaligen Jugendgruppe haben heute noch Kontakt untereinander und aus ihr ging eine heute noch bestehende Bibelgruppe hervor. In dieser Zeit war er auch Dozent für Religion und Ethik in der Krankenpflegeschule am

Limmattalspital. Auch dort knüpfte er Beziehungen an, die bis zu seinem Tod andauerten. Schon durch sein Wirken als junger Priester in Zürich erwies er sich als ein Mann der Beständigkeit und Treue.

Seine Churer Zeit begann 1982, als er von Bischof J. Vonderach zum Bischofsvikar des Bistums Chur ernannt wurde. Von 1984 bis 1993 wirkte er zusätzlich als Pfarrvikar in Planken (FL), wo er seine seelsorgerische Berufung weiter pflegen konnte. 1990 wurde Christoph von Bischof Wolfgang Haas (1990-1997 Bischof von Chur) zum Generalvikar für den Kanton Zürich ernannt, ein Amt, das er bis 1993 innehatte, ein Amt, das für ihn mit viel Demütigungen einherging, von denen er sich aber nie beugen liess.

Seit 1993 war er Mitglied des Domkapitels Unserer Lieben Frau von Chur, seit 2012 in der Funktion als Dompropst. Seit 1993 wirkte er zudem als Diözesanrichter des Bistums Chur. Zwischen 1990 und 2009 war er als Mediensprecher zuständig für die Informationsstelle des Bistums Chur. 2009 wurde er von Bischof Vitus zum Bischofsvikar für Glaubensverkündigung und Katechese ernannt. Im gleichen Jahr erhielt er von Papst Benedikt XVI. den Titel „Monsignore“. Entsprechend seiner feinen, humorvollen Art witzelte Christoph dann über die „entzündeten Knopflöcher“. Seit 2010 war er Mitglied der Diözesanen katechetischen Kommission. 2014 wurde ihm von Bischof Vitus das Spezialmandat erteilt, alles zu entscheiden, was das kanonische Recht dem Diözesanbischof vorbehält betreffend das Diözesane Priesterseminar sowie das Vorbereitungsjahr, die Aufnahme von Priesteramtskandidaten und die Zulassung zur Diakonats- und Priesterweihe. Seit 2014 nahm er im Bistum Chur die Aufgabe des Exorzisten wahr. Wichtige Arbeit leistete er in der Kathedralstiftung, die für die Restauration der Kathedrale, der Mutterkirche des Bistums, verantwortlich war, ebenso für die Realisierung des in diesem Jahr zu eröffnenden Domschatzmuseums.

Sowohl als Seelsorger wie als Vortragsreferent und Autor von Büchern, Artikeln und Kolumnen – seit 2002, d.h. seit der Einführung der Fristenlösung, hat Christoph Casetti zwei bis drei Mal jährlich eine Kolumne zu Lebensrechtsthemen im „Bündner Tagblatt“ veröffentlicht – war er bekannt und beliebt (nicht überall, denn „political correctness“ war für ihn nie eine Option).

Neben den zahlreichen diözesanen Aufgaben engagierte sich Christoph Casetti in seinen Schwerpunktbereichen Lebensschutz und Seelsorge in vielfältiger Weise. Die folgende Auflistung ist eindrücklich, aber unvollständig:

- Zusammen mit Vertretern von Billings, Camen, AVIFA und INER (d.h. Vereinigungen, die die Natürliche Empfängnisregelung NER erforschen und fördern) gründete er 1985 die „Interessengemeinschaft für Natürliche Familienplanung Schweiz/Fürstentum Liechtenstein IGNEP“ und präsierte diese seither;
- Er nahm regelmässig an den Jahrestagungen von INER (Institut für natürliche Empfängnisregelung nach Dr. Josef Rötzer) teil, meistens mit einem Vortrag;

- Seit über 30 Jahren war er, wie eingangs erwähnt, geistlicher Berater unserer Vereinigung;
- Seit Jahrzehnten begleitete er die Interdiözesane Lourdeswallfahrt der deutschen und rätoromanischen Schweiz als beliebter Beichtvater, aber auch als geistlicher Berater des Lourdespilger-Ärzteteams. Unvergesslich bleiben seine geistlichen Impulse zu Beginn des täglichen Ärztberichts;
- Mit Herzblut arbeitete er im Heilungs- und Befreiungsdienst, sowie in der Seelsorge für Getrennte und zivil Wiederverheiratete;
- Er engagierte sich im Vorstand des Vereins „Kinderheim Sunneblueme“ in Zürich, im Verein „Jugend und Familie“, im schweizerischen Zweig des Vereins Teenstar, im Verein „Notburga“ (Hilfe für schwangere Frauen und Mütter in Not vor und nach der Geburt);
- Seit Beginn war er im Vorstand der vor 30 Jahren gegründeten Theologischen Sommerakademie in Aigen (OÖ), wo er auch regelmässig als Referent wirkte;
- Auch beim Kongress „Freude am Glauben“ der Deutschen Katholiken trat Christoph Casetti regelmässig als begehrter Referent auf;
- Er pflegte rege Kontakte mit Weihbischof Andreas Laun der Erzdiözese Salzburg im Zusammenhang mit der katholischen Ehe- und Familienpastoral.

Schwerpunkt Lebensschutz

Für Christoph war immer klar, und dafür setzte er sich kompromisslos ein: Das (irdische) Leben des Menschen beginnt mit der Befruchtung, d.h. der Vereinigung der menschlichen Eizelle und der menschlichen Samenzelle und endet mit dem natürlichen Tod. Damit ist klar, dass er der Weitergabe des menschlichen Lebens stets grosse Beachtung schenkte. In diesem Zusammenhang ist es interessant, wie er auf die 1968 erschienene Enzyklika *Humanae vitae* reagierte. In seiner Laudatio zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. med. Josef Rötzer im Jahr 2000 erzählte Christoph Casetti: „Bevor wir uns persönlich kennen lernten, sind Sie, lieber Dr. Rötzer, mir als Autor begegnet. Es liegt mir daran zu betonen, dass ich dies einem evangelischen Arzt verdanke, mit dessen Tochter ich in meiner Studienzeit befreundet war. Es muss wohl 1969 oder 1970 gewesen sein, als diese Bekannte mir das Buch ‚Menschenbild, Sexualität und Ehe‘ von Josef Rötzer auf Empfehlung ihres Vaters brachte. Der evangelische Arzt in Münster/Westfalen zeigte damals Verständnis für die Enzyklika *Humanae vitae* von Papst Paul VI., er müsse die ‚Pille‘ zwar in der Praxis verschreiben, weil er sonst seine kinderreiche Familie nicht durchbringen könnte, aber seiner eigenen Frau würde er die ‚Pille‘ nie geben. Er gab mir auch alle medizinischen Artikel zu lesen, die sich wegen der vielen Nebenwirkungen kritisch zu den Ovulationshemmern äusserten. Ich erzähle dies, um daran zu erinnern, dass in diesem ethischen Bereich immer wieder schöne ökumenische Erfahrungen möglich sind. (...) Der Arzt aus Münster und Ihr Buch ‚Menschenbild, Sexualität und Ehe‘ haben mir geholfen, die Enzyklika *Humanae vitae* ernst zu nehmen und nicht blindlings in den grossen Chor derjenigen Theologen

einzustimmen, die dem Papst lauthals widersprachen. Es hat mir damals eingeleuchtet, dass es der Würde des Menschen besser entspricht, den Sexualtrieb mit dem Stirnhirn, d.h. mit Verstand und Charakter, zu steuern statt mit Verhütungsmitteln.“ Christoph hat sich durch seine Hinwendung zur Enzyklika *Humanae vitae* sehr intensiv mit deren Inhalten und der Natürlichen Empfängnisregelung auseinandergesetzt, so auch in zahlreichen Vorträgen und Publikationen, bei uns zuletzt in den *Acta Medica Catholica Helvetica*, Doppelnummer 1+2 (2019). Eine besondere Pflanze, die wichtige Früchte trägt, ist die von ihm gegründete, oben erwähnte IGNEP!

Eine besondere Aufmerksamkeit schenkte er ungewollt Schwangeren und unterstützte Vereinigungen für Mütter in Not spirituell, aber auch ganz konkret finanziell, wobei die Unterstützung sich nicht nur auf die Zeit der Schwangerschaft, sondern auch auf die Zeit nach der Geburt, solange nötig, erstreckte. Abtreibung lehnte er konsequent ab und warnte auch vor den Folgen einer Abtreibung (Post Abortion Syndrom). In seinem Artikel „Klartext“ in der Festschrift *Ein Leben für das Leben* führt Prälat Dr. Martin Grichting aus: „Mit dem grossen Verfechter des Lebensrechts, dem Hl. Papst Johannes Paul II., stellt er (Casetti) fest: ‚Wenn der Mensch allein, ohne Gott, entscheiden kann, was gut und was böse ist, dann kann er auch verfügen, dass eine Gruppe von Menschen zu vernichten ist‘. Auch Kinder mit Trisomie 21 gehören zu dieser Gruppe. Nur eine Minderheit von ihnen dürfe noch das Licht der Welt erblicken. Auch hier argumentiert Bischofsvikar Casetti theologisch: ‚Die bedingungslose Menschenliebe, die Jesus verkündet und mit seinem Leben bezeugt hat, erlaubt niemals die Aussonderung und Ausmerzungen von angeblich lebensunwertem Leben‘.“ Er beklagte, dass durch die Einführung der Fristenlösung 2002 ein „Recht auf Abtreibung“ gefolgert wurde. Zur Euthanasie (dazu gehört auch der in der Schweiz erlaubte assistierte Suizid) bemerkte Casetti, wenn das Leben an seinem Anfang preisgegeben werde, werde am Ende des Lebens das Gleiche geschehen (und es geschieht schon in erschreckendem Ausmass!).

Weihnachtsbrief 2019 und letzte Kolumne

Christoph pflegte jedes Jahr um Weihnachten einen inhaltreichen Rundbrief zu verfassen mit einem Jahresrückblick. Jeder dieser Briefe hatte auch Zeugnischarakter. Der letzte dieser Briefe, der Weihnachtsbrief von 2019 also, weist eine besonders eindrückliche Dichte auf. Ich erwähne einige Passagen, zum Teil mit Zitaten, aus diesem wertvollen Schreiben. Zuerst stellt Christoph dankbar fest, dass es ihm vor allem seitens des Herzens besser gegangen sei als im Vorjahr. Er weist dann auf den Bau und die Einrichtung des Domschatzmuseums hin, das „im kommenden August eröffnet und sehr schön werden“ wird. Sonst bewege sich seine Tätigkeit und sein Leben im gewohnten Rahmen. Er nehme an den Sitzungen des Bischofsrates teil und vertrete das Bistum weiterhin in verschiedenen Gremien. Er fügt bei: „Diese Aufgaben erfülle ich seit 1982 und bin ehrlich gesagt inzwischen ziemlich amtsmüde.“

Bei den Priesteramtskandidaten, die in Chur studieren, hielt er Vorträge mit Akzenten, welche in der Ausbildung eher zu kurz kommen. Zur Seelsorge schreibt er: „Neben der Verkündigung in Vorträgen und Predigten sowie in Artikeln erfreut mich besonders die unmittelbare seelsorgliche Tätigkeit. Der Heilungs- und Befreiungsdienst könnte inzwischen praktisch eine 100%-Stelle sein. Fast täglich habe ich mit diesen Sorgen und Nöten zu tun, sei es am Telefon, über Mails bzw. weitere digitale Kontakte, sei es in persönlichen Gesprächs- und Gebetszeiten im Studio, das mir dafür zur Verfügung steht“. Eine von Christoph geistlich begleitete Pilgerfahrt mit Drusberg-Reisen führte zum hl. Franziskus in Assisi und zur hl. Rita in Cascia, weiter zu Padre Pio in S. G. Rotondo, zum Erzengel Michael auf dem Monte Sant'Angelo und über Manopello nach Loreto. Bei der Internationalen Theologischen Sommerakademie in Aigen hielt er einen Vortrag über die Tradition im Sinne seines verehrten Lehrers Josef Pieper, anlässlich der Theologischen Sommerakademie in Augsburg predigte er in zwei heiligen Messen. „Solche Kongresse oder Akademien sind für mich wertvolle Elemente der regelmässigen Fortbildung.“

Wie in früheren Jahren unternahm Christoph mit seiner Schwester Donatella die zur Tradition gewordene Klosterreise nach Frankreich. „In Beaune im Burgund beeindruckte uns einmal mehr das alte Krankenhaus Hôtel-Dieu, wo der Krankensaal wie eine Kirche aussieht. Einige Tage hielten wir uns im Karmel von Dijon auf. (...) Die Reise führte uns weiter über die Abbatte Notre-Dame de Venière ins Zisterzienserkloster von Acey, (...) Die schlichte Abteikirche aus dem 12. Jahrhundert beeindruckt uns immer wieder. Über das Priorat des Hl. Bernhard in Ottmarsheim im Elsass, wo wir den eindrücklichen romanischen Zentralbau der alten Klosterkirche bewunderten, kehrten wir in die Schweiz zurück.“

Mit folgenden zukunftsweisenden Worten schloss Christoph seinen letzten Weihnachtsbrief: „Nun wünsche ich allen, welche mein Rundbrief erreicht, viel Freude über die Menschwerdung Gottes. Die Christen des Ostens sagen: Gott ist Mensch geworden, um den Menschen Anteil am göttlichen Leben zu geben. Dies geschieht – so Jesus im Johannesevangelium – durch eine zweite Geburt, die ins ewige Leben führt. In diesem Sinne: Frohe Weihnachten und ein gesegnetes neues Jahr!“

Und nun zur letzten Kolumne. Diese wurde am 17. Januar 2020 in der „Schweiz. Katholischen Wochenzeitung“ publiziert unter dem Titel *Ave Maria*. Es ist eine tief berührende Betrachtung, die mit folgenden, wiederum zukunftsweisenden Worten schliesst: „Jetzt und in der Stunde unseres Todes‘. Das sind die beiden wichtigsten Momente, die immer näher aneinander rücken. Was hinter mir liegt, kann ich nicht mehr beeinflussen, was vor mir liegt noch nicht. Nur im Jetzt habe ich die Freiheit, zu lieben oder nicht zu lieben. Und im Tod kommt alles darauf an, dass ich mich ganz für Jesus entscheide, wie Maria es getan hat, damit ich wie sie in den Himmel komme. ‚Amen‘. Ja, das glaube ich.“

Gebet des Arztes

„Vater im Himmel, Du hast den Menschen nach Deinem Ebenbild geschaffen und ihn zur Liebe berufen. Krankheit und Tod sind Folgen der Erbsünde. Du aber willst, dass alle Menschen gerettet werden. Darum hast Du Deinen Sohn als Erlöser gesandt. Dafür danken wir Dir und lobpreisen Dich.

Jesus Christus, unser Herr und Heiland, Du hast Sünden vergeben und Kranke geheilt. Du hast für uns gelitten und bist für uns gestorben. In Deiner Auferstehung hast Du den Tod besiegt. Als Arzt der Seele und des Leibes hast Du den Menschen gedient. Dafür danken wir Dir und lobpreisen Dich.

Heiliger Geist, unser Tröster und Beistand, Du bist ausgegossen in unsere Herzen, um uns zu helfen, die Liebe des dreifaltigen Gottes zu erwidern. Dafür danken wir Dir und lobpreisen Dich.

Vater im Himmel, lass uns in jedem Patienten ein Kind Gottes erkennen, ausgestattet mit der Würde, die jeder Person eigen ist, berufen zur ewigen Glückseligkeit bei Dir.

Jesus Christus, lass uns bei unserem Dienst des Heilens Dir nachfolgen. Lass uns in jedem Leidenden Dein Antlitz erkennen und in jedem Kranken Dir dienen.

Heiliger Geist, gib uns die Kraft, unseren Patienten beizustehen und sie zu trösten, wo leibliche Heilung nicht mehr zu erwarten ist. Hilf uns, die Grenzen unseres Handelns anzunehmen und unser Wirken immer wieder in Gottes Hand zu legen, der uns liebt jetzt und in Ewigkeit. Amen.“ (Christoph Casetti 2005)

Nikolaus Zwicky-Aeberhard, Past Präsident der Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz

In memoriam

Dr. med.

Adelheid Grüniger

21. März 1937 – 4. Mai 2019

Dr. med. Nikolaus Zwicky-Aeberhard,
Past Präsident der VKAS

Curriculum

Adelheid Grüniger wurde am 21. März 1937 in Basel geboren, d.h. am Gedenktag des Hl. Bruder Klaus. Auf diesen zeitlichen Zusammenhang hat Adelheid mehrmals freudig hingewiesen. (Nach der Heiligsprechung von Bruder Klaus im Jahr 1947 durch Papst Pius XII. wurde der Gedenktag auf den 25. September festgelegt.)



Adelheid wuchs in Zürich und (während der Kriegsjahre) in Vals GR auf (1). Nach der Matura Medizinstudium in Zürich und Rom, 1966 Promotion in Basel. Mit missionsärztlichem Berufsziel folgte eine allgemeinmedizinische, pädiatrische und geburtshilflich-gynäkologische Ausbildung mit Spezialisierung in allgemeiner Chirurgie. Aus familiären Gründen (Mutter inzwischen alleinstehend) blieb Adelheid in der Schweiz und arbeitete als Oberärztin auf der damaligen chirurgisch-gynäkologischen Abteilung des Kantonsspitals Nidwalden. Nach Verselbständigung der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik auf den 1. Januar 1984 unter Chefarzt Dr. med. Rudolf Ehmman arbeitete sie mit diesem als Oberärztin weiter am Kantonsspital Nidwalden. In dieser Zeit erwarb sie sich in zusätzlichen Ausbildungsmonaten an der Frauenklinik Luzern (Chefarzt Prof. Dr. med. G. A. Hauser) den Facharzt-titel Gynäkologie und Geburtshilfe FMH.

Unter Dr. Ehmman's Klinikleitung, dessen ärztliche Verantwortung und fachliche Kompetenz sich stets bedingungslos am Schöpfer und an den Forderungen des christlichen Glaubens ausrichtete, konnte sich Adelheid richtig entfalten. Frau Dr. Grüniger teilte bedingungslos mit Ihrem Chef die im Lebensschutz begründete „unité de doctrine“: keine Abtreibung, keine Verhütung (u.a. weil diese oft unbemerkte Frühabtreibungen zur Folge hat), keine technisch assistierte Fortpflanzung (d.h. auch keine PID), Förderung der Natürlichen Empfängnisregelung (2) im Sinne der „Theologie des Leibes“ des Hl. Papstes Johannes Paul II. Sie beteiligte sich auch an der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten, welche während der Amtszeit von Dr. Ehmman in Gynäkologie und Geburtshilfe ausgebildet wurden. Wegen ihrer gradlinigen und konsequenten Haltung in Lebensrechtsfragen wurde sie 1993 als Oberärztin nicht wiedergewählt. Sie durfte lediglich innerhalb des Spitals eine gynäkologische Privatpraxis führen, wodurch sie weiterhin Patientinnen in besonders schwierigen Lebenssituationen beruflich und ausserberuflich begleiten konnte, eine Aufgabe, die sie stets mit grosser Hingabe und

aussergewöhnlichem Engagement erfüllte. In den letzten Jahren vor Ihrer Erkrankung hat Adelheid unermüdlich wichtige Literaturstellen gesammelt und an interessierte Personen weitergegeben. Zu ihrem 75. Geburtstag hat sie nach einer Hl. Messe in der Kapelle Grafenort zu einem unvergesslichen Fest im Herrenhaus Grafenort eingeladen. In der Folgezeit erkrankte sie schleichend an ihrem demenziellen Leiden und starb am 4. Mai 2019, knapp ein Monat nach ihrem Chef Dr. Rudolf Ehmann (3).

Spezifische Pro Life-Engagements

Adelheid Grüniger war langjährige Vizepräsidentin der *Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz*, Gründungs- und Vorstandsmitglied von *HLI-Schweiz* und der *Internationalen Ärztevereinigung für Natürliche Familienplanung*, Mitglied der *World Federation of Doctors who respect Human Life* und der *Europäischen Ärzteaktion*.

Folgende Engagements verdienen besondere Beachtung:

1. *Verhinderung der Einführung der Abtreibung an der Frauenklinik Luzern 1978*. Adelheid wörtlich: „Eine grosse Genugtuung bereitete mir die 1978 buchstäblich im letzten Augenblick (für dann ca. 15 Jahre) noch gelungene Verhinderung der Einführung der Abtreibung an der Frauenklinik Luzern, 3 Tage vor Anstellung des dazu vorgesehenen Gynäkologen. Dies dank schweizweiter Unterstützung seitens unserer katholischen Pro-life-Kollegen und weiterer christlicher Freunde – und zweier mutiger Luzerner Politiker – im Rahmen einer blitzschnell improvisierten Krisensitzung in Luzern am 25.4.1978 – unter aktiver Beteiligung von Altbischof Hänggi, Prof. Werner Kägi sowie einzelner erfahrener Journalisten.“ In ihrer grossen Sorge um die Geburtshilfe und Gynäkologie in der Zentralschweiz verfasste sie einen ausführlichen, zeitkritischen Aufsatz (4).
2. *Volksinitiative Recht auf Leben 1985*: Durch Bundesrat Roger Bonvin und Prof. Dr. iur. Werner Kägi wurde sie in die Textgestaltungsgruppe einbezogen. Im Initiativtext wurde u.a. folgendes festgehalten: *Das Leben des Menschen beginnt mit dessen Zeugung und endet mit seinem natürlichen Tod*. Das Schweizervolk hat die Initiative abgelehnt mit 69% Nein-Stimmen.
3. Teilnahme am 12. Internationalen Familienkongress in Wien im Herbst 1988 als Referentin im voll besetzten UNO-Kongresszentrum zum Thema *Recherche und Synthese der Weltliteratur durch Dr. Ehmann zur Antibaby-Pille und weiterer Verhütungsmittel bezüglich deren medizinischer und gesellschaftlicher Problematik*.

Korrespondenz, Vortragstätigkeit, Publikationen

Frau Dr. Grüniger pflegte viele Korrespondenzen mit Berufskolleginnen und -kollegen, Personen der Politik und der Kirche, aber auch mit Zeitungs-Redaktionen. So schrieb sie 1997, als die Diskussion um die Fristenregelung wieder voll entbrannt war, einen längeren Brief an die Redaktion der NZZ, aus dem ich hier einen kleinen Passus kopiere: „In einem Rechtsstaat endet das Freiheitsrecht der

Selbstbestimmung spätestens an der Grenze des Lebensrechts des Mitmenschen (auch des noch nicht geborenen!). Alles andere ist Willkür. Auch mit einem zeitlich begrenzten Verzicht des Staates auf bedingungslosen Schutz dieses Lebens-Grundrechtes zerstört ein Staat seine eigenen Fundamente und macht sich zum Willkür-, zum ‚Unrechts-Staat‘, in welchem das ‚Recht‘ des Stärkeren bestimmend ist“. Adelheid setzte sich energisch für das Recht auf *Verweigerung aus Gewissensgründen* ein. In einem Brief an Frau Grüniger vom Mai 2002, also unmittelbar vor der Eidgenössischen „Fristenregelungs-Abstimmung“, bedankte sich der damalige Bischof von Basel, Msgr. Dr. Kurt Koch, und schrieb: „Dass die Frage des Schutzes des Gewissens des medizinischen Personals ernsthaft angegangen werden muss, darin stimme ich Ihnen ganz zu und spreche Ihnen gerne meine Unterstützung zu. Ich habe auch in meinen bisherigen Stellungnahmen stets auf diese nicht zu vernachlässigende Dimension des Problems hingewiesen.“ Ihre rege Vortragstätigkeit entfaltete sie vor allem vor der „Fristenlösungsinitiative“ 1977 (die vom Volk noch knapp verworfen wurde), im Rahmen der Initiative *Recht auf Leben* 1985 und vor der schon erwähnten, vom Volk leider angenommenen „Fristenregelungsinitiative“ 2002. Zwei von ihren Publikationen sind unten erwähnt (5,6).

Als Vizepräsidentin der Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz war sie für die Tagungen und Vorstandssitzungen stets ausgezeichnet vorbereitet und beeindruckte durch ihre Kenntnisse der jeweils neuesten Entwicklungen in der Forschung (Fortpflanzungsmedizin!) mit den immer wichtiger werdenden Überlegungen im ethischen Bereich, in der Medizin allgemein, in der Gesundheitspolitik. So war sie wie ihr Chef Dr. Rudolf Ehmman in der Lage, unsere Vereinigung in bioethischen Beurteilungen fundiert und objektiv (nicht „zeitgeistig“!) zu beraten. Wir vermissen sie sehr. RIP.

Literatur:

- (1) Für die biographischen Angaben stand mir u.a. ein von Frau Dr. Grüniger verfasstes *Curriculum* vom 17.4.2001 zur Verfügung, aus welchem z.T. wörtlich zitiert wird.
- (2) Ich verweise vor allem auf Prof. Dr. med. Josef Rötzer: „Natürliche Empfängnisregelung“, Herder Verlag, neueste Ausgabe 2015, ferner auf: Rötzer Josef und Rötzer Elisabeth: Die Frau und ihr persönlicher Zyklus, 3. Auflage 2014, Verlag „ehfamilienbuch“ ISBN 978-3-90336-01-9.
- (3) Nikolaus Zwicky-Aeberhard: „In memoriam Dr. med. Rudolf Ehmman“ in Acta Medica Catholica Helvetica, Doppelnummer 2019.
- (4) Adelheid Grüniger: „Legal Schwangerschaftsabbruch und Frauenklinik Luzern“ 1978, wahrscheinlich zum Herumgeben gedruckt; ein Publikationsorgan ist nicht ersichtlich. Kann bei nikolauszwicky@bluewin.ch bezogen werden.
- (5) Adelheid Grüniger: „Illegale Abtreibungen und die Folgen: Brisantes und tragisches Thema!“ Medical Tribune vom 25.4.1997.
- (6) Adelheid Grüniger: „Kritische Worte einer Gynäkologin zur Anti-Baby-Pille“, Interview in: PUR-Magazin 9/1989.

Weitere Todesnachrichten

Carlo Casini 4. März 1935 – 23. März 2020

Geboren in Florenz. 1958 Hochschulabschluss in Rechtswissenschaften, ab 1966 stellvertretender Staatsanwalt, ab 1999 Richter am italienischen obersten Kassationsgericht. 1979 bis 1992 Abgeordneter der DC im Parlament, u.a. als Berichterstatter für Adoption, Drogenfragen und Terrorismus. 1984 bis 1999 Mitglied des Europäischen Parlaments, u.a. als Vorsitzender des Rechtsausschusses. Während über 40 Jahren war er prägendes Mitglied des „*Movimento per la Vita Italiano*“, während vieler Jahre als dessen Präsident. Von 2000 bis 2008 war Dozent für Völkerrecht, Menschenrechte und Bioethik am Päpstlichen Athenaeum „Regina Apostolorum“ in Rom, bis 2017 w ordentliches Mitglied der Päpstlichen Akademie für das Leben. Casini war mit dem Hl. Papst Johannes Paul II. befreundet und machte dessen Enzyklika *Evangelium Vitae* zu seinem Vademecum (1). Mit der Hl. Teresa aus Calcutta teilte er die Sorge um die Ungeborenen: „Il più povero tra i poveri è uno di noi non ancora nato.“ Er starb 2 Tage vor dem Fest „Verkündigung des Herrn“. RIP.

Madame Birthe Lejeune 3. Februar 1928 – 6. Mai 2020

Dem Lebensschutz verpflichtet wie ihr 1994 verstorbener Gatte, Jérôme Lejeune (Entdecker der Trisomie 21), gründete sie 1995 zusammen mit Jean-Marie Le Méné die *Fondation Jérôme Lejeune* zur Erforschung genetisch bedingter intellektueller Defizite und deren Behandlung. Seit 1996 war sie Vizepräsidentin der Fondation. Sie war Ehrenmitglied der Päpstlichen Akademie für das Leben. 2015 erlebte sie die Gründung von Zweigniederlassungen der Fondation in den U.S.A. und Spanien. RIP.

Prof. Dr. Alma von Stockhausen 30. September 1927 – 4. Mai 2020

Geboren in Münster, Westfalen. Neben ihrer Lehrtätigkeit an der Universität Freiburg i.Br. hat Prof. von Stockhausen die Gustav-Siewerth-Akademie in Weilheim-Bierbronn gegründet, die 1989 als Hochschule staatlich anerkannt wurde. Sie selber hat die religiösen, philosophischen und theologischen Gründe der Krise unserer Zivilisation kritisch hinterfragt und der Akademie die geistige Richtung gegeben. Sie hat ein Team ehrenamtlich engagierter Wissenschaftler aus Theologie, Philosophie, Naturwissenschaften und Journalistik um sich versammelt, die die Möglichkeit hatten, kontroverse naturwissenschaftliche, philosophische und theologische Theorien kritisch zu analysieren und zum Aufbau von Forschung und Lehre in der Akademie beizutragen. Besonders erwähnenswert ist, dass Prof. Joseph Ratzinger jahrelang Seminare an der Akademie gehalten hat und auch später mit der Tätigkeit der Akademie weiter verbunden war. Die Liebe der Verstorbenen für die katholische Kirche und für die Liturgie haben das geistige Klima der Akademie geprägt, wo viele Studenten ihre Priester- und Ordensberufung erkannt haben. Durch ihre zahlreichen Fernsehbeiträge in KTV und EWTN hat die Verstorbene den Zuschauern Zweifel genommen und ein tragfähiges Fundament für den Glauben gelegt (2). Sie starb am 4. Mai 2020 in Heroldsbach. RIP.

Quellennachweis:

- (1) Omelia tenuta da Don Francesco Coluccia nella Santa Messa in suffragio di Carlo Casini fondatore del Movimento per la Vita Italiano 25 marzo 2020 Solennità dell'Annunciazione
- (2) Siehe auch Nachruf aus „Die Tagespost“, unterschrieben vom Rektor der Akademie, Albrecht Graf von Brandenstein-Zeppelin

„Organspende: Nicht ohne meine Zustimmung“

So lautete das Thema des „Tag des Lebens“ des Bistums Chur, zu dem am 12. Oktober 2019 das Bischöfliche Ordinariat und HLI-Schweiz nach Zürich eingeladen hatten. Die von Prof. Axel Bauer und lic. iur et theol. Niklaus Herzog gehaltenen Referate sind auf den nächsten Seiten abgedruckt, das erste Referat (Bauer) in der vollständigen Fassung, das zweite (Herzog) als Kurzfassung. Der Abdruck dieser Referate erfolgt mit der freundlichen Zustimmung der Autoren und HLI-Schweiz.



Prof. Dr. med. Axel W. Bauer: 1955 geboren in Karlsruhe, 1980 Staatsexamen in Medizin und Promotion; 1981 Hochschulassistent am Institut für Geschichte der Medizin der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg; 1986 Habilitation im Fach Geschichte der Medizin und Privatdozent an der damaligen Fakultät für Naturwissenschaftliche Medizin der Uni Heidelberg, 1986-1989 Vertreter der C4-Professur für Geschichte der Medizin an der Uni Heidelberg, dann Hochschuldozent daselbst bis 1995. 1987-2004 Lehrbeauftragter für Geschichte der Medizin (seit 1994 für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin) an der damaligen Fakultät für klinische Medizin Mannheim der Uni Heidelberg, seit 2004 als Leiter. 2001-2005 Mitglied des Beirates Bio- und Gentechnologie der CDU/CSU-Fraktion des Deutschen Bundestages; 2004-2010 Gründungsmitglied und Vorsitzender des Klinischen Ethik-Komitees (KEK) der Klinikum Mannheim GmbH (Universitätsmedizin Mannheim), 2008-2012 Mitglied des Deutschen Ethikrats; seit 2017 Mitglied im Herausgeberbeirat der Zeitschrift für Lebensrecht (ZfL); seit 2019 Mitglied der Ethikkommission II der Uni Heidelberg für die Medizinische Fakultät Mannheim. Seit 2019 gehört er der Europäischen Akademie der Wissenschaften und Künste an.

lic. iur et theol. Niklaus Herzog: 1951 geboren in St. Gallen. Studium der Theologie in Münster und Fribourg (lic. theol.) sowie der Jurisprudenz in Fribourg (lic.iur.utr.). Anschliessend Geschäftsführer des Schweizerischen Katholischen Pressevereins und der Katholischen Nachrichtenagentur Kipa; Chefredaktor von Christian Solidarity International. Von 1998 bis zu Pensionierung (2016) Geschäftsführer der Kantonalen Ethikkommission des Kantons Zürich. Aktuell Richter am interdiözesanen Gericht der Schweizer Bischofskonferenz und Stiftungsrat von Krisenintervention Schweiz. Seit 2018 Vizepräsident von HLI-Schweiz.

Ist die vermutete Zustimmung bei der Organspende aus ethischer Perspektive angemessen?

Axel W. Bauer

Vortrag bei der Tagung
Organspende: Nicht ohne meine Zustimmung!
im Volkshaus (Blauer Saal)
in Zürich
am 12. Oktober 2019

„Vermutete Zustimmung“ und „Doppelte Widerspruchslösung“ bei der Organspende als normative Entgrenzungsversuche in Bio- und Thanatopolitik

In die Debatte über die Organspende ist 2019 sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland erneut Bewegung gekommen: In beiden Ländern gibt es politische Initiativen, um die Entnahme von Organen bei sogenannten „Hirntoten“ zu erleichtern. War bisher die Zustimmung des Betroffenen oder seiner engsten Angehörigen erforderlich, so soll künftig in der Schweiz die lediglich „vermutete Zustimmung“ genügen¹. In Deutschland wiederum hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (*1980) im Juni 2019 gemeinsam mit zahlreichen Bundestagsabgeordneten einen fraktionsübergreifenden Gesetzentwurf „zur Regelung der doppelten Widerspruchslösung im Transplantationsgesetz“ in den Deutschen Bundestag eingebracht, über den Anfang 2020 entschieden werden soll.²

Die genannten politischen Initiativen in beiden Ländern sind aus meiner Sicht gefährliche normative Entgrenzungsversuche in der Bio- und Thanatopolitik, also in jenen ethisch brisanten Bereichen, in denen es um die staatliche Regulierung des Lebens und des Sterbens der Bürger geht. Lassen Sie mich zu diesem Themenkomplex ein paar allgemeine einführende Bemerkungen machen, ehe ich auf unseren speziellen Fokus der Organspende zurückkommen werde, nämlich auf das antinaturalistische Konstrukt des „Hirntod“-Kriteriums sowie auf die geplante gesetzliche Unterstellung einer grundsätzlichen „postmortalen“ Bereitschaft zur Organspende.

¹ Das ist jedenfalls das Ziel der am 18.4.2019 zustande gekommenen Eidgenössischen Volksinitiative „Organspende fördern - Leben retten“, die eine entsprechende Änderung von Artikel 119a Absatz 4 der Bundesverfassung anstrebt. <https://www.bk.admin.ch/ch/d/pore/vi/vis481t.html> (Stand: 30.9.2019). Siehe auch Weiss/Immer (2018).

² Lauterbach/Nüsslein/Sitte (2019).

Im Jahr 2017 erschien das Buch *Normative Entgrenzung. Themen und Dilemmata der Medizin- und Bioethik in Deutschland*³, in dem ich über Konstruktions- und Entgrenzungsprozesse in meinem Fachgebiet berichtet habe. In Deutschland beschäftigen wir uns schon seit dem Herbst 2015 mit *Grenzen* und deren Öffnung in ganz realer topographischer, demographischer und sozialer Hinsicht. Ähnlich wie vor zwei Jahrzehnten mit dem Aufkommen des *Internet* der Begriff der *Vernetzung* plötzlich in aller Munde war, hat das Thema *Grenzen* und deren Auflösung, die *Entgrenzung*, derzeit durchaus das Potenzial, zu einem neuen interdisziplinären Reflexions- und Diskursfokus zu werden. Doch während das *Netz* und die *Vernetzung* eine eher positive Konnotation erhalten haben, sieht es bei den *Grenzen* anders aus.

Die Protagonisten der *Entgrenzung* nutzen - dies ist jedenfalls mein Eindruck - mehr oder minder subtil das immer noch wirkungsvolle Schreckbild des vor fast genau 30 Jahren am 9. November 1989 geöffneten *Eisernen Vorhangs* zwischen Ost und West, um Grenzen ganz generell als abstossende, einengende, tödliche und in jedem Fall zu überwindende Einrichtungen darzustellen. Der Held der vor diesem Hintergrund mit suggestiver Kraft erzählten Geschichten ist dann stets derjenige, der - wie einst US-Präsident Ronald Reagan (1911-2004) am 12. Juni 1987 vor dem Brandenburger Tor in Berlin - rhetorisch brillant fordert: „Mr. Gorbachev, tear down this wall!“

Nicht immer jedoch müssen Grenzen aus der Perspektive desjenigen betrachtet werden, der sie niederreißen möchte. Grenzen haben schliesslich oft auch eine schützende Funktion, wie etwa eine Hecke im Vorgarten oder die mittelalterliche Stadtmauer, die eine Abwehrfunktion nach aussen besass. In der Ethik sprechen wir analog dazu von normativen Grenzen, die wir uns setzen, um Gutes von Schlechtem zu unterscheiden. Solche Grenzen jedoch stehen gerade in den westlichen Industrienationen seit vielen Jahren zur Diskussion.

Auf der argumentativen Vorderbühne, der *Front of House* im Sinne des kanadischen Soziologen Erving Goffman (1922-1982), werden vor allem hehre und sehr positiv konnotierte Begriffe wie „Ethik des Heilens“ oder „Respekt für die Selbstbestim-

³ Bauer (2017). Dieser Vortrag rekurriert unter anderem auf Kapitel 23 *Hirntod, Organentnahme, Tod: Das beschwiegene Dilemma der Transplantationsmedizin* aus diesem Buch (S. 248-263).

mung“ geradezu obsessiv ins Zentrum der Debatten gerückt, während es hinter den Kulissen, also *Backstage*, häufig darum geht, den Schutz des menschlichen Lebens im Interesse der biologischen Forschung einerseits so spät wie möglich beginnen, ihn andererseits aber unter dem Druck demografischer und vermeintlicher ökonomischer Notwendigkeiten eher früh enden zu lassen. Medizin- und Bioethik, die dem Wortsinn nach Bereichsethiken des Heilens beziehungsweise des Lebendigen schlechthin sein sollten, verwandeln sich vor unseren Augen allmählich in Disziplinen, die allzu oft den Tod im Gepäck haben, dessen vorzeitige Herbeiführung sie auch noch philosophisch zu rechtfertigen suchen.

Kinder brauchen Grenzen. So nannte 1993 der deutsche Kommunikationsberater Jan-Uwe Rogge (*1947) seinen damaligen Pädagogik-Bestseller.⁴ Wie aber sieht es mit der Weiterführung dieses Gedankens aus: *Kinder brauchen Grenzen - Erwachsene vielleicht auch?* In der griechischen Antike waren es die Götter im Olymp, die den menschlichen Frevel der *Hybris* bestrafte. Was aber sollte der Sinn eines derartigen Delikts in unserer sowohl von den mythologischen Göttern als auch vom Gott des Christentums bereinigten, sich selbst als säkular und pluralistisch rühmenden Welt noch sein? Wo es keine Götter und keinen Gott mehr gibt, bleibt für den Begriff der *Hybris* ebenso wenig Raum wie für den der Gottebenbildlichkeit.

Die Ausgangslage bei der Organtransplantation

Im Hinblick auf die ethisch brisante Frage „Wie tot sind Hirntote?“, der ich mich jetzt zunächst zuwende, werden in der öffentlichen Debatte gewisse Fakten und Zusammenhänge, die eigentlich auf der Hand liegen, kollektiv beschwiegen, einfach deshalb, weil zu wenig nach ihnen gefragt wird. Wie ist hier die Ausgangslage?

Infolge des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts ist es der Medizin in den vergangenen 50 Jahren gelungen, immer mehr Organe des Menschen mit steigendem Behandlungserfolg zu transplantieren. Die Transplantationschirurgie steht dabei immer vor der grundsätzlichen Schwierigkeit, dass die Spenderorgane nur kurze Zeit ohne unmittelbare Verbindung mit einem aktiven Blutkreislauf funktionsfähig und damit für eine Übertragung geeignet bleiben. Dieser Zustand kann bei regenerativen Organen, zum Beispiel bei der Leber oder dem Knochenmark, oder

⁴ Rogge (1993).

bei doppelt vorhandenen Organen, wie zum Beispiel den Nieren, durch eine Lebendspende erreicht werden. Bei den meisten anderen Organen, zum Beispiel dem Herzen oder der Bauchspeicheldrüse, kommt indessen nur die Spende aus einem lebenden Organismus mit funktionierendem Blutkreislauf infrage, der ohne das gespendete Organ selbst nicht mehr weiter existieren kann. Man braucht also für die Organspende Lebende, die zugleich tot sein müssen. Wie kann das funktionieren?

Um das aus diesem Paradox resultierende ethische und rechtliche Dilemma normativ zu entschärfen, wurde im Jahre 1968 an der Universität Harvard eine neuartige Definition des Todes entwickelt. Man war damals bestrebt, einen Zeitpunkt vor dem bis dahin allgemein akzeptierten Todeszeitpunkt, also dem vollständigen, medizinisch irreversiblen Erlöschen der Herztätigkeit und dem dauerhaften Stillstand des Blutkreislaufs zu finden, der künftig für die Zwecke der Intensivmedizin und der Organspende als der „Tod des Menschen“ bezeichnet werden konnte. Das Ergebnis dieser Bemühungen war die sogenannte „Hirntod“-Definition. Diese ging - und geht bis heute - davon aus, dass in dieser Lage zwar nicht sämtliche Lebensfunktionen endgültig erloschen sind, dass aber wegen einer als irreversibel angesehenen Schädigung des Gehirns und des Ausfalls seiner gesamten integrativen Funktionen das Sterben und damit der Todeseintritt jedenfalls unumkehrbar sei.

Diese vor 51 Jahren für die Zwecke der Transplantationsmedizin entwickelte und im Lauf der Zeit mehrmals veränderte Definition wurde auch im 1997 erlassenen deutschen Transplantationsgesetz (TPG) verankert. In § 3 Absatz 2 TPG heisst es dazu: „Die Entnahme von Organen oder Geweben ist unzulässig, wenn [...] nicht vor der Entnahme bei dem Organ- oder Gewebespender der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Grosshirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist.“⁵ In dem 2007 in Kraft getretenen Schweizer Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen heisst es in Artikel 9 Absatz 1: „Der Mensch ist tot, wenn die Funktionen seines Hirns einschliesslich des Hirnstamms irreversibel ausgefallen sind.“ Nach Absatz 2 erlässt der Bundesrat Vorschriften über die Feststellung des Todes, insbesondere darüber,

⁵ Transplantationsgesetz (TPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. März 2019 (BGBl. I S. 352) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/tpg/TPG.pdf> (Stand: 30.9.2019).

welche klinischen Zeichen vorliegen müssen, damit auf den irreversiblen Ausfall dieser Funktionen geschlossen werden darf.⁶

Die ethische Instrumentalisierung des „Hirntod“-Kriteriums

Unabhängig von der Frage einer „gerechten“ Organzuteilung an die lebensbedrohlich erkrankten Menschen, die ein fremdes Organ erhalten sollen, besteht das grösste ethische Problem der Transplantationsmedizin in ihrer Fokussierung auf eben jenen „Hirntod“. Die damit verbundenen kritischen Punkte werden sowohl in den Transplantationsgesetzen als auch in öffentlich lancierten Debatten zumeist ausgeblendet: Handelt es sich beim „Hirntod“ lediglich um den kompletten Funktionsausfall eines wichtigen, im Schädel gelegenen Organs, oder stirbt mit dem irreversiblen Ausfall zentraler Gehirnfunktionen zugleich der ganze Mensch? Theologisch gewendet: Wann verlässt die Seele den Leib und hinterlässt einen toten Körper, der binnen kurzer Zeit verfällt?

Gerade im Hinblick auf das Thema *Hirntod und Organspende* schreibt die moderne Gesellschaft der naturwissenschaftlichen Medizin eine erhebliche Entscheidungskompetenz zu, die einem Definitionsmonopol über das Ende des menschlichen Lebens gleichkommt. Sehr aufschlussreich für die politische Argumentation ist eine Debatte, die vor mehr als 22 Jahren dazu im Deutschen Bundestag geführt wurde, als es um die Einführung des damals umstrittenen Transplantationsgesetzes (TPG) ging. Der seinerzeitige Bundesgesundheitsminister und heutige Bundesinnenminister Horst Seehofer (*1949) sagte in seiner Rede am 25. Juni 1997 dazu Folgendes:

„Die Definition des Todes ist keine Aufgabe der Politik oder des Gesetzgebers. Allein die naturwissenschaftliche Forschung kann für alle Menschen in gleicher Weise feststellen, welche körperlichen Befunde Leben und Tod voneinander abgrenzen, unabhängig von einem bestimmten Menschenbild oder einem subjektiven Verständnis von Leben und Tod. Das entspricht unserem Rechts- und Verfassungsverständnis. Denn auch das Bundesverfassungsgericht hat die Frage, wann menschliches Leben beginnt, nicht nach lebensweltlichen, theologischen, philosophischen oder emotionalen Erfahrungen beantwortet, sondern entsprechend dem naturwissenschaftlich-

⁶ Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) vom 8. Oktober 2004, Stand am 1. Januar 2019. <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20010918/201901010000/810.21.pdf> (Stand: 30.9.2019).

medizinischen Kenntnisstand. Für die Frage nach dem Lebensende kann es keine andere Entscheidungsgrundlage geben. Der Gesetzgeber kann in dieser wichtigen Frage keine unterschiedlichen Massstäbe zugrunde legen.“⁷

Damit sprach der Minister den ethisch wohl heikelsten Punkt im Zusammenhang mit dem „Hirntod“-Konzept an: Der irreversible Ausfall der Gehirnfunktionen sollte als der Todeszeitpunkt des Menschen im anthropologischen und rechtlichen Sinne vor allem deshalb im Transplantationsgesetz festgeschrieben werden, damit die Ärzte im Fall einer Organentnahme nicht ihrerseits den Tod des Patienten verursachen müssten. Ein Gesetz, das den „Hirntod“ hingegen als blosses Entnahmekriterium juristisch verankern und damit offen lassen würde, ob der Mensch in diesem Zustand noch lebe oder schon tot sei, enthielte nach Seehofers Meinung aus drei Gründen unüberbrückbare Widersprüche und bedenkliche Grenzverschiebungen in der Frage des Lebensschutzes:

Erstens: Wer offen lasse, ob der Organspender bei der Organentnahme noch lebt, der lasse auch offen, ob Ärzte mit der Organentnahme den Organspender töten. Damit stünde die Transplantationsmedizin rechtlich im Zwielicht und wäre auch international isoliert. Die Politik könne es den Ärzten nicht zumuten, bei einem - angeblich - Sterbenden durch die Entnahme eines lebenswichtigen Organs den Tod herbeizuführen. Das wäre im wahrsten Sinne des Wortes auch tödlich für die gesellschaftliche Akzeptanz der Transplantationsmedizin. Die Bundesärztekammer und alle medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften hätten immer wieder deutlich gemacht, dass ein solches Verfahren für sie nicht zumutbar sei. Kein Transplantationsgesetz der Welt erlaube oder verlange, dass Ärzte die Organe sterbender Menschen zur Behandlung anderer schwerstkranker Menschen entnehmen.

Zweitens: Erlaube der Gesetzgeber, Sterbenden lebenswichtige Organe im Interesse Dritter zu entnehmen, wäre nicht einzusehen, weshalb eine aktive Lebensbeendigung nicht auch sonst gesetzlich freigegeben werden sollte. Wer an der Unantastbarkeit des Lebens und an der Bindung der Ärzteschaft an diesen Grundsatz festhalten wolle, der dürfe hier keine Grenzverschiebung zulassen.

⁷ Seehofer (1997); Bauer (1998), S. 35; Bauer (2007).

Drittens: Wie sollte man den Bürgerinnen und Bürgern die Motivation zur Organspendebereitschaft erklären, wenn der Gesetzgeber in der Frage des Todes des Organspenders mehrdeutig sei und jeder Auslegung Raum lasse? Die gesellschaftliche Akzeptanz der Organentnahme würde mit einem solchen Modell nachhaltig beeinträchtigt.⁸

An dieser Stelle sei unser Augenmerk auf die in ethischer Perspektive problematische Argumentationstechnik gelenkt, die das politische Statement stützen sollte. Jene drei Gründe, die angeblich zugunsten des „Hirntod“-Konzepts sprachen, benannten nämlich keine objektiven physiologischen Tatsachen, sondern sie beschrieben potenzielle sozial- und individualethische Gefahren, die eintreten könnten, wenn der Gesetzgeber vom Kriterium des „Hirntodes“ als dem Todeszeitpunkt des Menschen abweiche: 1. Der Arzt würde den Patienten bei der Organentnahme töten; 2. die aktive Sterbehilfe könnte begünstigt werden; 3. die Bereitschaft zur Organspende in der Bevölkerung könnte abnehmen.⁹

Um die drei geschilderten Szenarien vermeiden zu können, die damals offenkundig unerwünscht waren und die selbst heute - mehr als 22 Jahre später - noch unerwünscht wären, musste der „Hirntod“ zum rechtlich bindenden Todeskriterium des Menschen erklärt werden. In wissenschaftlicher und ethischer Hinsicht fragwürdig ist diese Argumentation aber gerade deshalb, weil sie zielorientiert vorgeht: Die Begründung des „Hirntod“-Kriteriums leitet sich nicht - wie behauptet - *medizinisch* aus der *Sache an sich*, sondern aus den *unerwünschten sozialen Folgen einer Zurückweisung dieses Kriteriums* ab. Auf diese Weise wird aber einer normativen Indienstnahme des „Hirntod“-Konzepts Vorschub geleistet, es entsteht nämlich der Eindruck, der potenzielle Organspender solle dadurch, dass man ihn formal „für tot erklärt“, fremdnützig instrumentalisiert werden. Eine derartige Verzweckung des Sterbenden wäre jedoch mit der Würde des Menschen nicht vereinbar.

So kam nicht ohne Grund die Befürchtung auf, der Staat wolle schwer kranke und am Beginn des Sterbeprozesses stehende Menschen nur deshalb rechtlich für tot

⁸ Aktuelle Überlegungen zur Zahl der tatsächlich rekrutierbaren potenziellen Organspender finden sich bei Brauer/Günther/Pleul (2019).

⁹ Bauer (2012).

erklären, um ihnen Organe für Transplantationszwecke entnehmen zu können. Die daraufhin vom Wissenschaftlichen Beirat der deutschen Bundesärztekammer formulierten, zuletzt 2015 aktualisierten Richtlinien zur Feststellung des (Hirn)todes sehen vor, dass durch die entsprechende Diagnostik „nicht der Zeitpunkt des eintretenden, sondern der Zustand des bereits eingetretenen Todes“ festgestellt werde. Als Todeszeit wird die Uhrzeit registriert, zu der die Diagnose und Dokumentation des für „irreversibel“ erklärten Hirnfunktionsausfalls (IHA) abgeschlossen sind.¹⁰

Eigentlich wäre der „Hirntote“ nun also rechtlich gesehen eine Leiche. Aber noch niemand ist auf die Idee gekommen, einen solchen Menschen zu bestatten. Denn für ein Begräbnis ist der „Hirntote“ längst nicht „tot genug“. Er atmet nämlich noch, wenngleich mithilfe von Maschinen. Zunächst müssen also die intensivmedizinischen Massnahmen abgebrochen und die künstliche Beatmung beendet werden, damit der „Hirntote“ nach einer Weile tatsächlich im konventionellen Sinne sterben kann. Und erst wenn der Tod des gesamten Organismus nach dem irreversiblen Herz- und Kreislaufstillstand eingetreten ist, kann die Bestattung des dann wirklich Verstorbenen erfolgen.

Die Feststellung des „Hirntodes“ bedeutet nach dem Gesetz indessen nur, dass Grosshirn, Kleinhirn und Stammhirn einen endgültigen, medizinisch nicht mehr behebbaren Funktionsausfall erlitten haben. An keiner Stelle aber steht im TPG ausdrücklich, dass der „Hirntod“ mit dem Tod des Menschen identisch wäre. § 3 Absatz 1 Nr. 2 TPG legt lediglich fest, dass die Entnahme von Organen oder Geweben nur dann zulässig ist, wenn „der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist“.

Der Kölner Staatsrechtler Wolfram Höfling (*1954), Mitglied im Deutschen Ethikrat, bezeichnete diesen Umstand als ein „Glanzstück juristischer Trickserei“.¹¹ Die meisten Politiker aber wollen nicht gerne über dieses Thema diskutieren. Denn was würde geschehen, wenn der Gesetzgeber am Ende offiziell feststellen müsste, dass „Hirntote“ eben gerade nicht tot sind? Das wäre vermutlich das Ende eines

¹⁰ Bundesärztekammer (2015), S. 5 (hier Punkt 6: Todeszeitpunkt).

¹¹ v. Kittlitz (2012).

Grossteils der Transplantationsmedizin, da dann nur noch die sogenannte „Lebendspende“ einer Niere oder eines Teils der Leber in Betracht käme.

In einem 2012 publizierten Interview mit dem damaligen Medizinischen Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) Prof. Dr. Günter Kirste (*1948) und dem Würzburger Betreuungsrichter Rainer Beckmann (*1961), der auch Medizinrecht an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg lehrt, prallten die Gegensätze konträr aufeinander. Während der Transplantationschirurg Kirste davon ausging, der „Hirntod“ sei als „unumkehrbarer Funktionsausfall des gesamten Gehirns“ der „Tod des Menschen“, hielt der Jurist Beckmann dem entgegen, der Mensch sei erst dann tot, wenn „alle wesentlichen Organe ihre Funktionsfähigkeit unwiederbringlich verloren“ hätten. Der Organtod des Gehirns allein reiche für die Todesfeststellung nicht aus.

Beckmann wies auch darauf hin, dass die Organspende „keine Bringschuld des Bürgers“ sei. Wir erlebten aber derzeit statt Information teilweise Propaganda. Dies gelte zum Beispiel für das Argument, täglich stürben drei Menschen, weil sie keine Organspende erhielten. „Diese Menschen sterben aber nicht am Fehlen eines Spenderorgans, sondern an ihren Erkrankungen“, so Beckmann.¹²

Sind „Hirntote“ tot - oder leben sie noch?

In der politischen Diskussion über Organentnahme und Organtransplantation werden also wichtige Fakten ausgeblendet oder fehlerhaft dargestellt, die dem Ziel, die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen, widersprechen könnten. In der Fachwelt gibt es inzwischen massive Zweifel sowohl an der eindeutigen Diagnostizierbarkeit des „Hirntodes“ wie auch an der Gleichsetzung von „Hirntod“ und Tod. Dass diese Definition falsch ist, wird mittlerweile selbst von Wissenschaftlern zugegeben, die sie seinerzeit mit aufgestellt haben. Das erklärte 2012 der Pädiatrische Neurologe und langjährige Verteidiger der „Hirntod“-Definition Alan Shewmon aus Los Angeles vor dem Deutschen Ethikrat, in dem ich von 2008 bis 2012 Mitglied war. Shewmon stellte fest, dass sogenannte „Hirntote“ noch längere Zeit leben können. So haben

¹² Interview: „Wann ist der Mensch tot?“ Pressedienst der Evangelischen Nachrichtenagentur *idea* Nr. 199 vom 17.7.2012, S. 8-12.

Frauen Monate nach Eintritt der mit „Hirntod“ bezeichneten Situation Kinder geboren, Männer sind noch zeugungsfähig.¹³

Schon 2008 gab der amerikanische Anästhesiologe und Medizinethiker Robert D. Truog von der Harvard-Universität gemeinsam mit seinem Kollegen Franklin Miller von den *National Institutes of Health* zu, die Praxis des „Hirntod“-Kriteriums habe tatsächlich die Tötung des Spenders zur Folge. Truog und Miller forderten aber gerade nicht als Konsequenz daraus, die derzeitige Praxis der Organentnahme zu beenden, sondern sie kamen ganz im Gegenteil zu dem Schluss, dass die Regel, wonach der Spender tot zu sein habe, aufgegeben werden müsse: Die Tötung des Patienten durch Organentnahme solle künftig einfach als durch den guten Zweck der Organspende „gerechtfertigt“ angesehen werden.¹⁴

Es geht hier um „alternative Wahrheiten“, um „Fake News“, die aber inzwischen dogmatischen Status erreicht haben. Die gut begründeten Zweifel daran, dass der „Hirntod“ der Tod des ganzen Menschen sei, machen eigentlich eine umfassende, nicht interessengeleitete Aufklärung der Bürgerinnen und Bürger notwendig. Diese müssten darüber informiert werden, dass die Organe eines „Hirntoten“ in Wahrheit die vitalen Organe eines Sterbenden sind, die durch eine den Spender zum Tode führende Operation entnommen werden.¹⁵

Der normative Status des menschlichen Körpers

Wie steht es um den normativen Status des menschlichen Körpers? Dem lebenden Menschen als einem Gesamtorganismus kommt aufgrund der ungetrennten Einheit seiner körperlichen, seelischen und geistigen Konstitution eine ethisch und rechtlich unter besonderem Schutz stehende Würde zu. Der lebende Mensch ist keine

¹³ Siehe dazu *Hirntod und Organentnahme. Gibt es neue Erkenntnisse zum Ende des menschlichen Lebens?* Vorträge mit anschließender Diskussion beim *Forum Bioethik* des Deutschen Ethikrates am 21. März 2012 in Berlin. Im Februar 2018 hat das Amtsgericht Würzburg die rechtliche Betreuung für eine („hirntote“) Schwangere mit Ausfall der Hirnfunktionen angeordnet. Im Juni 2018 wurde die Frau in der 31. Schwangerschaftswoche von einem Mädchen entbunden. Das Kind ist wohl auf und befindet sich in der Obhut des leiblichen Vaters. (AG Würzburg, Beschluss vom 13.2.2018 - 25 XVII 208/18).

<https://www.ethikrat.org/forum-bioethik/hirntod-und-organentnahme-gibt-es-neue-erkenntnisse-zum-ende-des-menschlichen-lebens/> (Stand: 30.9.2019).

¹⁴ Miller/Truog (2008).

¹⁵ Bauer (2019).

Sache, sondern eine Person. Daher ist auch das Verhältnis des Menschen zu den Organen seines Körpers kein sachenrechtliches, sondern ein personenrechtliches.

Organe dürfen aus diesem Grund nicht wie bewegliche Gegenstände behandelt oder im Extremfall gar verkauft werden. Der Körper gehört nicht dem Menschen als einem Eigentümer, vielmehr ist der Körper selbst die materielle Basis des Menschen und seiner Persönlichkeit. Auch nach dem Tod wirkt das Persönlichkeitsrecht juristisch wie ethisch nach, obwohl die tatsächlichen Umstände dafür sprechen, dass es sich bei der Leiche um eine - wenn auch herrenlose - Sache handelt. Eine rein sachenrechtliche Behandlung der Leiche wäre indessen auf Grund des Umstandes, dass die sterblichen Überreste einmal Teile eines Menschen waren, nicht akzeptabel.

Zum einen hätte dies nämlich eine unbeschränkte Eigentums- und Verkehrsfähigkeit der Leiche zur Folge. Zum anderen gilt für die Herrschaft über Sachen, dass der Eigentümer nach Belieben mit seiner Sache verfahren, sie zum Beispiel veräußern oder verarbeiten darf. Als Ausdruck des nachwirkenden Persönlichkeitsrechts macht selbst das Transplantationsgesetz sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland die Organentnahme demgegenüber primär von der Einwilligung des Verstorbenen abhängig. Liegt dazu keine Willenserklärung vor, ist die Einwilligung der Angehörigen oder sonstiger Personen, die der Verstorbene ermächtigt hatte, erforderlich. Bei der Entscheidung ist aber sein mutmasslicher Wille - soweit bekannt - zu berücksichtigen.¹⁶

Grundlage dieser Wertentscheidungen ist die Fortgeltung der Würde des Menschen auch über den Tod hinaus. Diese Fortgeltung bedingt, dass letztwillige Verfügungen des Verstorbenen weiterhin Gültigkeit haben. Deshalb ist die Leiche biologisch betrachtet zwar eine Sache, in rechtlicher Hinsicht werden auf sie jedoch persönlichkeitsrechtliche Regelungen angewendet. Diese rechtliche Praxis muss umso mehr dann respektiert werden, wenn - wie im Falle des „hirntoten“ Organspenders - die typischen Merkmale eines Leichnams gerade nicht vorliegen, sondern wenn viel-

¹⁶ Vgl. §§ 3-4 des Transplantationsgesetzes (TPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. März 2019 (BGBl. I S. 352) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/tpg/TPG.pdf> (Stand: 30.9.2019).

mehr der juristisch für tot Erklärte biologisch noch lebt. Es wäre geboten, darüber aufzuklären, dass ein Sterbender, dem Organe entnommen werden sollen, aufgrund des Interesses an diesen seinen Organen in der Regel durch die - dann fremdnützig handelnde - Intensivmedizin länger am Leben erhalten wird, als dies sonst der Fall wäre.

Das Ziel, möglichst „frische“ Organe transplantieren zu können, führt zu einer Konzentration der medizinischen Bemühungen auf die Vitalerhaltung dieser Organe. Die in der Regel auf die Beendigung von Therapiemassnahmen zielende Patientenverfügung einerseits und die Erklärung einer Organspendebereitschaft andererseits geraten somit gegebenenfalls in Widerspruch zueinander.¹⁷

Die Haltung der katholischen Kirche zum „Hirntod“-Kriterium

Auch die in diesem Kontext aufschluss- wie einflussreiche Haltung der katholischen Kirche zum Kriterium des „Hirntodes“ unterliegt einer wechselvollen historischen Entwicklung. Bereits 1944 erklärte Papst Pius XII. (1876-1958), dass die Macht des Menschen über seine Organe eine zwar beschränkte, aber doch direkte sei, und dass ein Organ geopfert werden dürfe, wenn der physische Organismus des einzelnen Menschen in Gefahr sei und dieser Gefahr auf andere Weise nicht begegnet werden könne.

Prinzipiell gab es für Pius XII. auch keine Einwände gegen die Übertragung eines Organs von einem toten auf einen lebenden Menschen. Doch selbstverständlich ging der Papst damals nicht vom „Hirntod“ des Menschen aus, sondern vom konventionellen Herz-Kreislauf-Stillstand. Dies belegt seine Aussage vom 14. Mai 1956, es sei vom sittlich-religiösen Standpunkt aus nichts gegen die Ablösung der Hornhaut bei einem Toten einzuwenden.¹⁸ Die Hornhaut als ein sogenanntes bradytrophes, das heisst nur durch langsame Diffusion ernährtes Gewebe konnte aber bereits damals dem Leichnam entnommen werden, ohne dass der betreffende Mensch erst dadurch zu Tode gekommen wäre.

¹⁷ Um diesen Widerspruch wenigstens prozedural zu entschärfen, hat die Bundesärztekammer im Jahre 2013 ein Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung herausgegeben. Siehe dazu Bundesärztekammer (2013).

¹⁸ Siehe dazu einen leider nicht mehr online nachlesbaren Vortrag von Karl Kardinal Lehmann (2005).

Erheblich problematischer war dann die 1990 unter dem Einfluss bedeutender Transplantationsmediziner verabschiedete gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz (DBK) und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD). Diese Erklärung folgte in erstaunlich reduktionistischer Linearität den Wünschen der Transplantationschirurgen, indem sie - theologisch ziemlich forsch - postulierte, der „Hirntod“ bedeute ebenso wie der Herztod den „Tod des Menschen“, denn mit dem „Hirntod“ fehle dem Menschen die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt.

Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist sei körperlich ausschliesslich an das Gehirn gebunden. Ein „hirntoter“ Mensch könne nie mehr eine Beobachtung oder Wahrnehmung machen, verarbeiten und beantworten, nie mehr einen Gedanken fassen, verfolgen und äussern, nie mehr eine Gefühlsregung empfinden und zeigen, nie mehr irgendetwas entscheiden.“¹⁹

Doch auch der Vatikan geriet 10 Jahre später bei diesem heiklen Thema in problematisches Fahrwasser, als Papst Johannes Paul II. (1920-2005) in einer Ansprache vor dem Internationalen Kongress für Organverpflanzung in Rom im August 2000 darauf hinwies, das heute angewandte Kriterium zur Feststellung des Todes, nämlich das völlige und endgültige Aussetzen jeder Hirntätigkeit, stehe nicht im Gegensatz zu den wesentlichen Elementen einer vernunftgemässen Anthropologie, wenn es exakt Anwendung finde. Daher könne der für die Feststellung des Todes verantwortliche Arzt dieses Kriterium in jedem Einzelfall als Grundlage benutzen, um jenen Gewissheitsgrad in der ethischen Beurteilung zu erlangen, den die Morallehre als *moralische Gewissheit* bezeichne.

Diese Gewissheit gelte als notwendige und ausreichende Grundlage für eine aus ethischer Sicht korrekte Handlungsweise. Nur wenn diese Gewissheit bestehe und die Einwilligungserklärung des Spenders oder seines rechtmässigen Vertreters be-

¹⁹ Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD. Bonn/Hannover 1990, hier Punkt 3.2.1: Sichere Feststellung des Todes. https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/veroeffentlichungen/gem-texte/GT_01.pdf (Stand: 30.9.2019).

reits vorliege, sei es moralisch vertretbar, die technischen Massnahmen zum Entnehmen von zur Transplantation bestimmten Organen einzuleiten.²⁰

Zu dieser Stellungnahme gibt es allerdings einen Hintergrund, den der österreichische Rechtshistoriker Wolfgang Waldstein (*1928) im Jahre 2014 in einem Leserbrief an die katholische Zeitung *Tagespost* so beschrieb: „[Ich war] damals Mitglied des *Consiglio direttivo* der Päpstlichen Akademie für das Leben. [...] Der Text war in Abwesenheit von Kardinal Ratzinger der Glaubenskongregation vorgelegt worden. [...] Kardinal Ratzinger sagte mir nach seiner Rückkehr nach Rom, dass er diesen Text niemals hätte durchgehen lassen. [...] Der Text wurde dem Papst kurz vor seiner Ansprache zugeleitet und die Ansprache wurde gehalten. [...] Der Papst hat zur Korrektur der Aussagen vom Jahre 2000 einen eigenen Kongress einberufen lassen. Dieser Kongress ist im Februar 2005 zu dem eindeutigen Ergebnis gekommen, dass der ‚Hirntod‘ nicht den Tod des Menschen bedeutet. Aber ich weiss, dass Ärzte, die den ‚Hirntod‘ vertreten, gegen alle diese Fakten immun sind.“²¹

Drei Jahre später vollzog Joseph Ratzinger (*1927), nunmehr Papst Benedikt XVI., im November 2008 bei einem internationalen Kongress zum Thema Organspende die von ihm für notwendig erachtete Kehrtwende. Der Leib des Menschen, so sagte der Papst, dürfe nie nur als Objekt gesehen werden, da sonst die Logik des Marktes siegen würde. Der Leib jedes Menschen bilde zusammen mit dem Geist, der jedem gegeben sei, ein unteilbares Ganzes, dem das Bild Gottes selbst eingepägt sei. Es gelte die Menschenwürde und die personale Einheit des Menschen zu schützen. Vitale Organe dürften nur *ex cadavere* entnommen werden. Wenn Sterbende ihre Organe spendeten, dann müsse der Respekt vor dem Leben des Spenders das Hauptkriterium sein.²²

Vor wenigen Monaten, am 13. April 2019, hat sich nun auch Papst Franziskus (*1936) vor Mitgliedern der Italienischen Vereinigung für Organ-, Gewebe- und Zell-

²⁰ Ansprache von Papst Johannes Paul II. beim Internationalen Kongress für Organverpflanzung im *Palazzo dei Congressi* in Rom am 29. August 2000, hier Punkt 5.

http://stjosef.at/dokumente/papst_organtransplantation_2000.htm (Stand: 30.9.2019).

²¹ Waldstein (2014).

²² Papst Benedikt XVI.: Gewebe- und Organtransplantationen sind ein grosser Fortschritt. Lang erwartete und erbetene Stellungnahme der Kirche zum Thema Organspende. *Zenit* vom 7.11.2008. <http://www.zenit.org/article-16362?l=german> (Stand: 12.12.2012; inzwischen offline).

spende (AIDO) zur Organspende geäußert. In dieser Ansprache betonte der Heilige Vater, Jesus habe sich mit denen identifiziert, die an Krankheiten, Verkehrsunfällen, oder Arbeitsunfällen leiden, und deshalb sei es gut für die Jünger Jesu, ihre Organe innerhalb rechtlicher und moralischer Grenzen anzubieten, weil es sich um ein Geschenk an den leidenden Herrn handele, der gesagt habe, dass wir alles, was wir für einen bedürftigen Bruder tun, für Ihn tun. Die Organspende nach dem Tod sei eine edle und verdienstvolle Handlung und ein Ausdruck grosszügiger Solidarität.

Der Papst verwies auf den Katechismus der Katholischen Kirche²³, der die Organspende eine „edle und verdienstvolle Tat“ nennt. Zugleich heisst es dort aber auch, eine Organspende sei „sittlich unannehmbar, wenn der Spender oder die für ihn Verantwortlichen nicht ihre ausdrückliche Zustimmung gegeben haben“. Gleichwohl wurde die Rede des Papstes vor allem als Werbung für die Organspende interpretiert, so etwa vom *Domradio*.²⁴

Die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates aus dem Jahre 2015

Im Februar 2015 veröffentlichte der Deutsche Ethikrat seine Stellungnahme *Hirntod und Entscheidung zur Organspende*. Das 189 Seiten umfassende Dokument endet mit einer unerwarteten Pointe, die mehr als irritierend ist. Während 18 der 26 Mitglieder des Gremiums den „Hirntod“ als ein sicheres Zeichen für den Tod des Menschen ansahen (Position A), kamen 7 Mitglieder zum gegenteiligen Resultat: Der „Hirntod“ sei keine hinreichende Bedingung für den Tod des Menschen (Position B). Ein Mitglied nahm nicht an der Abstimmung teil.

Nach Auffassung der Mehrheit des Deutschen Ethikrates ist der „Hirntod“ ein sicheres Zeichen für den Tod des Menschen. Das Gehirn sei das zentrale Integrations-, Kommunikations- und Koordinierungsorgan. Schliesslich sei das Gehirn die organisierende Grundlage des Mentalen und der Subjektivität. Die inneren Abläufe des lebenden Organismus würden wesentlich durch seine ständige Auseinandersetzung mit seiner Umwelt mit konstituiert.

²³ Katechismus der Katholischen Kirche (1997), 2296.

²⁴ Papst wirbt für Organspenden. „Keine Vermarktung des Körpers“. Domradio vom 13.4.2019. <https://www.domradio.de/themen/papst-franziskus/2019-04-13/papst-wirbt-fuer-organspenden> (Stand: 30.9.2019).

Diese Interaktionen basierten zu einem grossen Teil auf Sinneswahrnehmungen, die im Gehirn verarbeitet und repräsentiert würden und ihrerseits zur Veränderung von Hirnfunktionen und Hirnstrukturen sowie einer spezifischen Reaktion oder eines bestimmten Verhaltens führten. Wenn durch den irreversiblen Ausfall aller Gehirnfunktionen die notwendigen Voraussetzungen mentaler Aktivität, jedes Empfindungsvermögens und damit jedwede Möglichkeit von selbst gesteuertem Verhalten beziehungsweise Austausch mit der Umwelt für immer erloschen seien und ausserdem die Einheit des Organismus zerbrochen sei, könne von dem in diesem Zustand befindlichen Körper nicht mehr als einem lebendigen Menschen gesprochen werden.²⁵

Demgegenüber vertrat die Minderheit des Rates die Auffassung, der „Hirntod“ sei kein Kriterium für den Tod des Menschen. Die Integration zu einem Organismus als einem Ganzen sei auch bei einem Patienten mit irreversiblen Ganzhirnversagen noch gegeben. Leben könne man als eine Art Systemeigenschaft verstehen. Die Auffassung des Organismus als System basiere ganz wesentlich auf der Idee der Wechselwirkung unterschiedlicher Komponenten auf verschiedenen funktionalen Ebenen miteinander und mit der Umwelt, nicht auf dem Prinzip der zentralen Steuerung.

Auch nach dem Absterben des Gehirns verfüge der Organismus unter der Voraussetzung einer apparativ-intensivmedizinischen Unterstützung noch über vielfältige Funktionen, die nicht nur „partiell“ wirkten, sondern für den Organismus als Ganzen integrierende Funktion hätten. Dazu gehörten beispielsweise die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts einer Vielfalt interagierender physiologischer Parameter durch die Funktion der Leber und der Nieren, des Herz-Kreislauf- und des Hormonsystems, ferner die sexuelle Reifung eines Kindes und eine erfolgreiche Schwangerschaft bei einer „hirntoten“ Schwangeren.²⁶

Wer nun jedoch annahm, dass die Vertreter der beiden Positionen A und B zu gegenteiligen Schlussfolgerungen gelangen müssten, sah sich getäuscht. Die Diskussion um das „Hirntod“-Konzept steht zwar in einem unmittelbaren Zusammenhang

²⁵ Deutscher Ethikrat (2015), S. 159-160.

²⁶ Ebd., S. 160-161.

mit der Frage, ob lebenswichtige Organe, wie es im Transplantationsgesetz verankert ist, nur Toten entnommen werden dürfen (sogenannte *Dead-Donor-Rule*). Doch nach Auffassung der Vertreter von Position B ist die *Dead-Donor-Rule* entbehrlich. Die Minderheit des Deutschen Ethikrates hielt die Entnahme lebenswichtiger Organe bei Menschen mit irreversiblen Ganzhirnversagen für ethisch wie verfassungsrechtlich legitim, sofern dies dem ausdrücklichen oder mutmasslichen Willen des Betroffenen entspreche.

Mit der Diagnose *Hirntod* sei der Befund verknüpft, dass der betreffende Mensch über keinerlei Wahrnehmungs- und Empfindungsvermögen mehr verfüge. Mit dieser Diagnose verbinde sich zugleich ein weitreichender Konsens darüber, dass die Weiterbehandlung des Betroffenen in seinem eigenen Interesse nicht mehr sinnvoll sei. In dieser Situation erscheine es unangemessen, die auf der Grundlage einer informierten Einwilligung erfolgende Organentnahme als Tötung im Sinne einer verwerflichen Integritätsverletzung zu qualifizieren. Es gehe vielmehr um die Anerkennung der Selbstbestimmung des Einzelnen über seine leiblich-seelische Integrität.²⁷

Die Mehrheit des Deutschen Ethikrates (Position A) hielt es dagegen für zwingend, an der *Dead-Donor-Rule* festzuhalten. Das Leben stehe moralisch und rechtlich unter dem besonderen Schutz des Tötungsverbots. Dies gelte für die gesamte Dauer des Lebens, also ohne Abstufungen bis an sein Ende, unabhängig von der voraussichtlichen Dauer des individuellen menschlichen Lebens. Eine Tötung bleibe eine Tötung auch dann, wenn der Eintritt des Todes zuvor hinausgezögert wurde. Ein Lebender dürfe schon nach deutschem Verfassungsrecht unter keinen Umständen allein aus fremdnützigen Gründen getötet werden. Erst recht könne eine Tötung nicht auf einen lediglich mutmasslichen Willen gestützt werden.²⁸

Somit waren sich die Vertreter der Mehrheits- wie der Minderheitsposition des Deutschen Ethikrates im alles entscheidenden Punkt einig: Die derzeitige Praxis der Organentnahme könne bedenkenlos fortgesetzt werden. Für die 18 Befürworter der Position A muss der Organspender bei der Organentnahme bereits tot sein, und er ist es nach ihrer Meinung auch. Für die 7 Anhänger der Position B ist der Organ-

²⁷ Ebd., S. 162.

²⁸ Ebd., S. 162-163.

spender zu diesem Zeitpunkt zwar noch nicht tot, aber das ist für sie nicht weiter schlimm. *Honi soit qui mal y pense.*

„Vermutete Zustimmung“ und „Doppelte Widerspruchslösung“: Die Enteignung des Körpers durch den Staat

Als wäre das Problem des „Hirntodes“ nicht schon gravierend genug, hat sich seit dem vergangenen Jahr sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland der Ton der Debatte erheblich verschärft. Denn in beiden Ländern sind Gesetzesinitiativen in Gang gebracht worden, die im Erfolgsfall dazu führen werden, dass künftig nur noch ein aktiver Widerspruch des Bürgers verhindern kann, dass ihm nach einem irreversiblen Hirnfunktionsausfall auf einer Intensivstation Organe zum Zweck der Transplantation entnommen werden. In der Schweiz ist die *Eidgenössische Volksinitiative „Organspende fördern - Leben retten“* mit der Forderung nach einer Modifikation von Artikel 119a Absatz 4 der Bundesverfassung aktiv geworden, wonach die Spende von Organen, Geweben und Zellen einer verstorbenen Person zum Zweck der Transplantation künftig auf dem Grundsatz der „vermuteten Zustimmung“ beruhen soll, es sei denn, die betreffende Person hätte zu Lebzeiten ihre Ablehnung geäußert.²⁹

In Deutschland ist es eine grosse interfraktionell zusammengesetzte Gruppe von Bundestagsabgeordneten, die am 25. Juni 2019 den *Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der doppelten Widerspruchslösung im Transplantationsgesetz* eingebracht haben.³⁰ Hier soll unter anderem § 1 Absatz 1 Satz 3 TPG wie folgt geändert werden: „[Grundsätzlich gilt] jede Person als Organ- oder Gewebespender, es sei denn, es liegt ein zu Lebzeiten erklärter Widerspruch oder ein der Organ- oder Gewebeentnahme entgegenstehender Wille vor.“³¹

Keineswegs nur konservative Lebensschützer, die das „Hirntod“-Kriterium in Abrede stellen, sind über diese Pläne entsetzt. Selbst liberale Intellektuelle, die sich um den „Hirntod“ keine tiefschürfenden Gedanken machen, haben mit heftigem

²⁹ So lautet das Ziel der am 18.4.2019 zustande gekommenen Eidgenössischen Volksinitiative „Organspende fördern - Leben retten“, die eine entsprechende Änderung von Artikel 119a Absatz 4 der Bundesverfassung anstrebt. <https://www.bk.admin.ch/ch/d/pore/vi/vis481t.html> (Stand: 30.9.2019).

³⁰ Lauterbach/Nüsslein/Sitte (2019).

³¹ Ebd., S. 5.

Widerspruch reagiert, so etwa der eloquente Jurist Thomas Fischer (*1953), der bis 2017 Vorsitzender Richter am 2. Strafsenat des Bundesgerichtshofs in Karlsruhe war. In seiner SPIEGEL-Kolumne vom 9. November 2018 griff Fischer das Konzept der Widerspruchslösung frontal an:

„Die sogenannte ‚Widerspruchslösung‘ ist eine [...] tatsächlich und normativ absurde, illiberale und totalitär-paternalistische Konzeption: Wer nicht widerspricht, über dessen höchstpersönliche, unvertretbare Lebensfragen entscheidet eine ‚Verordnung zur Entnahme und Verwendung brauchbarer Organe‘ in ihrer jeweils geltenden Fassung - also der Staat. Das setzt Verschiedenes voraus: Zum ersten, dass es einen irgendwie begründbaren (moralischen) ‚Anspruch‘ von Menschen gibt, dass andere Menschen ihnen Teile ihres Körpers zur Verfügung stellen. Zum zweiten, dass Menschen verpflichtet sind, sich zu diesem Anspruch gegen sie sofort und unmissverständlich zu äussern. Drittens, dass der Staat das Recht hat, eine nicht vorgenommene Erklärung nach Massgabe öffentlicher Interessen zu ersetzen.“³²

Nach Auffassung des jeglicher Sympathie für metaphysische Fragen unverdächtigen Juristen Fischer suggeriert das Konzept der vermuteten Zustimmung, dass es nur zwei Lösungsvarianten gebe: Sich-Abfinden mit einer (zu) geringen Zustimmungsrate oder abstrakte Vorentscheidung des Staats. Das aber sei genauso falsch wie die Behauptung, es stünden dem Einzelnen nur entweder die Zustimmung oder die Ablehnung der Zustimmung als Varianten zur Verfügung. Tatsächlich gebe es aber die dritte Variante: Sich *noch nicht* entschieden zu haben. Das könne unterschiedliche Gründe haben: Angst vor dem Thema, fehlende Information, religiöse oder weltanschauliche, philosophische oder soziologische Gründe. Es handele sich um eine höchstpersönliche Entscheidung. Der Mensch werde nach bisheriger Auffassung mit dem Eintritt des sogenannten „Hirntodes“ noch nicht zu einer Sache, die dem Warenverkehr, dem Eigentumsrecht und gegebenenfalls dem Sachbeschädigungsschutz unterläge.³³

Hier stimme ich Thomas Fischer durchaus zu. Es muss möglich sein, sich in dieser Frage auch bewusst *noch nicht* entschieden zu haben. So hat eine 2015 durchge-

³² Fischer (2018).

³³ Ebd.

fürte repräsentative Umfrage des Meinungsforschungsinstituts *DemoSCOPE* gezeigt, dass zwar mehr als 80 Prozent der Schweizer der Organspende positiv gegenüberstehen. Sobald jedoch die Frage nach einer Organspende tatsächlich im Raum steht, haben nur 5 Prozent der Betroffenen eine entsprechende Entscheidung auch hinterlegt.³⁴

In Deutschland haben mittlerweile 36 Prozent der Bürger einen Organspendeausweis. 72 Prozent von diesen wiederum willigen in eine Organ- und Gewebespende nach ihrem Tod ein, etwa 14 Prozent widersprechen ihr.³⁵ Man kann diese Zahlen auch so lesen: Rund 25 Prozent der Deutschen haben einer Organspende zugestimmt, aber 64 Prozent haben keine Entscheidung getroffen. Darf der Staat einfach über diese Mehrheit seiner Bürger verfügen?

Die in München erscheinende, zweifellos liberale *Süddeutsche Zeitung* liess Anfang Juli 2019 dazu ihre Leser zu Wort kommen, und deren Äusserungen lassen an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig. Ein Leser aus Nürnberg sah in der Widerspruchslösung eine „zweite Leibeigenschaft“: Der Leib des Einzelnen gehöre künftig dem Staat, der an die Stelle der mittelalterlichen Feudalherren trete. Die Autonomie des Individuums sowie dessen grundrechtlich verbrieftes Anspruchsrecht auf körperliche Unversehrtheit gälten dann als nachrangig gegenüber dem Verfügungsrecht des Staates.³⁶

Ein weiterer Kritiker mahnte: „Die Würde des Menschen sei unantastbar, sagt das Grundgesetz. Dem würde ein Gesetz widersprechen, das die Bürger generell zu Ersatzteillagern erklärt, wenn sie nicht widersprochen haben. [...] Die Frage ist doch, ob der Einzelne bei Organversagen einen Anspruch auf Ersatzteile zulasten anderer Menschen hat. Ein solches Recht auf Organe Dritter sollte es aber nicht geben! Das ist kein Markt, bei dem die Politik für Bedarfsdeckung zu sorgen hat.“³⁷

³⁴ Rotthaus (2019), S. 20.

³⁵ Siehe dazu <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/05/08/36-prozent-besitzen-einen-organspendeausweis>, veröffentlicht am 8.5.2018. (Stand: 30.9.2019.)

³⁶ Reissmann (2019).

³⁷ Eisenbeiss (2019).

Ausklang: Das tragische Alleinstellungsmerkmal der Organspende

Die Erfolge der Transplantationsmedizin haben dazu geführt, dass die ethischen Debatten auf diesem Themenfeld inzwischen nahezu exklusiv unter dem Aspekt des *Organmangels* geführt werden. Dieser relative Organmangel ist indessen keine Naturkonstante, sondern seinerseits eine Folge der steigenden Zahl von Organtransplantationen durch wissenschafts- und technikbedingte Ausweitung der medizinischen Indikation zur Operation. Man kann daher die Prognose wagen: Je erfolgreicher die Transplantationsmedizin in qualitativer und quantitativer Hinsicht künftig sein wird, desto grösser wird ihr Bedarf an Organen und damit der relative Organmangel werden.

So verständlich und notwendig die empfängerzentrierte Sichtweise auf das Thema Organtransplantation auch sein mag, so deutlich muss aus ethischer Perspektive vor einer Blickverengung gewarnt werden, bei der die Besonderheit dieses Behandlungsverfahrens nicht mehr beachtet würde:

Einen rechtlichen oder auch nur einen moralischen Anspruch auf die Überlassung fremder Organe, die konstitutiver Teil einer anderen Person waren oder sind, kann es um der Würde des Menschen willen, die auch die Würde des Organspenders und unser aller Würde mit umfasst, nicht geben. Insofern müssen sich Medizin und Gesellschaft bei allem Fortschrittsoptimismus auf diesem Feld auch künftig in eine gewisse Selbstbegrenzung ihrer Wünsche fügen.

Das tragische Alleinstellungsmerkmal der Organspende, welches darin besteht, dass der potenzielle Organempfänger den unfreiwilligen Tod eines anderen, ihm unbekanntem Menschen herbeisehnen muss, um eine Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands - vielleicht - erreichen zu können, ist mit der regelhaften Vermutung einer Zustimmung des Betroffenen zur Organentnahme nach meiner Überzeugung prinzipiell unvereinbar.

Literaturverzeichnis

Bauer, A.W.: Körperbild und Leibverständnis. Die Sicht vom kranken und gesunden Menschen in der Geschichte der Medizin - dargestellt an ausgewählten Beispielen. In: Evangelische Akademie Iserlohn (Hrsg.): Tagungsprotokoll 82-1997: „Kalte Embryonen“ und „Warme Leichen“. Körperverständnis und Leiblichkeit. Christliche Anthropologie und das Menschenbild der Medizin. Tagung der Evangelischen Akademie Iserlohn vom 29. bis 31. August 1997. Iserlohn 1998, S. 21-38.

Bauer, A.W.: Wo bleibt die Würde des Menschen? Hirntodkonzept und Organspende aus ethischer Sicht. *Universitas* 62 (2007), Nr. 737, S. 1150-1162.

Bauer, A.W.: Der lebende Mensch ist keine Sache. Auch das neue Transplantationsgesetz klammert die juristischen und ethischen Probleme des Hirntods aus. Dabei gibt es viele. *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* vom 28.10.2012, S. 15.
<http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/organspende-der-lebende-mensch-ist-keine-sache-11940904.html> (Stand: 30.9.2019).

Bauer, A.W.: Normative Entgrenzung. Themen und Dilemmata der Medizin- und Bioethik in Deutschland. Wiesbaden 2017.

Bauer, A.W.: Das beschwiegene Paradox der Organspende und seine gefährlichen Folgen für unser Menschenbild. *Praxis Palliative Care* 44 (2019), S. 29-31.

Brauer, M.; Günther, A.; Pleul, K. et al.: Wie viele potenzielle Organspender gibt es wirklich? Retrospektive Analyse zu nichterfolgter Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls bei verstorbenen Patienten mit relevanter Hirnschädigung. *Anaesthesist* 68 (2019), S. 22-29.

Bundesärztekammer: Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung. *Deutsches Ärzteblatt* 110 (2013), S. A572-A574.
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/135909/Arbeitspapier-zum-Verhaeltnis-von-Patientenverfuegung-und-Organspendeerklaerung> (Stand: 30.9.2019).

Bundesärztekammer: Richtlinie gemäss § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Grosshirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG. Vierte Fortschreibung vom 30.1.2015. Veröffentlicht im *Deutschen Ärzteblatt* am 30. März 2015. DOI: 10.3238/arztebl.2015.rl_hirnfunktionsausfall_01
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/irrev.Hirnfunktionsausfall.pdf (Stand: 30.9.2019).

Deutscher Ethikrat: Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Stellungnahme vom 24. Februar 2015. Berlin 2015.

<https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-organspende.pdf> (Stand: 30.9.2019).

Eisenbeiss, G.: Marktplatz der Organe. (Forum & Leserbriefe.) Süddeutsche Zeitung vom 6./7.7.2019, S. 18.

Fischer, T.: Organspende: Sterben und sterben lassen. Spahns Organspende-Konzept. Spiegel online vom 9.11.2018.

<https://www.spiegel.de/panorama/justiz/organspende-sterben-und-sterben-lassen-a-1237676.html> (Stand: 30.9.2019).

Kittlitz, A. v.: Hirntod. Was passiert mit Patienten, die potentielle Organspender sind? Kein Gesetz schützt sie oder ihre Angehörigen. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung Nr. 33 vom 19.8.2012, S. 6.

Lauterbach, K.; Nüsslein, G.; Sitte, P. et al: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der doppelten Widerspruchslösung im Transplantationsgesetz vom 25.6.2019. Bundestagsdrucksache 19/11096.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/Organspende/Organspende-Widerspruchsloesung_Gruppenantrag_Spahn_et_al.pdf (Stand: 30.9.2019).

Lehmann, K.: Zur Ethik der Organspende und der Transplantation. Perspektiven aus der Sicht von Theologie und Kirche. Vorlesung in der Universität Mainz im Rahmen der Nachtvorlesungen zu Fragen der Organspende und Transplantation am 14. Juli 2005 im Hörsaal der Chirurgischen Universitätsklinik Mainz.

https://www.bistummainz.de/bistum/bistum/kardinal/texte/texte_2005/organspende.html (Stand: 12.12.2012; inzwischen offline).

Miller, F.G.; Truog, R.D.: Rethinking the Ethics of Vital Organ Donations. Hastings Center Report 38 (2008), Nr. 6.

<http://www.thehastingscenter.org/Publications/HCR/Detail.aspx?id=2822#ixzz43jWhffSA> (Stand: 24.4.2016; inzwischen offline).

Reissmann, K.: Zweite Leibeigenschaft. (Forum & Leserbriefe.) Süddeutsche Zeitung vom 6./7.7.2019, S. 18.

Rogge, J.-U.: Kinder brauchen Grenzen. Reinbek bei Hamburg 1993.

Rotthaus, U.: Töten, um zu retten? Lebensforum 130 (2019), S. 20-21.

Seehofer, H.: Rede zum Entwurf eines Transplantationsgesetzes vor dem Deutschen Bundestag am 25. Juni 1997. Pressemitteilung Nr. 53 des BMG vom 25. Juni 1997.

<http://www.BMGesundheit.de/presse97/97/53.htm> (Stand: 30.8.1997; inzwischen offline) und <http://www.uni-heidelberg.de/institute/fak5/igm/g47/bauershf.htm> (Stand: 21.6.2010; inzwischen offline).

Waldstein, W.: Eine unverständliche Verblendung. Zur Diskussion um Hirntod-Kriterium und Organtransplantation. Die Tagespost vom 9.10.2014, S. 12.

Weiss, J.; Immer, F.F.: Organspende in der Schweiz - explizite oder vermutete Zustimmung? Positionspapier. Swisstransplant 2018.
http://www.swisstransplant.org/fileadmin/user_upload/Organspende/Volksinitiative/Swisstransplant_Positionspapier_Vermutete_Zustimmung_2018.pdf (Stand: 30.9.2019).

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer
Leiter des Fachgebiets Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
Universitätsmedizin Mannheim (UMM)
Ludolf-Krehl-Strasse 13-17
68167 Mannheim
Deutschland
E-Mail: axel.bauer@medma.uni-heidelberg.de
Homepage: www.umm.uni-heidelberg.de/gte

Informierte Zustimmung: Ein Muss für die Organspende

lic. iur & theol. Niklaus Herzog, Vizepräsident von HLI-Schweiz

Kurzfassung des an der Tagung „Organspende: Nicht ohne meine Zustimmung“ gehaltenen Referats, erschienen im HLI Report Nr. 106/Dezember 2019. Abdruck freundlich genehmigt durch HLI-Schweiz.

Erweiterte Zustimmungslösung (geltendes Recht)

Gemäss Art. 8 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes sind die nächsten Angehörigen anzufragen, ob ihnen eine Erklärung zur Spende bekannt ist, wenn keine dokumentierte Zustimmung oder Ablehnung der verstorbenen Person vorliegt. Ist den Nächsten laut Abs. 3 keine solche Erklärung bekannt, so können Organe, Gewebe oder Zellen entnommen werden, wenn die nächsten Angehörigen einer Entnahme zustimmen. Sie haben bei ihrer Entscheidung den mutmasslichen Willen der verstorbenen Person zu beachten. Sind gemäss Abs. 4 keine nächsten Angehörigen vorhanden oder erreichbar, so ist die Entnahme unzulässig. Zu Lebzeiten besteht die Möglichkeit, eine Erklärung zur Organspende zu dokumentieren. Das kann mit einer Spendekarte, einem Eintrag ins Register der Stiftung Swisstransplant, in einer Patientenverfügung oder zukünftig im elektronischen Patientendossier erfolgen. Die erweiterte Zustimmungslösung entspricht voll und ganz den Vorgaben von Verfassung und Gesetz. Darin ist der Grundsatz der aufgeklärten bzw. informierten Zustimmung als Voraussetzung für jeden Eingriff in die körperliche Integrität des Menschen verankert (vgl. Art 10 BV).

Enge Widerspruchslösung (Volksinitiative)

Nach dem unmissverständlichen Wortlaut der Initiative haben die Angehörigen einer verstorbenen Person keine, auch keine nachrangigen Mitbestimmungsrechte. Der Bundesrat unterstützt das Anliegen der Initiative, taxiert diese aber als „ethisch bedenklich“ und stellt ihr deshalb einen indirekten Gegenvorschlag entgegen. Die Nationale Ethikkommission (NEK) kommentiert: „Im Falle der Widerspruchslösung könnte eine Person Bedenken haben, ihren Willen zu äussern weil man ihren Widerspruch für unmoralisch und unsolidarisch halten könnte.“ Angesichts der staatlichen Kampagnen zugunsten der Organspende ist das ein nur allzu berechtigter Einwand. Die NEK hat darauf hingewiesen, dass sowohl bei der erweiterten Zustimmungslösung als auch bei der erweiterten Widerspruchslösung der tatsächliche Wille der verstorbenen Person nicht mit Sicherheit gewährleistet sei.

Erklärungslösung (Vorschlag der Nationalen Ethikkommission)

In ihrer Empfehlung schlägt die NEK die sogenannte Erklärungslösung vor. Demnach sollen die Menschen in der Schweiz „regelmässig aufgefordert werden, sich mit dem Thema der Organspende auseinanderzusetzen und sich dazu zu äussern“. Dabei ist gemäss NEK das Recht der einzelnen Person zu beachten, sich nicht in Form einer Zustimmung oder Ablehnung der Organspende äussern zu müssen, weshalb eine dritte Antwortkategorie (keine Erklärung) vorzusehen sei. Auch wenn die Befragung zwingend sei und eine dritte Antwortmöglichkeit zur Verfügung stehe, darf es laut NEK keine Sanktionen oder andere Nachteile nach sich ziehen, wenn sich jemand grundsätzlich nicht äussern will. In einem Artikel von Zenger/Sprecher in der NZZ vom 17.9.2019 wurde als Hauptkritikpunkt darauf hingewiesen, dass bei diesem Erklärungsmodell trotz des staatlich verordneten Dauerzwangs zur Selbstdeklaration nie die ganze Bevölkerung erreicht werden könne.

Damit bleibe die intendierte Erhöhung der Organspenden illusionär und auch der Grundsatz der Verhältnismässigkeit werde verletzt.

Erweiterte Widerspruchslösung (Vorschlag Bundesrat)

Gegenüber seinem bisherigen Standpunkt hat der Bundesrat mit dem am 13. September 2019 veröffentlichten indirekten Gegenvorschlag einen Schwenker gemacht. Am 8. März 2013 hatte der Bundesrat noch in einer Antwort auf eine Interpellation u.a. festgehalten: „Das Neutralitätsprinzip des Bundes besteht darin, nicht aktiv auf die Förderung der individuellen Spendebereitschaft hinzuwirken. Der Staat soll in dieser Frage neutral bleiben und jeden individuellen Entscheid zur Spende respektieren. Eine Pflicht zur Organspende kann es nicht geben.“ Der jüngste Vorschlag des Bundesrates, durch eine einfache Gesetzesänderung die Widerspruchsregelung einzuführen, ist eine üble Trickserie. Ich teile die Auffassung von Zenger /Sprecher im bereits erwähnten NZZ-Artikel: Demnach missachtet der Bundesrat mit seinem Vorhaben „nicht nur elementare Grundrechte jedes Menschen, sondern auch einen zentralen Grundsatz der schweizerischen Demokratie, indem er das für Verfassungsänderungen verlangte obligatorische Referendum, das dafür notwendige Volks- und Ständemehr und die damit verbundene öffentliche Diskussion zu umgehen sucht.“ Der Bundesrat begründet seinen Vorschlag damit, dass der Aktionsplan „Mehr Organe für Transplantationen“ bis Ende 2018 die angestrebten 20 Spenden pro Million Einwohner nicht erreicht habe. Dabei lag Ende 2018 die Organspendezahl so hoch wie nie zuvor bei 18,6 gegenüber 12,0 Spenden pro Million im Jahr 2012. So ignorierte der Bundesrat die stringente Argumentation der NEK gegen die Widerspruchsregelung, indem er sie stillschweigend als nicht mehr berücksichtigbar deklarierte. Nach eingehender Analyse kam die NEK nämlich zum Schluss, dass das in den einzelnen Ländern jeweils praktizierte Modell (Zustimmung/Widerspruch) nicht ausschlaggebend für die Spendenrate sein kann. Bemerkenswert ist auch der Hinweis der NEK, dass in Spanien, das als Land mit der höchsten Organspendenrate stets als Vorbild propagiert wird, de facto nicht die enge Widerspruchsregelung praktiziert wird. Obwohl gesetzlich die enge Widerspruchsregelung gilt, wird in der Praxis stets die Zustimmung der Angehörigen eingeholt. Ihre Wünsche sind ausschlaggebend. Auf eine bedeutsame Information in einer Fussnote in der NEK-Stellungnahme ist besondere Aufmerksamkeit zu richten: „Anzumerken ist, dass Spanien die ‚effective donations‘ (alle entnommenen Organe) publiziert, während die Länder meistens die ‚realized donations‘ angeben (die entnommenen und transplantierten Organe). Das erklärt die höheren Zahlen zu einem gewissen Grad.“

Fazit: „Die Widerspruchsregelung bedeutet einen massiven Eingriff in die Persönlichkeitsrechte, vor allem in das körperbezogene Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf körperliche Integrität.“ Es gibt keinen wissenschaftlich stringenten Beweis, dass die Widerspruchsregelung zu einer höheren Zahl von Organspenden führt. Ein solcher Systemwechsel verletzt daher den Grundsatz der Verhältnismässigkeit. Die Widerspruchsregelung ist nicht in der Lage, die Vorgaben des Bundesgerichts zu erfüllen. Dazu ist eine breite und systematische Information der Öffentlichkeit erforderlich, wobei sicherzustellen wäre, dass alle (!) Bevölkerungskreise erreicht werden und die einschlägigen Informationen verstehen. Aus all diesen Überlegungen folgt ein **klares und unmissverständliches Nein zur Widerspruchsregelung.**

Der ungekürzte Vortrag von Niklaus Herzog sowie die andern Beiträge der Tagung „Organspende: Nicht ohne meine Zustimmung“ vom 12. Oktober 2019 sind auf www.human-life.ch abrufbar und ebenso als Audiodatei zugänglich: www.human-life.ch/projekte/tagung-2019/

A Case Series Detailing the Successful Reversal of the Effects of Mifepristone Using Progesterone

George Delgado, M.D.,* Steven J. Condly, Ph.D.,** Mary Davenport, M.D., M.S.,*** Thidarat Tinnakornsrisuphap Ph.D.,**** Jonathan Mack, Ph.D., NP, RN***** Veronica Khauv, B.S., and Paul S. Zhou

ABSTRACT:

Background: Some women who take mifepristone, a progesterone receptor antagonist, in order to terminate their pregnancies, change their minds and desire to stop the medical abortion process. There are only two articles in the medical literature documenting the reversal of the effects of mifepristone.

Objective: We present and analyze a series of women who attempted to reverse the effects of mifepristone by taking supplemental progesterone to determine if the reversal of the effects mifepristone with progesterone is possible and safe. Additionally, we compare different progesterone regimens to determine relative efficacies.

Methods: This is a retrospective analysis of clinical data of 754 patients who decided to attempt to reverse the medical abortion process after taking mifepristone but before taking the second drug in the protocol, misoprostol. We followed the patients, who were given progesterone in an effort to reverse

*Steno Institute, San Deigo, California; gdelgadomd@yahoo.com.

**Department of Behavioral Sciences and Leadership, United States Military Academy, West Point, NY.

***Magnificat Maternal Health Program, Nigeria.

****Adjunct Clinical Associate Professor, Hahn School of Nursing and Health Science, University of San Diego.

*****Associate Clinical Professor, Hahn School of Nursing and Health Science, University of San Diego.

the effects of mifepristone, and conducted statistical analyses to determine the efficacies of different protocols compared to a control mifepristone embryo survival rate, derived from the literature.

Results: Intramuscular progesterone and high dose oral progesterone were the most effective with reversal rates of 64% ($P < 0.001$) and 68% ($P < 0.001$), respectively. There was no apparent increased risk of birth defects.

Conclusions: The reversal of the effects of mifepristone using progesterone is safe and effective.

Introduction

Medical induced abortion utilizing mifepristone has been available in the United States since 2000. In 2014, 31% of non-hospital induced abortions were medical induced abortions.¹ Some women decide to attempt to reverse the medical abortion process after taking mifepristone but before taking misoprostol, and inquire about the possibility of reversing the effects of mifepristone.²

The new FDA protocol, approved for medical abortion in 2016, involves the administration of mifepristone 200 mg orally as a single dose, which leads to embryonic or fetal demise, followed 24-48 hours later by misoprostol 800 mcg buccally as a single dose, which stimulates myometrial contractions. The protocol is approved up to 70 days after the first day of the last menstrual period.³ Misoprostol is part of the protocol because mifepristone alone has an incomplete abortion rate of 20-40%, as determined by the end point of complete expulsion.⁴

Pharmacology

Mifepristone is a competitive antagonist of progesterone at the progesterone receptor (PR). It binds to the PR twice as avidly as progesterone.⁵ Mifepristone is an orally active compound with a nearly 70% absorption rate, but its bioavailability is reduced to approximately 40% because of the first-pass effect.⁶

Demethylation and hydroxylation are catalyzed by CYP3A4; three metabolites retain biologic activity. The half-life of mifepristone is approximately 18-25 hours. Mifepristone and its metabolites can be measured up to 72 hours after an ingested dose.⁵ The half-life of progesterone is longer, approximately 25-55 hours.^{6,7}

Effects of Mifepristone

By blocking progesterone receptors, mifepristone leads to the separation of the decidua basalis from the trophoblast. This separation diminishes the oxygen and nutrients that can be delivered to the embryo or fetus by the maternal circulation and is the primary embryocidal and fetocidal effect of mifepristone.^{4,8,9}

In addition to this primary effect, mifepristone causes softening and dilatation of the cervix.⁴ It also leads to myometrial contractions, increased myometrial sensitivity to prostaglandins^{4,10} and the disinhibition of prostaglandin synthesis by the myometrium.¹¹

Progesterone has been shown to have an autoregulatory effect on progesterone synthesis by the corpus luteum. Blocking progesterone receptors with mifepristone decreases progesterone secretion by the corpus luteum.¹²

Logic of Using Progesterone to Reverse Mifepristone Effects

Mifepristone is a competitive inhibitor of the progesterone receptor. It is well known that receptor agonism and antagonism are parts of a dynamic process that can be influenced by changing concentrations of the agonist or antagonist. Therefore, it makes biologic sense that increasing the progesterone levels in a pregnant woman by giving supplemental progesterone would favor the agonist progesterone effects and blunt the abortifacient effects of mifepristone.

An Animal Model

A Japanese rat study provides basic-science evidence of the ability of progesterone to negate the effects of mifepristone. In this experiment, one group of pregnant rats was given mifepristone while a second was given mifepristone and progesterone. In the group that only received mifepristone, only 33% of the pups survived. In the group that received mifepristone and progesterone, 100% of the pups survived. Furthermore, the first group had characteristic changes in the myometrium and ovaries; the group that received the combination had no such changes.¹³

Early Mifepristone Studies Reporting Continuing Pregnancy

When mifepristone was first studied as an abortifacient, misoprostol was not part of the protocol. During the 1980's, researchers determined that even though mifepristone was effective as an abortifacient, they believed it was necessary to add a prostaglandin analog to achieve a satisfactory complete uterine evacuation rate.⁴ We must emphasize that the definition of incomplete abortion is incomplete emptying of the uterus.¹⁴ Embryo or fetus survival is not implied.

The earliest studies also revealed that some embryos survived mifepristone. Baulieu, the principal developer of the drug, stated that at 4-7 weeks the percentages of efficacy of the regimen were approximately 70% for complete abortions, 20% for incomplete abortions and 10% for ongoing pregnancies (i.e., presumed embryo survival). For gestations 8-10 weeks, the comparable rates were 50% for complete abortions, 35% for incomplete abortions and 15% for embryo survival.¹⁵

In 2015, Grossman et al. published a review of the first case series of progesterone reversal of mifepristone, as well as 13 studies from the 1980's, addressing continuing pregnancies after mifepristone. The authors concluded that there was insufficient evidence to show that progesterone therapy improved survival over expectant management, based on the reported high ongoing pregnancy rates in some of these older studies.¹⁶ However, closer scrutiny of the studies cited for high ongoing pregnancy rates reveals inadequate criteria for the diagnosis of continuing pregnancies. Many early researchers focused on an efficacy end point of complete uterine evacuation, and did not distinguish missed or incomplete abortions from continuing pregnancies (embryo or fetus

survival).¹⁷ Only eight studies cited by Grossman had criteria sufficient to determine embryo survival and showed continuing pregnancy rates of 8-25%.¹⁷

A recent review found that 18 of the 30 articles investigating mifepristone monotherapy had adequate criteria to determine embryo survival.¹⁷ After eliminating duplicate publications, 12 studies were identified which utilized follow-up ultrasound to distinguish between incomplete or missed abortion and embryo survival at the end of the study period. The mean percentage of embryos surviving mifepristone among all studies was 12.6%.¹⁷ A single dose of 600 mg in five studies of early gestations 42-49 days in 493 subjects showed survivals of 9.4-17.1%.^{17,18,19,20,21} Three studies of 58 women with gestations <49 days, using the current predominant 200-300 mg doses, noted embryo survival rates of 10-23.3%.^{19,22,23,24} Four studies of 83 women included gestations up to 70 days, daily doses of 100-200 mg, and total doses 400-800 mg.; in three of these four studies, embryo survival was <25%.^{25,26,27,28,29,30,31}

Methods

This is a retrospective analysis of clinical data of a group of pregnant women who took progesterone in an effort to reverse the effects of mifepristone. The study was reviewed and approved by an institutional review board. The lead author contributed clinical data from a variety of clinical settings across the United States and several other countries for comparison.

Subjects were pregnant women who had taken mifepristone, but had not yet taken misoprostol, and were interested in reversing its effects. Subjects called an informational hotline linked to an informational website and staffed by nurses and a physician assistant. After receiving information about the reversal process, those who decided to proceed with reversal were referred to physicians and mid-level practitioners in their respective geographic areas for treatment. The women gave written informed consent for treatment to their respective treating medical professionals that included permission to track their data. Data were collected from the women themselves and from their treating healthcare professionals.

Data were collected for different variables including gestational age at the time of mifepristone ingestion, mode of delivery of progesterone given, amounts of progesterone received, birth defects and preterm delivery. Progesterone was given in a variety of regimens by the 325 different medical professionals who treated these women. The modes of delivery of progesterone were intramuscular injection of progesterone in oil, oral administration of micronized progesterone, vaginal use of oral micronized progesterone capsules, compounded micronized progesterone vaginal suppositories, progesterone vaginal gel and progesterone vaginal suppositories.

We selected a 25% embryo or fetus survival rate, if mifepristone alone is administered, as a control because it is at the upper range of mifepristone survival rates and close to the 23% survival rate of the one early study that used a single 200 mg dose, the dose currently favored for medical abortions.¹⁷ This study is designed to ascertain which progesterone treatments clinicians have offered to women seeking mifepristone

reversal that demonstrate efficacy beyond the 25% embryo survival rate, and compares the relative efficacies of different treatment protocols to the historic control.

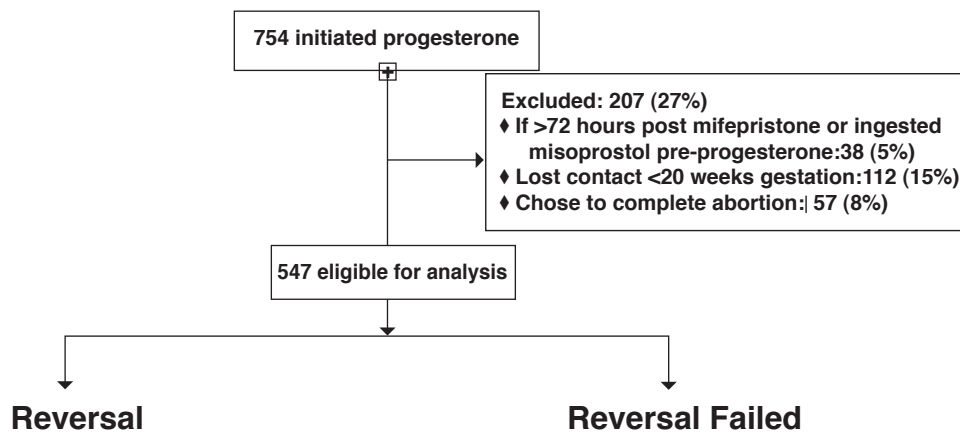
Results

From June 24, 2012 to June 21, 2016, 1,668 calls were received by the hotline from women who had taken mifepristone and were interested in reversal. Seven hundred fifty-four (45%) actually initiated progesterone therapy.

Subjects were included in the study if they were 72 hours or less post-mifepristone and had not taken misoprostol; 38 (5%) did not meet these criteria. Of the women who started progesterone therapy and met inclusion criteria, 116 (15.4%) were lost to follow-up at some point. Of those, 112 (14.9%) were lost to follow-up prior to 20 weeks gestation and were excluded from the analysis. Four (0.5%) women remained pregnant with viable fetuses but were lost to follow-up after twenty weeks gestation and were included in the analysis as reversals.

Fifty-seven (7.6%) of the women, after starting progesterone therapy, changed their minds again and either took misoprostol to complete the medical abortion or procured surgical induced abortion. Of those 57, 39 (5.2%) chose to complete abortion medically with misoprostol, seven (0.9%) procured surgical abortions and 11 (1.5%) completed

Figure 1



abortion by unspecified means. These were not included in the analysis as they chose to no longer attempt reversal. See Figure 1.

Women who delivered babies after progesterone therapy or who were lost to follow-up after 20-weeks gestation were considered to have reversed their medical abortions, since any pregnancy loss after 20 weeks would be unlikely to be attributable to the early mifepristone exposure. The data analysis was accomplished using the Statistical Hypothesis Test on a population proportion.

After exclusions, there were 547 patients with analyzable outcomes who underwent progesterone therapy. There were 257 births (47%). Another four were pregnant with viable fetuses but were lost to follow-up after 20 weeks gestation (0.7%). The overall rate of reversal of mifepristone was 48%.

Two subgroups had the highest reversal rates. Those who received progesterone intramuscularly (IM) initially or exclusively had a 64% reversal rate. One subject in this group had an undocumented number of injections. The high-dose oral subgroup received oral progesterone, 400 mg twice a day for three days, followed by 400 mg once a day until the end of the first trimester and had a reversal rate of 68%, similar to the IM group. These survival rates compare favorably with published embryo and fetal survival rate of 25%, if no treatment is attempted,¹⁷ the rate used as a control. See Table 1.

The gestational age at the time of ingestion was directly related to reversal success. See Table 2. This is not surprising since mifepristone embryocidal and fetocidal rates fall with advancing gestational age.³³

There was no correlation between maternal age and rate of reversal. In the subset of records noting time intervals, the time between mifepristone ingestion and the first progesterone dose was not statistically significant in relation to the success rate for reversals attempted within 72 hours of mifepristone injection.

Birth Defects

There were seven reported birth defects in the women who had reversals and follow-up after their deliveries for a rate of 7/257 (2.7%). See Table 3. This is equal to the birth defect rate in the general population of approximately 3%³⁴ and suggests that there is no increased risk of birth defects in babies born after mifepristone reversal.

Preterm Delivery

There were seven deliveries at <37 weeks for a preterm delivery rate of 2.7%. The United States average is 10%.³⁵

Multiple Gestations

There were nine sets of twins (4.3% of the pregnancies). There were no higher order multiples.

Discussion

Progesterone Safety

Progesterone is a naturally occurring hormone produced by the corpus luteum and by the placenta, and is essential for maintenance of the maternal fetal interface of pregnancy. It has been used safely in pregnancy for over 50 years.³⁶ The American Society of Reproductive Medicine states that no long-term risks have been identified when progesterone is used in pregnancy.³⁷ The FDA has given progesterone a category B rating in pregnancy, in contrast to synthetic progestins.³⁸

Table 1: Reversals Compared to Reported Control of 25% Survival if No Treatment Undertaken

Progesterone Group	Number	Reversals	Reversal Failures	Percent Reversals	P Value	95% Confidence Intervals
All Groups	547	261	286	48%	<0.001	0.44-0.52
High Dose Oral	31	21	10	68%	<0.001	0.51-0.84
Intramuscular, All groups	125	80	45	64%	<0.001	0.56-0.72
IM, 1 Injection	50	24	26	48%	<0.001	0.34-0.62
IM, 2-5 Injec.	36	21	15	58%	<0.001	0.42-0.74
IM, 6-8 Injec.	9	9	0	100%	<0.001	0.67-1
IM, 9-10 Injec.	10	9	1	90%	<0.001	0.77-1.0
IM, 11 or More Injec.	19	17	2	89%	<0.001	0.76-1.0
Oral, All Groups	119	64	55	54%	<0.001	0.45-0.63
Oral Caps Vaginally, All Doses	156	61	95	39%	<0.001	0.31-0.47
Vaginal Suppository	34	11	23	32%	0.161	0.17-0.48

A recent retrospective study of a Danish infertility cohort suggested a possible increased risk of acute lymphocytic leukemia and sympathetic neural tumors in children born to mothers who had taken progesterone during pregnancy and before pregnancy. The increased risk was greatest in women who had taken progesterone for three or more cycles.³⁹ However, the infertility population examined in the Danish study, exposed to

Table 2: Gestational Age Compared to Reversal Rate

Gestational Age	Total	Reversal	Reversal Failure	Reversal %	P value	95% Confidence Intervals
5 weeks	76	19	57	25%	0.5	0.15-0.35
6 weeks	113	52	61	46%	<0.001	0.37-0.55
7 weeks	102	50	52	49%	<0.001	0.39-0.59
8 weeks	88	54	34	61%	<0.001	0.51-0.72
9 weeks	30	23	7	77%	<0.001	0.62-0.92

Table 3: Birth Defects

Birth Defect	Instances
Port Wine Stain	1
Bilateral Absent Toe	1
Unilateral Two Absent Fingers	1
Choroid Plexus Cyst	1
Cystic Kidney	1
Unilateral Failed Hearing Test	1
Heart Murmur	1

many cycles of progesterone and other medications, differs significantly from our population of fertile women who had a single exposure to progesterone.

Mifepristone Teratogenicity

While previous human studies are not large in number, the available evidence suggests that mifepristone is not teratogenic.^{4,40,41} The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Practice Bulletin March 2014 states that there is no evidence that mifepristone is associated with teratogenicity.⁴² Our data set, the largest of babies exposed to mifepristone in utero, also indicates that the birth defect risk in women who have reversed mifepristone abortions is no higher than the risk in the general population.

Study Limitations

This study is limited in that it is not a randomized placebo-controlled trial. However, a placebo-controlled trial in the population of women who regret their abortion and

want to save the pregnancy would be unethical. Furthermore, although the number of women lost to follow-up was small, it could have affected the results. In addition, some data collection was incomplete.

One potential confounding variable is the use of ultrasound to select for living embryos prior to the first progesterone dose. It is possible that those embryos who were alive at the time of sonogram may have survived without progesterone therapy. However, our study also included some women who started progesterone therapy prior to sonographic documentation that the embryo was alive. Undoubtedly, this group included women who already had an embryonic demise prior to initiation of progesterone therapy. Inclusion of these women would falsely lower the success rate of progesterone therapy. The numbers of women who received or did not receive ultrasound exams prior to initiating therapy were not available to our researchers. If ultrasound is readily available, sound practice would dictate that embryonic or fetal viability should be confirmed, or at least suggested, before treatment is started in order to avoid giving women progesterone unnecessarily and to exclude ectopic pregnancy before starting progesterone therapy.

Conclusions

The use of progesterone to reverse the effects of the competitive progesterone receptor blocker, mifepristone, appears to be both safe and effective. Progesterone therapy makes biologic sense, has been previously published as effective in an animal model and is supported by this case series which demonstrates a statistically significant difference in survival between treatment groups and the historic control. Mifepristone is embryocidal and fetocidal but not teratogenic; progesterone is not associated with birth defects.

Based on these new data, two reasonable protocols can be suggested for women who seek to reverse the effects of mifepristone:

1. Progesterone micronized 200 mg capsule two by mouth as soon as possible and continued at a dose of 200 mg capsule two by mouth twice a day for three days, followed by 200 mg capsule two by mouth at bedtime until the end of the first trimester; and
2. Progesterone 200 mg intramuscular as soon as possible and continued at a dose of 200 mg intramuscular once a day on days two and three, then every other day for a total of seven injections. Some clinicians may choose to continue intramuscular treatment longer since this recommendation is based on relatively small numbers.

Recommendations for Future Research

We propose that further research employing randomized controlled trials comparing progesterone doses and routes of administration are needed to confirm which mode of delivery, dose and duration of progesterone therapy is most efficacious and carries the least burden for the patient.

The authors wish to acknowledge Sara Littlefield for her diligence in gathering and preparing data and assisting with organizational tasks.

References

- ¹ Jones RK and Jerman J. Abortion incidence and service availability in the United States, 2014. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2017, 49(1), DOI: 10.1363/psrh.12015.
- ² Delgado G, Davenport M. Progesterone Use to Reverse the Effects of Mifepristone. *Ann Pharmacother* 2012;46. Published Online, 27 Nov 2012, *theannals.com*, DOI: 10.1345/aph.1R252.
- ³ Medication Guide, Mifeprix. www.fda.gov/downloads/drugs/drugsafety/ucm088643.pdf (accessed November 19, 2016).
- ⁴ Creinin, M, Gemzell Danielsson, K. Chapter 9, Medical abortion in early pregnancy, in *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Published Online: 22 May 2009 DOI: 10.1002/9781444313031.ch9.
- ⁵ Heikinheimo O, Kekkonen R, Lahteenmaki P. The pharmacokinetics of mifepristone in humans reveal insights into differential mechanisms of antiprogestins action. *Contraception* 2003;68:421-6.
- ⁶ Sarkar NN. Mifepristone: bioavailability, pharmacokinetics and use-effectiveness. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Bio*; 2002;101:113-20.
- ⁷ Drug Bank Progesterone. <http://www.drugbank.ca/drugs/DB00396> (accessed 2011 Oct 8).
- ⁸ Johannisson E, Oberholzer M, Swahn ML, Bygdeman M. Vascular changes in the human endometrium following the administration of the progesterone antagonist RU 486. *Contraception* 1989; 39: 103–107.
- ⁹ Schindler AM, Zanon P, Obradovic D, Wyss R, Graff P, Hermann WL. Early ultrastructural changes in RU-486-exposed decidua. *Gynecol Obstet Invest* 1985; 20: 62–67.
- ¹⁰ Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the antiprogesterin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 126–134.
- ¹¹ Herrmann WL, Schindler AM, Wyss R, Bishof P. Effects of the antiprogesterone RU 486 in early pregnancy and during the menstrual cycle. In: Beaulieu EE, Siegel S, eds. *The Antiprogesterin Steroid RU 486 and Human Fertility Control*. Plenum, New York, 1985: 259–262.
- ¹² Ottander U, et al. A Putative Stimulatory Role of Progesterone Acting via Progesterone Receptors in the Steroidogenic Cells of the Human Corpus Luteum. *Biology of Reproduction* March 1, 2000 vol. 62 no. 3 655-663.
- ¹³ Yamabe, S; Katayana, K; Mochuzuki, M *Folio endocrine*. 65, 497-511, 1989. The Effects of RU486 and Progesterone on Luteal Function During Pregnancy.
- ¹⁴ <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/incomplete+abortion> (accessed November 20, 2016).
- ¹⁵ Beaulieu EE. RU-486: An antiprogesterin steroid with contragestive effect in women. In Baulieu EE, Siegel S (eds): *The Antiprogesterin Steroid RU 486 and Human Fertility Control*. New York, Plenum, 1985. pp. 2-6.
- ¹⁶ Grossman D et al. Continuing pregnancy after mifepristone and “reversal” of first-trimester medical abortion: A systematic review, *Contraception* (2015) September 2015 Volume 92, Issue 3, pp. 206–211, DOI: 10.1016/j.contraception.2015.06.001).
- ¹⁷ Davenport M, Delgado G, Khauv V. Embryo survival after mifepristone: review of the literature. *Issues in Law and Medicine* 2017, 32 (1): 3-18.
- ¹⁸ Ylikorkala O, Alfthan H, Kääriäinen M, Rapeli T, Lähteenmäki P. Outpatient therapeutic abortion with mifepristone. *Obstet Gynecol* 1989;74:653-7.
- ¹⁹ Maria B, Chaneac M, Stampf F, Ulmann A. [Early pregnancy interruption using anantiprogesterone steroid: Mifepristone (RU 486)]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1988;17:1089-94.
- ²⁰ Carol W, Klinger G. [Experiences with the antigestagen mifepristone (RU 486) in the interruption of early pregnancy]. *Zentralbl Gynakol* 1989;111:1325-8.
- ²¹ Somell C, Olund A. Induction of abortion in early pregnancy with mifepristone. *Gynecol Obstet Invest* 1990;29:13-5.
- ²² Kovacs L, Sas M, Resch BA, Ugocsai G, Swahn ML, Bygdeman M, Rowe PJ. Termination of very early pregnancy by RU 486—an antiprogesterational compound. *Contraception* 1984;29:399-410.

The Successful Reversal of the Effects of Mifepristone Using Progesterone

- ²³ Kovacs L, Termination of Very Early Pregnancy with Different Doses of RU-486: A Phase I Controlled Clinical Trial. In Beaulieu EE, Siegel S (eds): *The Antiprogestin Steroid RU 486 and Human Fertility Control*. pp. 179-198. New York, Plenum, 1985.
- ²⁴ Swahn ML, S. Cekan, G. Wang, V. Lundstom, and M. Bygdeman. In Beaulieu EE, Siegel S (eds): *The Antiprogestin Steroid RU 486 and Human Fertility Control*. pp. 249-258. New York, Plenum, 1985.
- ²⁵ Herrmann WL, Schindler AM, Wyss R, et al: Effects of the antiprogestone RU 486 in early pregnancy and during the menstrual cycle. In Beaulieu EE, Siegel S (eds): *The Antiprogestin Steroid RU 486 and Human Fertility Control*. pp. 179-198. New York, Plenum, 1985.
- ²⁶ Herrmann W, Wyss R, Riondel A, Philibert D, Teutsch G, Sakiz E, Baulieu EE. [The effects of an antiprogestone steroid in women: interruption of the menstrual cycle and of early pregnancy]. *Comptes Rendus Seances Acad Sci III*. 1982 May 17;294(18):933-8. French.
- ²⁷ Vervest HAM, Haspels AA, Preliminary results with antiprogestone RU-486. (mifepristone) for interruption of early pregnancy. *FertilSteril*. 1985;44: 627-32.
- ²⁸ Haspels AA Interruption of early pregnancy by the antiprogestational compound RU 486 In Beaulieu EE, Siegel S (eds): *The Antiprogestin Steroid RU 486 and Human Fertility Control*. pp. 199-210, New York, Plenum, 1985.
- ²⁹ Haspels AA. Interruption of early pregnancy by an anti-progestational compound, RU 486. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1985 Sep;20(3):169.
- ³⁰ Cameron IT, Michie AF, Baird DT. Therapeutic abortion in early pregnancy with antiprogestogen RU486 alone or in combination with prostaglandin analogue (gemeprost). *Contraception* 1986;34:459-68.
- ³¹ Cameron IT, Baird DT. Early pregnancy termination: a comparison between vacuum aspiration and medical abortion using prostaglandin (16,16 dimethyl-trans-delta 2-PGE1 methyl ester) or the antiprogestogen RU 486. *Br J Obstet Gynaecol*. 1988 Mar; 95(3):271-6.
- ³² Elia D. Clinical study of RU 486 in early pregnancy In Beaulieu EE, Siegel S (eds): *The Antiprogestin Steroid RU 486 and Human Fertility Control*. pp. 211-220. New York, Plenum, 1985.
- ³³ Spitz IM, Bardin W, Benton L, Robbins A, et al. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol. *N Engl J Med* 1998;338:1241-7. DOI: 0.1056/NEJM199804303381801.
- ³⁴ CDC MMWR January 11, 2008 / 57(01);1-5.
- ³⁵ Preterm Birth. <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pretermbirth.htm> (accessed December 7, 2016).
- ³⁶ Dante G, Vaccaro V, Facchinetti. Use of progestogens in early pregnancy. Facts, Views and Vision. *ObGyn*. 2013 5(1): 66-71.
- ³⁷ Progesterone. <https://www.asrm.org/detail.aspx?id=1881>(accessed December 3, 2016).
- ³⁸ Progesterone package insert. <https://www.drugs.com/pro/progesterone-capsule.html>. (accessed December, 3, 2016).
- ³⁹ Hargreave M, et al. Maternal use of fertility drugs and risk of cancer in children—a nationwide population-based cohort study in Denmark. *Int. J. Cancer*: 136, 1931–1939 (2015).
- ⁴⁰ Bernard N, Elefant E, Carlier P, Tebacher M, Barjhoux CE, Bos-Thompson MA, Amar E, Descotes J, Vial T. Continuation of pregnancy after first-trimester exposure to mifepristone: an observational prospective study. *BJOG*. 2013 Apr;120(5):568-74. DOI: 10.1111/1471-0528.12147. Epub 2013 Jan.
- ⁴¹ Regine Sitruk-Ware a, Angela Davey , Edouard Sakiz. Fetal malformation and failed medical termination of pregnancy. *The Lancet*, Volume 352, Issue 9124, Page 323, 25 July 1998.
- ⁴² Medical Management of First Trimester Abortion. *ACOG Practice Bulletin* 143 March 2014, reaffirmed 2016.

Letzte Seite

Vorschau

19. – 21. Juni 2020: (nachgeholte) 3. Tagung der Tagungsreihe „Der christliche Arzt“ im Benediktiner Kloster Disentis. Info: rahelguerber@bluewin.ch p.ioannes@kloster-disentis.ch

17. – 22. August 2020: *Gustav-Siewerth-Akademie in Weilheim-Bierbronnen, Sommerkurs: „100 Jahre Johannes Paul II. – Aspekte seines Pontifikates“* Info: rahelguerber@bluewin.ch ermannno@pavesi.ch sekretariat@siewerth-akademie.de

19. September 2020: *11. Marsch fürs Läbe in (neu!) Winterthur* Info: <https://www.marschfuerslaebe.ch> info@marschfuerslaebe.ch

31. Oktober 2020: (nachgeholte) VKAS-Jahrestagung in Uznach Info: rahelguerber@bluewin.ch nikolauszwick@bluewin.ch

16. Januar 2021: *Sezione svizzero-italiana: Ritiro spirituale* Info: ricerche@sunrise.ch g.a.casanova@bluewin.ch

Unsere HOMEPAGE, betreut von Katarzyna Leupi-Skibinski: www.medcath.ch

Postscheck: Zuger Kantonalbank 6301 Zug; Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz, Konto 80-192-9, IBAN CH80 0078 7007 7040 8000 1

IMPRESSUM:

Rahel Gürber rahelguerber@bluewin.ch

Nikolaus Zwicky-Aeberhard nikolauszwick@bluewin.ch

DRUCK: Druckerei Franz Kälin AG, CH-8840 Einsiedeln, www.druckerei-kaelin.ch

