Dominik Groß
Andrea Esser
Hubert Knoblauch
Brigitte Tag (Hrsg.)

Tod und toter Körper

Der Umgang mit dem Tod und der menschlichen Leiche am Beispiel der klinischen Obduktion

Schriftleitung: Arnd T. May und Gereon Schäfer

kassel university press

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar

ISBN: 978-3-89958-338-0
URN: urn:nbn:2000-3389

© 2007, kassel university press GmbH, Kassel
www.upress.uni-kassel.de

Umschlaggestaltung: Jörg Batschi Grafik Design, Kassel
Druck und Verarbeitung: Unidruckerei der Universität Kassel
Printed in Germany

Vorwort

Der vorliegende Band geht zurück auf die interdisziplinäre Tagung „Tod und toter Körper", die am 1. und 2. März 2007 mit Unterstützung der Volkswagen-Stiftung im Universitätsklinikum Aachen ausgerichtet wurde. Gegenstand der Veranstaltung waren kulturelle, normative und pragmatische Aspekte im Umgang mit dem Tod und der menschlichen Leiche am Beispiel der klinischen Obduktion.

Viele geisteswissenschaftliche Studien, die sich mit dem Tod befassen, nehmen eine Außenperspektive ein: Sie untersuchen die gesellschaftliche Kommunikation über den Tod, analysieren den kulturwissenschaftlichen Diskurs, betrachten die Ikonographie des Todes in den Darstellungen der Kunst oder den Massenmedien oder schreiben eine Ideengeschichte der Todesvorstellungen, die in der Literatur, in Begräbnisriten oder in der Trauerkultur sichtbar werden. Sie alle erkennen an, dass die Lebenden zu allen Zeiten über den Tod reden, ihn literarisch und künstlerisch darstellen, obwohl oder gerade weil der eigene Tod nicht erfahren werden kann und weil über ihn kein objektives Wissen möglich ist. Entsprechend befasst sich diese Debatte vornehmlich mit dem Tod in der dritten Person, also mit dem Tod anderer Menschen oder Lebewesen. Dagegen gehen die Herausgeber davon aus, dass sich das gesellschaftliche Verhältnis zum Tod im praktischen Umgang mit dem Leichnam weitaus deutlicher manifestiert, als in abstrakten Reflexionen und Darstellungen zum Thema.

Übergreifendes Ziel dieses Buchbandes ist die Klärung eines differenzierten, sowohl die subjektive und intersubjektive als auch die objektive Perspektive integrierenden Zugangs zum Tod in der Moderne. Das Thema wird aus der Sichtweise verschiedener Wissenschaften erarbeitet: Beteiligt sind die Disziplinen Philosophie, Medizingeschichte, Rechtswissenschaften, Klinische Medizin, Medizinethik sowie Sozial- und Kulturwissenschaften. Gemeinsamer Bezugspunkt ist die klinische Obduktion. Dabei wird der Frage nachgegangen, welche historischen Veränderungen im gesellschaftlichen und kulturellen Umgang mit der Sektion feststellbar sind und wie dieser sich in der gegenwärtigen westeuropäischen Gesellschaft darstellt.

Den unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven auf den Tod und den toten Körper widmen sich die sechs Unterkapitel des vorliegenden Bandes:

(A) Zunächst werden philosophische Themen diskutiert, wie die Differenz zwischen der Analyse des Todes in der „dritten Person" und derjenigen in der „ersten und zweiten Person" sowie die Stellung und der Status des toten Körpers in der Philosophie.

(B) Aus der Perspektive der Medizingeschichte geht es anschließend um die historische Veränderung des Umgangs mit der Leiche und der Sektion sowie um deren gesellschaftliche Wahrnehmung. Brüche im medizinischen Umgang mit dem toten Körper werden untersucht ebenso wie für realisierte, aber auch gescheiterte ärztliche bzw. gesundheitspolitische Initiativen zur Veränderung der Sektionspraxis.

(C) Danach werden juristische Aspekte des Themas in den Blick genommen, insbesondere der rechtliche Status von Leichen, die Bund-Länder-Zuständigkeit zur Regelung des Umgangs mit Leichen und die Rechtsgrundlagen der Sektion. Hierbei werden u. a. die zivilrechtlichen, strafrechtlichen und öffentlich-rechtlichen Regelungen, die auf

den Umgang mit der Leiche Bezug nehmen, Grenzen setzen und im Übertretensfall Sanktionen androhen, dargelegt. Besonderes Augenmerk gilt den Sektionsregelungen in Krankenhausaufnahmeverträgen und den wenigen länderbezogenen Regelungen zum Themenfeld Sektion. Ferner werden die internationalen Vorgaben zum Umgang mit der Leiche und der Weiterverwendung von entnommenen Körpersubstanzen untersucht.

(D) Aus der klinischen Perspektive stellt sich die Frage, welche Bedeutung der Obduktion des Leichnams für den wissenschaftlichen Fortschritt in der Medizin zukommt, worin die medizinischen Experten (Pathologen und Rechtsmediziner) die Gründe für die niedrigen Obduktionsquoten sehen, welche Forderungen sie diesbezüglich vertreten und inwieweit Alternativen zur Sektion existieren.

(E) Anschließend werden ethische Aspekte des Umgangs mit dem Tod und dem toten Körper behandelt. Dabei interessiert, inwieweit konkrete Forderungen an die Medizin und an die mit dem sterbenden Menschen befassten Heilpersonen zu richten sind. Ein weiteres Augenmerk gilt der klinischen Sektion als Prüfstein für die Selbstbestimmung des Patienten bzw. der Hinterbliebenen. Daneben wird die professionelle Kommunikation mit Hinterbliebenen thematisiert.

(F) Aus sozial- und kulturwissenschaftlicher Sicht geht es u. a. um die Frage, ob die vielfach behauptete These der zunehmenden Enttabuisierung des Todes zutrifft. Derzeit ist die Indizienlage alles andere als eindeutig, zumal es noch fast keine empirische Forschung zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod und insbesondere mit klinischen Obduktionen gibt – ein Mangel, der angesichts der Bedeutung des Todes für das Selbstverständnis einer Gesellschaft dringend behoben werden sollte.

(G) Der Band wird komplettiert durch eine Auswahlbibliographie zum Themenbereich „Tod und toter Körper".

Last not least danken wir den mitwirkenden Autorinnen und Autoren sowie den Verantwortlichen der Volkswagen-Stiftung für die Möglichkeit der Publikation dieses Bandes.

Aachen, Berlin, Marburg und Zürich, im August 2007 Die Herausgeber

Inhalt

Vorwort 5

A. Philosophische und anthropologische Aspekte

ANDREA ESSER
Leib und Leichnam als Gegenstand von Achtung und Würde 11

IRIS DÄRMANN
Was vom Leben bleibt. Imaginäre Körperbilder und Gabenrituale 25

PETRA GEHRING
Vom tabuisierten zum begehrten Objekt. Über den neuen Wert der Leiche 33

B. Medizinhistorische Aspekte

HEINZ SCHOTT
Der Leichnam in medizinhistorischer Sicht 45

DOMINIK GROß UND GEREON SCHÄFER
Die klinische Sektion und ihre gesellschaftliche Wahrnehmung. Die medizinhistorische Perspektive 59

JAN STEINMETZER, DOMINIK GROß UND GEREON SCHÄFER
Zwischen Ablehnung und Akzeptanz: Der Blick auf die innere Leichenschau 83

C. Rechtliche Aspekte

BRIGITTE TAG
Rechtliche Aspekte im Umgang mit dem toten Körper. Eine thematische Einführung 101

GUNNAR DUTTGE
Autopsie: Ist der Individualismus unausweichlich? – (Straf-)Rechtsphilosophische Bemerkungen 117

JAN C. JOERDEN
Rechtliche und ethische Aspekte des Todesbegriffs 127

D. Klinische Aspekte

MANFRED DIETEL
Tod und toter Körper – Die Rolle der Sektion aus Sicht des Patholgen 137

RICHARD DIRNHOFER
VIRTOPSY – Auf dem Weg zur minimal-invasiven Autopsie 147

E. Medizinethische Aspekte

ARND T. MAY
Die klinische Sektion als Prüfstein für Selbstbestimmung und sittliche Pflicht 153

GISELA BOCKENHEIMER-LUCIUS
Zum Umgang mit dem menschlichen Leichnam in der Medizin 159

MATTHIAS MIßFELDT
Vergehende Zeichen. Der tote Leib und die trauernde Erinnerung 179

F. Soziokulturelle Aspekte

HUBERT KNOBLAUCH
Der Tod der Moderne, die neue „Kultur des Todes" und die Sektion 189

HANS-GEORG SOEFFNER
Ein Diesseits ohne Jenseits? Vom „Sinn" des Todes und dem Weg zu einer Gesellschaft ohne Jenseitsvorstellungen 201

G. Auswahlbibliographie

ARND T. MAY UND GEREON SCHÄFER
Tod und toter Körper. Eine Auswahlbibliographie 221

Anschriften der Autorinnen und Autoren 235

A. Philosophische und anthropologische Aspekte

Leib und Leichnam als Gegenstand von Achtung und Würde

Andrea Esser

Auf den letzten Seiten des Platonischen Dialogs *Phaidon* berichtet der Erzähler der Rahmenhandlung vom Tod des Sokrates: Die Freunde haben sich im Gefängnis um ihn versammelt und einer von ihnen, Kriton, fragt Sokrates danach, wie er bestattet werden möchte. „Wie ihr wollt", sagt Sokrates, „wenn ihr mich nur wirklich haben werdet und ich euch nicht entwischt bin. [...] Diesen Kriton, ihr Männer, überzeuge ich nicht, dass ich *der* Sokrates bin, dieser, der jetzt mich euch redet und euch das gesagte einzeln vorlegt, sondern er glaubt, ich sei *jener*, den er nun bald tot sehen wird, und fragt mich deshalb, wie er mich begraben soll. Dass ich aber schon so lange eine große Rede darüber gehalten habe, dass, wenn ich den Trank genommen habe, ich dann nicht länger bei euch bleiben, sondern fortgehen werde zu irgendeiner Herrlichkeit der Seligen, das, meint er wohl, sage ich alles nur so, um euch zu beruhigen und mich mit. [...] ihr aber verbürgt euch dafür, dass ich ganz gewiss nicht bleiben werde, wenn ich tot bin, sondern abgezogen und fort sein, damit Kriton es leichter trage und, wenn er meinen Leib verbrennen oder begraben sieht, sich nicht ereifere meinetwegen, als ob mir Arges begegne; und damit er nicht beim Begräbnis sage, er stelle den Sokrates aus oder trage ihn heraus oder begrabe ihn" (Hervorh. Verf.).[1] Im Anschluss rügt Sokrates den Kriton dann noch für seine Rede (die behauptet, der tote Sokrates sei immer noch der Sokrates); denn sich in dieser Weise „unschön auszudrücken", sei nicht nur fehlerhaft, sondern lege auch „etwas Böses in die Seele".[2]

In diesem Dialogabschnitt werden in aller Kürze Themen angesprochen und dem Leser zur Reflexion aufgegeben, die noch in der gegenwärtigen philosophischen Debatte über den toten Körper aktuell sind: Die Frage nach dem ontologisch zu bestimmenden Status des Leichnams, dem Verhältnis, in dem dieser zu Körper und Identität der ehemals lebenden Person steht, sowie die Frage, welches das richtige Verhältnis und der angemessene Umgang der Lebenden zu und mit den Körpern der Verstorbenen ist. Ferner die Forderung, dass wir unsere Alltagssprache auf die Implikationen hin kritisch reflektieren und entsprechend korrigieren, die in unseren Antworten auf all diese Fragen liegen. Eine solche Korrektur erscheint Sokrates in der oben zitierten Passage geboten, sofern die noch lebende Person mit dem künftigen Leichnam oder umgekehrt der Leichnam unreflektiert noch mit der Person identifiziert wird. Schließlich fordert Sokrates durch die Erinnerung an das vorangegangene Gespräch seine Freunde dazu auf, die darin entwickelte Vorstellung – die den Tod als einen Akt der Trennung von Seele und Leib erscheinen lässt, wobei die Seele nach dem Tode vielleicht noch „irgendwo" fortexistiere – auch zur Beantwortung der Frage nach dem Umgang mit seinem Leichnam heranzuziehen. Entsprechend können auch wir uns fragen, ob Kritons Haltung nicht in einer Spannung zu der im Gespräch gewonnenen Vorstellung,

---

[1] Platon (1990), 115c3-e5.

[2] Ebd., 115e7-e8.

dem dualistischen Verhältnis zwischen Seele und Leib, steht und darüber hinaus: ob und wie im Allgemeinen eine jeweils bestimmte Vorstellung vom Tod wiederum das Verhältnis, das wir zum toten Körper einnehmen, prägt. Stellt man sich den Tod so vor, dass die Seele und mit ihr die Person den Leib „verlassen", dann schlägt diese Vorstellung auch auf die Beantwortung der Frage durch, wie mit dem zurückgelassenen toten Körper zu verfahren ist. Sokrates äußert sich in dieser Angelegenheit entsprechend prosaisch. Er entgegnet auf Kritons Frage nach der Bestattung seines Leichnams: „Diesen begrabe nur wie es dir eben recht ist und wie du es am meisten für schicklich hältst."[3] Das Verfahren wird dem Belieben des Trauernden überlassen („wie es dir eben recht ist") und den herrschenden gesellschaftlichen Sitten („wie du es am meisten für schicklich hältst"). In beiden Fällen nennt Sokrates als Gründe für einen bestimmten Umgang mit der Leiche die Bedürfnisse und Gepflogenheiten der Hinterbliebenen, während seine eigenen Bedürfnisse, deren Verwirklichung er ja über seinen Tod hinaus sichern könnte, keine Rolle mehr spielen.

Ob man nun davon überzeugt ist, dass die Seele nach dem Tod „zu irgendeiner Herrlichkeit der Seligen" fortgehe, oder ob man einem Todesverständnis anhängt, wonach der Tod das endgültige Ende des lebendigen Körpers und der Person darstellt – keine dieser Vorstellungen scheint unmittelbar die Forderung nach sich zu ziehen, dass der Leichnam als solcher weiter bewahrt, geehrt oder gar selbst als Träger von Rechten angesehen werden müsste. Es ist durch sie auch nicht klar, ob und wiefern der Körper in irgendeiner Weise noch „näher" mit der verstorbenen Person verbunden sei als eine von ihr gebrauchte oder besessene bloße Sache. Dennoch bringen wir in der Praxis unserer gesellschaftlichen Sitten und Gepflogenheiten den Körper wie selbstverständlich in eine Verbindung mit der verstorbenen Person. In diesen Sitten und Gepflogenheiten liegt in mehrfacher Hinsicht ein normativer Anspruch, ohne dass dessen Gründe auf der Hand liegen. Eine theoretische Reflexion dieser Ansprüche, d. h. eine „philosophische Ethik", hat sich daher folgenden Fragen zu stellen: Warum *sollen* wir dem Körper Respekt zollen und einen pietätvollen Umgang mit ihm pflegen? Warum *sollen* wir ihn unter einen besonderen moralischen oder rechtlichen Schutz stellen? Und schließlich auch: Warum *soll* eine Person auch nach ihrem Tod noch über diesen Leichnam verfügen können und es der expliziten Einwilligung zu Lebzeiten einer Person (oder ihrer Angehörigen) bedürfen, damit ihr Körper nach ihrem Tod zu wissenschaftlichen oder anderen den Lebenden nützlichen Zwecken gebraucht werden kann?

1. Der Schutz des Leichnams im gegenwärtigen Recht

Unsere gegenwärtige Rechtsordnung beinhaltet einige Regelungen zum Schutz des menschlichen Leichnams (vgl. etwa Störung der Totenruhe, § 168 StGB; Verunglimpfung des Andenkens Verstorbener, § 189 StGB; absichtliche oder wissentliche Störung der Bestattungsfeier, § 167a StGB) sowie Regelungen der Verfügung lebender Personen über ihren späteren Leichnam und dessen Bestattung. Dennoch ist der Rechtstatus des

[3] Ebd., 116a.

Leichnams selbst durchaus umstritten – in der rechtswissenschaftlichen Diskussion herrscht keine Einigkeit darüber, ob der Leichnam als Sache im Sinne des § 90 BGB zu begreifen ist oder ob auf ihn die Schutzrechte des Persönlichkeitsrechts Anwendung finden.[4] Zur Klärung dieser Frage verweist man in der entsprechenden Diskussion auf notwendige Grundlagenreflexionen; die Ergebnisse solcher Reflexionen wären durchaus folgenreich z. B. für eine, von der Rechtswissenschaft geforderte, bundeseinheitliche Regelung der Zulässigkeit etwa von Sektionen oder von Formen der „Verwertung" von Leichen.

Unsere Gesellschaft scheint also – dies dokumentieren nicht nur die gegenwärtig geltenden Rechtsnormen – einen „würdevollen" Umgang mit dem menschlichen Leichnam anzumahnen und darin ihr moralisches Selbstverständnis auszudrücken. Gleichzeitig ist gegenwärtig aber auch ein zunehmend entpersönlichender, „verdinglichender" Umgang mit Leichen beobachtbar. Es gibt vermehrt Bestattungen, die eher geschäftsmäßig durchgeführt werden; der sog. „Bestattungstourismus"[5] mag als ein Beispiel dafür gelten, dass das ökonomische Kalkül auf würdevollen Umgang angelegte Bestattungsformen verdrängt; die Verarbeitung von Leichenteilen zu Heilmitteln kann als ein weiteres Beispiel angeführt werden. Dieser Entwicklung, die der Würdeforderung entgegenzustehen scheint, trägt unsere Rechtsordnung durchaus auch Rechnung, indem sie etwa sowohl eine kommerzielle als auch eine nichtkommerzielle Nutzung von nach dem Tod entnommenen Körper- und Gewebeteilen oder auch die Verwendung von Leichen insgesamt zu wissenschaftlichen oder industriellen Zwecken, freilich unter genau festgelegten Bedingungen, zulässt.[6]

Zur Aufklärung des Rechtsstatus der Leiche, wie sie in der rechtswissenschaftlichen Diskussion gefordert wird, und zu den oben formulierten Fragen nach dem ontischen und ethischen Status des Leichnams kann eine philosophische Untersuchung einen Beitrag leisten, indem sie (1) den Status des toten Körpers aus dem Zusammenhang von Körper, Leib und Person heraus begrifflich zu bestimmen hilft, indem sie ferner versucht, (2) den Persönlichkeitsbezug des Leichnams, der einerseits im Alltagsverständnis wie selbstverständlich hergestellt wird und der andererseits auch in der Forderung nach einem würdevollen Umgang mit dem Leichnam Ausdruck findet, angemessen zu rekonstruieren und zu begründen. Darüber hinaus kann sie im Rahmen einer ethischen Reflexion (3) Normen dafür entwickeln (und begründen), in welcher Weise der Umgang der Lebenden mit dem toten Körper angemessen gestaltet wird, und schließlich zeigen (4), wie wir in der Darstellung der Phänomene und „Gegenstände" auch in unserer Alltagssprache entsprechend den gewonnenen Einsichten Bezug nehmen sollten und wie nicht. In welcher Weise mir die Bearbeitung dieser Aufgaben im Rahmen einer philosophischen Untersuchung aussichtsreich zu sein scheint, möchte ich im Folgenden versuchen, zumindest zu skizzieren.

---

[4] Zur gegenwärtigen Rechtslage und der damit verbundenen rechtswissenschaftlichen Diskussionen vgl. den Beitrag von B. Tag in diesem Band.

[5] Vgl. Süddeutsche Zeitung 04.11.2004, www.sueddeutsche.de/wirtschaft/artikel/393/42351.

[6] Vgl. dazu etwa StGB Leipziger Kommentar (2005), § 168 Rdnr. 24.

Dabei ist vor allem darauf zu achten, ob und wie die jeweils im Allgemeinen vertretene Vorstellung vom Tod wiederum das jeweils individuelle Verhältnis prägt, das wir zu unserem eigenen Tod oder dem einer nahestehenden Person wie auch zum eigenen toten Körper bzw. zum Leichnam eines uns nahestehenden Menschen einnehmen. Dieses Verhältnis mitzubedenken, ist unmittelbar praxisrelevant, wenn die philosophische Reflexion die Aufgabe übernehmen soll, zwischen den in der Diskussion über den Status des Leichnams jeweils aufeinandertreffenden Perspektiven zu vermitteln. Denn Kollisionen zwischen der Individualperspektive auf den eigenen Leib oder den Leichnam einer nahestehenden Person einerseits und einer überindividuellen gesellschaftlich-institutionellen Perspektive andererseits laufen stets Gefahr, zu Lasten der Individuen zu gehen. Dabei ist klar, dass auf der gesellschaftlich-institutionellen Seite wiederum eine Vielzahl durchaus gegenläufiger Sichtweisen auftreten können: Das Spektrum reicht hier von wissenschaftlichen Interessen über den zweckrational geprägten Umgang bis zur ökonomischen Verwertung des anonymen Leichnams. Die Aufklärung über die jeweiligen Voraussetzungen und Vorstellungen, die den Perspektiven zugrunde liegen und die unter Umständen in ihnen latent und ungewollt wirken, kann vor allem in Situationen produktiv sein, in denen man in eine Auseinandersetzung gezwungen wird, wie es zum Beispiel im Aufklärungsgespräch über die Einwilligung zur bzw. Ablehnung der klinischen Obduktion der Fall ist.

2. Rekonstruktiver Beitrag der philosophischen Reflexion

2.1 Der Status des Leichnams in der Begriffsanalyse

Wenn der Tod des Menschen per definitionem das endgültige Ende seiner Existenz darstellt, dann lassen sich Fragen der Art: „Wie ist es, tot zu sein?“ oder „Wie ist es, ein Leichnam zu sein?“ durch die Auflösung der darin eingetretenen Begriffsverwirrung leicht aufklären. Die sprachlichen Möglichkeiten laden dazu ein, den nicht mehr existierenden Menschen mit Ausdrücken wie „der Tote“ als scheinbar noch existierendes – tatsächlich aber nur noch grammatisch persistierendes – Subjekt mit Eigenschaften (wie etwa „friedlich“) und Tätigkeiten („ruhend“ oder „schlafend“) darzustellen.[7] Wenn jedoch mit dem Begriff des „Todes“ wirklich das Ende der menschlichen Existenz markiert werden soll, dann gibt es nach dem Eintritt des Todes auch kein Subjekt mehr, *für* das der Tod ein Zustand oder der Leichnam eine Daseinsform sein könnte. Der Tod als das Ende der Erfahrungsmöglichkeiten für das Subjekt ist als Zustand *nicht für* dieses, ist also „in der ersten Person“ nicht erfahrbar. Wenn es schon unmöglich für ein Subjekt ist, zu wissen, wie es ist, eine Fledermaus zu sein, dann ist die Frage, wie es *für* ein Subjekt ist, ein Leichnam zu sein, sicher in noch höherem Maße unmöglich (sofern das wiederum möglich ist) von einem Subjekt zu beantworten – die Frage also nicht mehr sinnvoll zu stellen. Doch auch wenn wir das Ende unserer eigenen Existenz nicht

[7] Bemerkenswerterweise gilt es für Mitarbeiter von Bestattungsinstituten als politisch korrekt, in Gegenwart der Hinterbliebenen gerade nicht vom „Leichnam“ zu sprechen, sondern personalisierende sprachliche Formen zu verwenden und Bezeichnungen wie „der Verstorbene“, „Ihre Mutter“ oder „Herr X“ beizubehalten.

selbst erfahren können, ist es uns möglich, Erfahrungen mit dem Ende der Existenz anderer Menschen zu machen. Wir können die – bzgl. ihrer konkreten Bedingungen und Prozesse wissenschaftlich rekonstruierbare und begreifbare – Veränderung eines lebenden Organismus zu einem Leichnam erleben, freilich mit der Einschränkung: nicht am eigenen Leibe. Ferner: Auch wenn der eigene Tod nicht erfahren werden kann, so ist es doch für ein Subjekt möglich, den Tod als ein es selbst in der Zukunft betreffendes Ereignis zu antizipieren und als solches zu begreifen. So gesehen kommt dem Tod kein rätselhafterer Seinsstatus zu als all jenen Ereignissen, von deren Eintreten oder Eingetretensein wir zwar wissen, die wir aber – wie etwa auch den Anfang unserer eigenen Existenz – nicht erleben oder uns ihr Erleben nicht vorstellen können.[8]

Die jüngere Diskussion versucht den Seinstatus des Leichnams dadurch zu bestimmen, dass sie das Verhältnis des Leichnams zum Körper der vormals lebenden Person aufklärt.[9] Dabei herrscht großenteils Einigkeit darüber, dass der menschliche Leichnam selbst keine Person mehr ist – auch wenn unsere Umgangssprache eine Kontinuität zwischen der vormals lebenden, nun aber nicht mehr existenten Person und dem Leichnam herstellt. Schon begrifflich lässt sich aber deutlich machen, dass die Person, sofern sie ja verstorben ist, nicht das sein kann, was zu einem späteren Zeitpunkt begraben wird. Begraben wird ein Leichnam, den wir, auf Grund bestimmter – allerdings nicht aller – Eigenschaften wie zum Beispiel seiner äußeren Ähnlichkeit *fälschlich* mit dem vormals lebendigen Körper und der ehemals existierenden Person identifizieren. Entweder aber ist diese Person gestorben, und wir begraben einen Leichnam, oder aber diese ist nicht verstorben, und wir begraben tatsächlich die lebendige Person. Auf diesen Gedanken hat uns schon Sokrates im *Phaidon* geleitet, wenn er dem Kriton vorwirft, dieser identifiziere ihn unbedacht zum Zeitpunkt des Gespräches schon mit jenem, „den er nun bald tot sehen wird" und befürchte auf Grund dieser Übertragung, der *Person* geschehe durch das Begräbnis „Arges", weil er fälschlicherweise meint, „er stelle den Sokrates aus oder trage ihn heraus oder begrabe ihn".

Auch wenn wir aus diesen Überlegungen heraus einsehen können, dass ein Leichnam nicht mehr statthaft mit der Person zu identifizieren ist, so zeichnen wir doch den Leichnam als „menschlichen" Leichnam gegenüber einer beliebigen verwertbaren und „verkehrsfähigen" Sache aus. Einige Autoren legitimieren diese Auszeichnung damit, dass sie auf die Möglichkeit verweisen, zwischen den Ausdrücken „Mensch" und „Person" zu differenzieren.[10] Der Leichnam könne auf diese Weise noch für eine gewisse Zeit – gleichsam als totes Mitglied – der Spezies „Mensch" korrekt zugeordnet werden, ohne dass ihm aber deshalb zugleich auch der Status einer „Person" zugeschrieben werden müsse.[11] Dieser Überlegung entsprechend bezeichnet der Ausdruck

---

[8] Mit dieser Art der Begriffsklärung ist freilich die Frage keineswegs beantwortet, wie das Wissen um die eigene Endlichkeit von den Individuen hinsichtlich seiner Bedeutung für das jeweils eigene Leben angemessen zu „begreifen" ist. Vgl. dazu etwa Jankélévitch (2005), Tugendhat (2001), Spaemann (1996), Schumacher (2004).

[9] Vgl. etwa Rosenberg (1983), Birnbacher (1998), Feldman (1992), Carter (1999).

[10] Vgl. dazu Feldman (1992), Carter (1999), Mackie (1999).

[11] Ebd.

„Mensch“ sowohl den lebenden als auch noch für eine gewisse Zeit den toten Menschen. Die Identität eines Menschen (nicht einer Person) wird dabei durch die kontinuierte Identität seines Körpers bestimmt. Zwischen dem vormals lebenden Körper und dem späteren toten Körper lassen sich mannigfaltige Beziehungen herstellen, sofern etwa der tote Körper dem lebenden in der Wahrnehmung äußerlich gleicht, und wir erfahren, dass der Leichnam aus dem lebenden Körper hervorgegangen ist. Wir können ferner wissen, dass der tote Körper und der vormals lebende Körper auch aus derselben organischen Materie bestehen und sich qualitative sowie strukturelle Gemeinsamkeiten zwischen dem toten und dem lebenden Körper nachweisen lassen, auch wenn beide durch eine, ihren Status spezifisch kennzeichnende Differenz – die der Lebendigkeit – unterschieden sind. Da aber der Leichnam entscheidende „identitätsverbürgende“ Eigenschaften mit den lebenden Organismen teile, sei es, solange der Körper als toter Körper diese Eigenschaften weiter besitzt, gerechtfertigt, den Leichnam auch nach dem Tod noch als „toten Menschen“ zu bezeichnen und ihn dadurch auszuzeichnen. Der Leichnam wird so deutlich und begrifflich korrekt als ein *menschlicher* identifizierbar, bleibt dies bis zu seinem Verfall auch weiterhin, obgleich wir ihn nicht mehr selbst als Mensch, sondern eben als Leichnam eines nicht mehr existierenden Exemplars der Gattung „Mensch“ bezeichnen sollten.

Geht man nun aber – wie auch unser geltendes Recht – davon aus, dass mit dem Tod das Rechtssubjekt endet und es deshalb nach dem Tod auch keinen Träger von Rechten und Pflichten mehr geben kann, dann ist der Weg versperrt, um Rechte eines Leichnams oder Pflichten gegen diesen aus dessen begrifflicher Klassifizierung als „menschlicher“ Leichnam unmittelbar ableiten zu können. Ansprüche oder Rechte sowie Pflichten gründen sich nicht auf dem Faktum einer biologischen Natur oder einer „natürlichen“ Eigenschaft, wie etwa der Leidens- oder Empfindungsfähigkeit des Menschen, auch nicht auf der materiellen Ähnlichkeit oder „substanziellen“ Gemeinsamkeit aller Menschen. Rechte und Pflichten „binden“ die menschliche Praxis vielmehr jenseits bestimmter gemeinsamer Eigenschaften und können trotz verschiedener Eigenschaften der Menschen Verbindlichkeit entfalten. Sie zwingen dazu, den – freilich im Rahmen philosophischer Theorie zu rechtfertigenden − Gedanken des personalen Selbstbezuges als ein Mittel der Selbstzuschreibung in Anspruch zu nehmen und weiter zu entwickeln. Nur auf der Grundlage dieses Selbstverständnisses und der damit verbundenen Möglichkeit der Person, sich in ihrem Handeln und Denken selbst bestimmen und nach selbst gesetzten Regeln steuern zu können, kann ein umfassendes Verbindlichkeitssystem, sei es eine Moral sei es eine Rechtsordnung, konkrete verbindliche Verhältnisse zwischen Personen wie auch die Bedingungen ihrer Gestaltung und Zuschreibung ausdifferenzieren.

Auch die „Würde“ kann daher nur innerhalb eines solchen Systems der Verbindlichkeit zwischen Personen gefordert, eingeklagt und gesichert werden. Unser Grundgesetz garantiert zwar dem *Menschen* die „Unantastbarkeit seiner Würde“,[12] doch dies nicht

[12] Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen, ist Aufgabe jeder staatlichen Gewalt.”

auf Grund seiner biologischen Bestimmungen als lebendige Natur, sondern auf Grund der ihm prinzipiell unterstellten Fähigkeit, an einem Rechte und Pflichten garantierenden, also *normativen* System zu partizipieren. „Würde" kommt dem Menschen somit auf Grund seiner „Rechtsfähigkeit" zu. So gesehen *kann* auch keine materiell-substanzielle Eigenschaft (wie etwa die materielle oder „substanzielle" Identität der Leiche) ein Recht begründen. Es ist allein die verbindliche Relation zwischen Personen, die das Recht wie z. B. das des Eigentums auch an einer Sache ermöglicht, und es sind die Rechte anderer, die wiederum mein „Befugnisbelieben" als meine Beziehung zu meiner Sache (wie im Falle des Eigentums) bestimmen.[13] Das bedeutet freilich nicht, dass der menschliche Leichnam nicht trotzdem Gegenstand eines würdevollen Umgangs sein, und diesbezüglich rechtlichen Schutz genießen kann. Es bedeutet lediglich, dass der Leichnam nicht auf Grund einer „materiell-substanziellen" Eigenschaft oder einer begrifflichen Klassifikation als menschlicher Leichnam unmittelbar zum Gegenstand von Rechten und Pflichten ihm gegenüber deklariert werden kann, weil er eben keine Rechtsperson ist und ihm daher nicht einmal potentielle „Rechtsfähigkeit" zugeschrieben wird. Die Pflicht, etwa zum pietät- und würdevollen Umgang mit Leichen, und das Recht der Person, über ihren Körper auch nach dem Tod noch verfügen zu können, müssen sich die Lebenden, sofern sie „rechtsfähig" sind, gegenseitig auferlegen und zugestehen. Dann aber ist klar, dass weder das Leben selbst noch das Ende desselben Geltungsbedingungen für Verfügungen oder Verbindlichkeiten wie z. B. der Übertragung von Eigentum durch Testament (oder im Falle von dessen Nichtvorliegen durch gesetzliche Erbfolge) sind. Allein das diese Verbindlichkeiten garantierende Rechtssystem legt Geltungsbedingungen dafür fest und spezifiziert sie. Analog dazu legt die moralische Reflexion und nicht die Faktizität fest, welche moralischen Pflichten, wie z. B. die, eine Person nicht herabzuwürdigen, nicht nur zu Lebzeiten der Person, sondern auch über deren Tod hinaus fortbestehen.

Wenn wir in einer begrifflichen Untersuchung nachweisen können, dass dem Leichnam eines Menschen zu Recht die Gattungszugehörigkeit durch das Prädikat „menschlich" zugeschrieben werden kann, so gibt dies noch keine Auskunft darüber, ob dem so erkannten „menschlichen Leichnam" ein anderer Seinsstatus als der einer Sache zukommt, denn auch ein „menschlicher Leichnam" kann trotz der Eigenschaften, die er mit dem ehemals lebenden Körper teilt, im rechtlichen Sinne als eine Sache gelten und tut es auch (vgl. § 90 BGB).[14] Auch erklärt und rechtfertigt die Klassifizierung als „menschlich" nicht schon, dass dieser Leichnam Gegenstand der Achtung und des „würdevollen" Umgangs sein *sollte*. Aus der begrifflichen Analyse kann man zwar zu einer begriffslogischen Klärung und entsprechenden Korrektur unseres tatsächlichen Sprachgebrauchs gelangen, nicht aber legitimiert diese Rechten und Pflichten. Dies wäre nur möglich, wenn man darin unverblümt von der, rechtsphilosophisch allerdings keineswegs selbstverständlichen, sondern durchaus wiederum legitimierungs-, vor allem bestimmungsbedürftigen Forderung ausginge, dass dem Menschen als Menschen (wann

[13] Vgl. Körsgen (2005), S. 247.

[14] Vgl. zu § 90 BGB Münchner Kommentar (2006), Rdnr. 32, S. 1126.

genau aber soll ein Mensch „ein Mensch“ sein?) und damit auch dem als „menschlich“ qualifizierten Leichnam eben Rechte und Würde zukämen.

Wird diese problematische Unterstellung nicht gemacht, so beschränkt sich der Ertrag auf die Einsicht, dass das Alltagsbewusstsein schlicht irrt, wenn es den Leichnam noch mit der verstorbenen Person in Verbindung bringt und dass ein würdevoller Umgang mit dem Leichnam noch für „eine gewisse Zeit“ angemahnt werden könne – solange nämlich, wie dieser faktisch die „substantiellen“ Eigenschaften mit dem lebenden Körper noch teilt. In der Konsequenz hätten Mumien länger eine Würde als erd- oder feuerbestattete Leichen; stark zerstörte Leichen hätten wenig Aussicht auf einen rechtlichen Schutz ihrer Würde. Schon an diesen Überlegungen wird deutlich: Legitimierte man Rechte (und Pflichten) im Rekurs auf faktisch vorliegende Eigenschaften und durch die Applikationsmöglichkeit des Begriffs des „Menschen“ oder des Adjektivs „menschlich“, so ist doch keine qualifizierte Antwort auf die Frage geleistet, ob denn das vorliegende „organische Gewebe“ eines Leichnams oder, wenn man die Frage umgekehrt an den Anfang des menschlichen Lebens richtet, die geleeartige Masse einer Zygote tatsächlich als „Mensch“ angesehen werden *müssen* und eine Würde haben *sollen*, obwohl z. B. letztere noch keine Person ist und noch recht wenig Ähnlichkeit wie auch wenig „substantielle“ Eigenschaften mit dem menschlichen Körper teilt.

Unverkennbar und mit weitreichenden Folgen führt eine solcherart begriffsanalytische Aufklärung unserer Alltagssprache durch das ihr zugrundeliegende materialistische Identitäts- und Substanzverständnis zu einer dualistischen Auffassung von Geist und Körper. Sie verhandelt die Identität der Person, die sich über deren *Selbstbewusstsein* herstellt, und die Identität des Menschen als eines organischen Systems, das sich über die Identität allein des *Körpers* herstellt, getrennt und vermittelt sie nicht miteinander. Daher kann in diesem Modell nach dem Tod freilich nicht mehr von der Identität der Person die Rede sein. Wohl aber noch von der schon zu Lebzeiten getrennt existierenden Einheit des Körpers, denn dessen Menschlichkeit sicherte zu keiner Zeit der Persönlichkeitsbezug, sondern nur der von materiell-substantiellen, empirischen Eigenschaften abhängige Gattungsbezug. Dieselbe Kritik, die man schon gegen Sokrates' dualistische Auffassung von Leib und Seele gerichtet hat, trifft daher auch diese materialistische Trennung: Die dualistische Vorstellung vom toten Körper beruhe auf einer „simplen rechnerischen Subtraktion“, die nach dem Muster verfährt: Der lebende Organismus und der psychosomatische Komplex „minus“ der belebenden Seele.[15] Die Seele, das heißt: die vitale Differenz zwischen einem lebenden Körper und einem Leichnam lässt, befreit von ihrer Hülle, diesen gestaltlosen Überrest zurück, der bald nichts mehr ist als eine armselige Handvoll Staub – und eben nur dadurch und solange noch als „menschlich“ ausgezeichnet ist, als er bestimmte stoffliche und strukturelle Eigenschaften besitzt.[16] Die rechtliche Zusicherung einer „Würde“ des Leichnams – nicht einmal der leiblich-materiellen „Anfangsform“ des Menschen – aber ist auf der

[15] Vgl. dazu Jankélévitch (2005), S. 478 f.
[16] Ebd.

Grundlage dieser Trennung in Seele und Leib, in Geist und Körper, in Person und Organismus nicht zu erreichen.

2.2 Der Persönlichkeitsbezug des Leichnams

Will man den Seinsstatus des Leichnams angemessen bestimmen, ist das Verhältnis, in dem der *lebende* Mensch zu *seinem* jeweils eigenen Körper steht, zu rekonstruieren. Schon hier erweist sich eine dualistische Beschreibung, die Person und Organismus trennt, als unangemessen, da sie die, diese Relation als die das Verhältnis konstituierende Perspektive der selbstbewussten Person in die Beschreibung nicht integriert, sondern ausschließlich in und für die theoretische Rekonstruktion in Anspruch nimmt. Man könnte der materialistisch trennenden Unterscheidung von Person einerseits und organischem System andererseits entgegenhalten, dass doch die Präsenz einer ihrer selbst bewussten Person gar nicht anders als *in* einem Körper möglich ist.[17] Dieser ist daher terminologisch als „Leib" auszuzeichnen und ist der von einem Bewusstsein wahrnehmbare und von einem Selbstbewusstsein zu unterscheidende Körper. So bestimmt, kann der Leib weder materiell noch im Denken von der Person getrennt werden, sondern darf lediglich im Rahmen einer theoretischen Untersuchung von ihr begrifflich unterschieden werden. Unter dieser Perspektive ist der Leib nicht nur äußerliche „Hülle", nicht etwas „Anderes" als die Person, sondern entspricht dann genau ihrer Weise zu sein.[18] Das, was wir als „Person" bezeichnen, kann also nur *als* Leib existieren und sich durch diesen Leib ausdrücken: in Bewegung, Mimik, lautlichen Artikulationen. Deshalb verstehen wir solche Ausdrucksformen auch als unserem Ich genuin und erfassen, wie selbstverständlich, den Ausdruck von anderen Individuen ebenfalls spontan als Äußerungen dieses nun aber nur mehr in einer Abstraktion als „Kern" zu fassenden Ichs. Die Person „hat" oder „besitzt" so gesehen nicht einen Körper, sondern sie „ist" im Leib als einer lebendigen Ganzheit und existiert untrennbar in seiner Körperlichkeit, seiner Entwicklung und freilich auch seiner Determination, auch wenn sie dennoch von dem Leib wesentlich unterschieden ist. Zwar wird der „Kern", das Ich, deshalb oft auch als ein Zentrum vorgestellt, aber dieses Zentrum ist gerade dadurch ausgezeichnet, dass es nirgendwo im Leib als der lebendigen Ganzheit repräsentiert ist, dass es gerade nicht wie ein spezielles Organ zu denken ist.[19] Da aber „die Person" eines anderen wie auch unsere eigene als Bewusstsein und Selbstbewusstsein insofern immer für uns „unsichtbar" bleibt, als sie nur in den Ausdrucksmöglichkeiten des Leibes „angeschaut" werden kann, denken wir uns die Person als „hinter" dem sie ausdrückenden Leib.

Zu Lebzeiten und nach dem Tod eines Menschen kann uns dieser Mensch trotz seiner Abwesenheit in der Vorstellung und Erinnerung solcher Ausdruckszeichen präsent bleiben, mit dem, freilich gewichtigen Unterschied, dass wir zu seinen Lebzeiten darüber hinaus um seine Existenz wissen und die Möglichkeit besteht, weitere Erfahrungen mit ihm machen zu können, die wiederum unsere Vorstellungen von ihm

[17] Die folgenden Überlegungen stützen sich auf die von Marx (1994) ausgearbeitete Bewusstseinstheorie, vgl. darin insbes. S. 79 ff.

[18] Vgl. Marx (1994), S. 79.

[19] Vgl. ebd., S. 81.

unter Umständen weiter modifizieren oder sogar radikal verändern. Unter der Perspektive, die den menschlichen Körper durch seine *Einheit* mit einem Bewusstsein und Selbstbewusstsein als „menschlichen" qualifiziert, lässt sich differenzierter rekonstruieren, warum wir den unter Umständen schnellen Wechsel von dem die Person noch ausdrückenden Leib zum toten Körper erst „begreifen" müssen. Dies können wir, indem wir allmählich erfahren, dass der tote Körper nun bloß *ein* Zeichen der abwesenden Person ist und nicht mehr lebendiges Medium *vieler*, sich permanent verändernder und einen neuen Sinn ausdrückender Darstellungsformen der anwesenden Person. Auch wenn der Persönlichkeitsbezug der Leiche sich auf diese Weise in Kontinuität mit der Erfahrung des lebendigen Leibes erklären lässt, bleibt dennoch zu fragen, warum wir denn den Leichnam als einen Gegenstand der Würde anerkennen *sollten* und ob es dazu erforderlich ist, ihm den Status eines Trägers von Rechten und Pflichten zuzuschreiben.

3. Konstruktiv-normativer Beitrag der philosophischen Reflexion

3.1 Die Würde des Leibes und des Leichnams

Auch der Würdegedanke bzw. seine rechtsphilosophische Herleitung kann nicht „freischwebend" abstrakt aus dem Begriff des Menschen oder der Person entwickelt werden: d. h. auch die normative Bestimmung der Würdeforderung muss die Anwendungs- und Realisationsbedingungen der den „Menschen" und die „Person" kennzeichnenden Begriffe des Selbstbewusstseins und der Leiblichkeit mit bedenken. Die Konkretisierung des Würdebegriffs hat sich deshalb zunächst an dem Zustand der lebendigen und sich entwickelnden personalen Einheit Mensch zu orientieren. Die Leiblichkeit des Menschen ist als ein notwendiger Bestandteil seiner Entwicklungsmöglichkeiten vom Rechtsystem anzuerkennen und als solcher auch ein Gegenstand der Würdeforderung. So entsteht der Mensch zwar „aus einem Zustand, der gegenüber der Würde indifferent ist, und er geht sehr oft vor seinem Tod in einen Zustand über, der gegenüber seiner Würde indifferent ist"[20], doch dies *dis*qualifiziert ihn deshalb nicht als Träger einer Würde. Nur wenn auch die Leiblichkeit als untrennbar vom ganzen Menschen, nicht nur vom Menschen als Organismus gedacht wird, dann muss sie – und mit ihr auch der körperlich-bewusstlose Anfang wie auch das unter Umständen ebenfalls körperlich-bewusstlose Ende unter den Schutz der Würdeforderung gestellt werden. Die leibliche Existenz des Menschen und ihre Entwicklung ist als notwendige (nicht hinreichende) Bedingung eines sich kontinuierlich entwickelnden Zusammenhangs zu verstehen, so dass in der Folge „den natürlichen Komponenten des menschlichen Lebens in toto der Wert zugesprochen werden muss",[21] den das Recht in der Würdeforderung zum Ausdruck bringt. Wird dagegen die Ganzheit des menschlichen Lebens und seiner Existenzformen nach objektivierbaren Graden zum Beispiel des darin faktisch realisierten Selbstbewusstseins und dem entsprechend in trennbare Phasen aufgelöst, so kann auch der Gedanke der Menschenwürde nicht mehr sinnvoll zur Anwendung kommen,

[20] Marx (2005), S. 205.
[21] Ebd., S. 206.

weil er dann nicht mehr als Fundament[22] von einem normativen System von Rechten und Pflichten in Anspruch genommen werden kann und weil ihm selbst dadurch andererseits sein empirisches Fundament entzogen wird. Mag auch von bloß körperlichen oder leiblichen menschlichen Leben faktisch gesprochen werden, so folgt daraus keinesfalls schon die bloße Dinglichkeit desselben. In beiden Fällen handelt es sich vielmehr um die unabtrennbare „andere Seite" des Lebens, die als Voraussetzung der Entfaltung der Person die Würde vor der Leiblichkeit notwendig einfordert. Unser Rechtssystem verleiht diesen Einsichten dadurch Ausdruck, dass es verfassungsmäßig das Leben und die körperliche Unversehrtheit (vgl. Art. 2, II GG) verbürgt und jeden Eingriff in den Körper eines Menschen, auch den ärztlichen Heileingriff grundsätzlich (unter dem Vorbehalt besonders zu begründender Ausnahmen) nur mit Einwilligung des Betroffenen als zulässig beurteilt. Das damit verbundene allgemeine Persönlichkeitsrecht und die Menschenwürde erlauben es so „jedem Betroffenen, selbst über seinen Körper zu entscheiden. Jeder Mensch kann damit auf Grund seiner eigenen Willensentscheidung eine medizinische Behandlung an seinem Körper erlauben oder verweigern. Sei die Verweigerung auch noch so unvernünftig."[23]

Nun ist allerdings der Leichnam keine Person und stellt auch selbst keine faktische Bedingung der Entfaltung der Person mehr dar. Unter der oben skizzierten Rekonstruktion von Leib und Person als einer Einheit ist aber auch der tote Körper nicht bloße Hülle der verstorbenen Person oder eine beliebig verwertbare Sache, sondern ein Moment der funktionalen Einheit, das diese als anschaulich körperliches Gebilde repräsentiert. Dass die Rechtsgemeinschaft den Leichnam als dieses Moment auch der vergangenen personalen Einheit schützt und schützen soll, kann nur unter Rekurs auf eine Selbstbeschreibung des Menschen im Sinne der eben skizzierten, untrennbaren Einheit von Person und Leib begründet werden. Diese Selbstbeschreibung schließt freilich auch ein, dass die Rechtsperson nicht nur zu Lebzeiten über diesen Körper, sondern – analog zum Eigentum[24] – auch noch über den Tod hinaus über diesen verfügen kann, weil es sich sonst gar nicht um ein *Recht* auf körperliche Unversehrtheit respektive um ein rechtlich garantiertes Eigentumsverhältnis handelte, sondern nur um die Zusicherung eines lebenslangen Schutzes bzw. eines „lebenslangen Besitzes".[25] Die Anerkennung der Verfügung der Person über ihren Körper und die Zustimmungsbedürftigkeit eines Eingriffs in den Körper sind damit oberste einschränkende Bedingungen für jede wei-

---

[22] „Das Bundesverfassungsgericht betrachtet Art. 1 I GG als ‚obersten Wert' der Verfassung, der zu ihren ‚tragenden Konstitutionsprinzipien' gehöre; in der Literatur dominieren ähnliche Umschreibungen. Hier hat man darüber hinaus dem Menschenwürde-Satz das volle Gewicht einer normativen Grundlegung dieses geschichtlich-konkreten Gemeinwesens zugewiesen", GG Kommentar (2004), Art. 1 I. Rdnr. 40, 41, S. 163.

[23] Taupitz (2005), S. 123.

[24] Die Analogie bezieht sich an dieser Stelle auf den überzeitlichen und selbstbezüglichen Charakter des Rechts. Nicht gemeint ist, dass das Recht des Menschen an seinem Körper als Eigentum am eignen Körper verstanden werden solle. Dies schließt bereits Art. 1 Abs. 1 GG aus. Das Recht des Menschen an seinem Körper kann nur als Ausformung seines Persönlichkeitsrechtes verstanden werden (vgl. Münchner Kommentar [2006], S. 1120).

[25] Körsgen (2005), S. 248.

tere Ausgestaltung konkreter Rechte, sie schließen aber nicht aus, durch angemessene und frühzeitige Aufklärung die Bereitschaft der Bevölkerung zu steigern, Verfügungen zu treffen, die den Zwecken der Wissenschaften und/oder der Gemeinschaft insgesamt dienlich sind. Diese inhaltlichen Zwecke selbst unmittelbar zu fördern, kann nicht primäre Staatsaufgabe sein. Sie besteht primär im verfassungsmäßig garantierten Schutz der „Rechtsfähigkeit" und der damit verbundenen Würde des Menschen. Dass Personen mitunter von ihren Rechten auch insofern unvernünftigen Gebrauch machen, als sie das, was sie im Allgemeinen als gut und wünschenswert anerkennen, im konkreten Handeln selbst nicht zur Anwendung bringen, ist das Problem aller praktischen Erkenntnis. Im Zusammenhang der Zustimmung zur postmortalen Organspende wie auch zur klinischen Obduktion ist dieses Phänomen beobachtbar, sofern große Teile der Bevölkerung grundsätzlich sowohl die Praxis der Organspende als auch die der klinischen Obduktion im Allgemeinen begrüßen, demgegenüber aber nur ein geringer Teil der Bevölkerung überhaupt eine Entscheidung trifft oder gar seine Zustimmung zur Spende der eigenen Organe gibt. Dieses Problem ist aber nicht unmittelbar mit den Mitteln des Rechtssystem – zumindest nicht, wenn es sich als ein freiheitliches entwirft – zu lösen. Wenn man den Entwurf der ihrer selbst bewussten und sich selbst orientierenden Person, auf den ein jedes System von Rechten und Pflichten zurückgreifen muss, nicht partiell zurücknehmen will, dann kann dieses Problem nur unter Anerkennung des personalen Selbstbezuges weiter bearbeitet werden. Entsprechend muss die Bereitschaft einer Person, ihren toten Körper zu spenden, aus einer umfassenden Aufklärung und Selbstaufklärung hervorgehen.[26]

3.2 Achtung und Würde in der sprachlichen Darstellung

Nicht jedes Gespräch ist ein Aufklärungsgespräch. Die Qualität des letzteren hängt davon ab, ob darin auch das Ziel verfolgt wird, die beteiligten Perspektiven, d. h. wie im diskutierten Fall, die gesellschaftlich-institutionellen und die individuellen Ansprüche unter Anerkennung ihrer Differenz miteinander zu vermitteln. Dass dies nicht geleistet werden kann, wenn eine der Perspektiven in ihrer Vernünftigkeit oder Moralität von vorneherein diskreditiert wird, liegt auf der Hand. Freilich geschieht dies im konkreten Fall oft wider besseres Wissen und gegen die erklärte Absicht der Beteiligten. Der sprachkritische Beitrag der philosophischen Ethik muss daher darin liegen, zunächst grundsätzlich die allgemeinen Bedingungen einer Kritik und vor allem einer Selbstkritik sprachlicher Präsentation von Gedanken zu explizieren und unter Rekurs auf den – nun

[26] Die politisch-strukturellen Möglichkeiten der Umsetzung des Aufklärungsgedankens sind in diesem Zusammenhang bei weitem noch nicht ausgeschöpft und wären einer Verhaltenssteuerung durch eine Änderung der Gesetzgebung hin zur sog. „Widerspruchslösung" vorzuziehen. Dies schon aus dem Grund, weil auch die Widerspruchslösung nur unter der Bedingung einer aufgeklärten Bevölkerung mit dem Gedanken der sich selbst bestimmenden und selbst entscheidenden Person verträglich ist. Aufklärung kann freilich strukturell „erzwungen" werden, etwa indem alle volljährigen Bürger/innen z. B. bei der Beantragung eines Personalausweises im Rahmen ärztlicher Routineuntersuchungen über bestimmte Themen – sei es der klinischen Obduktion oder der Organtransplantation informiert werden und in regelmäßigen Zeitabständen ihre Zustimmung bzw. Ablehnung dokumentieren müssen.

aber ethisch-moralischen – Würdebegriff allgemeine normierende Orientierungen des aufklärenden Gesprächs zu entwickeln und zu begründen. Konkrete Auswertungen und, damit verbunden, eine weitere Ausdifferenzierung orientierender Normen können hingegen sinnvoll nur aus der Analyse des konkreten Falls gewonnen werden. Deren Ergebnisse sind konsequenterweise dann auch nur innerhalb der jeweils vollzogenen moralischen Reflexion gehaltvoll.

Unabhängig von der jeweils konkreten Ausgestaltung der Gesprächssituation lässt sich allenfalls festhalten, dass es weder ausreichend noch angemessen ist, die Angehörigen in einem Aufklärungsgespräch mit ethischen Allgemeinplätzen zu versorgen oder ihnen begriffsanalytisch auseinanderzulegen, dass es sich bei dem Leichnam nur um einen toten Überrest handle und ihre Bedenken und Einwände etwa gegen eine klinische Obduktion ausschließlich irrational seien. Eine nicht nur im sachlich-informativen, sondern auch im ethischen Sinne angemessene Gesprächsführung darf die Perspektive der Person nicht nur abstrakt behaupten, sondern muss diese darüber hinaus in Sprache und Form adäquat zum Ausdruck bringen. Dazu ist es unerlässlich, das oben skizzierte Ausdrucksverhältnis, in dem individuelle Person und Leib stehen, zu berücksichtigen und es als ein anzuerkennendes auch darzustellen. Dazu ist es ferner unerlässlich, die Zwecksetzungen sowohl der Einzelwissenschaften als auch des vermuteten Gemeinwohls (seien diese auch auf den ersten Blick noch so untadelig) nicht absolut zu setzen und sie als unbezweifelbare substantielle Werte dadurch der jeweils konkret durchzuführenden moralischen Reflexion zu entziehen, bzw. ihre kritische Hinterfragung oder gar Ablehnung zu moralisieren.

Diese Überlegungen diskreditieren aber nicht nur alle Ausdrucksformen verobjektivierender Verdinglichung und Versachlichung des menschlichen Leichnams, sondern auch jene der naiven Projektion der vergangenen Person auf ihn und seine damit einhergehende magisch-mythische Personalisierung. Angemessene Formen des Ausdrucks für die konkrete Situation zu finden oder besser: zu *er*finden, ist eine höchst kreative Tätigkeit der moralischen Urteilskraft. Sie kann in und durch allgemeine Sätze der Angewandten Ethik weder ersetzt noch verordnet werden, sondern muss im methodisch angeleiteten Vollzug der moralischen Reflexion, d. h. in der ethischen Analyse des konkreten Falls ausgebildet werden.

Literatur

1. Birnbacher (1998): Dieter Birnbacher, Philosophisch-ethische Überlegungen zum Status des menschlichen Leichnams, in: Norbert Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 927-932
2. Brudermüller (1999): Gerd Brudermüller (Hrsg.), Angewandte Ethik und Medizin, Würzburg 1999
3. Brudermüller et al. (2005): Gerd Brudermüller, Max E. Harck, Peter W. Lücker et al. (Hrsg.), Forschung am Menschen, Würzburg 2005
4. Carter (1999): William R. Carter, Will I be a Dead Person?, Philosophy and Phenomenological Research 59 (1999), S. 167-171

5. Feldman (1992): Fred Feldman, Confrontations with the Reaper. A Philosophical Study of the Nature and Value of Death, New York, Oxford 1992, S. 89-105
6. GG Kommentar (2004): Horst Dreier (Hrsg.), Grundgesetz Kommentar, Bd. I, Art. 1-19, Tübingen [2]2004
7. Jankélévitch (2005): Vladimir Jankélévitch, Der Tod, Frankfurt 2005
8. Körsgen (2005): Norbert Körsgen, Eigentum als Grundrecht im Grundgesetz, in: Andreas Eckl, Bernd Ludwig (Hrsg.), Was ist Eigentum?, München 2005, S. 246-262
9. Mackie (1999): David Mackie, Personal Identity and Dead People, Philosophical Studies 95 (1999), S. 219-242
10. Marx (1994): Wolfgang Marx, Bewußtseinswelten. Die Konkretion der Reflexionsdynamik, Tübingen 1994
11. Marx (2005): Wolfgang Marx, Gilt die Bewahrung der Integrität des Menschen unbedingt?, in: Gerd Brudermüller et al. (Hrsg.), Forschung am Menschen, Würzburg 2005, S. 199-211
12. Münchner Kommentar (2006): Kurt Rebmann, Franz Jürgen Säcker, Roland Rixecher (Hrsg.), Münchner Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Allgemeiner Teil, München [5]2006
13. Nagel (1990): Thomas Nagel, Was bedeutet das alles?, Stuttgart 1990
14. Olson (1997): Eric Todd Olson, The Human Animal. Personal Identity without Psychology, New York, Oxford 1997
15. Platon (1990): Platon, Phaidon (Übers. Schleiermacher), Darmstadt 1990
16. Rosenberg (1983): Jay F. Rosenberg, Thinking Clearly about Death, Englewood Cliffs 1983
17. Schumacher (2004), Bernard N. Schumacher, Der Tod in der Philosophie der Gegenwart, Darmstadt 2004
18. Spaemann (1996): Robert Spaemann, Personen, Stuttgart 1996
19. StGB Leipziger Kommentar (2005): Burkhard Jähnke, Heinrich Wilhelm Laufhütte, Walter Odersky (Hrsg.), Strafgesetzbuch. Leipziger Kommentar, Berlin 2005
20. Taupitz (2005): Jochen Taupitz, Forschung an nicht einwilligungsfähigen Patienten?, in: Gerd Brudermüller et al. (Hrsg.), Forschung am Menschen, Würzburg 2005, S. 123-127
21. Tugendhat (2001): Ernst Tugendhat, Aufsätze 1992-2000, Frankfurt a. M. 2001
22. Wittwer (2007): Hector Wittwer, Der Leichnam aus der Sicht der Philosophie, Deutsche Zeitschrift für Philosophie 4 (2007) (im Druck)

Was vom Leben bleibt.
Imaginäre Körperbilder und Gabenrituale

Iris Därmann

Woher rührt die allgemein beklagte zunehmende Reserve gegenüber der klinischen Obduktion, konkret: die schwindende Bereitschaft, seinen eigenen toten Körper in den Dienst des wissenschaftlichen Fortschritts zu stellen? Dieser Fortschritt verheißt zukünftigen (vielleicht auch bereits gegenwärtigen) Generationen nicht nur ein Leben, das so weit wie möglich von Leiden, Gebrechen und Schmerz verschont bleibt und nicht mehr von der Fremdheit des Todes bedroht wird. Das phantasmatische Potential dieses Versprechens befestigt zudem das imaginäre Bild von der Ganzheit, Unversehrbarkeit und Langlebigkeit des Körpers. Zweifellos tragen die Wissenschaften das Ihre zur Erfindung eines neuen Körpers bei, dessen Sterblichkeit endlos aufgeschoben, der „von körperlicher Arbeit befreit, vor altmodischen Krankheiten geschützt, durch neue Zusatzstoffe verbessert, auf längere Haltbarkeit getrimmt, [und] von traditionellen Verpflichtungen und Zwängen [befreit ist]".[1] Dieser neue Körper aber ist, so Hervé Juvins in *L'avènement du corps*, nichts anderes als eine selbstgenügsame, wenn nicht a-soziale „Lustmaschine", die im Wesentlichen um ihre eigene Optimierung gravitiert und der Widergesetzlichkeit des Todes zu trotzen sucht.[2] Es scheint demnach genau jenes wissenschaftlich-industriell forcierte, gesundheitspolitisch gewollte und medial verallgegenwärtigte narzisstische Bild von der Langlebigkeit, Alterslosigkeit, Attraktivität und Ganzheit des Körpers zu sein, das einer regressiven Obduktionsquote Vorschub leistet und die Bereitschaft verringert, den eigenen zerstückelten Körper zum „Investitionsobjekt" einer besseren Welt zu machen, an der zu partizipieren diesem selbst freilich nicht mehr vergönnt sein wird. Wie die Erklärung zur Organspende,[3] so ist auch die Einwilligung zur Obduktion eine zukünftige Gabe an einen anonymen Anderen bzw. an eine anonyme Allgemeinheit, deren Einsatz der eigene tote Körper bzw. ein Teil des eigenen, selbst nicht mehr lebensfähigen Körpers ist.

Wir befinden uns inmitten der Probleme der intergenerativen Gabe und der Verwandlung des spekulären in ein soziales Ich, die durch das ästhetische Regime dieses neuen Körpers virulent geworden sind.

Für den Ethnologen Lévi-Strauss beruht der Gesellschaftsvertrag, der eine jede Gesellschaft zusammenhält und zugleich die Differenz zwischen Natur und Kultur markiert, nicht auf Angebot und Nachfrage, nicht auf Nutzen, Eigeninteresse und Kalkül, sondern auf einem doppelten Ungleichgewicht zwischen Geben und Nehmen. So heißt es in *Die elementaren Strukturen der Verwandtschaft*:

---

[1] Anderson (2006), S. 43.

[2] Juvins (2005).

[3] Die DSO gibt für 2006 die Zahl von 1.259 Menschen an, die nach ihrem Tod ihre Organe gespendet haben. Das waren 39 Organspender beziehungsweise 3,2 % mehr als im Jahr 2005. Die Zahl der postmortalen Organspender gibt die DSO für NRW für 2005 mit 91 und für 2006 mit 111 an (DSO [2007]).

> „Der Bereich der Natur ist dadurch gekennzeichnet, dass man hier nur gibt, was man erhält. Das Phänomen der Vererbung bringt diese Stetigkeit und Kontinuität zum Ausdruck. Im Bereich der Kultur dagegen erhält das Individuum stets mehr, als es gibt, und gleichzeitig gibt es mehr, als es erhält. Dieses doppelte Ungleichgewicht kommt in den Prozessen der Erziehung und der Erfindung zum Ausdruck, die einander gegenüberstehen und beide mit dem Prozess der Vererbung kontrastieren."[4]

Der zweifache und überkreuzte Überschuss von Geben und Nehmen – mehr nehmen, als man gibt, und mehr geben, als man empfängt – macht sich im Bereich der Intergenerativität in besonderem Maße bemerkbar und befruchtet insbesondere Lévi-Strauss' Interpretation der europäischen Winterfeste. Im Gabentausch der in Kinder und Erwachsene geteilten Gesellschaft sieht Lévi-Strauss einen doppelten Überschuss von Geben und Nehmen am Werk. Der Gabentausch bezeugt damit „Denk- und Verhaltensweisen", die „in den Umkreis der allgemeinsten Bedingungen des Lebens-in-Gesellschaft gehören."[5]

In dem kurzen und wenig bekannten Text *Der hingerichtete Weihnachtsmann*[6] versucht sich Lévi-Strauss an einer Erklärung der Gestalt des Weihnachtsmannes und der vergessenen Mythen des Weihnachtsfestes aus der Perspektive der Gabenfeste und des Katchina-Mythos[7] der Hopi-Indianer, und zwar im Modus einer strukturalen Analogie. Hinter der Gabenbeziehung zwischen den Kindern und Erwachsenen vermutet er zugleich eine rituelle Beziehung zwischen den Toten und den Lebenden,[8] wobei die (über-initiierten) Toten einmal durch die nicht-initiierten Kinder verkörpert werden. Als

---

[4] Lévi-Strauss (1984), S. 78.

[5] Lévi-Strauss (1990), S. 181.

[6] Die Kenntnis dieses Textes verdanke ich Erhard Schüttpelz. Für die Bezugnahme auf *Die elementaren Strukturen der Verwandtschaft* siehe Schüttpelz (2005), S. 272 ff.

[7] Lévi-Strauss (1990), S. 177 f.: „Dieser Mythos besagt, daß die *katchina* die Seelen der ersten Eingeborenenkinder sind, die zur Zeit der Wanderungen der Vorfahren auf dramatische Weise in einem Fluß ertranken. Die katchina sind also gleichzeitig Beweis des Todes und Zeugnis für das Leben nach dem Tod. Aber mehr noch: Als die Ahnen der gegenwärtigen Indianer sich endlich seßhaft in ihrem Dorf eingerichtet hatten, erzählt der Mythos, kamen die *katchina* alljährlich zu Besuch und nahmen beim Abschied die Kinder mit. Die Einheimischen, verzweifelt darüber, ihre Nachkommen einzubüßen, listen den *katchina* die Einwilligung ab, im Jenseits zu bleiben, und zwar im Tausch gegen das Versprechen, sie jedes Jahr mit Tänzen und Masken symbolisch zu repräsentieren. Wenn die Kinder vom Geheimnis der *katchina* ausgeschlossen werden, so geschieht das also nicht in erster Linie, um sie einzuschüchtern. Ich neige sogar dazu zu sagen, aus dem umgekehrten Grund: weil nämlich in Wahrheit sie die *katchina* sind, weil sie die Wirklichkeit repräsentieren, mit der die Mystifikation eine Art Kompromiß schließt. Ihr Platz ist anderswo: nicht bei den Masken und den Lebenden, sondern bei den Göttern und den Toten; bei den Göttern, die die Toten sind. Und die Toten sind die Kinder."

[8] Ebd., S. 179. Schon Marcel Mauss hatte in seinen berühmten *Essai sur le don*, der für Lévi-Srauss' Einsicht in die sozialitäts- und kulturstiftende Kraft der Gabepraktiken die entscheidende Vorlage liefert, entsprechende Hinweise auf afrikanische, mediterrane, russische und europäische Winterfeste eingestreut, bei denen um Gaben bettelnde und maskierte Kinder eine entscheidende Rolle für die rituelle Beziehung zwischen Toten und Lebenden spielen: „Solche Gaben an Kinder und Arme sind den Toten wohlgefällig." Mauss (1990), S. 42 und 46.

Skelette oder Phantome verkleidet, repräsentieren sie die maßlosen Toten, wenn sie zu Allerheiligen, Dreikönige oder Halloween die Erwachsenen zu kleinen Geschenken nötigen und sich wie gebieterische, exzessive Nehmer verhalten, die nehmen, ohne zu geben.[9] Die Rollen müssen indessen auch getauscht werden: Die als Weihnachtsmänner maskierten Erwachsenen benehmen sich (als zukünftige Tote und bereits Initiierte) ebenfalls wie die Toten, sofern sie die Kinder, die nunmehr ihren Platz bei den (noch lange, also überschüssig) Lebenden finden, in dem Glauben lassen, dass ihre Süßigkeiten und „Spielsachen aus dem Jenseits kommen".[10] Die Erwachsenen verkörpern freilich die großzügigen, die verschwenderischen Toten, die die Kinder mit Geschenken überschütten, ihre Lebendigkeit, ja die „Süße des Lebens" preisen, und nur geben, ohne zu nehmen. Dieses doppelte Ungleichgewicht von Nehmen und Geben in den rituellen Beziehungen zwischen Kindern und Erwachsenen, Toten und Lebenden, stiftet, psychologisch betrachtet, ein Art Ausgleich zwischen den sozialen Gruppen. Auffällig ist bei diesem Wechselspiel der Rollen jedoch, dass die Toten einmal diejenigen sind, die beschenkt werden müssen – nicht so sehr, um ihre dämonische Wiederkehr zu verhindern, als vielmehr, um sie in ihrer Einsamkeit zu erreichen und in die Gemeinschaft der Lebenden einzubinden. Sie sind aber auch diejenigen, die sich als generöse Schenker erweisen und in einer mehr und mehr auf Nutzenkalkül basierten Gesellschaft, mindestens für ein kurzes Intervall, den Glauben an eine „Großzügigkeit ohne Kontrolle, an eine Freundlichkeit ohne Hintergedanken"[11] wachhalten. Bemerkenswert ist ferner, dass es in jedem Rollentausch jeweils die Erwachsenen sind, die den Kindern überreichlich Geschenke machen, ohne ihrerseits welche zu erhalten.

Soziologisch betrachtet kommt demnach gerade kein Ausgleich zwischen den sozialen Gruppen zustande: die Toten treten gegenüber den Lebenden zugleich als exzessive Nehmer und als großzügige Geber in Erscheinung; hinter den Kulissen aber erweisen sich in allen Fällen die Erwachsenen als tüchtige Geber. Geber sind sie indessen nicht nur im materiellen Sinne, da sie für die Kinder (als Teil ihrer Erziehung) kostspielige Gabenrituale erfinden. Auch wenn sie selbst im übrigen nicht (mehr) daran glauben, so suchen sie deren Ansehen jedoch „bei den Kindern unangetastet aufrechtzuerhalten", um mit Hilfe dieses „Alibis" ihren eigenen ambivalenten Wunsch nach einem gemäßigten Aberglauben, nach einer Gabe ohne Berechnung, nach Kontakt mit den verlorenen Toten zu befriedigen und in Gestalt ihrer verschwenderisch mit dem Geschenk des Lebens bedachten Kinder gerade „nicht zu sterben".[12] (Heute suchen die Erwachsenen der westlichen Welt nicht so sehr in ihren Kindern, als vielmehr kraft ihres eigenen optimierten Körpers weiterzuleben bzw. nicht zu sterben).

Die Weihnachts- und Winterfeste wären demnach nicht nur Gabenfeste, sondern auch eine Art vergessener, aber weiterhin praktizierter Totenkult, in dem die soziologischen Rollen der Erwachsenen gegenüber den Kindern, der Lebenden gegenüber den Toten und *vice versa* jeweils rituell neu festgelegt (aus Kindern werden Erwachsene und Tote),

---

[9] Lévi-Strauss (1990), S. 185 f.
[10] Ebd., S. 188.
[11] Ebd.
[12] Ebd., S. 188 f.

erprobt und habitualisiert werden. Denn für Lévi-Strauss gibt es keinen Zweifel daran, dass die mit den europäischen Gabenfesten zusammenhängenden Glaubensinhalte und Rituale teilhaben an einer „Soziologie der Initiation" ins Kindsein, Erwachsensein und in ein zukünftiges Totsein,[13] die ein jeder in der Spanne und Spannung zwischen Geburt, Kindheit, Pubertät, Heirat, Elternschaft, Tod und Bestattung durchläuft. Ist es die Rolle der Kinder, mehr zu nehmen, als zu geben, und die Rolle der Erwachsenen im Gegenzug, mehr zu geben, als sie (von den Kindern) erhalten, dann erweisen sich die Gabenrituale als außeralltägliche Inszenierungen dessen, was es in einer Gesellschaft Tag für Tag heißt, Erwachsener oder Kind zu sein.

Nun erleben wir, zumindest in der wohlhabenden westlichen Welt, seit dem letzten Jahrhundert eine Verdoppelung der individuellen Lebenserwartung und tatsächlichen Lebenszeit bei gleichzeitig dramatischem Rückgang der Geburtenquoten. (Man könnte mit Juvin den Verdacht hegen, dass die Verlängerung der eigenen Lebenszeit mit der Kinderlosigkeit korrespondiert.)

Dass wir es dabei weniger mit persönlichen, individuell zurechenbaren Entscheidungen, als vielmehr mit strukturellen Zusammenhängen zu tun haben, steht außer Frage. Dies alles ist sattsam bekannt, doch es fragt sich, welche Auswirkungen es für jenes „doppelte Ungleichgewicht" von Nehmen und Geben hat, das, wie Lévi-Strauss unterstreicht, für das gesellschaftliche Leben selbst konstitutiv ist. In welcher Weise werden Erwachsene ins Erwachsensein initiiert, sofern sie selbst ohne Kinder bleiben? Man darf hier mutmaßen, dass dies nur in gewissen Hinsichten geschehen und in anderen Hinsichten überhaupt nicht geschehen kann. Erwachsene, die selbst niemals die elternschaftliche Rolle übernehmen können und eine kinderlose Existenz führen (müssen), bleiben, ob sie wollen oder nicht, in soziologischer Perspektive und in bezug auf das gesellschaftliche Leben Kinder, die mehr nehmen, als sie geben. Und dieser asymmetrische Überschuss des Nehmens, der den Überfluss des Gebens sukzessive zum Erliegen bringt, steigt und steigert sich – sowohl quantitativ als auch qualitativ – mit dem Fortschritt der Wissenschaften im Hinblick auf eine immer größere Lebenserwartung der Menschen der westlichen Welt.

Gaben zeichnen sich, im Unterschied zum unpersönlichen Geld, gerade dadurch aus, dass sie mit der Person des Gebers verbunden sind. Wer etwas gibt, gibt immer auch etwas von sich selbst, wenn nicht sich selbst. Dies trifft umso mehr im Falle der Organspenden- und der Obduktionseinwilligung zu: Hierbei geht es um das Versprechen der Gabe seines eigenen toten Körpers. Was aber setzt eine solche testamentarische Verfügung über den eigenen Körper alles voraus? Lévi-Strauss würde wohl antworten, in jedem Fall so etwas wie die weihnachtliche Inititation ins Erwachsensein, in deren Verlauf die Erwachsenen nicht zuletzt auch die Toten in ihrer Rolle als generöse Geber zu verkörpern haben, die die Lebenden beschenken. Vielleicht ist dies die großzügigste, die äußerste Gabe überhaupt: das Versprechen auf die Gabe (ausdrücklich nicht: auf das Opfer) seiner selbst als Toter. Ein solches Versprechen fordert nicht nur ein Durchlaufen der passiven Synthesis des Alterns und ein Vorlaufen

[13] Ebd., S. 179.

in die jähe Möglichkeit des eigenen Todes. Es ruft auch die Vorstellung der anatomisch-klinischen „Gewalt des aufgeschnittenen Leichnams“[14] auf, das Grauen der *imago* vom eigenen zerstückelten Körper, der unsichtbaren Intimität seiner blutigen Organe und Innereien. Kurz: es geht nicht nur um die ständige Möglichkeit des eigenen Todes, sondern auch um das Bild seiner selbst als aufgeschnittene Leiche, die den fremden Blicken der Mediziner ungeschützt ihre Lektionen darbietet. Bei diesen Vorstellungen seiner selbst als Leiche bleibt der Vorstellende als empfindend-empfundener Leib freilich immer mit dabei. Daher erleidet er in der Vorstellung die schamhafte Pein der Nacktheit, die Angst vor dem Ausgeliefertsein und den Schmerz der operativen Einschnitte und Verstümmelungen, von dem nur der Tod den Leib vollständig entbindet.

Den Körper von Schmerz und Gebrechlichkeit zu befreien, ihm endlos Gesundheit zu verleihen, das ist die Verheißung des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritts. Auch wenn man – heute wie gestern und in Zukunft – in jedem Augenblick sterben kann, so rückt doch diese keineswegs nur leere Verheißung die Möglichkeit des eigenen Todes und damit eben auch die Gabe seiner selbst als Toter in immer weitere Ferne. Das medizinisch-gesellschaftliche Fortschrittsversprechen macht sich zum Komplizen jener narzisstischen Leidenschaft, mit der das spekuläre Ich die Vervollkommnung seines Ich-Ideals und seines eigenen Körpers betreibt, den es sich in seiner ganzen Unzugehörigkeit anzueignen sucht.

In seinem Text über das Spiegelstadium – *Das Spiegelstadium als Bildner der Ichfunktion, so wie sie uns in der psychoanalytischen Erfahrung erscheint* – entwirft der Psychoanalytiker Jacques Lacan eine Geneaologie des neuzeitlichen Ich. Indem er dabei eine irreduzible spekuläre Selbstverkennung und imaginäre Identitätsbildung geltend macht, setzt er sich ausdrücklich jeder Subjektphilosophie entgegen, die sich auf die Möglichkeit der Selbstbegründung und zweifelsfreien Selbsterkenntnis im Gefolge der klassischen Meditationen Descartes’ beruft. Lacans Überlegungen sind an der Beobachtung kleiner Kinder zwischen dem sechsten und achtzehnten Monat orientiert. Zwar können sie z. T. weder sprechen noch selbständig stehen noch aufrecht gehen. Doch versuchen sie immer wieder mit jubilatorischer Freude ihr eigenes Spiegelbild zu erhaschen und festzuhalten. Lacan richtet sein Augenmerk nicht auf die kognitive Fähigkeit der Selbsterkennung, sondern auf die affektive Anziehungskraft und transformatorische Wirkung, die die spiegelbildliche Gestalt auf das Kind ausübt. Der kindliche Freudentaumel rührt an das vitale Faktum der vorzeitigen menschlichen Geburt, das die Selbsterhaltung des Säuglings einerseits zutiefst mit der Fremderhaltung durch erwachsene Pflegepersonen verstrickt, die ihm – so möchte man nun anmerken – mehr geben, als sie von ihm erhalten. Die Frühzeitigkeit der Geburt geht andererseits mit „motorischer Inkoordiniertheit“, organischer Unzulänglichkeit[15] und einem „Unbehagen“ im „innerlichen Selbstbefinden“[16] des Kindes einher. Gegenüber dieser ursprünglichen Gebrechlichkeit macht Lacan eine „frühzeitige Reifung der visuellen Wahrnehmung“ geltend, der er

[14] Foucault (1988), S. 173.
[15] Lacan (1949/1966), S. 96 f. und S. 66 f.
[16] Gondek (1998), S. 148.

„den Wert einer funktionellen Antizipation“[17] zuspricht. Von der Begegnung mit dem eigenen Spiegelbild ist der Säugling nicht zuletzt deshalb so sehr in Bann geschlagen, weil es ihm die „orthopädische“ Ganzheit und Geschlossenheit seiner aufgerichteten Gestalt entgegenwirft, in der er das „heilbringende Ideal“ der Imago des eigenen Körpers begrüßt.[18] In Anlehnung an Freud, für den das Ich als körperlich Verfaßtes nichts anderes als „die Projektion einer Oberfläche“ darstellt, stiftet dieses exemplarische Ereignis ein imaginäres Ich-Ideal, an dem das gespiegelte Ich sich ausrichtet, mit dem es sich identifiziert, an dem es sich „mißt, dem es nachstrebt [und] dessen Anspruch auf immer weiter gehende Vervollkommnung es zu erfüllen sucht“.[19] Damit aber sieht sich das *Je* zeitlebens mit den unerfüllbaren Forderungen eines „fiktiven“ Ideals konfrontiert, in dem es sich zugleich als ein Anderer erkennt und verkennt (Rimbaud: „Je est un Autre“): Das apotropäische Standbild des heilen, unversehrten und vor allem seiner selbst mächtigen Eigenkörpers entspricht nicht der „eigenen Realität des Gespiegelten“, der sich mit diesem „Relief in Lebensgröße“ verwechselt, um seiner unerträglichen Realität zu entkommen. Zweifellos hat das Spiegelbild die anästhesierende und ästhetisierende Kraft, den Gespiegelten vor seiner ursprünglichen Sterblichkeit abzuschirmen. Doch immer dann, wenn das Ich durch seine imaginären Identifizierungen nicht mehr (zusammen)gehalten[20] und aufgerichtet zu werden vermag, wird es, namentlich in seinen Träumen und Phantasien, von Bildern des zerstückelten Körpers heimgesucht. Sie rühren „an ein bestimmtes Niveau aggressiver Desintegration des Individuums“ und legen die „Bruchlinien“ einer „phantasmatischen Anatomie“[21] frei, an deren stets möglichem Aufreißen der Körper in Fetzen zu fliegen und auseinanderzubrechen droht. Die Autoaggression ist die Kehrseite dieser Rivalität des Ich mit seinem Ideal. Die spiegelbildliche Gestalt hat nicht nur die Kraft, der ursprünglichen „Not des Lebens“ (Freud) zu widerstehen, sondern ist zugleich auch jener Kraft des Todes ausgesetzt, die an ihrer Auflösung arbeitet. Die „Zwietracht“[22] zwischen dem Bild des eigenen Körpers und der Realität des Gespiegelten treibt nicht nur das mimetische Begehren nach „Verähnlichung“ mit der orthopädisch aufgerichteten Gestalt an, sondern verurteilt es zugleich auch zum Scheitern.

Indem sich der wissenschaftlich-industrielle-politische Komplex der Aufgabe verschreibt, den Tod in Schach zu halten, die Alterung des Körpers aufzuschieben und das Leben ins Unabsehbare zu verlängern, huldigen die Gesellschaften der westlichen Welt mit seiner Hilfe einem imaginären Körpergötzen und ermöglichen so dem Einzelnen, seiner eigenen Sterblichkeit systematisch auszuweichen. Es ist demnach ein *double bind*, vom Einzelnen zu erwarten, um dieses imaginären Körpers willen, das Imaginäre des eigenen Körperbildes im Vorlaufen in den eigenen Tod zu demontieren und testamentarische Verfügungen zur Obduktion und zur Organspende aufzusetzen.

---

[17] Lacan (1946/1966), S. 186, dt. S. 164.
[18] Lacan (1948/1966), S. 113.
[19] Freud (1933/1940), S. 71.
[20] Siehe dazu Gondek (2000), S. 19.
[21] Lacan (1949/1966), S. 97 und S. 67.
[22] Ebd., S. 96 und S. 66.

Entsprechen die Fixierung auf die Optimierung des eigenen Körpers und die Leugnung der eigenen Sterblichkeit der wesentlich ipsozentrischen Struktur dieses Imaginären, so verblassen vor ihr alle Praktiken der Sorge um die Sterblichkeit und ein Sein zum Tod des Anderen. Die ganze Tragweite des Todes läßt sich nur ermessen, wenn sich das Ich dem stets drohenden Tod des Anderen in einer „ursprünglichen Trauer" (Derrida) aussetzt und sich das spekuläre Ich in der Verantwortung für den Anderen zum sozialen Ich wandelt. In dieser „undeligierbaren Verantwortung" konstituiert sich erst das Selbst, wird es es selbst: „Ich bin für den Anderen verantwortlich, insofern er sterblich ist." Nicht mein eigener Tod, sondern „der Tod des Anderen ist der erste Tod"[23] und der eigentliche Skandal.

Soziologisch betrachtet wird das radikal Selbstbezügliche dieses imaginären Körperbildes bestärkt durch eine fehlende Initiation ins Erwachsenensein oder besser: in die Rolle des Gebers, der den Kindern, den Anderen und den Toten mehr gibt, als er selbst von ihnen erhält. Die Sorge um die Toten aber beginnt bereits bei und mit den Kindern, sofern sie bedürftige, empfindliche, verletzliche, mit einem Wort: sterbliche Wesen sind.

Trifft es zu, dass Gabe und Verantwortung nur möglich sind im Ausgang von der Sterblichkeit des Anderen, dann können die Erfolge der medizinischen Forschung bei der Bekämpfung von Krankheiten, Schmerzen und Leid im Sinne Lévi-Strauss' nicht anders denn als erwachsene, gesellschaftliche Gaben (die Gabe des verdoppelten Lebens) verstanden werden, hinter die zurückzugehen und die preiszugeben unverantwortlich wäre. Doch es gilt, dem phantasmatisch-ipsozentrischen Potential der Verheißung endloser Gesundheit und Langlebigkeit des eigenen Körpers Einhalt zu gebieten. Es ist nötig, in diesem Erfolg medizinischer Forschung und Praxis das notwendige Scheitern und die unüberwindliche Grenze des Todes zu markieren, die sich keine noch so effektive Medizin je wird aneignen können. Dieses Scheitern aber wäre vor allem ein Erfolg für die Achtung der Sterblichkeit des Anderen, die ihn in „einer Art sanfter Zurückweisung, einer Bewegung der Entsagung […] in seinem Tod beläßt",[24] und als Scheitern zum Geben, auch zum Geben des eigenen toten Körpers fähig machen könnte. Vielleicht könnten namentlich von einer Neudarstellung der Medizin in ihrer Machtlosigkeit angesichts des Todes, von einem Selbst- wie Fremdverständnis der Medizin als einer Disziplin des Lebens *und* des Todes, Anstöße für eine erwachsene Kultur der Gabe ausgehen, die in den mehr und mehr auf Nutzenkalkulation, Radikalindividualismus und Kinderlosigkeit basierten westlichen Gesellschaften trotz alljährlicher Weihnachtsfeste zu verschwinden droht.

---

[23] Lévinas (1996), S. 52 f.
[24] Derrida (1988), S. 59.

Literatur

1. Anderson (2006): Perry Anderson, Die Welt ist Fleisch geworden. Hervé Juvins Essay zur Körperpolitik der Zukunft, aus dem Englischen von Michael Adrian, Mittelweg 36 (2006), S. 41-52
2. Derrida (1988): Jacques Derrida, Mémoires – für Paul de Man, aus dem Französischen von Hans-Dieter Gondek, Wien 1988
3. DSO (2007): Deutsche Stiftung Organspende, www.dso.de [02.08.2007]
4. Foucault (1988): Michel Foucault, Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, aus dem Französischen von Walter Seitter, Frankfurt a. M. 1988
5. Freud (1933/1940): Sigmund Freud, Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1933), Gesammelte Werke, Band XV, Frankfurt a. M., London 1940
6. Gondek (1998): Hans-Dieter Gondek, Die Rezension zu Hanna Gekle: Tod im Spiegel. Zu Lacans Theorie des Imaginären, Riss 42 (1998), S. 146-152
7. Gondek (2000): Hans-Dieter Gondek, Eine psychoanalytische Anthropologie des Bildes, Riss 48 (2000), S. 9-27
8. Juvins (2005): Hervé Juvins, L'avènement du corps, Paris 2005
9. Lacan (1946/1966): Jacques Lacan, Propos sur la causalité psychique, in: Jacques Lacan, Écrits, Paris 1966, p. 151-193; dt. Vortrag über die psychische Kausalität, aus dem Französischen von Hans-Joachim Metzger, in: Jacques Lacan, Schriften III, Weinheim, Berlin 1986, S. 135-171
10. Lacan (1948/1966): Jacques Lacan, L'aggressivité en psychanalyse, in: Jacques Lacan, Écrits, Paris 1966, p.101-124
11. Lacan (1949/1966): Jacques Lacan, Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expériénce psychanalytique, in: Jacques Lacan, Écrits, Paris 1966, p. 93-100; dt. Das Spiegelstadium als Bildner der Ichfunktion wie sie uns in der psychoanalytischen Erfahrung erscheint, aus dem Französischen von Peter Stehlin, in: Schriften I, Weinheim, Berlin ^{3}1991, S. 63-70
12. Lévinas (1996): Emmanuel Lévinas, Gott, der Tod und die Zeit, aus dem Französischen von Astrid Nettling und Ulrike Wasel, Wien 1996
13. Lévi-Strauss (1984): Claude Lévi-Strauss, Die elementaren Strukturen der Verwandtschaft, aus dem Französischen von Eva Moldenhauer, Frankfurt a. M. 1984
14. Lévi-Strauss (1990): Claude Lévi-Strauss, Der hingerichtete Weihnachtsmann, Komet. Almanach der Anderen Bibliothek auf das Jahr 1991, Frankfurt a. M. 1990, S. 162-190
15. Mauss (1925/1990): Marcel Mauss, Die Gabe. Form und Funktion des Austauschs in archaischen Gesellschaften, Frankfurt a. M. 1990
16. Schüttpelz (2005): Erhard Schüttpelz, Die Moderne im Spiegel des Primitiven, München 2005

Vom tabuisierten zum begehrten Objekt. Über den neuen Wert der Leiche

Petra Gehring

Ich stelle meine Überlegungen unter das Stichwort des *Wertes*, und zwar eines *neuen* Wertes der Leiche. Wir erleben nicht etwa einfach eine „Profanisierung" oder „Naturalisierung" des Leichnams. Vielmehr, so lautet meine These, gewinnt das tote Leben im Zeitalter von Biotechniken und Biopolitik einen spezifischen Wert. Es erlangt einen ökonomisch, ästhetisch und moralisch-ethisch befrachteten Status, der einen eigenen Bestimmungsversuch erfordert.

Die Philosophie neigt dazu, die Frage nach dem Tod gleichsam als „ewig menschliche" Frage anzugehen, sie also unhistorisch zu betrachten.[1] Ich denke hingegen, es empfiehlt sich, möglichst genau nach dem *heutigen* Stellenwert des toten menschlichen Körpers zu fragen: Welche Bedeutung(en) hat die Leiche aktuell, also in Zeiten der auch im Alltag biomedizinisch begriffenen Körper und eines in diesen Körpern biotechnisch produktiv gemachten stofflichen Lebens?

In medizinisch-praktischer Hinsicht und im Rahmen des Diskurses der Lebenswissenschaften lässt sich länger schon eine Umwertung des toten Körpers beobachten. Die umstrittene Etablierung des so genannten Hirntodes als auch die Diskussion um die Frage, ob Embryonen in vitro „leben" und also getötet werden können, sind Anzeichen eines gesellschaftlichen Wandels. Im ersten Fall gelten heute Körper als tot, wiewohl sie noch Lebenszeichen zeigen. Im zweiten Fall wird eine körperliche Tötbarkeit erwogen, obwohl allenfalls unter dem Mikroskop so etwas wie ein Körper und „post mortem" jedenfalls keine Leiche existiert.

In theoretischer Hinsicht vermute ich, dass wir neu entstandene Realitäten wie diese *nicht* durch Säkularisierungstheoreme oder mittels einer modernetheoretischen Zweiteilung nach dem Muster Natur vs. Kultur oder Materialismus vs. Idealismus/Spiritualismus in den Griff bekommen können. Die biotechnische Moderne sitzt nicht bloß zwischen den Stühlen. Ich denke vielmehr, dass wir die heutige Epoche (im beschreibenden Wortsinn) „positiv" begreifen müssen: Sie ist diejenige eines neuen, technisch-pragmatischen *Einheitsparadigmas*, das traditionelle Dualismen unterläuft und etwas Drittes, Eigenes zu seinem Gegenstand hat. Die dazugehörige Rationalität steht unter dem Vorzeichen des Lebens – des „Lebens" als aus sich selbst heraus produktiver biologischer Stofflichkeit, als Objektfeld der Biomedizin und überhaupt der Lebenswissenschaften.

Eben diese Gegenwart eines stofflich-ästhetisch-ökonomischen Kontinuums des Lebens lässt auch den neuen „Wert" der Leiche entstehen. Drei Überlegungen sollen diese These in der gebotenen Kürze erläutern – wobei die Rede vom „Wert" bewusst

---

[1] Auch die philosophischen Variationen des Problems der logischen „Undenkbarkeit" des Todes laufen Gefahr, es bei einem solchen unhistorischen Herangehen zu belassen. Vgl. als Versuch, philosophische und soziologische Perspektiven auf den Tod zusammenzubringen Gehring/Rölli/Saborowski (2007).

den ökonomischen wie den moralischen wie den ästhetischen Aspekt des Wortes umfasst.

Wenn ich im nachfolgenden Beitrag historisch argumentiere, so will ich keine ‚lange Linie' konstruieren. Der für meine Überlegungen relevante Zeitraum umfasst weniger als zwei Jahrhunderte, nämlich die Epoche einer auf einen (empirisch zugänglichen) Lebensstoff zugreifenden Biologie.[2] Im engeren Sinne umfasst der für uns relevante Zeitraum sogar allenfalls drei Jahrzehnte: Es ist die Spanne der entstehenden Alltagsmacht der *Life-Sciences* und in der Nachkriegs-Bundesrepublik die Epoche des Wiederbeginns einer „Biopolitik", die mit dem Zweiten Weltkrieg als Diskurszäsur zeitweilig unterbrochen war. Der plakative Titel meines Beitrages – vom tabuisierten zum begehrten Objekt – ist also gegenwartsdiagnostisch gemeint. Wie wir wissen, trifft die Rede von der Leiche als vormals „tabuisiertem" Objekt den Status des Leichnams in vormodernen Zeiten nur sehr ungefähr. Es gibt einschlägige Klassiker zum Thema, die (neben anderem) zeigen: Neben vielen Formen der Sichtbarkeit und erfahrbaren Nähe der Toten in Mittelalter und Neuzeit war der tote Körper schon früh Gegenstand der forschenden Wissenschaft. Auch für die Medizin des 17. und 18. Jahrhunderts war die Leiche definitiv *nicht* tabu.[3] Ich verwende dennoch den Begriff Tabu, um anzuzeigen, dass ein Leichnam bis vor kurzem jedenfalls nicht den Status einer einfachen Sache hatte. Jenes Syndrom eines neuen „Wertes", der einem (zwischen physiologischen und metaphysischen Besetzungen mehrdeutig aufgespannten) Konzept eines – sagen wir: biostofflichen – Lebens zu entspringen scheint, schafft Spielräume für Profanisierungen, wo es vorher solche Spielräume nicht gab.

1. Biologisches Leben und Körper-Wert

Der Tod und auch der tote Körper verlieren – allen Säkularisierungs- und Rationalisierungsthesen zum Trotz – in der Moderne keineswegs an Bedeutung. Das ist vielfach beobachtet worden. Man kann diese anhaltende Konjunktur des Körperlichen als eine „symbolische" Bedeutung interpretieren: Der Körper erscheint dann als das Ersatzobjekt für fehlende transzendente Bezüge, er fungiert als *mementum* einer durch die Moderne verleugneten Natur, er verbürgt symbolisch die ansonsten ungreifbar gewordene Identität, er ist Spielort nurmehr „performativer" Subjektqualitäten, er ist die verborgene „Unterseite" allen Redens und so fort. Rückt man jedoch die biopolitische Dynamik der Moderne, die Biotechniken und den hohen Wirklichkeitswert lebenswissenschaftlicher Diskurse in den Mittelpunkt der Betrachtung, so spricht vieles dafür, die Bedeutung des Körpers sehr viel handfester und stofflicher zu verstehen. Meine erste

---

[2] Datieren kann man so etwas wie den Beginn (die fachliche Eigenständigkeit und Abgrenzung) der Biologie auf die 1830er Jahre. Eine entscheidende Rolle spielte die allgemeine Zelltheorie von Schwann und Schleiden, mit der die Biologie auf entscheidende Weise ihren spekulativen Charakter verliert. Mit der lebendigen Zelle verfügt die Biologie über eine durchgehende, mikroskopisch fassbare (sowie gegenüber der Physik und Chemie „eigene") epistemische Referenzebene. So wird sie irreversibel zur Wissenschaft.

[3] Vgl. Foucault (2005), S. 138 f.

Überlegung lautet daher: Der Tod hat heute nicht nur ganz allgemein „Bedeutung", sondern es findet tatsächlich eine Wertschöpfung an der Leiche und eine Inwertsetzung des toten Körpers statt. Der Körper wird nicht lediglich als ein symbolisches Etwas, sondern tatsächlich auch materiell, als reales Etwas im Kontinuum der Stoffe immer wichtiger – weil und während zugleich lebendige Substanzen überhaupt immer wichtiger werden.

Ein prägender (und bis heute unterschätzter) Zug der Moderne ist ihre spätestens seit 1900 vollzogene Abkehr von der „Natur" – und zwar zugunsten eines Monismus (also einer Einheitsperspektive) des stofflich-materiell gefassten „Lebens". Dieses auch über die Wissenschaft Biologie hinaus *biologisch* gesehene Leben ist in sich zweideutig modelliert: Es ist sowohl Materie als auch Substrat alles Kulturellen. Es ist dynamisch, artikulationsreich, reflexiv. Es bringt Sozialnatur wie Körpernatur (etwa in der Sozialstatistik) zusammen.

Dieses stoffliche Leben – des Einzelnen, der Gattung, aber auch der kollektiven Handlungs- und „Lebensformen" – bildet schon um 1900 den gemeinsamen Gegenstand von evolutionistischer Biomedizin, Anthropologie, Erblehre und Sozialwissenschaften: vier der Vorfahren des Feldes der *Life-Sciences* heute. „Leben" kann zum Paradigma werden für das Stoffliche überhaupt – und es vermag die Frage nach der „Natur" epistemisch wie technisch zu erübrigen. „Leben" kommt am und im Körper vor und ist zugleich das Leben des Ganzen: der Gattung, der Spezies, des Volks. Im Großmaßstab ist es in seiner Dynamik (wie auch in seinem Niedergang) statistisch fassbar. So schließt sich der Lebensstoff des individuellen Körpers auch methodisch mit dem „Leben" und dem „Überleben" der Population, also des Gattungskörpers, kurz. Leben als Einheitsbegriff umfasst nicht nur Materie und Geist, sondern auch das Individuum und den biologischen Körper eines großen Ganzen gleichermaßen. Es gibt eine individuell endliche Lebensspanne und es gibt ein *fortwährendes* Leben der Gattung oder Population, das sich biologisch reproduziert und dabei seinen eigenen Zyklen unterliegt.

Dieses biostoffliche Leben wird schon vor 1900 zum Objekt von Gesundheits- und Wohlfahrtspolitik. Es vereinbart aber auch darüber hinaus ökonomische, ethisch-politische und ästhetische Werte und „Potentiale" auf sich. Ideen- und wissenschaftsgeschichtlich ist dieser Sachverhalt für die Entstehungszeit von Eugenik und Sozialhygiene, für die experimentierende Medizin der Population wie auch für die frühe Geschichte der Soziologie und die Philosophien der so genannten Lebensreformzeit gut untersucht.[4] Man tut jedoch gut daran, sich klar zu machen, dass der historische Befund eines *Monismus* des stofflichen Lebens keineswegs nur eine Flause des beginnenden 20. Jahrhunderts war. Es handelt sich um eine wirklichkeitsmächtige Form, Michel Foucault hat von „Bio-Macht" gesprochen.[5] Eine Metaphysik des Lebens prägt auch die durch das Informationsparadigma angereicherten Biowissenschaften heutigen Typs.

---

[4] Vgl. (außerhalb der gut erforschten Felder Sozialhygiene und Lebensphilosophie) namentlich Lichtblau (1996), der die Rolle einer *Ästhetik* des Lebens für die Entstehungszeit der Soziologie herausarbeitet.

[5] Foucault (1983) und (1999).

Ich nenne drei Felder, in denen im einen stofflichen Kontinuum des Lebens die individuellen Körper „enthalten", technisch vorfindlich und eben: *wertvoll* sind.

1.1 Ökonomie

Von einer Inwertsetzung und Wertschöpfung an der Leiche zu sprechen, ist heute keine metaphorische Aussage. Die lebendigen Organe eines einzigen Organspenders sind, ökonomisch betrachtet, ein Vermögen wert.[6] Man kann lebendige Körperstoffe vom einen auf den anderen Körper übertragen. Man kann sie verpflanzen, sie in „Banken" bereithalten, das „Leben" gleichsam zirkulieren lassen. Ähnliches gilt für Samen und Eizellen: Sie durchlaufen – als Lebendstoffe – vom Körper getrennte Produktionszyklen im Labor. Auch eingefrorenes Leben ist im biotechnischen Sinne Leben: Durch Kryokonservierung ist die Möglichkeit einer nachträglichen Zeugung noch durch dann bereits Verstorbene gegeben. All diese Optionen sind Geld wert.

Dass auch schlicht und einfach Zellen: Gewebeproben, dass ebenso abgetriebene Föten, Plazenten, Nabelschnüre „ökonomisch" wertvoll sind, ist ebenfalls im Alltagsbewusstsein angekommen und dort mehr oder weniger fest verankert. Dem von der Biomedizin geforderten Altruismus der „Spende" von Körperstoffen stehen verschiedene Formen der Skepsis entgegen. Soll ich als Patientin oder als Bürgerin tatsächlich etwas hergeben, das in der späteren Verwertung dem Medizinbetrieb oder der Pharmaforschung Profite bringt? Mit anderen Worten: Ein Zögern gerade auch von Angehörigen gegenüber Obduktionen mag daher rühren, dass der ökonomische „Wert" von Leichenteilen heute unbestreitbar ist. Das Tote ist recyclingfähiges Leben – und daher etwas wert. Man will den Leichnam vor heimlichen Verwertungen schützen.

1.2 Ästhetik

Der Lebensstoff bindet auch ästhetische Werte. Zwar erleben in unserer Gesellschaft die Menschen meist frühestens in der Mitte ihres Lebens erstmals selbst einen Leichnam und/oder sehen einen Menschen sterben. In den Massenmedien zirkulieren jedoch Bilder – nicht nur von sterbenden Menschen, sondern auch von toten Körpern. Digitale Techniken haben den ästhetischen Wert der Leiche enorm gesteigert. Mit Handy und Internet sind nicht nur neue Formen des Bildjournalismus möglich, sondern auch neue Tele-Dramaturgien, etwa die Inszenierung von Hinrichtungen oder Selbsttötungen in Text und multimedial.

Mir sind keine Untersuchungen über die spezifischen Züge dieser digitalen Thanato-Aufzeichnungsformen bekannt. Sicher aber ist das Phänomen komplex. Wir haben es nicht einfach mit einer Dialektik von Angstlust und Verdrängung zu tun, sondern eher mit Formen einer neuen Ästhetisierung – einer Ästhetisierung, welche (wie die lebenden) auch die toten Körper und nicht zuletzt die Frage nach der *Grenze* zwischen lebendem und totem Körper betrifft. Filme, Video-Installationen, aber auch Künstler, die radikal ihren eigenen Körper aufs Spiel setzen – etwa mit chirurgischen

[6] Auf 250.000 € wird der Ertrag einer erschöpfenden Multiorganentnahme beziffert (Görlitzer [2006] mit Bezug auf die Süddeutsche Zeitung).

Mitteln: Eine üppige Ästhetik spiegelt im Zeitalter des Lebens das Zerstörerische wie auch das eigenartig Triumphale der Spuren des Todes am Körper in die Öffentlichkeit zurück.

1.3 Moral/Ethik

Zugleich ist ein neuer moralisch-ethischer Werte-Diskurs im Zeitalter der Biotechnologien unübersehbar. Mit Medizin-, Pflege- und Bioethik haben sich eigene angewandte Wissenschaften etabliert, die für Güterabwägungen im Bereich des Zugriffs auf den lebendigen Körper zuständig sind. Insbesondere der „Lebensbeginn" und das „Lebensende" stehen so im Mittelpunkt eines Prozesses, den man als eine ethische Wertschöpfung charakterisieren könnte. Mit den zunehmenden „neuen Möglichkeiten" von – ich sage einmal bewusst zugespitzt: Lebensstoff-Techniken korrespondieren Normenfragen: Was darf man im Bereich des früher Undenkbaren heute tun?

Man kann die Existenz der Bioethik im Ganzen als Indikator für einen moralischen Eigenwert weniger der traditionellen Bezugsgröße der „Person" oder der Menschheit in uns allen, sondern eben für einen Eigenwert des „Lebens" nehmen. Die einen setzen ihn absolut, für die anderen ist er relativ und der Abwägung offen.

Konkrete Neuschöpfungen im Bereich der Moral wären etwa der Hirntod als ein Todeskriterium, das die alten Todeszeichen (jedenfalls im institutionellen Kontext) entwertet, eine neue Grenze des Erlaubten definiert und eine komplexe Reorganisation der Sterbebegleitungsmoral nach sich gezogen hat: Bereits vor dem Sichtbarwerden der für den Laien evidenten Züge des Todes gilt der Sterbeprozess als beendet. Begleitung, Zuwendung, Pflege werden eingestellt und beispielsweise durch Maßnahmen zur Vorbereitung einer Organentnahme ersetzt. Auch der Eigenwert des biologisch definierten „werdenden menschlichen Lebens" der oben schon erwähnten Embryonen ist Resultat einer ethischen Setzung durch Gerichtsentscheid, nämlich des berühmten ersten Urteils des Bundesverfassungsgerichts zum § 218 aus dem Jahr 1976. In den Bereich der ethischen Zumessung von „Werten" gehört auch das Paradox des so genannten „lebensunwerten" oder nicht mehr „lebenswerten" und daher gewissermaßen überfälligen Lebens. Auch hier handelt es sich um mehr als eine Metapher, wie die Geschichte – aber auch die Begriffsgeschichte zeigt. Der „Wert" sozial nützlichen Lebens und sein Spiegelbild, der Lebensunwert, wurden nicht lediglich ideell zugeschrieben. Sie wurden vielmehr als volkswirtschaftliche, stoffliche und zugleich ethische Tatsache modelliert: Lebensunwertes Leben sei organisch gesehen im Grunde bereits tot. Eben daher dürfe es – gleichsam nur nachholend – zur Vernichtung freigegeben werden. Was dem Wert nach schon tot ist, darf man töten – und die Tötung dann womöglich nur noch „Vernichtung" nennen. Mit dieser Denkfigur wurde bereits in der Sterbeethik um 1900 gearbeitet.[7] „Autolyse", organische Selbstauflösung des Absterbenden, nannte Ernst Haeckel die Sterbehilfe und den Suizid.[8]

---

[7] Gehring (2006), S. 203 ff.

[8] Haeckel (1904).

2. Tod als Lebensende

Meine *zweite* Überlegung betrifft – vor dem Hintergrund dieser Felder potentiellen Werts – den Lebensbegriff im engeren Sinne und seine Beziehung auf den Tod. Die Einheit des stofflichen Lebens überspannt nicht nur ganz allgemein die drei Dimensionen einer Wertschöpfung ökonomischer, ästhetischer und moralischer Art. Vielmehr taucht das „Leben" eben auch die Sache des Todes, des „Toten" in ein historisch eigenwilliges Licht.

Todestheorien haben die „Lebenslastigkeit" der Moderne durchaus gesehen. Von einem „Verschwinden" des Todes im Zeitalter des Lebens ist in den Analysen der 1970er bis 1990er Jahre vielfach die Rede. Folgt man Motiven von Elias, Anders, Ariès und anderen, so läßt sich die bald zweihundertjährige Genese der Lebensmedizin als Projekt einer Ent-Endlichung und Hypostasierung von „Leben" lesen: Das, was vormals als Macht eigenen Wesens firmierte, *der* Tod, wird zum Negativfall, zur bloßen Abwesenheit von Leben.

Freilich ist der Tod im Zeitalter des Lebens nicht zu einer Leerstelle geworden – so als sei der Tod gegangen und nur das todlose Leben geblieben. Was sich vielmehr herausbildet, ist eine neue Form der Ko-Präsenz des Toten im Leben: Das Modell des stofflichen Kontinuums beinhaltet eine „dynamische" Idee von Leben – und schließt damit das Faktum des Absterbens von Leben in den Lebensbegriff selbst mit ein.[9] Das biologische Konzept Leben führt also nicht den Tod alter Prägung, dafür aber eine Form des regulierbaren „Lebensendes" mit sich. Wobei das neue Leben das erschöpfte Leben überwindet, das mitlaufende Absterben der Selbststeigerungslogik des Lebens also nützt. Das Lebensende im modernen Sinne ist etwas, das (mit dem Wort Nietzsches) grundsätzlich „lebensdienlich" ist.

Die Logik einer (steigerbaren) *Dynamik* des Lebens läuft – was das Tote angeht – auf das Gegenteil einer Profanisierung, Entwertung oder auch nur Naturalisierung hinaus. *Der* Tod mag verschwunden sein. *Das Tote* aber hat seinen umso produktiveren Stellenwert im Reich des Lebens. Sofern es als Komponente potentiellen Lebens erscheint, ist das Tote wertvoll. Oder besser: Es kann wertvoll sein. Wie das Leben kann das Tote wertsteigernd „richtig" eingesetzt werden, lässt es sich im Hinblick auf Lebensdienlichkeit oder besser: wie das Leben selbst technisieren und als Ressource betrachten. Lebenstechnologien wären, so gesehen, immer zugleich auch Technologien des toten Stoffes, den man potentiell in den Stoffkreislauf des Lebendigen zurückführen – oder besser: in diesem Kreislauf *halten* kann. Tatsächlich kann auf der Zellebene das Tote lebendig genug sein, um es dem Leben zurück zu geben – als Stimulans, als Pharmakon, als Organersatz, als Fortsetzung von Zell- und genetischer Aktivität.

Auch vom Standpunkt einer Theorie des Todes ist es also keineswegs verwunderlich, dass der menschliche Leichnam trotz einer „Säkularisierung" der Epoche nicht einfach an die Natur zurückfällt oder auf andere Weise kulturell unwichtig oder mora-

---

[9] Foucault (2005).

lisch „freigegeben“ wird. Erobert das Leben das Tote, wird der Tod zum Lebensende, so wird das Tote eben nicht negiert. Es wird vielmehr zur Ausarbeitungsfläche für Leben. Der Lebensbegriff überstrahlt nicht nur die Epoche eines todlosen Lebens, sondern auch die Epoche einer eigentümlichen Lebensimprägniertheit des Sterbens, die dessen Relevanz – auch das Sterben birgt Leben – erhöht.

Der Befund ist paradox, aber durchaus schlüssig: Die lebenswissenschaftlich geprägte Moderne wendet sich vom Tod ab. Sie wendet sich aber einer Bearbeitung des Lebensendes – auf physischer wie psycho-technischer Ebene – dennoch zu. Wie mit dem Lebensende, wenn es denn bevorsteht, umzugehen wäre – diese Frage ist zu einem Lebensbestandteil und (individuell wie biopolitisch) zu einer Gestaltungsfrage geworden. Und womöglich wird das „lebensdienliche“ Lebensende künftig noch in bisher nicht bekannten Formen bio- wie auch sozialtechnologisch intensiviert.

3. Das Leben und die Leiche

Zu vermuten ist also, dass die Biowissenschaften heute zwar am Toten Interesse zeigen, aber doch ohne selbst über eine Todestheorie oder auch nur einen konsistenten Todesbegriff zu verfügen. Das Lebensende ist nur mehr eine Art Kehrseite: Ein nicht aufrechterhaltenes oder produktiv gemachtes Leben.[10] Mit einer *dritten Überlegung* komme ich von hier aus zurück zum Status des Leichnams selbst.

In der Tagungsankündigung wird eine „geringe gesellschaftliche Akzeptanz der klinischen Obduktion“ in Deutschland moniert. Die mangelnde Bereitschaft, den eigenen Körper *post mortem* der Sektion zu überantworten, stünde dabei in einem gewissen Widerspruch zum Befund einer „allgemeinen Enttabuisierung des Todes“. Folgt man dieser Beschreibung – und nimmt man einmal an, dass die sinkende Sektionsrate tatsächlich nicht andere, etwa dem Medizinbetrieb selbst entstammende Gründe hat[11] – so legt sich die Organspende als Parallelproblem nahe. Ist nicht das Verhalten von Betroffenen im Bereich Organtransfer ähnlich widersprüchlich wie im Bereich der Obduktion? Als Behandlungsstrategie ist die Implantation eines einem Toten entnommenen Ersatzorgans leidlich akzeptiert. Die Bereitschaft zur Organspende hingegen ist – wiewohl von den einschlägigen Agenturen mit beachtlichem Aufwand immer wieder propagiert – mit legalen Mitteln kaum steigerbar.

---

[10] Ist der Tod dann aber nicht verzichtbar bzw. sollte schleunigst mit technischen Mitteln abgeschafft werden? Eine gewisse Empörung über die gewissermaßen nicht einsehbare „Überflüssigkeit“ des Todes ist – sieht man den Tod nur noch als potentiell auszuschöpfendes Leben – durchaus konsequent. Der Diskurs des Transhumanismus kreist um dieses Problem: Er will das Lebensende mit technischen Mitteln nicht nur herausschieben, sondern überwinden. Ein philosophisch gesehen verrücktes Motiv, das für die Epoche des Lebens aber hohen Symptomwert hat.

[11] Ein solcher Grund wäre etwa die für die Kostenträger in Zeiten der Finanzierung durch „Fallpauschale“ entstehende Kostenlast der klinischen Sektion. Ein weiterer Grund liegt im Ziel der „Qualitätssicherung“. Ärzte müssen bereit sein, Kollegen zu kontrollieren, und Kliniken müssen „freiwillig“ darangehen, Behandlungsfehler aufzudecken.

Während zwar tatsächlich ein Gutteil der festen Formen des Umgangs mit Sterben und Tod weggefallen ist, hat sich also keineswegs eine einseitige „Wegwerfkultur" der Leiche etabliert. Vielmehr gedeihen vielfältige, in ihren Bezügen durchaus „dichte" Formen der Bestattung, der Trauer und des Gedenkens. Die Menschen legen offenbar auf ihren Körper auch als toten Körper größten Wert.

Ich meine, angesichts eines (und sei es primär technisch) dem *Lebenswert* unmittelbar verbundenen *Eigenwertes* des Toten – eines multiplen Eigenwertes ökonomischer, ästhetischer und moralisch-ethischer Art – überraschen die scheinbaren Widersprüche nicht. Dem Befund einer „Rationalisierung" des individuellen wie auch des gesellschaftlichen Umganges mit Tod und Sterben steht die emphatische Recodierung des Toten als ein Stück von (seinem, deinem, meinem) Leben nicht entgegen. Im Gegenteil. Ist das Leben ein „Gut", in dem sich die Grenze zum Tod (wie zum kollektiven Weiterleben) fortlaufend (1) bemerkbar macht und sie (2) bearbeitet und (3) reproduziert werden kann, so ruft dies durchaus schlüssig eine gewisse Kultur des toten Körpers herauf – nur eben in einer neuen, nicht dem Tod, sondern dem Leben gewidmeten Form: Nicht als Ritual, das im Leichnam den Toten einer Totenwelt überantwortet. Sondern als informelle Kultur des lebenden Körpers – eines Körpers, der tot ist und doch „Werte" des Lebens in sich trägt, die nicht einfach verschwinden können. Weswegen man sie – in welcher Form auch immer – fortschreiben und behalten will.

Bestattung heute sehe ich von daher im Zwielicht – zwischen individuellem Lebensende und doch einer gesuchten *Kontinuität* zum stofflichen Leben generell. In seiner Stofflichkeit ökonomisch, ästhetisch, ethisch „wertförmig" ist der moderne Leichnam keine tote Hülle mehr. Er ist Teil eines biologischen Kontinuums, das erst mit einer vollständigen Verwesung ganz verschwindet – und Verwesung ist etwas, das in einer Gesellschaft wie der unseren niemand mehr zu sehen bekommt.

Sei es in dritter, zweiter oder erster Person, liegt es daher heute nahe, am „eigenen" Lebensstoff festzuhalten. Auch wenn mein Leben am Ende ist, spricht viel dafür, dass ich „mein" Gewebe, meine Erbinformation (und in Aspekten also „ich" die Leiche) „bin". Das biologische Leben führt nicht nur seine eigene Metaphysik mit sich, sondern auch die Anmutung, in den Wertigkeiten dessen, was man spenden kann und was andere womöglich verwerten, stecke man selbst. Der tote Körper wie die Bestattung sind damit eine Sache der Projektion von „Identität". Dies betrifft gerade auch ästhetische Fragen: Ich will *so* bestattet werden und *so* tot sein, „wie ich bin" – Bestattungsunternehmen sind auf einen solchen Trend zur individuellen Gestaltung des Umgangs mit der Leiche längst eingestellt.

Werte sind eine ambivalente Sache: Wo man sie nicht tauschen will, steigern sie die Eigenbedeutung eines Dings. Hat das stoffliche *Wie* im Totsein einen ökonomischen, ästhetischen und moralischen Eigenwert – etwa als Teil „meines eigenen" Lebens –, dann steht dies dem Motiv der Weiterverwertung klar entgegen. Der hohe Wert für sich selbst ist bis zu einem gewissen Grade funktional äquivalent zum Tabu. Die Generalität der Biologie macht nicht sorglos. Sie bietet, im Gegenteil, eine neue Matrix an, vor deren Hintergrund sich die Frage nach dem funktionellen Fortbestand auf neue Weise – eben als Sorge um die mit dem toten Körper verbundenen „Werte" – artikuiert. In einer Welt der biomedizinischen Inwertsetzung ist das neue „Wertgefühl" oder

auch „Eigenwertgefühl" hinsichtlich der Leiche durchaus rational. Wir haben hier eine Resonanz auf den allgemeinen Nutzen von „Leben" vor uns. Es wäre falsch, sie einfach als neue Form der Esoterik abzutun.[12]

Konkret heißt das: Die heute zu beobachtende Vielfalt der Bestattungsformen sollte man nicht als kompensatorische Ersatzhandlungen deuten. Es handelt sich auch um mehr als um eine bloße „Pluralisierung" der Sepulkralkultur. Sehr präzise werden im Feld der Bestattungsoptionen vielmehr Formen gewählt, die ästhetisch oder auch biotechnisch das „Weiterleben" wie auch die Selbstvernichtung umfassen, *selten* aber auf *Überantwortung* an ein Fremdes oder *Weitergabe* des Eigenen abzielen. Die Vielfalt des Umgangs mit der Leiche – von der ökologischen Waldbestattung bis zur Plastination – enthält Antworten auf das Faktum des Wertes des Lebensstoffes selbst. Sie hat ihren aktiven, schlüssigen und produktiven Sinn.

Charakteristischerweise schwanken moderne Bestattungsvisionen denn auch zwischen Verewigung (des eigenen Lebens) und der Vernichtung (ebenfalls als Vernichtung von „Leben"). Spektakuläre Beispiele für *ersteres* wären die Kryo-Konservierung, also das Einfrieren des Leichnams, an welches sich die transhumanistische Hoffnung knüpft, man könne den Körper in Zeiten fortgeschrittener Biotechnik wieder auftauen zwecks „Download" des Gehirns oder zur Fortsetzung des Lebens in einem anderen Körper. Auch die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) schließt in einer Werbebroschüre für Schüler mit dem Slogan „Träumst du von Unsterblichkeit, dann lass ein Stück von Dir weiterleben" an dieses Ent-Endlichungsparadigma an.[13] Spektakuläre Beispiele für *zweiteres* wären die Feuerbestattung, die Hightech-Bestattung durch Abschuss der Urne in die Erdumlaufbahn oder die so genannte Diamantenbestattung, bei der die Asche nach der Verbrennung zu einem Diamanten verdichtet wird.

Gerade angesichts von extremen Lösungen des zweiten Typs[14], die wie die ersten technisch vermittelt, aber auch eigenwillig und kreativ sind, wird man den Gedanken nicht los, hier werde nicht nur das passende Ende des eigenen Lebens gesucht. Sondern tatsächlich eine Art Ausstieg aus dem Verwertungskreislauf, aus dem „Wert" von Leben schlechthin. Vielleicht fehlt er also doch, der vormoderne, kristalline und erhabene Tod, welcher der „organischen" Selbststeigerung des Lebens fremd entgegensteht. Vielleicht läßt er sich heute als Diamant oder in der Kapsel im Orbit wiedergewinnen: als Idee vom abstrakten Eigenen, das *ganz* geht? Oder ganz bleibt? Man wüßte gern

---

[12] Der religionsphilosophische Aspekt der Sache ist gleichwohl interessant. Es wäre ein eigenes Thema, dass und wie das stoffliche „Leben" religiös besetzbar ist. Nicht nur der klassische Monismus à la Haeckel, sondern auch heutige Formen der ökologischen oder aus Versatzstücken von Naturreligionen neu komponierten, kirchenfernen „Spiritualität" führen dies vor.

[13] Vgl. DSO (o. J.), S. 43.

[14] Wohl nicht die Sterbehilfe im Krankenhaus, aber der moderne „autonome" Suizidhilfe-Tod nach Schweizerischem Muster ließe sich möglicherweise auch unter diese Gruppe der radikalen Verneinung eines biostofflichen Wertes der Leiche zählen. Jedenfalls stirbt man bei Sterbehilfevereinen wie *Exit* oder *Dignitas* ohne bestatterische Vorkehrungen und die Leiche wird von der Kantonspolizei im Krematorium anonym entsorgt.

mehr, aber leider fehlen der Philosophie hier die Mittel. Sie kann nicht wirklich zur Ethnographie ihrer eigenen Gegenwart werden.

Literatur

1. DSO (o. J.): Deutsche Stiftung Organspende, Ich habe mein Herz verschenkt. Informationsbroschüre für Schüler, www.dso.de/infomaterial/unterrichtsmaterialien/pdf/DSO_SLF_web.pdf [26.2.2007]
2. Foucault (1983): Michel Foucault, Der Wille zum Wissen (1976), Frankfurt a. M. 1983 (= Sexualität und Wahrheit, 1)
3. Foucault (1999): Michel Foucault, In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France 1975-1976 (1996), Frankfurt a. M. 1999
4. Foucault (2005): Michel Foucault, Die Geburt der Klinik (1963), Frankfurt a. M. ^{7}2005
5. Gehring (2006): Petra Gehring, Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens, Frankfurt a. M., New York 2006
6. Gehring/Rölli/Saborowski (2007): Petra Gehring, Marc Rölli, Maxine Saborowski (Hrsg.), Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute, Darmstadt 2007
7. Görlitzer (2006): Klaus-Peter Görlitzer, Zuerst die ganzen Organe, die tageszeitung, 16.06.2006, www.taz.de/pt/2006/06/16/a0268.1/text [26.02.2007]
8. Haeckel (1904): Ernst Haeckel, Die Lebenswunder. Gemeinverständliche Studien über biologische Philosophie, Stuttgart: Kröner 1904 – sowie in einer veränderten Volksausgabe Stuttgart 1906
9. Lichtblau (1996): Klaus Lichtblau, Kulturkrise und Soziologie um die Jahrhundertwende. Zur Genealogie der Kultursoziologie in Deutschland, Frankfurt a. M. 1996

B. Medizinhistorische Aspekte

Der Leichnam in medizinhistorischer Sicht[1]

Heinz Schott

In der heutigen Medizin spielt der Leichnam vor allem auf drei Gebieten eine Rolle: (1) Bei der Obduktion (Synonym zu Sektion, Autopsie oder innerer Leichenschau) mit anatomischer, forensischer oder klinisch-pathologischer Zielsetzung;[2] (2) bei der exakten Bestimmung des Todeszeitpunktes im Rahmen der Hirntod-Diagnostik, die für die gegenwärtige Intensivmedizin und Organtransplantation von zentraler Bedeutung ist; (3) bei der hygienischen Supervision im Bestattungswesen als einer Aufgabe im öffentlichen Gesundheitswesen. Im Folgenden sollen jedoch nicht diese aktuellen Aspekte und die daran angrenzenden rechtlichen, kulturhistorischen oder religionsphilosophischen Fragestellungen erörtert werden, sondern vielmehr die unterschiedlichen Einstellungen zum Leichnam in der Medizingeschichte.[3] Vor allem sollen die verschiedenen Umgangsformen herausgearbeitet werden, die keineswegs auf einen eindeutigen Nenner zu bringen sind. Leichen konnten in traditioneller Sicht nicht nur Seuchengifte verströmen, sondern auch Heilkräfte, sie sind nicht nur als tote Objekte begriffen worden, sondern auch als lebendige Spiegel der göttlichen Natur.

Der Umgang mit dem Leichnam wurde in der Neuzeit stark von der Anatomie und ihrer künstlerischen Darstellung geprägt. Dabei war „Anatomie" in Medizin und Naturforschung der *Frühen* Neuzeit noch ein allgemeiner Schlüsselbegriff. Man denke an das Postulat des Paracelsus, aus der Anatomie des Himmels, des „Gestirns", auf die „Anatomie" der Sterne im menschlichen Leib zu schließen. Noch im frühen 18. Jahrhundert gibt es ein breites Bedeutungsspektrum von Anatomie: die *Anatomia practica* als „Zergliederungs-Kunst in Wercken", die *Anatomia speculativa* als „Zergliederungs-Kunst in Gedancken", die *Anatomia spygyrica*, die alchemische Scheidekunst, die *Anatomia plantarum*, die exakte Pflanzenbeschreibung [...].[4]

Zergliederungskunst bedeutete gerade nicht die brutale Zerstückelung des menschlichen Leichnams oder tierischen Kadavers, sondern vielmehr deren Durchleuchtung, Durchdringung, Entzifferung im Sinne der Naturforschung, die sich selbst als ein Lesen in der „Bibel der Natur" verstand. In den Dingen der Natur sollte sich, so hoffte man, die geheime Sprache Gottes den Adepten offenbaren. In dieser Perspektive wurde anatomische Forschung schlechthin als eine Art Lese- und Deutungskunst verstanden.

Im Folgenden geht es nun weniger um eine diachrone „Entwicklung" des medizinischen Umgangs mit der Leiche nach dem üblichen Schema, wonach die medizinische Wissenschaft seit der Renaissance gerade mit ihrer anatomischen Zergliederungskunst zu einer Emanzipation von religiösen und okkulten Fesseln des Mittelalters geführt habe. Es geht weniger um ein Nacheinander verschiedener Entwicklungsstufen, als viel-

---

[1] Dieser Beitrag stellt die geringfügig überarbeitete Fassung des folgenden Aufsatzes dar: Heinz Schott, Der Leichnam in medizinhistorischer Sicht, Zeitschrift für medizinische Ethik 45 (1999), S. 3-14.

[2] Vgl. Becker (1998).

[3] Vgl. z. B. Strätz (1998).

[4] Vgl. Zedler (1732), Sp. 90.

mehr um die Gleichzeitigkeit unterschiedlicher Blickrichtungen. Viele Diskussionen über medizin- bzw. bioethische Fragestellungen lassen sich nur dadurch erklären, dass kulturhistorische Momente auch dann noch weiterwirken und Irritationen auslösen, wenn die Wissenschaft schon längst (in ihrem Sinne) eindeutige Definitionen gegeben hat. Gerade die aktuelle Debatte über das Hirntod-Konzept legt davon Zeugnis ab. Eine Art historische Typologie, welche die unterschiedlichen Einstellungen gegenüber der Leiche verdeutlicht, kann insofern für ein Verständnis des aktuellen Diskurses, insbesondere in der medizinischen Ethik, hilfreich sein – gerade dann, wenn die historisch-relativierende Tiefendimension im modernen Diskurs der Bioethik immer weniger Beachtung findet.

1. Der Leichnam als Heilquelle

Die Tatsache ist weithin aus dem Bewusstsein verschwunden, dass die Leiche bzw. die Leichenteile bestimmter Menschen von der Antike bis weit in die Neuzeit hinein als heilkräftig erschienen. Dies betrifft keineswegs nur den kruden Kannibalismus bei sog. „Naturvölkern" oder das christliche Ritual des Abendmahls sowie die christliche Tradition der Heiligenverehrung mit ihrem Reliquienkult, sondern auch die Medizin: Leichenteile, insbesondere Organe von Hingerichteten, wurden regelrecht als Arzneimittel rezeptiert. So schreibt ein deutscher Autor noch 1767 im Anhang an die Übersetzung eines arabischen Medizintextes:

> „Vor [= für] die fallende Sucht werden Menschenknochen zu Pulver gestoßen, und davon eingenommen. Oder man schabe von einem Todtkopf oder Hirnschaale, reibe es zu Pulver, und gebe es dem Patienten in Wein- oder mehr Zwiebel-Essig ein. Dieses troknet die böse Feuchtigkeit aus, und heilet."[5]

Der mittelalterliche Reliquienhandel im Christlichen Abendland wurde, was in der Medizinhistoriographie nur am Rande Beachtung fand, von einem ausgedehnten Handel mit Arzneimitteln komplettiert, die als wesentliches Ingredienz auch menschliche Leichenteile enthielten.

Dabei spielte die so genannte „Mumie" eine herausragende Rolle. Die „persische Mumie" war paraffinhaltiges Erdöl (Asphalt, Bitumen), das im Altertum ursprünglich im persischen Mesopotamien gewonnen wurde und als Heilmittel, u. a. gegen Besessenheit diente. Es wurde am Toten Meer („Judenpech") gefördert und ab ca. 1500 v. Chr. nach Ägypten zum Einbalsamieren der Mumien verkauft. Seit etwa 1000 n. Chr. nannten die Araber dieses Erdölprodukt für Leichenfüllungen „Mum" (lat. mumia). Diese „ägyptische Mumie" sollte als „Totenpech" besondere Heilwirkung besitzen, wenn es mit Leichenteilen in Berührung gekommen und durchsetzt war. So wurden ägyptische Mumien („mumia vera Aegyptica") als begehrte Heilmittel von den Arabern exportiert. In der Renaissance und frühen Neuzeit wurde diese Leichen-„Mumie" zum Teil als unwirksam verworfen. Paracelsus z. B. empfahl eine „magnetisch" wirkende „Mumie" aus Menschenblut, die in einem Ei ausgebrütet wurde und Krankheitsstoffe (wie ein

[5] Abuhali Ben-Omer (1767), S. 132 f.

Magnet) aus dem Körper ziehen sollte. Auffallend ist, wie gerade in der Frühen Neuzeit irische Leichenteile, wobei der Schädel von Geköpften eine herausragende Rolle spielte, zu Arzneimitteln verarbeitet wurden, etwa bei der Herstellung der sehr verbreiteten „Waffensalbe". Noch im 17. Jahrhundert waren alle möglichen Spielarten der „Mumie" in den Arzneibüchern enthalten, etwa in Schröders „Thesaurus pharmacologicus" (Ulm 1649).[6]

Die grundlegende Idee, dass auch im Leichnam noch Heilkräfte stecken, die auf schwache oder kranke Menschen mit bestimmten therapeutischen Techniken übertragen werden können, ist im Abendland sicherlich erst im 18. Jahrhundert aus dem wissenschaftlichen Diskurs verschwunden. Gleichwohl lebte sie in Literatur und Kunst weiter, etwa beim Thema des Vampirismus. Freilich entspricht auch dieser einer früheren medizinischen Praxis: In der Antike galt nämlich frisches Menschenblut als Heilmittel. So empfahl der bekannte römische Schriftsteller Plinius d. Ä. (l. Jh. n. Chr.) das Blut Verletzter, insbesondere das Blut von Gladiatoren, als Mittel gegen die Fallsucht.[7]

2. Der Leichnam als gesundheitliche Gefahr

Das Bestattungswesen hatte wohl zu allen Zeiten auch eine hygienische Bedeutung als Abwehr von gesundheitlichen Gefahren, die von verwesenden Körpern ausgehen können. Vor allem zu Seuchenzeiten, insbesondere bei den großen Pestzügen im ausgehenden Mittelalter und in der Frühen Neuzeit, wurde die hygienische Problematik der Leichenbestattung besonders deutlich. Gerade bei einem entwickelten Gesundheitssystem, wie dasjenige von Venedig im 16. Jahrhundert, wurden die Leichen der Pesttoten unter starken Sicherheitsvorkehrungen zusammengetragen und verbrannt. Damit sollte das Seuchengift in den Toten („Contagion") vernichtet werden. (Die Judenpogrome, insbesondere das Niederbrennen jüdischer Viertel, stellten in Pestzeiten ein sozialhistorisch schreckliches Analogon dar: Die vermeintlichen Brunnenvergifter und Seuchenverbreiter sollten somit vernichtet werden.) In der Vorgeschichte der Bakteriologie und der Antisepsis spielte die Händedesinfektion nach Ignaz Semmelweis zur Verhütung des Kindbettfiebers (Blutvergiftung von Wöchnerinnen), die er 1847 in einer Abteilung für Geburtshilfe am Wiener Allgemeinen Krankenhaus einführte, eine herausragende Rolle. Semmelweis erkannte, dass das „Mordgift" der Leichen, die zuvor von den Ärzten und Studenten seziert worden waren, die Infektion der Frauen verursacht hatte.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurden als Bereich der „Staatsmedizin" das „Leichen- und Leichenbestattungswesen" umfassend etabliert, wobei in Deutschland die Regelung auf einigen Feldern, insbesondere bei der Leichenschau, den Ländern überlassen war. Vor allem ging es um die Ausschaltung von Gesundheitsgefährdungen durch Begräbnisplätze. So heißt es in einem Handbuch von 1928:

---

[6] Vgl. Magnus (1839), S. 44.
[7] Vgl. Schott (1993), S. 96.

> „Bei einigermaßen rationeller Einrichtung und Bewirtschaftung der Friedhöfe sind nach wissenschaftlichen Beobachtungen und amtlichen Erhebungen [...] gesundheitliche Nachteile von Begräbnisplätzen weder zu erwarten noch wahrnehmbar geworden. Im Besonderen ist festgestellt, dass Infektionskeime binnen kurzem in der beerdigten Leiche zugrunde gehen (Pest- und Cholerabazillen spätestens nach einem Monat, Typhusbazillen nach drei Monaten, Diphteriebazillen nach drei Wochen); Tuberkelbazillen sollen sich einmal zwei Jahre lebend erhalten haben. [...] Auch Boden und Grundwasser werden durch die Leichenzersetzung nicht in bedenklicher Weise verunreinigt, wie zahlreiche Untersuchungen ergeben haben".[8]

Die Leiche als Gesundheitsgefahr im Sinne der Hygiene ist sicher eine ebenso ursprüngliche Auffassung wie diejenige, welche Heilkräfte in ihr vermutet. Mit dem Zeitalter der Bakteriologie ist selbstverständlich der hygienische Gesichtspunkt ganz in den Vordergrund gerückt, während der andere nunmehr als obsolete Tradition erscheint.

3. Der Leichnam als Forschungsgegenstand und Informationsquelle

Die für die Medizingeschichte sicherlich bedeutendste Perspektive stellt die „Leichenschau" im weitesten Sinn dar: Als äußerliche Inspektion des Toten durch den Arzt oder eine anderweitige staatlich bestellte Person, z. B. die „Leichenfrau" zu Beginn dieses Jahrhunderts in Bayern oder die „innere Leichenschau" (Obduktion) im Bereich der Pathologie und der Rechtsmedizin.[9] Die Obduktion dient der diagnostischen Klärung der Todesursache, handele es sich nun um eine bestimmte Krankheit oder eine körperliche Verletzung, oder um eine vorsätzliche gewaltsame Einwirkung (Mord, Suizid).

Im Zentrum des medizinhistorischen Interesses steht freilich die anatomische Sektion zu Lehr- und Forschungszwecken. Es ist hier nicht der Ort, um die Geschichte der Anatomie eingehender abzuhandeln.[10] Die menschliche Leiche als Forschungsobjekt der medizinischen Wissenschaften hatte im Laufe der Geschichte freilich einen sehr unterschiedlichen Stellenwert. Wenngleich in der antiken Medizin die Tieranatomie im Vordergrund stand, deren Ergebnisse man dann auf den menschlichen Organismus übertrug, wurden jedoch, wenn auch nur vereinzelt, menschliche Leichen seziert. Als berühmtestes Beispiel gilt hier die Schule von Alexandrien im 3. Jahrhundert v. Chr.: Herophilos von Chalkedon (ca. 330-250 v. Chr.) und sein jüngerer Zeitgenosse Erasistratos von Kos (ca. 320-245 v. Chr.) haben systematisch menschliche Leichen seziert und bahnbrechende anatomische Entdeckungen gemacht.[11] Diese beiden ersten anatomischen Forscher im engeren Sinne begnügten sich jedoch nicht nur mit der Sektion von Leichen, sondern nahmen auch Vivisektionen an verurteilten Verbrechern vor. Die Unterscheidung des Herophilos zwischen sensorischen und motorischen Nerven resultierte möglicherweise aus solchen vivisektorischen Experimenten am Menschen. Für 15

---

[8] Solbrig (1928), S. 188.
[9] Vgl. ebd., S. 181.
[10] Vgl. u. a. Wolf-Heidegger/Cetto (1967); Delmas (1984).
[11] Vgl. von Staden (1996).

Jahrhunderte lang unterblieben dann Sektionen menschlicher Leichen, um erst im ausgehenden Mittelalter wieder aufgenommen zu werden – „innerhalb der europäischen Medizingeschichte ein schwer zu lösendes Rätsel".[12] In der Renaissance entwickelte sich dann die Anatomie zur Leitdisziplin der Medizin, was sie in ihrer engen Verbindung mit der Physiologie einerseits und der Chirurgie andererseits bis ins 19. Jahrhundert blieb.

In der Anatomiegeschichte eröffnen sich nun mehrere Problemfälle, die auch für den Diskurs der gegenwärtigen medizinischen Ethik relevant sind. Zunächst ist die Problematik der Vivisektion zu erörtern, der wir bereits bei Herophilos begegnet sind. Hierbei kommt es traditionell zu einer engen Verbindung von Strafvollzug (insbesondere der Hinrichtung) und medizinischer Forschung. Von jeher waren „Verbrecher" bevorzugte Objekte der Vivisektion, die zugleich als Teil der Strafe aufgefasst wurde. Im Grunde handelt es sich hier um Experimente am „lebenden Leichnam", wie sie auch in mörderischer Art und Weise an KZ-Opfern während des Dritten Reiches durchgeführt wurden. Ein besonderer Fall der Anatomiegeschichte stellt die Ermordung von Menschen dar, um sie anschließend der Anatomie zuzuführen. Als eklatantes Beispiel wäre hier das Anlegen einer „jüdischen Skelettsammlung" durch den Straßburger Ordinarius für Anatomie, August Hirth, zu nennen, der aus dem KZ Auschwitz 80 ausgewählte „jüdisch-bolschewistische Kommissare", die seiner Meinung nach ein „charakteristisches Untermenschentum" verkörperten, töten ließ, um ihre Schädel für die „Wissenschaft" sicherzustellen.[13] Auch in anderem historischen und politischen Kontext wurden Anatomen zu Auftraggebern von Mördern. Es sei hier nur an den Edinburgher Skandal von 1828/29 erinnert, bei dem der bekannte Anatom Robert Knox offenbar 16 Menschen ermorden ließ, um sie anschließend sezieren zu können. Von den beiden Mördern wurde einer gehängt, der andere entging als Kronzeuge der Strafe. Der Anatom selbst wurde niemals belangt.[14]

Einen Sonderfall stellen bestimmte Experimente an Leichen dar. Auch hier waren die frischen Leichen Hingerichteter von besonderem Wert für die Forschung. Im Laufe der Neuzeit, insbesondere aber im 18. und 19. Jahrhundert, lassen sich gewisse Komplizenschaften zwischen Anatomen und Scharfrichtern feststellen, etwa im Hinblick auf die konkrete Durchführung der Hinrichtung, um optimale Untersuchungsbedingungen zu erzielen. Gerade der Galvanismus um 1800 animierte zu entsprechenden Versuchen. Im „Anatomischen Theater" eines Mr. Wilson in London führte der bekannte italienische Physikprofessor Giovanni Aldini, ein Neffe Galvanis, am 17. Januar 1803 ein galvanisches Experiment an dem gehängten Mörder Thomas Forster durch. Die Zink- und Kupferplatten wurden an das Ohr bzw. den Mund des Toten gehalten: „Das Kinn begann zu schlottern, die benachbarten Muskeln verzogen sich gräßlich und das linke Auge öffnete sich tatsächlich." Tatsächlich wurde der Anschein einer Reanimation erweckt.[15] Heute noch werden Experimente an Leichen durchgeführt die ethisch umstrit-

[12] Von Staden (1996), S. 67.
[13] Vgl. Schott (1993), S. 466.
[14] Vgl. Marshall (1995), S. 1.
[15] Ebd., S. 6.

ten sind, beispielsweise bei den Crash-Tests in der Automobilindustrie. Als traditinelles Problem begleitet die Anatomiegeschichte (in gewisser Weise bis heute) die Beschaffung von Leichen angesichts eines bestehenden Bedarfs für die anatomische Sektion. Im Verlauf der Neuzeit gibt es zahllose mehr oder weniger makabre Geschichten über das Stehlen von Leichen auf dem Friedhof um Mitternacht. Der 1818 erstmals erschienene Schauerroman „Frankenstein" von Mary Shelley verdeutlicht recht gut die zwielichtige Stellung der anatomisch-physiologischen Forschung jener Zeit. Immer noch waren Hingerichtete bevorzugte Objekte der Anatomie, deren Sektion nach der Hinrichtung als Teil ihrer Bestrafung angesehen wurde. Erst allmählich verlor die anatomische Sektion ihren anrüchigen Charakter, nicht zuletzt auch durch das Vorbild aufgeklärter Ärzte und Naturforscher, die ihre eigene Leiche testamentarisch der Wissenschaft vermachten.

Mit dem Aufkommen der Organpathologie nach Morgagni gegen Ende des 18. Jahrhunderts führten immer mehr Ärzte in Kliniken oder in privater Praxis Sektionen an verstorbenen Patienten durch, um der Krankheitsursache auf die Spur zu kommen und die Pathologie wissenschaftlich voranzutreiben. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts scheint diese klinisch-pathologische Obduktion weit verbreitet gewesen zu sein, die auch und gerade bei berühmten Zeitgenossen durchgeführt wurde – von Friedrich Schiller bis Robert Schumann.

Auf die Tradition des anatomischen Spektakels werde ich gesondert eingehen. Der Leichnam hat im Laufe der neuzeitlichen Geschichte bis heute seine Attraktivität als museales Schaustück nicht verloren. Die anatomische Lehrsektion, die im Verlaufe der modernen Entwicklung der Medizin als Element des Unterrichts von Medizinstudenten zunehmend an Bedeutung verlor, stellt auch heute noch einen elementaren Baustein im vorklinischen Studium dar. Sie hat ihren historischen Ursprung in den Leichenzergliederungen an den medizinischen Fakultäten der Universitäten zwischen ausgehendem Mittelalter und Früher Neuzeit. Es handelte sich hierbei um Demonstrationen im „Anatomischen Theater" und soll deshalb im Kontext des anatomischen Spektakels abgehandelt werden.

4. Der Scheintod: die vermeintliche Leiche lebt

Kaum ein Phänomen, das mit Sterben und Tod zusammenhängt, hat so starke Aufmerksamkeit auf sich gezogen wie der Scheintod. Ist der Leichnam, den man zu Grabe trägt, wirklich tot? Ist eine plötzliche „Auferstehung" des Toten tatsächlich ausgeschlossen? Gerade um Scheintote vor dem Lebendig-Begraben-Werden zu bewahren, wurde die Leichenschau durch Ärzte oder medizinisches Hilfspersonal eingeführt. Wahrscheinlich war das Ausschließen eines Scheintodes das grundlegendere Motiv als die mögliche Feststellung eines gewaltsamen Todes, etwa durch Vergiftung. Die Scheintodproblematik wurde im Kontext der Medizin der Aufklärung gegen Ende des 18. Jahrhunderts breit in der medizinischen Fachwelt diskutiert, nachdem sie zuvor ein uraltes Märchen- und Legendenmotiv (z. B. Schneewittchen) gewesen war. Sammlungen von Fallberichten – (einschließlich solcher aus der Frühen Neuzeit mit zum Teil leendärem Inhalt) – kursierten im 18. Jahrhundert und erhitzten die Gemüter. Die Angst des Publikums, bei lebendigem Leibe begraben zu werden, verband sich mit dem Anlie-

gen der philanthropischen Ärzte, den betroffenen Menschen vor einer solchen Grausamkeit zu schützen.

Die Problematik des Scheintodes betraf auch bestimmte Unfallopfer, insbesondere (scheinbar) Ertrunkene. Es ist bemerkenswert, dass im ausgehenden 18. Jahrhundert erstmals Lebensrettungsgesellschaften gegründet wurden, wobei England eine Vorreiterrolle übernahm. Bei der Erweckung vom Scheintod wurden Erste-Hilfe-Maßnahmen und Methoden der Reanimation eingesetzt, die grundsätzlich auch heute noch in ähnlicher Form (z. B. Luftröhrenschnitt) praktiziert werden. So heißt es bei einem Stiftungsfest der englischen „Humanitäts-Societät" 1796:

> „Noch immer herrscht die abgeschmackte und verderbliche Vorstellung in all ihrer Kraft, da man annimmt, der Tod erfolge in dem Moment als das Athemholen nachlasse. Unbesonnenheit und Ignoranz, die stets das Vorurtheil zum Begleiter hatten, hören nicht auf, das Menschengeschlecht zu verderben. Der Mensch ist immer noch der Henker seines unschuldigen Bruders, und noch werden eine Menge Opfer dem schrecklichen Tode, dem Tode in der Gruft geweiht."[16]

Zahlreiche Geschichten von lebendig Begrabenen, durch das Seziermesser des Anatomen Wiederbelebte, von Schwängerungen scheintoter Frauen usw. kursierten in jener Zeit. So wird die Fallgeschichte eines scheintoten Gehängten aus dem 17. Jahrhundert noch im 18. Jahrhundert tradiert:

> „Da nun die Wundärzte der Stadt seinen Körper erhalten hatten um an demselben eine Zergliederung vorzunehmen, so ward derselbe in eine Kammer gebracht, und daselbst auf einem Tische hingeleget. Als sie hierauf den ändern Morgen kamen, um ihn zu zergliedern: so fanden sie ihn dass er in den Camin pissete, und ließen ihn fortgehen."[17]

Durch eindeutige Regelungen der Leichenschau und des Bestattungswesens wurde die Möglichkeit der Bestattung von Scheintoten im Laufe des 19. Jahrhunderts praktisch ausgeschlossen. Hierzu gehört die klare Unterscheidung von sicheren und unsicheren Todeszeichen sowie eine Mindestfrist zwischen dem Todeseintritt und der Beerdigung bzw. anderen Formen der Bestattung. Die Scheintodproblematik tauchte jedoch plötzlich in den 1960er Jahren mit der Entfaltung von Intensivmedizin und Organtransplantation wiederum auf.

5. Der Hirntod: das Scheinleben der „lebenden Leiche"

In den 1960er Jahren wurden erstmals die technischen Voraussetzungen geschaffen, um die Vitalfunktionen, insbesondere mit Hilfe der künstlichen Beatmung, lange Zeit aufrechtzuerhalten. Daraus ergab sich die Notwendigkeit, Kriterien zu entwickeln, nach denen ein Behandlungsabbruch von intensivmedizinischen Maßnahmen gerechtfertigt erschien. Darüber hinaus stand die sich rasch entwickelnde Transplantationsmedizin

---

[16] Zit. n. Schott (1998), S. 292.
[17] Ebd., S. 289.

vor der Problematik, „lebend frische" Spenderorgane zu gewinnen. Auch hier ging es um solche Kriterien, die es erlaubten, aus einer noch teilweise „lebenden" Leiche Organe zu entnehmen. 1966 setzte die Französische Akademie der Medizin als eine der ersten medizinischen Fachgruppen zur klinischen Definition des Todeseintritts den irreversiblen Ausfall der Hirnaktivität an die Stelle des Herzkreislauf-Stillstandes. 1968 wurde an der Harvard Medical School dieses Konzept des „Hirntodes" so begründet, wie es auch heute grundsätzlich noch Gültigkeit hat: Neben der absoluten Bewusstlosigkeit und Unerregbarkeit, der Bewegungslosigkeit und des Atemstillstands, der absoluten Reflexlosigkeit (Hirnstammreflexe erloschen) gilt als weiteres Kriterium die Nulllinie im EEG, die auch nach 24 Stunden keine Veränderung aufweist.

Die ethische Problematik entspringt nicht nur den religiösen und philosophischen Bedenken, die Zweifel an einer so eindeutig definierbaren Grenze zwischen Leben und Tod hegen, sondern vor allem aus dem unmittelbaren Erleben der mit dem Hirntoten befassten Menschen: Angehörige, Pflegepersonal, Ärzte, Transplantationschirurgen. Der rationalen Definition des Hirntodes steht das Erleben eines scheinbar lebendigen Körpers gegenüber, auch wenn dessen organische Funktionen ausschließlich von den künstlichen intensivmedizinischen Maßnahmen abhängen. In diesem rational kaum zu bewältigenden Unbehagen kommt wahrscheinlich eine kulturhistorisch durchgehende traditionelle Vorstellung zum Ausdruck: Die Ambivalenz angesichts der menschlichen Leiche, dass diese zwar für tot gehalten wird und dennoch ein Stück weit lebendig erscheint. Die Etymologie zum Begriff Leichnam ist hier durchaus aufschlussreich: Leich (Leiche) geht auf alt und mittelhochdeutsche Wurzeln zurück, die soviel wie „Leib, Körper, Fleisch" bedeuten. Der zweite Wortanteil in Leichnam „nam" geht auf einen germanischen Begriff (haman) zurück, der soviel wie „Hülle, Haut" bezeichnet, so dass Leichnam noch bis ins 17. Jahrhundert hinein als „Leibeshülle", äußere Bedeckung des Körpers verstanden wurde und den lebenden wie den toten Körper gleichermaßen betraf.[18] Dass Leichnam ursprünglich den lebenden Menschenleib auch noch bei Luther bezeichnete, macht die zeitgenössische Redeweise vom „todten Leichnam" deutlich.[19]

Diese ambivalente Einstellung gegenüber dem Leichnam ist besonders in der volkskundlichen Tradition eindrücklich fassbar. Die Volkskunde hat hier den Begriff des „lebenden Leichnams" geprägt:

> „Nach dem Volksglauben ist der Tote eben nicht tot, wenigstens nicht sofort. Der Leichnam behält alle möglichen Lebenszeichen an sich, in Ausnahmefällen sogar besonders deutliche und starke; er kann nicht nur hören, er sieht, ja er bewegt sich sogar. Darum werden auch alle Rücksichten auf ihn genommen, wie wenn es sich eben um einen Lebenden handelte."[20]

Unzählige ritualisierte Verhaltensweisen, Bestattungsbräuche, Beerdigungsrituale werden von daher verständlich. Das Berühren der Leiche kann sowohl als unrein und schä-

---

[18] Vgl. Etymologisches Wörterbuch (1993), S. 784.
[19] Grimm (1885), Sp. 626.
[20] Vgl. Bächthold-Stäubli (1932/33), Sp. 1024-1060.

digend aufgefasst oder auch als heilend empfunden werden. Zahlreiche Zauberpraktiken werden von daher verständlich, um einerseits die von der Leiche ausgehenden Gefahren abzuwehren, andererseits mögliche Kräfte vom Toten auf den Lebenden übergehen zu lassen.

> „Verschiedene Vorkehrungen, die an der Leiche selbst oder in ihrer Umgebung getroffen werden, bezeugen deutlich die Vorstellung vom lebenden Leichnam, den man gegen böse Einflüsse schützen muß, vor dem sich aber auch die Hinterbliebenen durch Abwehrzauber sichern wollen."[21]

In der gesamten Kulturgeschichte war zu keiner Zeit der Leichnam eine bloße Sache, die nach rationalen Gesichtspunkten zu entsorgen war. Sie ist dies heute ebenso wenig wie in der Steinzeit. Die moderne hochtechnisierte Medizin fordert nun vom Menschen, die kulturhistorische Schwerkraft gleichsam zu überwinden und sich angesichts eines Hirntoten auf einer Intensivstation so zu verhalten, als handele es sich nicht nur um eine wirkliche Leiche, sondern zugleich auch um eine solche, mit der wie mit einem nichtmenschlichen Objekt umgegangen werden könne. Kostet die traditionelle Sektion bereits eine Überwindung des eingewurzelten Gefühls, dass die Leiche doch noch irgendwie weiterlebe, so potenziert sich diese Problematik noch bei der Organentnahme an einem Hirntoten. Dabei baut sich eine Spannung zwischen rationaler Einsicht und emotionaler Ergriffenheit auf, wie sie z. B. beim „Erlanger Baby" paradigmatisch in Erscheinung trat.

6. Exkurs: Die „lebende Leiche" in der magischen Medizin und der medizinischen Psychologie

Wie bereits oben beim Begriff der „Mumie" erläutert, werden dem Leichnam in der traditionellen magischen Medizin besondere Kräfte zugesprochen. Die Geister Verstorbener sind ein Thema auch bei klassischen medizinischen Schriftstellern, wie z. B. Paracelsus. Als Beispiel führe ich hier den Begriff des Spectrums an, wie er sich bei Paracelsus findet:

> „das seind nun die gesicht, die do geben die astralischen coerper vom menschen, der gestorben ist. dann ein mensch hat zwen coerper, einen von elementen, den andern vom firmament, der von elementen stirbt und fault in der erden das ist der do vergraben wird; der ander schwebt in lüfte und auf erden etc. wo nun solche corpora aetherea von einem gestorbnen menschen gesehen werden das seind ein spectrum, dieselbigen fliehen vor den roten corallen, zu den braunen nahen sie sich".[22]

Die Spectra, welche die Menschen insbesondere nachts beunruhigen, können also demnach mit Hilfe der roten Korallen abgewehrt werden, wie Paracelsus empfiehlt.

Der bedeutendste Paracelsist des 17. Jahrhunderts, Johann Baptist van Helmont, machte eine interessante Unterscheidung zwischen natürlichem und gewaltsamem Tod.

---

[21] Bächthold-Stäubli (1932/33), Sp. 1052.

[22] Paracelsus, ed. Sudhoff (1930), S. 41 f.

Beim natürlichen Tod verlasse der eingepflanzte Lebensgeist (Archeus) den Körper, beim gewaltsamen Tod bleibe in diesem ein Stück Lebensgeist zurück, weshalb in der Gegenwart eines Mörders die Wunde wieder zu bluten anfange:

> „Nemlich / in dem Geblüt ist auch nach dem Tode eine gewisse Empfindung und Erkennung des gegenwärtigen Mörders; ja es hat dasselbige seine Rache / dieweilen es auch seine Einbildung hat. Dannenhero nicht der Abel selbst; sondern dessen unschuldiges Blut gleichwohl um Rache gen Himmel schreyet".[23]

Obwohl die Traumdeutung in der Medizingeschichtsschreibung wenig beachtet wurde, spielt sie doch von der Antike bis ins 20. Jahrhundert hinein, von Hippokrates und Artemidor von Daldis bis hin zu Sigmund Freud eine beachtliche Rolle. Dabei erregte das Auftauchen von Leichen in Träumen immer wieder die Aufmerksamkeit der Traumdeuter. Als Beispiel zitiere ich aus dem 4. Buch der Hippokratischen Schrift „Über die Diät", die vermutlich im 4. Jahrhundert v. Chr. verfasst wurde:

> „Die Toten rein in weißen Kleidern zu sehen und etwas reines von ihnen zu empfangen ist ein gutes Zeichen. Es bedeutet Gesundheit des Körpers und dessen, was er aufnimmt. Denn von den Toten kommt die Nahrung, das Wachsen und der Samen."[24]

Sigmund Freud hat in seiner Traumdeutung an mehreren Stellen auf die Bedeutung der Träume von toten Angehörigen hingewiesen, worauf hier nicht im Einzelnen eingegangen werden kann. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang auch der Traum von der Vivisektion am eigenen Leib, der gleichsam das Verfahren der Selbstanalyse metaphorisch zum Ausdruck bringt (eine Metapher, die bereits von Friedrich Nietzsche benutzt worden ist).

> „In dem Traume von der sonderbaren Aufgabe, die mir der alte Brücke [Freuds Physiologie-Lehrer] stellt, mein eigenes Becken zu präparieren, vermisse ich im Traume selbst das dazugehörige Grauen. Dies ist nun Wunscherfüllung in mehr als einem Sinne. Die Präparation bedeutet Selbstanalyse, die ich gleichsam durch die Veröffentlichung des Traumbuches vollziehe, die mir in Wirklichkeit so peinlich war."[25]

7. Das anatomische Spektakel: der Leichnam als Schaustück

Der Aufstieg der neuzeitlichen Anatomie zur Leitwissenschaft der Medizin ist verknüpft mit der Einrichtung von „anatomischen Theatern", in denen wie in einem Amphitheater die anatomische Sektion aufgeführt wurde. So entstand 1588 in Basel, 1594 in Padua und 1597 in Leiden ein anatomisches Theater. In Padua fanden z. B. zwei- bis dreihundert Zuschauer in mehreren Reihen von Sitzbänken und Stehplätzen Platz. Zunehmend wurden nun öffentliche Sektionen ein gesellschaftliches Ereignis. Dabei ging

---

[23] Van Helmont (1683), S. 1033.
[24] Hippokrates, ed. Diller (1962), S. 260.
[25] Freud (1900), S. 481.

es nicht nur um Lehrsektionen für angehende Mediziner oder Chirurgen. Vielmehr wurde ein großes Publikum angelockt, das sich zur Zergliederung drängte. Die untere Reihe war der Prominenz vorbehalten, den Medizinprofessoren und den herausragenden Personen des öffentlichen Lebens, die zweite Reihe war für die Kandidaten der Medizin reserviert, die übrigen Plätze standen den Chirurgen (Barbieren) und dem sonstigen Publikum gegen entsprechendes Eintrittsgeld zur Verfügung.

Die wissenschaftliche Bedeutung solcher Schausektionen schwand im Laufe der frühen Neuzeit. Immer mehr entwickelte sie sich in der Karnevalszeit zu einem Volksfest, das eine neue Form von Nervenkitzel bot. Als zusätzliche Unterhaltung wurde z. B. Flötenspiel geboten, Bälle wurden veranstaltet. Das Spektakel dauerte insgesamt zumeist mehrere Tage und endete mit Festbanketten. Auch im Sommer besaß das anatomische Theater eine große Anziehungskraft für das Laienpublikum: Skelette von Menschen und Tieren wurden als Schaustücke in den Sitzreihen aufgestellt, um Zuschauer in diese ersten naturhistorischen Museen zu locken, die noch bis ins 18. Jahrhundert hinein als „Naturalienkabinette" große Anziehungskraft entfalteten. In solchen Naturalienkabinetten wurden kuriose anatomische Schaustellungen von Kinderskeletten, Skeletten von Missgebildeten, Organpräparaten usw. vorgestellt, die im Geschmack der Barockzeit grausig schön zu betrachten waren. Eine der bekanntesten Sammlungen von Organpräparaten stellte der niederländische Anatom Frederik Ruysch zusammen, die der russische Zar Peter I. (der Große) 1717 auf einer Reise durch Westeuropa sah und für 30.000 Goldgulden kaufte. (Diese Sammlung befindet sich noch heute in St. Petersburg.)

Die Techniken der Leichenkonservierung, der Präparation der Organe, insbesondere durch Injektion der Gefäße mit speziellen Injektionsmitteln sowie die Präsentation der anatomischen Präparate erreichte im Laufe des 17. und 18. Jahrhunderts ein Stadium der Perfektion. Dabei ging es auch um die möglichst lebensgetreue Konservierung ganzer Leichen. Der erwähnte Anatom Ruysch benutzte hier Alkohol (aus Wein und Korn) mit einem Zusatz von schwarzem Pfeffer. Er kündigte z. B. im Sommer 1706 die Sektion von Leichen an, „welche noch am Leben zu sein scheinen, aber schon ungefähr zwei Jahre tot sind." Er präparierte die Leiche eines Kindes so lebensecht, dass Zar Peter I. der Überlieferung nach den Drang verspürte, sie zu küssen. Ein anderes Mal konservierte Ruysch ein totgeborenes Kind mit Wasserkopf dergestalt, dass es auf einem Kissen saß und die eigene Plazenta in Händen hielt.[26]

Die Auswirkungen des anatomischen Spektakels und der Zurschaustellung von Leichen auf Kunst, Kultur und Alltagsleben muss hier ausgeklammert werden. Besonders bemerkenswert ist sicherlich die Nachbildung anatomisch präparierter Leichen durch Wachsmodelle (Moulagen), die in großer Zahl mit höchster Kunstfertigkeit in Florenz Ende des 18. Jahrhunderts unter Leitung des italienischen Anatomen Mascagni (1755-1815) hergestellt wurden und in einem Florentiner Museum heute noch zu besichtigen sind. Diese medizinhistorisch bestens bekannte Thematik hat jüngst durch die Ausstellung „Körperwelten" von Gunther von Hagens im Mannheimer Technikmu-

[26] Vgl. Schott (1993), S. 205.

seum (1997/98) höchste Aktualität erlangt. Mit dem neuartigen Plastinationsverfahren können nun Menschenkörper höchst naturgetreu in verschieden präparierten Zuständen ausgestellt werden. Die Kontroverse geht quer durch die öffentliche Meinung und auch die einzelnen medizinischen Fakultäten. Während viele Anatomen die Präsentation haltbar gemachter Leichen für das breite Publikum aus ethischen Gründen ablehnen, gibt es andererseits gerade in der Rückbesinnung auf die Anatomiegeschichte und ihre besondere Verbindung mit der Kunst deutliche Zustimmung. Die Manneimer Ausstellung wird dann in der soeben skizzierten Tradition gesehen.[27] Ob die Berufung auf die historische Tradition allerdings das aktuelle Massenspektakel ethisch legitimieren kann, sei dahingestellt.

Eine medizinische Ethik, die es sich lediglich zur Aufgabe machen würde, die „Tabuisierung der Leiche in unserer Kultur" zugunsten ihrer medizintechnischen Verfügbarkeit zurückzuschrauben, würde unsere anthropologische Grundausstattung verfehlen, die immer noch – auch und gerade in der Moderne bzw. Postmoderne – nachhaltig von der kulturhistorischen Tradition beeinflusst wird.[28] Der menschliche Leichnam ist zu keiner Zeit als absolut tote Sache angesehen worden und er wird es auch in Zukunft nicht werden.

Literatur

1. Abuhali Ben-Omer (1767): Abuhali Ben-Omer, Astrologia terrestris oder irdische Sterndeutungs-Lehre ... aus dem Arabischen ... in das Teutsche übers, und mit einer Zugabe von der Sympathie und Antipathie, auch Oniromantie vermehret, Freystadt 1767
2. Artelt (1940): Walter Artelt, Die ältesten Nachrichten über die Sektion menschlicher Leichen im Abendland, Berlin 1940 (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 34)
3. Bächthold-Stäubli (1932/33): Hanns Bächthold-Stäubli (Hrsg.), Handwörterbuch des Deutschen Aberglaubens, Bd. 5, Berlin, Leipzig 1932/33 (= Handwörterbuch zur Deutschen Volkskunde. Abt. l: Aberglaube)
4. Becker (1998): Volker Becker, Leiche, in: Görres-Gesellschaft (Hrsg.), Lexikon der Bioethik, Bd. 2, Gütersloh 1998, S. 583-584
5. Delmas (1984): Andre Delmas, Geschichte der Anatomie, in: Sternstunden der Medizin. Heilkunde im Wandel der Zeit, Salzburg 1984, S. 7-65
6. Döhner (1986): Otto Döhner, Krankheitsbegriff, Gesundheitsverhalten und Einstellung zum Tod im 16. bis 18. Jahrhundert. Eine historisch-medizinsoziologische Untersuchung anhand von gedruckten Leichenpredigten, Frankfurt a. M., Bern, New York 1986 (= Marburger Schriften zur Medizingeschichte, 17)

[27] Vgl. Eckart (1997).

[28] Vgl. dazu ebd.

7. Eckart (1997): Wolfgang U. Eckart, Neugierde ist stärker als alle Tabus: Die umstrittene Ausstellung „Körperwelten“ von Günther von Hagens, Rhein-Neckar-Zeitung 22./23.11.1997, Nr. 270, S. 22
8. Etymologisches Wörterbuch (1993): Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, erarb. im Zentralinstitut für Sprachwissenschaft, Berlin [2]1993
9. Fischer (1959): Eugen Fischer, Begegnungen mit Toten. Aus den Erinnerungen eines Anatomen, Freiburg i. Br. 1959
10. Freud (1900): Sigmund Freud, Die Traumdeutung, in: Gesammelte Werke, Bd. 2/3., Frankfurt a. M. [7]1987 (Originalauflage 1900)
11. Grimm (1885): Jacob und Wilhelm Grimm, Leichnam, in: Deutsches Wörterbuch, 6. Bd., Leipzig 1885, Sp. 625-628
12. Van Helmont (1683): Johann Baptist van Helmont, Aufgang der Artzney'-Kunst. Ausgabe von Christian Knorr von Rosenroth. Mit Beiträgen von Walter Pagel und Friedhelm Kemp, München 1971 (Reprint der Ausgabe Sulzbach 1683)
13. Herzog (1990): Karl Herzog, Die Gestalt des Menschen in der Kunst und im Spiegel der Wissenschaft, Darmstadt 1990
14. Hippokrates, ed. Diller (1962): Hippokrates, Schriften. Die Anfänge der abendländischen Medizin. Übers. u. mit Einführungen hrsg. von Hans Diller, Reinbek bei Hamburg 1962
15. Levi (1994): Joel Levi, Die Verwendung und Herstellung von Anatomie- und Pathologie-Praeparaten zu Unterrichts- und Forschungszwecken aus juristischer Sicht (unveröffentl. Vortragsmanuskript), Tel Aviv 1994
16. Maehle (1988): Andreas-Holger Maehle, „Ob es auch anatomische Belustigungen gäbe“ – ein Disput über die Ästhetik der Leichenpräparation im 18. Jahrhundert, Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 6 (1988), S. 89-109
17. Magnus (1839): Julius Magnus, Das Einbalsamiren der Leichen in alter und neuer Zeit. Ein Beitrag zur Geschichte der Medicin, Braunschweig 1839
18. Marshall (1995): Tim Marshall, Murdering to Dissect. Grave-robbing, Frankenstein, and the anatomy literature, Manchester, New York 1995
19. Müller (1996): Ingo Wilhelm Müller, Die neue Anatomie des Menschen in der Renaissance. Andreas Vesal und seine „Fabrica“, in: Heinz Schott (Hrsg.), Meilensteine der Medizin, Dortmund 1996, S. 187-194
20. Paracelsus, ed. Sudhoff (1930): Paracelsus, Herbarius, in: Karl Sudhoff (Hrsg.), Sämtliche Werke, 1. Abtl., 2. Bd., München, Berlin 1930, S. 1-57
21. Premuda (1965): Loris Premuda, Die Anatomie an den oberitalienischen Universitäten vor dem Auftreten Vesals, Medizinische Monatsschrift 19 (1965), S. 20-25
22. Rudloff (1921): Ernst von Rudloff, Ueber das Konservieren von Leichen im Mittelalter. Ein Beitrag zur Geschichte der Anatomie und des Bestattungswesens, Med. Diss. Freiburg i. Br. 1921
23. Savage-Smith (1995): Emilie Savage-Smith, Attitudes toward dissection in medieval Islam, Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 50 (1995), p. 67-110
24. Schott (1993): Heinz Schott, Die Chronik der Medizin, Dortmund 1993
25. Schott (1998): Heinz Schott (Hrsg.), Der sympathetische Arzt. Texte zur Medizin im 18. Jahrhundert, München 1998

26. Solbrig (1928): O[ ] Solbrig, Leichen- und Leichenbestattungswesen, in: Hans Fielitz et al., Krankenhauswesen, Bäder und Kurorte, Irrenwesen, Leichenwesen, Berlin 1928 (= Handbücherei für Staatsmedizin, 10), S. 154-232
27. Von Staden (1996): Heinrich von Staden, Alexandrien als das Zentrum der medizinischen Forschung. Herophilos und die frühe Menschenanatomie, in: Heinz Schott (Hrsg.), Meilensteine der Medizin, Dortmund 1996, S. 67-73
28. Strätz (1998): Hans-Wolfgang Strätz, „Bestattung", in: Görres-Gesellschaft (Hrsg.), Lexikon der Bioethik, Bd. 1, Gütersloh 1998, S. 338-341
29. Tasche (1989): Wilhelm Tasche, Die Anatomischen Theater und Institute der deutschsprachigen Unterrichtsstätten (1500-1914), Diss. Köln 1989
30. Walter (1971): Roland Walter, Die Leichenschau und das Sektionswesen. Grundzüge der Entwicklung von ihren Anfängen bis zu den Bemühungen um eine einheitliche Gesetzgebung, Diss. Düsseldorf 1971
31. Wolf-Heidegger/Cetto (1967): Gerhard Wolf-Heidegger, Anna Maria Cetto, Die anatomische Sektion in bildlicher Darstellung, Basel, New York 1967
32. Zedler (1732): Johann Heinrich Zedler, Großes vollständiges Universal-Lexikon, Halle 1732

Die klinische Sektion und ihre gesellschaftliche Wahrnehmung. Die medizinhistorische Perspektive

Dominik Groß und Gereon Schäfer

1. Problemstellung

Die innere Leichenschau ist eine wesentliche Erkenntnisquelle der Medizin.[1] Gerade jüngere Untersuchungen belegen die Überlegenheit und Unverzichtbarkeit der inneren Leichenschau hinsichtlich der definitiven Abklärung von Grunderkrankungen, der Rekonstruktion des Krankheitsverlaufs und der Feststellung der Todesursache(n).[2] So kam etwa die 1992 veröffentlichte „Görlitzer Studie" zu dem Ergebnis, dass die Diagnosen der Pathologen in nahezu der Hälfte der Fälle nicht mit den Diagnosen auf dem Totenschein übereinstimmten; in rund 30 % der Fälle wurden sogar völlig unterschiedliche Krankheitskategorien verzeichnet.[3] Regelmäßige klinische Obduktionen – allgemein wird eine Sektionsquote von 25 bis 30 % als Vorgabe für ein gut funktionierendes Gesundheitssystem genannt[4] – gelten als wesentliche Voraussetzung für eine zuverlässige Todesursachenstatistik[5] und für den diagnostischen und therapeutischen Fortschritt.[6]

Die oben ausgeführten schlaglichtartigen Hinweise auf die Relevanz der Sektion kontrastieren mit der Tatsache, dass die Sektionszahlen – national wie international – seit Jahren rückläufig sind. Dabei liegt die derzeitige Quote klinischer Sektionen in Deutschland mit 3 % deutlich unter dem Niveau der meisten Länder.[7] Durch den medizinischen Fortschritt und die Diskussion um den Handel mit Organen und Geweben gerät die sezierte Leiche auch in anderer Hinsicht in das Zentrum des Interesses: So wird in jüngerer Zeit vermehrt die Frage nach dem Umgang mit seziertem Material für wissenschaftliche, epidemiologische, gesundheitspolitische und (privat)wirtschaftliche

---

[1] Ein Teil der nachfolgenden Ausführungen wurde bereits in der „Stellungnahme Autopsie" des wissenschaftlichen Beirats niedergelegt, an deren Abfassung der Erstautor beteiligt war und die 2005 publiziert wurde: vgl. Bundesärztekammer (2005).

[2] Dies gilt insbesondere im Vergleich zu modernen bildgebenden Verfahren, von denen verschiedentlich behauptet wird, sie machten Sektionen entbehrlich. Für überzogene Erwartungen an bildgebende Verfahren vgl. den unrealistischen Stern-Beitrag „Virtuell statt Skalpell": www.stern.de/computer-technik/computer/516745.html?nv=cb.

[3] Im Rahmen der „Görlitzer Studie" wurden 1987 nahezu alle Verstorbenen im Stadtbezirk Görlitz im Anschluss an die äußere Leichenschau obduziert: siehe Modelmog/Rahlenbeck/Trichopoulos (1992) sowie Modelmog (1993). Zur Relevanz der Sektion vgl. auch Sanner (1994); Brinkmann et al. (1997); Schwarze/Pawlitschko (2003); Shojania/Burton/McDonald (2003).

[4] Mattig (1999), S. 323; Schwarze/Pawlitschko (2003), S. A2802 f.

[5] Müller/Bocter (1990), insb. S. 18-21; Trube-Becker (1991); Brinkmann/Du Chesne (1993), S. 698; Madea (1995), S. 229.

[6] Vgl. Becker/Pollak (1998).

[7] Vgl. hierzu die aktuellen Zahlenangaben in der Stellungnahme Autopsie des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer (Tabelle 1 ebd.), www.bundesaerztekammer.de/downloads/AutLang.pdf.

Zwecke gestellt.[8] Dem Wunsch nach Rechtssicherheit und -klarheit im Umgang mit der (sezierten) Leiche und ihren Organen, Geweben und Zellen steht jedoch derzeit ein deutliches Regelungsdefizit gegenüber. Es existieren keine bundeseinheitlichen Gesetze zur Leichenschau und zur Sektion;[9] auch verfügen bislang nur wenige Länder über eigene Sektionsgesetze.[10] Wo die klinische Sektion nicht gesetzlich geregelt ist, erfolgt die rechtliche Beurteilung anhand allgemeiner Rechtfertigungsüberlegungen. Sie wird in der Bundesrepublik gegenwärtig im Regelfall von der erklärten Zustimmung der Patienten (zu Lebzeiten) bzw. der Hinterbliebenen abhängig gemacht. Zur Vergrößerung des Handlungsspielraums behilft sich ein Teil der Kliniken mit Sektionsklauseln in den Krankenhausaufnahmeverträgen.[11]

Doch während die medizinischen und gesundheitspolitischen Implikationen sinkender Sektionszahlen von Medizinern und Kriminologen in zahlreichen Stellungnahmen beklagt werden, steht eine systematische Untersuchung der Ursachen und Hintergründe dieses Phänomens weiterhin aus.[12] Im Rahmen des vorliegenden Beitrages soll schwerpunktmäßig der Frage nachgegangen werden, inwieweit für die geringe Akzeptanz der Sektion *historische* Gründe geltend zu machen sind (Kapitel 3); dabei soll der historischen Analyse ein konziser Rückblick auf die Geschichte der Sektion (Kapitel 2) vorangestellt werden. Anschließend widmet sich der Beitrag dem aktuellen Forschungsstand aus der medizinhistorischen Perspektive (Kapitel 4). Am Ende des Aufsatzes stehen mögliche Fragestellungen bzw. Untersuchungsgegenstände zum Thema Klinische Sektion (Kapitel 5).

---

[8] Zum 1. August 2007 ist das „Gesetz über Qualität und Sicherheit von menschlichen Geweben und Zellen" (Gewebegesetz) in Kraft getreten, das den Umgang menschlichen Geweben und Zellen regeln soll. Zur Problematik vgl. etwa Rieser (2007), S. C641 f.; Der Spiegel (1993b), S. 68 f.; Taupitz (1996); Tag (2000).

[9] Vgl. Madea (1999); Die Regelungskompetenz hinsichtlich der klinischen Sektion, des Leichenschauwesens, des Bestattungs- und des Friedhofswesens liegt bei den Bundesländern: BT-Drs. 13/4355, S. 16.

[10] Vgl. etwa Sektionsgesetz des Landes Berlin, i.d.F. v. 7. März 1997, GVBl für Berlin vom 15. März 1997, S. 54 neugefasst durch Art. 1 Nr. 1 Gesetz vom 24.07.2001, GVBl 302; Hamburgisches Sektionsgesetz zur Regelung klinischer, rechtsmedizinischer und anatomischer Sektionen, Hamburgisches GVBl 2000, S. 38 ff. Darüber hinaus enthalten die Bestattungsgesetze einzelner Länder mehr oder weniger umfassende Regelungen zur Zulässigkeit von Obduktion und Sektion: vgl. z. B. Bestattungsgesetz Mecklenburg-Vorpommern, v. 3. Juli 1998, GVBl Mecklenburg-Vorpommern, S. 617, § 5; Bestattungsgesetz Sachsen-Anhalt v. 5. Februar 2002, § 9; §§ 8 ff.; Brandenburgisches Bestattungsgesetz v. 7. November 2001, GVBl I/01 S. 226; Gesetz über das Leichenwesen der Freien Hansestadt Bremen v. 27. Oktober 1992, GBl Nr. 52, S. 627. Vgl. auch den Beitrag von B. Tag in diesem Band.

[11] Juristisch unsicher bleiben Sektionsklauseln aber insofern, als die Frage nach ihrem „Überraschungscharakter" (§ 3 AGB-Gesetz) noch unbeantwortet ist. Zur Sektionsklausel vgl. Koops (1991), S. 69-75; Taupitz (1996), S. 23; Kopetzki (1998), S. 866; Dettmeyer/Madea (2002), S. A2312.

[12] Derzeit hat die Quote klinischer Obduktionen in der Bundesrepublik mit rund 3 % aller Verstorbenen einen Tiefstand erreicht: Bundesärztekammer (2005).

2. Der Umgang mit Sektionen bis zum Ende des 18. Jahrhunderts

Sektionen fanden bereits in den antiken Hochkulturen statt.[13] Während die Vertreter der griechischen Heilkunde ihr anatomisches Wissen zunächst ausschließlich aus der Sektionen von Tieren gewannen, läutete Ptolemäus I. (320 v. Chr.) mit der Gründung einer anatomischen Schule in Alexandria eine neue Phase ein: Herophilos von Chalkedon und Erasistratos von Keos begannen in der Folgezeit mit der Autopsie menschlicher Leichen.[14] Dabei wurden schon bald Gerüchte laut, wonach in Alexandrien zudem Vivisektionen durchgeführt würden. Spätestens mit der Eroberung Alexandrias durch die Römer endete die dortige Obduktionspraxis. Nach den Vorstellungen der Römer war die Leiche ‚religiosus' und damit unantastbar.[15] Auch das Christentum stand einer Öffnung des Leichnams bis weit in das Mittelalter hinein ablehnend gegenüber. Augustinus (De Civitate Dei, 413-426) sah in der menschlichen Leiche ein unantastbares Gut; ihre Öffnung galt als barbarisch und unsinnig. Wenn in den nachfolgenden Jahrhunderten überhaupt Sektionen durchgeführt wurden, so in der Regel an abgeurteilten Verbrechern.

Die erste Sektion einer menschlichen Leiche im christlichen Abendland wurde vermutlich in Norwegen vorgenommen: In der Chronik des englischen Mönches William von Malmesbury wird erwähnt, dass der norwegische König Sigurd Jorsalfar (1090-1130) bereits im Jahre 1111 einen seiner verstorbenen Gefolgsleute sezieren ließ, um eine mögliche Schädigung der Leber nachweisen zu können.[16]

Im Verlaufe des Mittelalters verlor die ablehnende Haltung der christlichen Entscheidungsträger gegenüber der Sektion an Gültigkeit. Vor allem das Wüten der Pest führte dazu, dass einzelne Päpste der Durchführung von Sektionen nun positiver gegenüberstanden.[17] Die früheste als gesichert geltende Nachricht über die wissenschaftliche Sektion einer Leiche in Italien, einer der späteren Hochburgen der Anatomie, findet sich in der Chronik des Salimbene von Parma (1221-1287/88). Darin ist die Rede von einer Sektion, die 1286 in Parma durchgeführt wurde, um die Ursache einer dort grassierenden Seuche festzustellen. Die erste dokumentierte gerichtsärztliche Leichenöffnung fand 1302 in Bologna durch Wilhelm von Varignana († 1339) statt.[18]

Auch in Venedig (1308), Padua (1341) und Perugia (1348) wurden bereits im 14. Jahrhundert vereinzelt Sektionen durchgeführt.[19] Im deutschen Sprachraum sind Autopsien beispielsweise für Wien (1404), Prag (1460) und Köln (1478/79) belegt.[20] Unter den historischen Dokumenten der Universität Tübingen findet sich ein Schreiben aus dem Jahr 1481, das die Erlaubnis zur Obduktion betrifft: Hiernach durfte alle drei bis

---

[13] Vgl. hierzu Anm. 1.
[14] Groß (1999).
[15] Grolik (1995), S. 4-8.
[16] Wolff-Heidegger/Cetto (1967), S. 7 f.
[17] Groß (2002), S. 19.
[18] Rabl (1952), S. 150.
[19] Ruggiero (1978), S. 156 ff.
[20] Grolik (1995).

vier Jahre in der kältesten Zeit nach Weihnachten die Sektion eines Hingerichteten erfolgen. Vielfach mussten die Obduzenten im Verlaufe der mehrtägigen Sektion morgentlich eine „Seelenmesse" hören; überdies waren sie verpflichtet, keine Leichenteile an sich zu nehmen.[21]

1482 erklärt Sixtus IV. in einer päpstlichen Bulle Sektionen für zulässig – eine Entscheidung, die von Papst Clemens VII. 1523/24 bestätigt wurde.[22] Schon früh ließen sich weltliche und kirchliche Würdenträger nach dem Tode sezieren, darunter auch Päpste. In Würzburg etwa sind Sektionen der Fürstbischöfe bereits seit dem Jahre 1455 belegt.[23]

Doch auch einfache Bürger zeigten sich der inneren Leichenschau gegenüber oft aufgeschlossen. Dass solche in Privathäusern vorgenommenen Leichenöffnungen bereits gegen Ende des 16. Jahrhunderts keine Seltenheit waren, belegt unter anderem die Fallsammlung des berühmten Wundarztes Fabry von Hilden (1560-1634). Bevor Fabry als Wundarzt nach Köln kam, scheinen solche „private" Obduktionen in der Domstadt nicht ungewöhnlich gewesen zu sein.[24] Anders als bei öffentlichen Sektionen mit ihrem unbestreitbaren Unterhaltungswert in der Frühen Neuzeit waren in diesem Fall die anwesenden Zuschauer entweder Betroffene (Familienangehörige, Freunde) oder (seltener) anatomisch interessierte Laien, die mit den obduzierenden Ärzten und Chirurgen in einem freundschaftlichen Verhältnis standen.[25] Der Wunsch, Näheres über die Todesursache eines nahestehenden Menschen zu erfahren, war unter bestimmten Umständen offensichtlich größer als religiöse oder sonstige Bedenken.

Während also die Privatsektionen in Deutschland eine lange Tradition besitzen, wurden mit dem Beginn des 18. Jahrhunderts „anatomische Theater" in vielen Lehrstätten zu ständigen Einrichtungen. Zur Obduktion gelangten hier zunächst vornehmlich Verbrecher und „ehrlose Verstorbene".[26] Auch unbekannte Leichen unterzog man vielfach einer Sektion. So wurde etwa in Berlin 1811 auf dem Koppenschen Armenfriedhof ein Haus „zur Ausstellung todt gefundener Leichname und zur Obduction derselben" eingerichtet.[27]

Die Zahl der Obduktionen blieb jedoch trotz der zunehmenden Einrichtung anatomischer Theater bis zum Ende des 18. Jahrhunderts vergleichsweise gering.[28] Die Gründe hierfür waren der nach wie vor meist scholastisch ausgerichtete Universitätsbetrieb und dessen weiterhin mehrheitlich auf der Säftelehre basierenden Krankheitstheorien.

Erst mit dem beginnenden 19. Jahrhundert stieg der Leichenbedarf. Vor allem die Ärzte der „Pariser Schule" erhoben die Verknüpfung von klinischem und autoptischem

---

[21] Hoffmann (1950/51), S. 21.
[22] Walter (1971), S. 40, 48.
[23] Mettenleiter (2001), S. 439.
[24] Jütte (1991), S. 117.
[25] Ferrari (1987), S. 102.
[26] Brugger/Kühn (1979), S. 75 f.
[27] Stürzbrecher (1970).
[28] Groß (2002), S. 25 f.

Befund an ein- und demselben Patienten zur Routinemethode. Viele Krankenhäuser folgten diesem Beispiel. Mit dem steigenden Leichenbedarf offenbarten sich nun aber auch die Vorbehalte der Bevölkerung gegen die Sektion. Die historischen Quellen belegen einen Widerstand, dessen Intensität mit steigender Sektionsfrequenz merklich zunahm. Im Folgenden soll versucht werden, die Hintergründe dieses Widerstandes zu erhellen.

3. Historisch bedingte Widerstände gegen die Sektion: Theorien und Erklärungsansätze

3.1 Die Rekrutierung des „Sektionsmaterials"

Bis um das Jahr 1800 war der überschaubare Bedarf an „Sektionsmaterial" vor allem durch Leichen sozialer Außenseiter, insbesondere exekutierte Verbrecher, gedeckt worden. Die sezierenden Anstalten erhielten entweder die Körper von Hingerichteten, oder aber sie reklamierten Leichname aus dem Strafvollzug. Fatalerweise setzte sich aber hierdurch in der Bevölkerung die Meinung fest, dass die Sektion eine Strafverschärfung der Exekution, also gleichsam eine zweite Hinrichtung, darstellte.[29] Dieser Ruf der Sektion als grausamste aller Strafen belastete notwendigerweise ihre Akzeptanz.[30] Besonders anschaulich wird dieser Aspekt in einem Gemälde von William Hogarth aus dem Jahr 1751: Ein Hund macht sich über die achtlos entfernten Innereien eines Verbrechers her, und der Gesichtsausdruck der Leiche suggeriert, dass diese den erbarmungslosen Umgang mit ihrem Körper noch empfinden kann.[31]

Als im 19. Jahrhundert die Verbrecherleichen zur Deckung des Bedarfs zahlenmäßig nicht mehr ausreichten, griff man verstärkt auf arme Verstorbene in den nun zahlreicheren Krankenhäusern und Fürsorgeeinrichtungen zurück. Die Mittellosen versuchten sich wiederum vom Damoklesschwert der Sektion zu befreien, indem sie Geld für die eigene Beerdigung beschafften. Auch Sträflinge gründeten Beerdigungskassen, die sich aus freiwilligen Beiträgen speisten. Die Honoratioren dagegen schlossen sich so genannten „Totenbrüderschaften" an, deren Mitglieder öffentlichen Sektionen beiwohnten, aber das Vorrecht erhielten, selbst nicht seziert zu werden. Also auch aus diesem Blickwinkel betrachtet stellte die Sektion ein zweifelhaftes „privilegium pauperum" dar.

In England und Schottland heuerten einzelne Leiter von Anatomieschulen „Body-Snatcher" oder „Resurrectionists" an, die nachts auf Friedhöfen frisch bestattete Leichen ausgruben und gegen Entgelt in die Anatomie transportierten.[32] Die Bevölkerung reagierte mit Aufruhr. Mancherorts wurden Body-Snatcher ermordet und Anatomieschulen niedergebrannt, wie z. B. 1832 in Aberdeen. Wohlhabende ließen sich in diebstahlsicheren Eisensärgen bestatten.

Festzuhalten bleibt, dass die (öffentliche) Sektion durch die vorherrschende Rekrutierungspraxis als Strafmaßnahme gedacht und erlebt wurde.

---

[29] Pauser (1998), S. 527 ff; Stefenelli (1998a), S. 523.
[30] Vgl. auch Richardson (1989).
[31] Pauser (1998), S. 529 f.
[32] Ebd., S. 522; Prüll (1998a), S. 574.

3.2 Volks- und abergläubische Vorbehalte

Die zweite Konstituente eines historischen Widerstandes gegen die Sektion ist kulturgeschichtlicher Natur und am ehesten unter dem Schlagwort „Volks-" oder „Aberglauben" zu fassen.[33] Früher wie heute existiert zumindest unterschwellig ein archaisches System von Ritualen im Umgang mit Verstorbenen. Tod und Leben werden im Volksglauben nicht klar getrennt; vielmehr wird der Verstorbene zunächst noch eine Zeitlang lebendig gedacht. In der Mentalitätsgeschichte spricht man vom „lebenden Leichnam". Dieser bleibt wirkende Kraft und nimmt Anteil am Umgang mit seinen sterblichen Resten und seiner Bestattung.

Dementsprechend existiert eine besondere *Fürsorge für den Toten*. Einzelne Praktiken sind heute noch bekannt: Augen und Mund der Leiche werden geschlossen; solange die Leiche im Haus ist, wird Ruhe bewahrt, damit die Seele nicht verscheucht wird; die Leiche wird mit „Weihwasser" besprengt zur Abwehr von bösen Geistern.[34] Zweitens gibt es eine *Fürsorge für die Lebenden*, denn der Tote kann durch Kontamination oder durch seine Rückkehr als Wiedergänger Schaden anrichten. Maßnahmen zum Schutz des Toten sind also gleichzeitig Maßnahmen zum Selbstschutz. Hierher gehört das historische Zusammenbinden von Händen und Füßen, damit der Tote nicht jemanden nachholt. Auch der Brauch der Leichenwache hat hier seinen Ursprung.

Drittens trägt der Verstorbene das *Potential für Magie und Zauberei* in sich: Was zum Leichnam gehört hat oder mit ihm in Berührung gekommen ist, hat Zauberkraft – sowohl im Guten als auch im Bösen. Auch hieraus ergibt sich ein vorsichtiger Umgang mit der Leiche.

Aus den vorgenannten Gründen hat die Leichenöffnung im Volksglauben keinen Platz; sie wird vielmehr mit Leichenschändung verknüpft.

3.3 Religiöse Vorbehalte

Zu diesen archaischen volksgläubischen Vorstellungen traten religiöse Vorbehalte hinzu, deren Einflüsse auf die Sektionspraxis von Anfang an beträchtlich waren.[35]

Das islamische Recht z. B. erkannte und erkennt Lebenden wie Toten körperliche Unversehrtheit zu. Nach der rituellen Waschung und Reinigung des Leichnams darf der Tote von keinem Gläubigen mehr berührt werden.

Das orthodoxe Judentum wiederum sieht die Sektion unter Verweis auf den Talmud als Entweihung an. Dementsprechend sind die Sektionsquoten in Israel sehr gering und in der Regel auf unklare Todesfälle beschränkt.

Auch das Christentum erwies sich zunächst als Hemmschuh der Sektion. Die vorgebliche Ablehnung der Sektion beruhte dabei allerdings auf einem Missverständnis. Bereits Papst Bonifatius VIII. wurde falsch interpretiert. Er trat 1299 mit einer Bulle an die Öffentlichkeit, die gegen die Zerteilung und Abkochung von Leichen gerichtet war (‚De sepulturis'), wie man sie vor allem auf Kreuzzügen praktizierte.[36] Trotz mehrerer

---

[33] Prüll (1998a), insb. S. 574; Prüll (2000); Stefenelli (1998a), insb. Kapitel IV, S. 95-132.

[34] Vgl Stefenelli (1998a), insb. Kapitel V, S. 133-188.

[35] Vgl. hierzu auch ebd., insb. Kapitel VI, S. 189-245.

[36] Stefenelli (1998c), S. 520.

Klarstellungen durch nachfolgende Päpste wie Clemens VII. blieb in den Köpfen der Christen die Vorstellung haften, dass die Sektion als Leichenschändung zu begreifen sei. Mittlerweile wird die Sektion von den Kirchen offiziell als Akt der Nächstenliebe interpretiert; sie zählt zu den fines boni, den guten Absichten.[37]

3.4 Zwischenfazit

Aus dem Vorgenannten ergibt sich, dass das gegenwärtige Akzeptanzproblem der Sektion kein neues Phänomen darstellt, sondern eine historische Dimension aufweist: Zum ersten war es der Konnex von Sektion und Strafverschärfung, der sich tief in das Bewusstsein der Bevölkerung eingrub. Sie stand scheinbar im Gegensatz zu dem alten römischen Grundsatz: crimen morte finitur. Bei jenen Sektionsleichen war das Verbrechen *eben nicht* mit dem Tod gesühnt. Zum zweiten standen volksgläubische Praktiken einer breiten Akzeptanz der Sektion entgegen und zum dritten spielten religiöse Vorstellungen eine Rolle.

Dennoch konnte sich die Sektion im 19. Jahrhundert auf breiter Basis etablieren. Was waren die Gründe?

Zum einen breitete die Aufklärung einem rationaleren Umgang mit der Sektion den Weg. Dadurch verlor sie zumindest tendenziell den Ruf einer strafverschärfenden Maßnahme.

Wesentlicher aber war wohl der Siegeszug der naturwissenschaftlichen Medizin seit der Mitte des 19. Jahrhunderts. Entscheidenden Anteil an dieser Entwicklung hatten Pathologen wie Xavier Bichat als eigentlicher Begründer der Gewebepathologie, Carl von Rokitansky, der 1828 in Wien als einer der ersten mit systematischen Leichenöffnungen betraut wurde, und vor allem Rudolf Virchow, der seit 1856 als Professor für Pathologie in Berlin tätig war und als Prosektor der Charité fungierte. Virchow entwickelte das Prinzip der Cellularpathologie, das die Zelle als Träger der Krankheit beschrieb, und etablierte den routinemäßigen Einsatz des Mikroskops.[38] Die Pathologie wurde zur Deutungsmacht über Krankheit und Gesundheit, und es kam zur flächendeckenden Gründung pathologischer Institute mit einem entsprechenden Bedeutungszuwachs des Sektionswesens.

Die Pathologie wurde im Verlauf des 20. Jahrhunderts zudem in den interdisziplinären Kontext verwoben.[39] Physiologie, Biochemie, Pathobiochemie wurden neue Subdisziplinen. Durch die zunehmende Untersuchung bioptisch gewonnenen Materials und die Durchführung von Labortests wurden der Pathologe zum Partner des Klinikers und der Rechtsmediziner zum Partner des Kriminologen.

---

[37] Ebd.

[38] Prüll (1998a), S. 573.

[39] Prüll (1998b), S. 576.

4. Sektion und Sektionsquote in medizinhistorischer Sicht – ein Forschungsdesiderat?

Eine umfassende Untersuchung der Entwicklung der (klinischen) Sektion – und insbesondere der historischen und soziokulturellen Ursachen und Hintergründe der rückläufigen Sektionsquote – stellt ein Forschungsdesiderat dar. Dabei ist das verfügbare Schrifttum zur Sektionsfrage in quantitativer Hinsicht durchaus beachtlich:

So finden sich seit den 1950er Jahren Beiträge, die das zunehmende Akzeptanzproblem im Bereich der Obduktion thematisieren. Der Großteil dieser Arbeiten geht bisher allerdings auf direkt betroffene Ärzte – insbesondere Pathologen und Rechtsmediziner – zurück. Sie betonen in der Regel die medizinische Relevanz der Obduktion und beklagen in teilweise drastischen Worten die gesundheitspolitischen Folgen einer abnehmenden Sektionsquote.[40] Historische Aspekte werden hierbei in der Regel allenfalls am Rande thematisiert; gleiches gilt für mögliche soziokulturelle Hintergründe. Auch die ethischen Implikationen des Problems werden in diesen Arbeiten weitgehend ausgeklammert:[41] Sofern in besagten fachärztlichen Schriften der Begriff „Ethik" auftaucht, bezieht er sich auf sozialethische Aspekte (Sektion als „letzter uneigennütziger Dienst am Mitmenschen") und dient somit als schlagwortartige Argumentationshilfe bei der Forderung nach höheren Sektionsquoten. Einzelne Arbeiten zur Entwicklung der Sektionsfrage entstammen dem Bereich der Kriminalistik bzw. gehen auf mit der Leichenschau befasste Juristen zurück.[42] Auch sie stellen die bestehenden Missstände und den aktuellen Regelungsbedarf in den Mittelpunkt, nicht aber historische Bedingtheiten. Gleichwohl sind diese Publikationen – ebenso wie die vorgenannten ärztlichen Beiträge – als Quellen für die Rezeption und Wahrnehmung des Sektionsproblems in den vergangenen 50 bis 60 Jahren, aber auch für das Bild von Arzt und Patient in bestimmten Fachkreisen von Belang.

Die wenigen bisher verfügbaren wissenschafts- und sozialhistorischen Anknüpfungspunkte beziehen sich vornehmlich auf die Anfänge der Sektion bzw. auf deren Etablierung im 19. Jahrhundert.[43] Medizinische Dissertationen zur Geschichte der äu-

---

[40] Auch wenn die betreffenden Autoren bisweilen von einer anhaltenden Misere oder einer „unendlichen Geschichte" im Bereich der äußeren und inneren Leichenschau sprechen, handelt es sich bei den Beiträgen doch weder inhaltlich noch methodisch um historisch akzentuierte Arbeiten. Das Stereotyp der unendlichen Geschichte oder dauerhaften Misere im Bereich der Sektion dient in der Regel vielmehr als Aufforderung an den Gesetzgeber, aus der Sicht der Autoren längst überfällige Regelungen (im Sinne von Gegenmaßnahmen) zu ergreifen: vgl. Brinkmann/Du Chesne (1993), S. 697; Eisenmenger/Betz (1994), S. 77.

[41] Dies korrespondiert mit der Tatsache, dass diese Arbeiten nicht für wissenschaftshistorische, sondern für medizinische Fachzeitschriften verfasst sind.

[42] Vgl. etwa Grede (1987); Kimpel (1988); Bänzinger/Siegrist (1989); Spann (1987).

[43] Hierher gehören etwa die kenntnisreichen Beiträge von Stukenbrock, Prüll, Stefenelli und Schott: Stukenbrock liefert eine Sozialgeschichte der anatomischen Sektionen in der frühen Neuzeit: dies. (2001). Sie betont u. a. das Faktum, dass v. a. die Leichen sozialer Randgruppen der anatomischen Sektion zugeführt wurden, so dass die Obduktion den Charakter einer Strafmaßnahme annahm (dies., insb. S. 26-78). Prüll thematisiert v. a. das Nachwirken volksgläubischer Praktiken in ihrer Bedeutung

ßeren bzw. inneren Leichenschau ergänzen die verfügbare Literatur. Hierbei handelt es sich zumeist um ereignisgeschichtliche Darstellungen mit vorwiegend deskriptivem Charakter, weniger um Versuche der Problematisierung einzelner Aspekte wie etwa der Dynamik abnehmender Sektionsquoten bzw. der traditionell geringen Bedeutung der Obduktion.[44] Überdies kommt in diesen Arbeiten die rezente Entwicklung der Sektion – insbesondere die Untersuchung der Entwicklung der Sektionsfrage seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges – lediglich am Rande zur Darstellung.[45]

5. Mögliche Fragestellungen aus medizinhistorischer Sicht

Nachdem wir mit den bisherigen Ausführungen das Ausmaß des Forschungsdefizits deutlich zu machen suchten, soll es im Folgenden darum gehen, diesen Forschungsbedarf zum Thema Klinsiche Sektion anhand von fünf exemplarisch ausgewählten und explizierten Fragestellungen zu konkretisieren:

5.1 Inwieweit ist die geringe Sektionsquote in der Bundesrepublik Deutschland auf (historisch bedingte bzw. gewachsene) regulatorische oder gesetzgeberische Defizite zurückzuführen?
Anhaltspunkte für einen mutmaßlichen Konnex zwischen der gesetzlichen Lage und Sektionspraxis liefert die Tatsache, dass seit den Anfängen der Bundesrepublik eine nationale Gesetzgebung zur klinischen Sektion fehlt – ein Umstand, den vor allem Kritiker der geringen Obduktionsquote als wesentlich hervorheben.[46] Eine systematische Analyse der einschlägigen Gesetzgebung zur inneren und äußeren Leichenschau seit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland könnte Aufschlüsse über die Relevanz dieses Aspektes für die skizzierte Problemstellung erbringen. Dabei wären nicht nur die realisierten, sondern v. a. auch die gescheiterten, auf eine nationale Sektionsgesetzgebung zielenden Initiativen und deren Hintergründe zu beleuchten.[47] Neben den ein-

---

für den historischen Widerstand der Bevölkerung gegen die Sektion. Vgl. hierzu die Aufsätze des Autors in dem von Stefenelli (1998a) herausgegebenen, interdisziplinären Sammelband „Körper ohne Leben“: Prüll (1998a und b). Schott beleuchtet seinerseits den „Leichnam in medizinhistorischer Sicht“: ders. (1999), S. 3-14 – vgl. auch den leicht veränderten Abdruck des Beitrags von Schott in diesem Band. Zu den Anfängen der Pathologie im 19. Jh. vgl. ferner die Dissertation von Pantel (1989).

[44] Vgl. etwa Walter (1971); Ingelheim (1981); Grolik (1995). Auch die Monographie von Brugger/Kühn (1979) zur Entwicklung des Obduktionswesens basiert auf einer solchen Doktorarbeit: vgl. Brugger (1977).

[45] Sofern sie in die Darstellung einfließt, beschränkt diese sich zumeist auf die Beschreibung des rechtlichen Rahmens der Sektion: vgl. etwa Brugger/Kühn (1979).

[46] Vgl. exemplarisch die Forderung von Dettmeyer/Madea nach einer Erweiterung des Katalogs des Art. 74 GG, das dem Bund – wie etwa beim Transplantationsrecht – die Gesetzgebungskompetenz zuweist: dies. (2002), S. A2314. Demgegenüber verfügte die DDR über eine einheitliche gesetzliche Regelung der Sektion: Oehmichen/Klose/Wegener (1991). Nur wenige Bundesländer haben bisher, wie oben ausgeführt, Sektionsgesetze verabschiedet, die zudem inhaltlich differieren: vgl. Anm. 13 dieses Beitrages.

[47] Eine erste orientierende Beschäftigung mit dieser Fragestellung zeigt, dass es zahlreiche (frustrane) Initiativen zur einheitlichen Regelung der äußeren und inneren Leichenschau gegeben hat, die bis dato keiner systematischen Analyse unterzogen worden sind. Schon in den 1950er und 60er Jahren wurde

schlägigen Gesetzestexten und den gescheiterten Entwürfen könnten als komplementäre Quellen Stellungnahmen von obduzierenden Ärzten und mit der Obduktion befassten Juristen zur gesetzlichen Regelung der „Sektionsfrage" gesichtet und analysiert werden.[48] Über Äußerungen in einschlägigen Fachpublikationen hinaus interessierten hierbei ärztliche Selbstzeugnisse, sofern sie den Berufsalltag des sezierenden Pathologen thematisieren.[49] Derartige Stellungnahmen geben über die reine Gesetzeslage hinaus Aufschluss über die Rechtspraxis – d. h. die tatsächlichen Abläufe rund um die Sektion –, über die Beurteilung der fraglichen Gesetzgebung durch die Obduzenten sowie über deren Selbstbild. Schließlich wäre der vergleichende Blick ins Ausland von Interesse: Welche regulatorischen bzw. gesetzlichen Maßgaben waren bzw. sind hier vorherrschend und wie wirk(t)en sie sich auf die Sektionspraxis aus?

5.2 Bestand/besteht ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen der langjährigen, kontrovers geführten Diskussion um die Einführung eines Transplantationsgesetzes und dem hierbei zugrunde gelegten Hirntodkriterium einerseits und der Einstellung zur Sektion andererseits?

Wenngleich es sich bei der zu Lebzeiten verfügten Organspende von Hirntoten einerseits und der klinischen Sektion andererseits um verschiedene, klar zu differenzierende Themenbereiche handelt, die allenfalls bei vordergründiger Betrachtung Verwechslungsgefahren bergen, fand und findet eine solche Differenzierung in der medialen Berichterstattung nur teilweise statt. Vielmehr werden die Organentnahme zu Transplantationszwecken und die Organentnahme im Rahmen einer Sektion häufig in einem Atemzug genannt oder gemeinsam diskutiert.[50] Selbst in der Fachliteratur werden beide

---

eine gesetzliche Regelung der klinischen Sektionspraxis angemahnt: vgl. Hoffmann (1950/51), S. 28, sowie Schwerd (1965), S. 365-368. 1976 scheiterte eine weitere Gesetzesinitiative zur Regelung der Sektion: Bericht (1976). 1990 forderte der 93. Deutsche Ärztetag ein Obduktionsgesetz auf der Grundlage einer indikativen Lösung: Dettmeyer/Madea (2002), S. A2311. 1991 veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht die so genannten „Einbecker Empfehlungen zu Rechtsfragen der Obduktion", in der ebenfalls gesetzliche Regelungen angemahnt wurden: Medizinrecht (1991), S. 76. 1997 forderte die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS) bei der Bundesärztekammer in einem Schreiben an die zuständigen MinisterInnen der Länder allgemeine Sektionsgesetze: vgl. Obduktionen (2000), S. 38.

[48] Für derartige Stellungnahmen gibt es offensichtlich eine starke Tradition. Sie finden sich nicht nur für den Untersuchungszeitraum: vgl. exemplarisch Hoffmann (1950/51), S. 20-29, sowie Becker (1986a), sondern auch für die vorausgehende Zeitspanne: siehe etwa Rudolf Virchow, der 1894 die „selbstverständliche Abneigung des Volkes gegen die Sektion menschlicher Leichen" beschrieb – zitiert nach Rabl (1952), S. 143. Ähnlich äußerte sich der deutsche Pathologe Ludwig Aschoff, der 1925 in einem öffentlichen Vortrag auf die Widerstände im Zusammenhang mit der Durchführung von Sektionen abhob: ders. (1926), S. 151-185.

[49] Einen umfassenden Überblick über ärztliche Selbstzeugnisse liefern Jessen und Voigt (1996). Eine erste, kursorische Durchsicht dieses Werkes erbrachte Hinweise auf ca. 70 autobiographische Texte bzw. Selbstzeugnisse von Pathologen und Rechtsmedizinern oder von anderen Ärzten, die sich nachweislich mit dem Thema Sektion beschäftigten.

[50] Hierauf verweisen auch Mohr (1981), S. 134-143; Brugger/Kühn (1979), S. IX, 107; Prüll (1998b), S. 584. Vgl. exemplarisch den unsachlichen Beitrag von Paul Fries mit dem Titel „Ärztewillkür am Beispiel von Sektion und Transplantation": www.subventionsberater.de/sterben/pathoi.html.

Bereiche bisweilen thematisch miteinander vermengt.[51] Während in einigen Industrienationen bereits in den 1960er Jahren Transplantationsgesetze erlassen wurden,[52] scheiterten in der Bundesrepublik 1976 bzw. 1978 nach langer Debatte zwei Entwürfe zu einem Transplantationsgesetz im Gesetzgebungsverfahren.[53] Vor allem der in jener Zeit von der Bundesregierung vorgelegte Vorschlag einer Widerspruchslösung (anstelle der heute gültigen erweiterten Zustimmungslösung) stieß auf erbitterten Protest.[54] Zwischen den besagten Initiativen und der letztendlichen Verabschiedung des deutschen Transplantationsgesetzes im Jahr 1997 lag somit eine weitere rund 20 Jahre währende, teilweise emotional geführte öffentliche Diskussion, in deren Mittelpunkt v. a. das Hirntodkriterium stand.[55] Damit stellt sich die Frage, inwieweit die über Jahrzehnte virulente Debatte um eine gesetzliche Regelung der Organtransplantation die öffentliche Wahrnehmung der Sektion tangiert bzw. negative Rückwirkungen auf die Zustimmung zur klinischen Obduktion gezeigt hat.[56]

Vor diesem Hintergrund wäre es lohnend, die seit dem Ende der 1960er Jahre in den Medien geführte Diskussion um die Regelung des Transplantationswesens in die Untersuchung mit einzubeziehen. Von Interesse wären dabei entsprechende zeitgenössische Kommentare und Umfragen in der Laienpresse (Tages- und Wochenzeitungen) und anderen Medien, aber auch Gesetzesinitiativen und Fachpublikationen.[57] Hierbei wäre einer möglichen argumentativen Verknüpfung zwischen der Bewertung der Organentnahme zu Spendezwecken und der Bewertung der Sektion bzw. etwaigen inhaltli-

---

[51] Vgl. etwa Koops (1991), S. 69-75, sowie Dufkova-Dufek (1994), S. 232-234. Man beachte außerdem, dass Mitte der 1970er Jahre der Entwurf eines Transplantationsgesetzes vorgelegt wurde, das die Regelung eines Sektionsgesetzes mit einschloss: vgl. Bericht (1976).

[52] Vgl. exemplarisch die USA: Hier existiert schon seit 1968 ein Gesetz zur Organspende: vgl. National Conference of Commissioners (1968).

[53] Vgl. Bericht (1976); Gesetzentwurf (1978); Pichlmayr/Honecker/Wolfslast (1992), Sp. 767.

[54] Vgl. etwa Keller (1979), S. 144-154.

[55] Vgl. Schlich/Wiesemann (2001).

[56] Bemerkenswerterweise weist die Bundesrepublik im internationalen Vergleich nicht nur eine besonders niedrige Sektionsquote, sondern ebenso eine auffallend geringe Organspendequote auf: In „Eurotransplant" – dem organisatorischen Zusammenschluss der 6 europäischen Länder Österreich, Belgien, Deutschland, Luxemburg, Niederlande und Slowenien für die Vermittlung und Verteilung von Spenderorganen – ist Deutschland seit vielen Jahren das Land mit dem geringsten relativen Organspendeaufkommen (2003: 13,5 Spender/1 Million Einwohner; zum Vergleich: Belgien: 24,1; Österreich: 22,8). Die vergleichsweise geringe Spendebereitschaft korrespondiert mit der Tatsache, dass das deutsche Transplantationsgesetz die erweiterte Zustimmungslösung beinhaltet, während Länder wie Österreich, Belgien, Luxemburg und Slowenien eine Widerspruchslösung praktizieren: www.bioskop-forum.de/themen/transplantation/gesetzliche_regelungen_zur_organtransplantation.htm. Zu den genannten Zahlen vgl. Diatra-Journal 14/1 (2004), S. 36.

[57] Zu entsprechenden Medienberichten vgl. Der Spiegel (1997); ders. (2002); siehe auch den Spiegel-Online-Beitrag „Wenn Menschen sich selbst ausschlachten": www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,295165,00.html.
Zu Fachpublikationen vgl. Schlich (1998); Ach/Anderheiden/Quante (2000). Weiterführende Hinweise ebd.

chen Gleichsetzungen nachzugehen. Von Interesse wäre auch hier der vergleichende Blick ins Ausland.

5.3 Welchen Anteil hatten/haben Vertreter der Ärzteschaft an der mangelhaften Akzeptanz der Sektion?

Klärungsbedarf besteht des Weiteren hinsichtlich der Frage, inwieweit die deutsche Ärzteschaft in den letzten 50 Jahren selbst durch ein verändertes Verhalten Einfluss auf die Entwicklung der Sektionsquote bzw. auf die Akzeptanz der Sektion genommen hat. Die systematische Auswertung historischer und rezenter Expertenbeiträge unter diesem Aspekt könnte hierbei aufschlussreich sein. Eine erste orientierende Sichtung derartiger Schriften liefert bereits mehrere Hinweise auf einen solchen Zusammenhang: So schreckt ein Teil der Ärzte offenbar stärker als früher davor zurück, im Rahmen eines aufklärenden Gesprächs die Obduktionszustimmung der Angehörigen einzuholen.[58] Auch hinsichtlich der eigentlichen Gesprächsführung bestehen in zunehmendem Maße Unsicherheiten und Defizite.[59] Keinesfalls neu ist demgegenüber das Argument, die Angst vor dem Nachweis eines Behandlungsfehlers stünde dem ärztlichen Interesse an klinischen Sektionen entgegen.[60] Auch von traditionellen Defiziten der äußeren Leichenschau ist die Rede.[61] Hierzu mag die in Deutschland historisch gewachsene, im internationalen Maßstab jedoch umstrittene Regelung beitragen, Hausärzte in die Leichenschau einzubinden. Die Vorstellung, als langjähriger Arzt der Familie gegen die Erwartungen der Hinterbliebenen zu handeln und eine Obduktion zu veranlassen, bereitet vielen Leichenschauern Schwierigkeiten.[62] Darüber hinaus ist der faktische Stellenwert der Obduktion in den wissenschaftlichen Publikationen der Pathologen von Interesse: Spiegelt sich das vermeintlich abnehmende Prestige der Tätigkeit als Obduzent auch in

---

[58] Untersuchungen zufolge steigt die Zustimmungsquote von Angehörigen zur Sektion mit der Motivation und persönlichen Überzeugung des aufklärenden Arztes: vgl. Sanner (1994), S. 1141-52. Zur Problematik des Aufklärungsgesprächs siehe auch Mohr (1981), S. 136; Schmidt (1983), S. 1161-1164; Becker (1986b), S. 1507; Pellegrino (1996), S. 741 f; McPhee (1996), S. 743-748, insb. S. 746.

[59] Vgl. Lugli/Anabitare/Beer (1999), S. 1391. Stosiek zufolge variiert die Quote der Ablehnungen einer Sektion nach erfolgtem Aufklärungsgespräch zwischen 10-90 %: ders. (2002), S. 54. Fluri/Gebbers fordern ihrerseits eine standardisierte Gesprächsführung: dies. (2002), S. 82; Vorschläge zum Vorgehen beim Aufklärungsgespräch über die Zustimmung zur Autopsie unterbreiten auch Webster et al. (1989), S. 325 f.

[60] Vgl. Becker (1986a), S. 61-65.

[61] Schwerd (1965), S. 367; Metter (1978), S. 156; Becker (1986b), S. 1507; Thomsen/Schewe (1993), S. 79-81; vgl. hierzu auch den kritischen Bericht im Stern (1987) mit dem Titel „Nicht immer ein Beil im Kopf“: ebd., S. 121.

[62] Gerade Hausärzte haben schon aufgrund ihrer freiberuflichen Tätigkeit ein Interesse daran, die Erwartungen der betroffenen Familie zu erfüllen, die den Arzt in erster Linie als Helfer begreift: Vgl. auch Wuermeling (1971), S. 1260; so wird in praxi gelegentlich sogar auf die vollständige Entkleidung des Verstorbenen im Rahmen der äußeren Leichenschau verzichtet. Wegener zu folge wurden etwa im Einzugsgebiet von Rostock vor der Wiedervereinigung nur ca. 0,5 % der bekleideten Verstorbenen entkleidet: ders. (1991), S. 52. Ein solcher Verzicht hat erhebliche Folgen: Wie erwähnt, weist gerade die *häusliche* Leichenschau die größte Dunkelziffer bei den nichtnatürlichen Todesfällen auf. Vgl. hierzu auch Metter (1978), S. 155-159, sowie Thomsen/Schewe (1994), S. 79-89.

einer veränderten methodischen Ausrichtung der wissenschaftlichen Arbeiten wider? Wie viele Fachveröffentlichungen bedienen sich heute noch der Autopsie als Materialquelle? Lässt sich diesbezüglich eine Veränderung gegenüber der Situation um die Mitte des 20. Jahrhunderts nachweisen? Lohnend wäre es auch, der Frage nach dem Verhältnis und der Zusammenarbeit zwischen dem Pathologen und dem Kliniker, der die Obduktion in Auftrag gibt, nachzugehen.[63] Des Weiteren wären Meinungsumfragen, die sich mit der Rolle und Akzeptanz des Arztes beschäftigen, zu erstellen und einzubeziehen.[64] Dabei werden unter Zuhilfenahme der Methoden der empirischen Sozialforschung qualitative und quantitative Forschungsstrategien verfolgt. Lohnend wäre wiederum der vergleichende Blick ins Ausland. Wichtige Einblicke über die gesellschaftliche Wahrnehmung des Pathologen und der von ihm durchgeführten Sektion im In- und Ausland könnte aber auch die Untersuchung der belletristischen Literatur liefern.[65]

5.4 War/ist die niedrige Sektionsquote in Deutschland auf Defizite im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit zurückzuführen?

Die gesellschaftliche Akzeptanz medizinischer Maßnahmen korreliert in der Regel maßgeblich mit der geleisteten Aufklärung bzw. dem erzielten Informationsgrad. Gerade in Ländern wie Deutschland, in denen die Durchführung der klinischen Sektion im Regelfall von der Zustimmung[66] des einzelnen Patienten bzw. dessen Interessenvertreter abhängig gemacht wird, bedarf es – auch vor dem Hintergrund abschreckender Medienberichte über den Handel mit Leichenteilen – einer fundierten Öffentlichkeitsarbeit.[67]

---

[63] Auch hierzu existieren Umfragen: vgl. etwa jüngst Wittekind/Gradistanac (2004), S. 720, sowie Fritz/Wehner (2005), Tab. 1.

[64] Wenngleich das Thema Sektion aus soziologischer Sicht noch keineswegs befriedigend erforscht ist, ließen sich bei einer ersten, vorläufigen Sichtung mehrere Umfragen und statistische Untersuchungen zu diesem Themenbereich ausmachen. Sie betreffen die 70er Jahre, 80er und die 90er Jahre des 20. Jahrhunderts: vgl. Umfrage der Wickert-Institute Tübingen 1973 im Auftrag des ZDF – abgedruckt bei Brugger/Kühn (1979), S. 36; ferner: Brunner/Schilling (1984), S. 235-237; Benbow (1990), S. 969-976; Stefenelli et al. (1993); Wittkowski (1996); Blumenthal-Barby/Stefenelli (1998), S. 607-611; Mende (1999); Mende/Laubach/Friedrich (2001), S. 1191-1196.

[65] So berichtet Goethe in „Wilhelm Meisters Wanderjahren" von finanziell einträglichem Grabraub, um den Sektionsbedarf zu decken: Goethe (1821/1982), S. 352 f. Für weitere literarische Beispiele vgl. Groß/Steinmetzer (2005).

[66] Klinische Sektionen sind nicht in allen Ländern an die individuelle Zustimmung gebunden. So gilt etwa im benachbarten Österreich das so genannte „Krankenanstaltengesetz" (§ 25,1 KAG): Hiernach sind die in öffentlichen Krankenanstalten Verstorbenen grundsätzlich dann zu obduzieren, wenn dies zur Wahrung öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen, insbesondere bei diagnostischen Unsicherheiten und vorausgegangenen Operationen, notwendig erscheint. Vor diesem Hintergrund erklärt sich auch die deutlich höhere Obduktionsrate in Österreich: vgl. Becker/Pollak (1998), S. 792, sowie Brinkmann et al. (1997), S. 71.

[67] Vgl. Der Spiegel (1993b), S. 68-81. Laut einer Erhebung von Fluri/Gebbers denken 59 % der Ärzte, dass die Sektion in der Öffentlichkeit in einem schlechten Licht steht: dies. (2002), S. 81; ähnlich äußert sich Mohr (1981), S. 134-143; vgl. auch die „Epidemiologie der Sektionsverweigerung" von Brunner/Schilling (1984), S. 235-237.

Nur derjenige Bürger, der alle relevanten Fakten kennt, verfügt über eine solide Entscheidungsgrundlage.[68] Derartige öffentlichkeitswirksame Initiativen sind aus vielen Bereichen der Medizin(geschichte) bekannt:[69] Inwieweit aber lassen sich nun im Untersuchungszeitraum Hinweise auf staatliche oder privat initiierte Aufklärungsinitiativen im Bereich der klinischen Sektion finden? Eine erste kursorische Prüfung ergibt hierfür – von Einzelinitiativen abgesehen[70] – kaum Ansatzpunkte.[71] Mit Blick auf die Sektion scheint vielmehr ein weitgehender Quietismus vorzuherrschen.[72] Damit wäre zu fragen, inwieweit schlichte Unkenntnis und – dadurch bedingt – ein unzureichendes Problembewusstsein innerhalb der Bevölkerung einer breiten Akzeptanz der klinischen Sektion entgegenstehen.[73] Auch hierüber könnten die verfügbaren soziologischen Befragungen[74] sowie deren Vergleich mit aktuellen Datenerhebungen und -analysen Aufschluss geben.

---

[68] Zu den Vorurteilen gegenüber der Sektion vgl. Groß (2002), S. 89. Weiterführende Literatur ebd. Zu den Defiziten in der Aufklärung vgl. auch Schwarze/Pawlitschko (2003), S. A2807.

[69] Man denke an Broschüren und Organspendeausweise, die u. a. in Ämtern und ärztlichen Praxen ausliegen. So führte beispielsweise die im 18. und 19. Jahrhundert weit verbreitete Angst vor dem Scheintod zu einer Fülle staatlicher Aufklärungsschriften und amtsärztlicher Instruktionen, wie diesem Phänomen entgegenzutreten sei. Auch für die jüngere Vergangenheit und die Gegenwart finden sich Beispiele für aufwändige medizinische Aufklärungskampagnen, etwa in den Bereichen Organspende, Aids-Prävention, Darmkrebsvorsorge oder bei Typisierungsaktionen für mögliche Stammzelltransplantationen (Knochenmarkspende). Vgl. exemplarisch die fortgesetzten Aktivitäten der DKMS: www.dkms.de.

[70] Vgl. etwa die Buchveröffentlichung des Pathologen Volker Becker mit dem Titel „Die klinische Obduktion: Not und Notwendigkeit", die nach Angaben des Autors das Ziel verfolgt „dem Leser klarzumachen, daß die klinische, die ärztliche Obduktion eine unabdingbare Notwendigkeit im Rahmen der ärztlichen Betreuung darstellt": ders. (1986a), S. 6. Er reagierte damit auf die seiner Ansicht nach defizitäre Öffentlichkeitsarbeit: S. 70 f. In Basel wurde unlängst eine Aufklärungsinitiative auf der Grundlage von Informationsbroschüren und Faltblättern für Laien, Pflegepersonal und Ärzte durchgeführt: vgl. www.patho.unibas.ch/d/gru_text_auto.html.

[71] Dem gegenüber konnte der lange Zeit bestehende Leichenmangel im Bereich der Anatomie durch Aufklärungsinitiativen und öffentlichkeitswirksame Maßnahmen seit Mitte der 1970er Jahre behoben werden: vgl. Mörike (1988), S. 148-150; vgl. hierzu auch den mit „Aufklärung tut not" übertitelten Beitrag von Gerst zur Obduktion: ders. (1999), S. A3281 f.

[72] Dies wirft wiederum die Frage auf, warum von Seiten staatlicher Entscheidungsträger kaum Versuche unternommen wurden, die klinische Sektion zu einem öffentlichen Thema zu machen. Hatten bzw. haben die politisch Verantwortlichen kein Interesse daran, die klinische Sektion „aus der Zone der Heimlichkeit" herauszuholen? Vgl. Becker (1986a), S. 70 (Zitat). Auch im Rahmen einer Expertenveranstaltung der Ärztekammer des Saarlandes wurde ein Aufklärungsdefizit festgestellt und angeregt, man solle „bereits im Schulunterricht das Thema erörtern": vgl. www.aerztekammer-saarland.de/85/2002/2002110402.html.

[73] Vgl. hierzu Taupitz (1996), S. 36 („Ganz allgemein muss das Nachdenken über den eigenen Tod und damit möglicherweise verbundene Verfügungen angeregt werden.").

[74] Vgl. hierzu Frage 5.3 und den diesbezüglichen Anmerkungsapparat.

5.5 Inwieweit standen/stehen traditionelle (Glaubens-)Vorstellungen bzw. damit verwobene subjektiven Auffassungen von „Pietät" einer breiten Akzeptanz der Sektion entgegen?

Religiöse Vorstellungen spielen eine wesentliche Rolle bei der Ausbildung von Umgangsformen mit menschlichen Leichen, wobei im Untersuchungsraum dem Christentum eine zentrale Rolle zukommt. Bei der Frage nach dem Einfluss christlicher Glaubensinhalte ist zum einen zu differenzieren zwischen historischen, aber nachwirkenden Positionen des Christentums und der gegenwärtigen Position der beiden großen christlichen Kirchen in Deutschland. Zum anderen scheint es erforderlich, zwischen offiziellen Glaubensgrundsätzen und deren Wahrnehmung in der Öffentlichkeit zu unterscheiden. Dabei wäre vor allem die Wirkungsmächtigkeit überkommener Positionen von Belang. Während die christlichen Kirchen – und insbesondere die katholische Lehre – bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein Eingriffen am Leichnam grundsätzlich kritisch gegenüberstand,[75] gilt die Autopsie von Leichen heutzutage als „sittlich zulässig",[76] ja sogar als Akt der Nächstenliebe.[77]

Amtskirchliche Verlautbarungen stimmen indessen nicht immer mit gelebtem Glauben überein: So berichten Pathologen von Angehörigen, die Sektionen unter Hinweis auf vermeintliche Gefährdungen der christlichen Trauerrituale, der rituellen Aufbahrung und des Bestattungsverfahrens oder schlichtweg unter Verweis auf vermeintliche Glaubensgrundsätze ablehnen.[78] Auch knüpfen manche Christen die Auferstehung des Leibes an die Vorstellung einer körperlich-stofflichen Integrität des Leichnams, wenngleich auch dies nicht (mehr) der heutigen kirchlichen Lehre entspricht.[79] Vor diesem Hintergrund scheint es geboten, möglichen Hinweisen nachzugehen, die auf hemmende Einflüsse tatsächlicher oder vermeintlicher Glaubensinhalte auf die Sektionspraxis schließen lassen. Aufschlüsse für diese Fragestellung sind über die formalen Verlautbarungen der Amtskirchen hinaus v. a. von möglicherweise abwei-

---

[75] Vgl. hierzu Schockenhoff (1993), S. 258 f.: „Die katholische Moraltheologie und die lehramtliche Verkündigung der Kirche hielten bis in die 50er Jahre hinein an einem naturrechtlich begründeten Verstümmelungsverbot fest, das jeden Eingriff in die Integrität des menschlichen Körpers untersagte, sofern er nicht dem Wohl des ganzen Organismus dient." Für weitere Details ebd.

[76] Katechismus (1993), S. 584. Vgl. auch Körtner/Virt (1999), S. 36, sowie Böckle (1983), S. 1 f. Nach christlichem Verständnis, so eine gemeinsame Erklärung der katholischen ‚Deutschen Bischofskonferenz' und des Rates der ‚Evangelischen Kirche Deutschlands' (EKD), „ist das Leben und damit der Leib ein Geschenk des Schöpfers, über das der Mensch nicht nach Belieben verfügen kann, das er aber nach sorgfältiger Gewissensprüfung aus Liebe zum Nächsten einsetzen darf." – vgl. Organtransplantationen (1990), S. 16 (Zitat); siehe auch Schockenhoff (1997), S. 81.

[77] Zur sozialethischen Position vgl. etwa Doerr (1979), Geleitwort („Heute spielt das ‚fortwirkende' Persönlichkeitsrecht eine eigenartige Rolle"); Bleyl (1998), S. 98. Zur Sektionskritik siehe z. B. Der Spiegel (1993c), S. 9-12 (Leserbriefe). Vgl. auch: Eine egoistische Gesellschaft? (2004); Pulcini (2004); Genkova (2003); Kim (1995); Triandis (1995); Vanberg (1975).

[78] Vgl. Groß (2002), S. 89; zur argumentativen Verquickung von Religiosität und Pietät vgl. Hoffmann (1950/51), insb. S. 28; zur „Verweigerung der Obduktion aus religiösen Gründen" vgl. auch Verweigerung (1993), S. 18.

[79] Zu diesem Problemfeld vgl. Schockenhoff (1993), S. 256 f. Hinzu kommt das Problem des sektionsbedingten „ästhetischen Makels": vgl. etwa Schneider (1984).

chenden Handlungen und Verhaltensweisen in der kirchlichen Praxis zu erwarten.[80] Es wäre zu fragen, inwieweit gläubige Christen auf derartig disparate Stellungnahmen reagieren und inwieweit Obduktionsgegner (vermeintlich) religiöse Gründe geltend mach-(t)en. Zu prüfen wäre schließlich, inwieweit die Ablehnung von Sektionen durch Hinterbliebene (vorgeblich) religiös motiviert ist.[81]
Die beschriebenen religiösen Vorbehalte sind nicht immer von quasireligiösen bzw. volksgläubischen Faktoren[82] und soziokulturellen Vorurteilen gegenüber der Sektion zu trennen. Viele dieser Aspekte werden letztlich unter dem Schlagwort „Pietät" gefasst, ohne dass dieser Begriff definitorisch klar umrissen wäre.[83] Vielfach bleibt es bei der Feststellung, dass eine Sektion das Pietätsempfinden der Betroffenen und der trauernden Angehörigen verletze – eine Sichtweise, die auf der Vorstellung gründet, dass die Leichenöffnung einen Akt der Entwürdigung und eine Verletzung der Totenfürsorge darstelle. Auch diese Argumentationsfigur wäre daher in eine medizinhistorische Analyse einzubeziehen.

---

[80] Ein mögliches Beispiel ist die vielfach kritisierte, bis heute von anhaltenden Spekulationen begleitete Weigerung des Vatikans, den Leichnam des 1978 nach einem Pontifikat von nur 33 Tagen plötzlich verstorbenen Papstes Johannes Paul I. obduzieren zu lassen: Vgl. hierzu die sachlichen Ausführungen des Pathologen Bankl, der fordert, „daß jeder plötzlich bzw. unerwartet Verstorbene obduziert wird": ders. (1990), S. 73-80, insb. S. 80. Zu besagtem Fall gibt es eine Fülle von aktuellen, teilweise hochspekulativen Beiträgen. Siehe etwa die Online-Berichte von Spiegel (Vatikan – Tödliche Menge [1996]: www.spiegel.de/spiegel/0,1518,281022,00.html) und Stern (Wabernde Gerüchte und kein Ende [2003]: www.stern.de/politik/historie/514258.html?nv=cb). Auch interessieren theologische Kontroversen zum Umgang mit dem Leichnam bzw. Disparitäten zwischen der offiziellen amtskirchlichen Lehre und der praktischen „Auslegung" derartiger Positionen. Derartige Disparitäten wurden bisher vor allem im thematisch angrenzenden Bereich der Organentnahme zu Transplantationszwecken greifbar. Die beiden großen Kirchen in Deutschland sehen die Organspende gemäß einer gemeinsamen offiziellen Erklärung mittlerweile als einen Akt christlichen Nächstenliebe an: vgl. Organtransplantationen (1990); siehe auch Böckle (1989), S. 155. Andererseits beharren manche Theologen darauf, dass die Verweigerung einer Organspende eine „undiskriminierte Möglichkeit" darstellt. So kritisiert Klaus-Peter Jörns, Professor für Evangelische Theologie: „Niemand, auch die Kirche nicht, hat das Recht, von den eigenen Prämissen her die Prämissen anderer in Richtung auf die Organ‚spende' zu majorisieren." – vgl. Jörns (1992), S. 33 u. 39 (Zitate). Jörns übt des Weiteren scharfe Kritik an der Schrift „Organtransplantationen" (1990): ders. (1992), insb. S. 27 (Fußnote 27), S. 31-33 u. S. 39 (Fußnote 65).

[81] Zur Beantwortung dieser Frage sind Untersuchungen heranzuziehen, die sich mit den Erfolgs- und Misserfolgsfaktoren von ärztlichen Aufklärungsgesprächen beschäftigen: vgl. etwa Sanner (1994); Schmidt (1983); Pellegrino (1996); McPhee (1996). Vgl. auch insb. Verweigerung (1993), S. 18.

[82] Vgl. hierzu Prüll (1998b).

[83] Vgl. hierzu aus theologischer Sicht Schockenhoff (1993), S. 256 f. Zum Pietätsbegriff siehe auch Steinmetzer/Groß/Schäfer in diesem Band.

Literatur

1. Ach/Anderheiden/Quante (2000): Johann S. Ach, Michael Anderheiden, Michael Quante, Ethik der Organtransplantation, Erlangen 2000
2. Aschoff (1926): Ludwig Aschoff, Über die Bedeutung der Leichenöffnungen und des Tierexperiments für die Volksgesundheit und die soziale Wohlfahrtspflege (Vortrag), Wissenschaft und werktätiges Volk (1926), S. 151-185
3. Bänzinger/Siegrist (1989): Felix Bänzinger, Thomas Siegrist, Bewährungsprobe für den Kriminalisten. Der außergewöhnliche Todesfall als Gegenstand der Zusammenarbeit zwischen Arzt, Jurist und Ermittler, Kriminalistik 43 (1989), S. 252-255
4. Becker (1986a): Volker Becker, Die klinische Obduktion: Not und Notwendigkeit, Erlangen 1986
5. Becker (1986b): Volker Becker, Wozu noch Obduktionen? Deutsche Medizinische Wochenschrift 111 (1986), S. 1507-1510
6. Becker/Pollak (1998): Volker Becker, S[ ] Pollak, Obduktion, in: Wilhelm Korff et al. (Hrsg.), Lexikon der Bioethik, Bd. 2, Gütersloh 1998, S. 789-792
7. Benbow (1990): Emyr W. Benbow, Medical students' views on necropsies, Journal of Clinical Pathology 43 (1990), p. 969-976
8. Bericht (1976): Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Vorbereitung einer gesetzlichen Regelung der Transplantation und Sektion, Bonn 1976
9. Bleyl (1998): Uwe Bleyl, Klinische Fehlbeurteilung im Spiegel des Auftrags der Pathologie, in: Axel W. Bauer (Hrsg.), Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Theoretische Konzepte – Klinische Probleme – Ärztliches Handeln, Heidelberg 1998, S. 87-101
10. Blumenthal-Barby/Stefenelli (1998): Kay Blumenthal-Barby, Norbert Stefenelli, Aussagen von Medizinstudentinnen und -studenten über ihre Beziehungen zum Leichnam und zu Leichenteilen, in: Norbert Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 607-611
11. Böckle (1983): Franz Böckle, Pietät oder Nächstenliebe? Zur sittlichen Bewertung der medizinischen Obduktion (Editorial), Der Pathologe 4 (1983), 4, S. 1 f.
12. Brinkmann et al. (1997): Bernd Brinkmann, S[ ] Banaschak, H[ ] Bratzke et al., Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer multizentrischen Studie (I u. II), Archiv für Kriminologie 199 (1997), S. 41-52, 65-74
13. Brinkmann/Du Chesne (1993): Bernd Brinkmann, A[ ] Du Chesne, Die Misere der ärztlichen Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland, Die Medizinische Welt (1993), 44, S. 697-701
14. Brugger (1977): Claudia Maria Brugger, Zur Entwicklung des Obduktionswesens aus medizinischer und rechtlicher Sicht, med. Diss. Heidelberg 1977
15. Brugger/Kühn (1979): Claudia Maria Brugger, Hermann Kühn, Sektion der menschlichen Leiche. Zur Entwicklung des Obduktionswesens aus medizinischer und rechtlicher Sicht, Stuttgart 1979
16. Brunner/Schilling (1984): P[ ] Brunner, A[ ] Schilling, Zur Epidemiologie der Sektionsverweigerung, Der Pathologe 5 (1984), S. 235-237

17. Bundesärztekammer (2005): Andreas Crusius, Manfred Dietel, Wolfgang Eisenmenger, Dominik Groß et al., Stellungnahme zur „Autopsie“ vom 26.08.2005. Kurzfassung, Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), S. A3537-A3545 – Langfassung, www.baek.de/downloads/AutLang.pdf [01.06.2007]
18. Der Spiegel (1993): Geplündert ins Grab, Der Spiegel (1993), 49, S. 68-81
19. Der Spiegel (1993): Fleddern an Omi, Der Spiegel (1993), 51, S. 9-12
20. Der Spiegel (1997): Medizin: Im Grenzland des Todes, Der Spiegel (1997), 10, S. 228-239
21. Dettmeyer/Madea (2002): Reinhard Dettmeyer, Burkhard Madea, Obduktionen. Unsichere und uneinheitliche Rechtslage, Deutsches Ärzteblatt 99 (2002), 36, S. A2311-2314
22. Doerr (1979): Wilhelm Doerr, Geleitwort, in: Claudia Maria Brugger, Hermann Kühn, Sektion der menschlichen Leiche. Zur Entwicklung des Obduktionswesens aus medizinischer und rechtlicher Sicht, Stuttgart, S. VII-VIII
23. Dufkova-Dufek (1994): Jarmila Dufkova-Dufek, Rechtsfragen zur Durchführung von Verwaltungs- und klinischen Sektionen sowie Organentnahmen Verstorbener zu Transplantationszwecken bei entgegenstehendem Willen der Angehörigen, Hessisches Ärzteblatt 8 (1994), S. 232-234
24. Eine egoistische Gesellschaft? (2004): Eine egoistische Gesellschaft? Leben zwischen Individualismus und Solidarität, Frankfurt a. M. 2004
25. Eisenmenger/Betz (1994): Wolfgang Eisenmenger, P[ ] Betz, Die unendliche Geschichte, Münchner Medizinische Wochenschrift 136 (1994), S. 77-79
26. Ferrari (1987): G[ ] Ferrari, Public Anatomy Lessons and the Carnival. The Anatomy Theatre of Bologna, in: Past and Present 117 (1987), p. 50-106
27. Fluri/Gebbers (2002): S[ ] Fluri, Jan-Olaf Gebbers, Glanz, Sinn (und Elend?) der Autopsie, Schweizerisches Medizin-Forum 4 (2002), S. 79-83
28. Fritz/Wehner (2005): P[ ] Fritz, H[ ] D[ ] Wehner, Sinkende Obduktionszahlen – nur ein Problem der Kliniker? unveröffentliches Typoskript 2005
29. Genkova (2003): Petia Genkova, Individualismus/Kollektivismus und hilfreiches Verhalten: interkultureller Vergleich zwischen Bulgarien und Deutschland, Frankfurt a. M. 2003
30. Gerst (1999): T[ ] Gerst, Medizinische Obduktion: Aufklärung tut not, Deutsches Ärzteblatt 96 (1999), 51/52, S. A3281 f.
31. Gesetzentwurf (1978): Entwurf eines Gesetzes über Eingriffe an Verstorbenen zu Transplantationszwecken (Transplantationsgesetz), Bundesrats-Drucksache 395/78 vom 29.09.1978
32. Goethe (1821/1982): Johann Wolfgang von Goethe, Wilhelm Meisters Wanderjahre, hrsg. von E[ ] Bahr, Stuttgart 1982 (Erstausgabe 1821)
33. Grede (1987): J[ ] Grede, ‚Plötzlich und unerwartet ...‘ Eine schlimme Fehldiagnose oder: Wie verläßlich ist die ärztliche Leichenschau, Kriminalistik 41 (1987), S. 580-584
34. Grolik (1995): U[ ] Grolik, Leichenschau und Leichenöffnung in rechtsvergleichender Sicht im deutschen Sprachraum, Med. Diss. Köln 1995

35. Groß (1999): Dominik Groß, Sektionen in Deutschland: Historische Wurzeln, gegenwärtiger Stellenwert und aktuelle ethische Probleme [The practise of autopsies in Germany: historical roots, present role and ethical implications], Ethik in der Medizin 11/3 (1999), S. 169-181
36. Groß (2002): Dominik Groß, Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau in historischer und ethischer Sicht, Würzburg 2002
37. Groß/Steinmetzer (2005): Dominik Groß, Jan Steinmetzer, Obduktion, in: Bettina von Jagow, Florian Steger (Hrsg.), Literatur und Medizin im europäischen Kontext. Ein Lexikon, Göttingen 2005, Sp. 577-581
38. Hoffmann (1950/51): H[ ] R[ ] Hoffmann, Die klinische Leichenöffnung als rechtliche und ärztlich-ethische Frage, Öffentlicher Gesundheitsdienst 12 (1950/51), S. 20-29
39. Ingelheim (1981): F[ ] A[ ] Graf von Ingelheim, Zur geschichtlichen Entwicklung der ärztlichen Leichenschaubestimmungen in Deutschland, Med. Diss. Marburg 1981
40. Jessen/Voigt (1996): Jens Jessen, Reiner Voigt, Bibliographie der Autobiographien. Bd. 4: Deutsche Ärzte, München 1996
41. Jörns (1992): Klaus-Peter Jörns, Organtransplantation: eine Anfrage an unser Verständnis von Sterben, Tod und Auferstehung, Berliner Theologische Zeitschrift 9 (1992), S. 15-39
42. Jütte (1991): Robert Jütte, Ärzte, Heiler und Patienten. Medizinischer Alltag in der Frühen Neuzeit, München, Zürich 1991
43. Katechismus (1993): Katechismus der Katholischen Kirche, München 1993
44. Keller (1979): Rolf Keller, Probleme der Organtransplantation, Zeitschrift für Evangelische Ethik 23 (1979), S. 144-154
45. Kim (1995): Uichol Kim, Individualism and collectivism: theory, methods and applications, Thousand Oaks 1995
46. Kimpel (1988): T[ ] Kimpel, Über Leichenschau und Leichenöffnung, Archiv für Kriminologie 179 (1988), S. 45-56
47. Koops (1991): Erwin Koops, Obduktions- und Transplantationsrecht in der bisherigen Bundesrepublik Deutschland, in: Manfred Oehmichen, W[ ] Klose, R[ ] Wegener (Hrsg.), Rechtsmedizin in Deutschland – Ost und West, Lübeck 1991, S. 69-75
48. Kopetzki (1998): Christian Kopetzki, Der menschliche Leichnam im privaten und öffentlichen Recht Österreichs und der BRD, in: Norbert Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 862-872
49. Körtner/Virt (1999): Ulrich H[ ] J[ ] Körtner, Günter Virt, Die Lebenden und die Toten. Ethische Gesichtspunkte des Umgangs mit dem Leichnam, Zeitschrift für medizinische Ethik 45 (1999), S. 33-43
50. Lugli/Anabitare/Beer (1999): Alessandro Lugli, M[ ] Anabitare, J[ ] H[ ] Beer, Effect of simple interventions on necropsy rate when active informed consent is required, The Lancet 354 (1999), S. 1391

51. Madea (1995): Burkhard Madea, Aufgaben und Bedeutung der Leichenschau, Fortschritte der Medizin 113 (1995), S. 189-191, 227-229, 247-249, 265 f.
52. Madea (1999): Burkhard Madea (Hrsg), Die ärztliche Leichenschau: Rechtsgrundlagen – Praktische Durchführung – Problemlösungen, Berlin 1999
53. Mattig (1999): Wolfgang Mattig, Die ärztliche Leichenschau in Recht und Ethik, in: Jan C. Joerden (Hrsg.), Der Mensch und seine Behandlung in der Medizin. Bloß ein Mittel zum Zweck?, Berlin 1999, S. 317-326
54. McPhee (1996): S[ ] J[ ] McPhee, Maximizing the benefits of autopsy for clinicians and families. What needs to be done, Archives of Patholology and Laboratory Medicine 120 (1996), S. 743-748
55. Medizinrecht (1991): Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht, Einbecker Empfehlungen zu Rechtsfragen der Obduktion, Medizinrecht 9 (1991), S. 76
56. Mende (1999): Anja Mende, Einstellung zur Sektion im Kontext persönlicher Vorstellungen von Sterben und Tod – eine Befragung von Studenten der Medizin im vorklinischen und klinischen Abschnitt sowie Studenten der Rechtswissenschaft, Soziologie und Zahnmedizin, Med. Diss. Leipzig 1999
57. Mende/Laubach/Friedrich (2001): Anja Mende, W[ ] Laubach, Th[ ] Friedrich, Einstellungen zur Sektion bei Studierenden der Medizin, Soziologie und Rechtswissenschaften, Deutsche Medizinische Wochenschrift 126 (2001), S. 1191-1196
58. Mettenleiter (2003): Andreas Mettenleiter, Medizingeschichte des Juliusspitals Würzburg, herausgegeben vom Oberpflegamt der Stiftung Juliusspital Würzburg, Würzburg 2003 (= Das Juliusspital in Würzburg, Bd. 3: Medizingeschichte)
59. Metter (1978): Dierk Metter, Ärztliche Leichenschau und Dunkelziffer bei unnatürlichen Todesfällen, Kriminalistik 32 (1978), S. 155-157
60. Modelmog (1993): Dieter Modelmog, Todesursachen sowie Häufigkeit pathologisch-anatomischer Befundkomplexe und Diagnosen einer mittelgroßen Stadt bei fast 100-prozentiger Obduktionsquote: eine Obduktionsanalyse unter Einbeziehung histologischer Untersuchungen zum gegenwärtigen Stellenwert der Pathologie (Görlitzer Studie 1986/87), Egelsbach 1993
61. Modelmog/Rahlenbeck/Trichopoulos (1992): Dieter Modelmog, Sibylle Rahlenbeck, Dimitrios Trichopoulos, Accuracy of death certificates: a population-based, complete-coverage, one-year autopsy study in East Germany, Cancer Causes & Control 3 (1992), 6, S. 541-546
62. Mörike (1988): Klaus D. Mörike, Geschichte der Tübinger Anatomie, Tübingen 1988, S. 143-152
63. Mohr (1981): H[ ] J[ ] Mohr, Medizinische und legislatorische Probleme der inneren Leichenschau, Der Pathologe 2 (1981), S. 134-143
64. Müller/Bocter (1990): Wolfgang Müller, N[ ] Bocter, Beitrag zur Abschätzung der Aussagekraft der amtlichen Todesursachenstatistik. Eine empirische Untersuchung zur Verbesserung der Validität, Stuttgart 1990
65. National Conference of Commissioners (1968): National Conference of Commissioners on Uniform State Laws Uniform anatomical gift act. Approved by the American Bar Association at its meeting at Philadelphia, Pennsylvania, 07.08.1968, Chicago (1968)

66. Obduktionen (2000): Obduktionen – Teil der Qualitätssicherung in der Medizin. Welches Maß ist erforderlich? Epidemiologisches Bulletin Nr. 5 (2000), S. 37 f.
67. Oehmichen/Klose/Wegener (1991): Manfred Oehmichen, W[ ] Klose, R[ ] Wegener (Hrsg.), Rechtsmedizin in Deutschland – Ost und West, Lübeck 1991
68. Organtransplantationen (1990): Organtransplantationen, Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD, Bonn 1990 (= Gemeinsame Texte, 1)
69. Pantel (1989): Johannes Pantel, Die Institutionalisierung der Pathologischen Anatomie an den deutschsprachigen Universitäten im 19. Jahrhundert. Von der Idee einer naturwissenschaftlichen Medizin zur Gestalt eines neuen Faches, Med. Diss. Heidelberg 1989
70. Pauser (1998): Josef Pauser. Sektion als Strafe?, in: Norbert Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 527-535
71. Pellegrino (1996): Edmund D. Pellegrino, Some ethical reflections on the obligation of pathologists, hospitals, families and society, Archives of Pathology and Laboratory Medicine 120 (1996), S. 739-742
72. Pichlmayr/Honecker/Wolfslast (1992): Rudolf Pichlmayr, Martin Honecker, Gabriele Wolfslast, Organtransplantation, in: Albin Eser (Hrsg.), Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Darf die Medizin, was sie kann? Information und Orientierung, Freiburg i. Br. 1992, Sp. 758-774
73. Prüll (1998a): Cay-Rüdiger Prüll, Aus der Geschichte der pathologisch-anatomischen Sektion, in: Norbert Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 569-579
74. Prüll (1998b): Cay-Rüdiger Prüll, Die Sektion in Ländern mit erforderlicher Zustimmung Hinterbliebener: Das Beispiel Deutschland, in: Norbert Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 584-595
75. Prüll (2000): Cay-Rüdiger Prüll, Der Umgang mit der menschliche Leiche: die historische Perspektive, in: Hans Konrat Wellmer, Gisela Bockenheimer-Lucius (Hrsg.), Zum Umgang mit der Leiche in der Medizin, Lübeck 2000, S. 59-69
76. Pulcini (2004): Elena Pulcini, Das Individuum ohne Leidenschaften: moderner Individualismus und Verlust des sozialen Bandes, Zürich 2004
77. Rabl (1952): R[ ] Rabl, Zum Umgang mit der Leiche in der Medizin. Eine kulturgeschichtliche Betrachtung, Virchows Archiv für Pathologische Anatomie 321 (1952), S. 142-162
78. Richardson (1989): Ruth Richardson, Death, Dissection, and the Destitute, London u. a. 1989
79. Rieser (2007): Sabine Rieser, Gewebegesetz. Mehr Aufwand – weniger Spender, Deutsches Ärzteblatt 104 (2007), 12, S. C641 f.
80. Ruggiero (1978): Guido Ruggiero, The cooperation of physicians and the state in the control of violence in Renaissance Venice, Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 33 (1978), p. 156-166

81. Sanner (1994): Margareta Sanner, Attitudes towards organ donation and transplantation. A model for understanding reactions to medical procedures after death, Social Science & Medicine 38 (1994), S. 1141-1152
82. Schlich (1998): Thomas Schlich, Transplantation: Geschichte, Medizin, Ethik der Organverpflanzung, München 1998
83. Schlich/Wiesemann (2001): Thomas Schlich, Claudia Wiesemann (Hrsg.), Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung, Frankfurt a. M. 2001
84. Schmidt (1983): S[ ] Schmidt, Consent for autopsies, Journal of the American Medical Association 250 (1983), S. 1161-1164
85. Schnalke (1999): T[ ] Schnalke, Veröffentlichte Körperwelten. Möglichkeiten und Grenzen einer Medizin im Museum, Zeitschrift für Medizinische Ethik 45 (1999), S. 15-26
86. Schneider (1984): Gisela Schneider, Über den Anblick des eröffneten Leichnams, in: R[ ] Winau, H[ ] P[ ] Rosemeier (Hrsg.), Tod und Sterben, Berlin, New York 1984, S. 188-201
87. Schockenhoff (1993): Eberhard Schockenhoff, Ethik des Lebens: ein theologischer Grundriss, Mainz 1993
88. Schockenhoff (1997): Eberhard Schockenhoff, Vom Leben vor und nach dem Tod. Wie reagiert die Theologie auf die Herausforderungen von Naturwissenschaft und Medizin?, in: Mechthild Blum, Thomas Nesseler (Hrsg), Tabu Tod, Freiburg i. Br. 1997, S. 69-85
89. Schott (1999): Heinz Schott, Der Leichnam in medizinhistorischer Sicht, Zeitschrift für Medizinische Ethik 45 (1999), S. 3-14
90. Schwarze/Pawlitschko (2003): Ernst-Wilhelm Schwarze, Jörg Pawlitschko, Autopsie in Deutschland, Deutsches Ärzteblatt 100 (2003), 43, S. A2802-A2808
91. Schwerd (1965): Wolfgang Schwerd, Kritische Bemerkungen zur Leichenschau, Bundesgesundheitsblatt 8 (1965), S. 365-368
92. Shojania/Burton/McDonald (2003): Kaveh G. Shojania, Elizabeth C. Burton, Kathryn M. McDonald, Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time. A systematic review, Journal of the American Medical Association 289 (2003), S. 2849-2856
93. Spann (1987): W[ ] Spann, Der Ermittler als Anwalt des Verstorbenen. Leichenschau und polizeiliche Nachforschungen, Kriminalistik 41 (1987), S. 586-588 und 606-608
94. Stefenelli (1998a): Norbert Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998
95. Stefenelli (1998b): Norbert Stefenelli, Beiträge zu den Ursachen und Zeichen des schlechten Rufes der Sektion in der Vergangenheit, in: ders. (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 523-526
96. Stefenelli (1998c): Norbert Stefenelli (Hrsg.), Einwände gegen die Sektion in der Vergangenheit, in: ders. (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 519-521

97. Stefenelli et al. (1993): Norbert Stefenelli, A[ ] Kugi, U[ ] Wintersperger et al., Auswirkungen der Begegnung von Medizinstudenten und Krankenhausärzten mit dem menschlichen Leichnam, Der Pathologe 14 (1993), S. 341-345
98. Stern 1987): „Nicht immer ein Beil im Kopf", Stern 29.12.1987, S. 121
99. Stosiek (2002): Peter Stosiek, Aktuelle Bedeutung der klinischen Autopsie, Ärzteblatt Sachsen(2002), 2, S. 52-55
100. Stürzbrecher (1970): M[ ] Stürzbrecher, Über die Entwicklung der Leichenschau in Berlin, Beiträge zur gerichtlichen Medizin 27 (1970), S. 256-262
101. Stukenbrock (2001): Karin Stukenbrock, „Der zerstückelte Cörper". Zur Sozialgeschichte der anatomischen Sektion in der frühen Neuzeit (1650-1800), Stuttgart 2001 (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, 16)
102. Tag (2000): Brigitte Tag, Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis: eine arztstrafrechtliche Untersuchung, Berlin 2000 (= Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik, 5)
103. Taupitz (1996): Jochen Taupitz, Das Recht im Tod: Freie Verfügbarkeit der Leiche? Rechtliche und ethische Probleme der Nutzung des Körpers Verstorbener, Dortmund 1996
104. Thomsen/Schewe (1993): Holger Thomsen, Günter Schewe, Ärztliche Leichenschau. Probleme im ärztlichen Bereich, bei Ermittlungsbehörden und bei landesrechtlichen Regelungen, Archiv für Kriminologie 193 (1993), S. 79-89
105. Triandis (1995): Harry C. Triandis, Individualism and collectivism, Boulder 1995
106. Trube-Becker (1991): Elisabeth Trube-Becker, Leichenschauschein und Todesursachenstatistik, Versicherungsmedizin 43 (1991), S. 37-41
107. Vanberg (1975): Viktor Vanberg, Die zwei Soziologien. Individualismus und Kollektivismus in der Sozialtheorie, Tübingen 1975
108. Verweigerung (1993): Verweigerung der Obduktion aus religiösen Gründen, Das Warnkreuz – Zeitschrift für Sicherheit und Gesundheit in Verkehrsunternehmen (1993), 3, S. 18
109. Walter (1971): Roland Walter, Die Leichenschau und das Sektionswesen. Grundzüge der Entwicklung von ihren Anfängen bis zu den Bemühungen um eine einheitliche Gesetzgebung, Med. Diss. Düsseldorf 1971
110. Webster et al (1989): James R. Webster, Daniel Derman, Jeffrey Kopin et al., Obtaining permission for an autopsy. Its importance for patients and physicians, The American Journal of Medicine 86 (1989), S. 325 f.
111. Wittekind/Gradistanac (2004): Christian Wittekind, Tanja Gradistanac, Das älteste Werkzeug der Qualitätssicherung – die Obduktion – stirbt aus? Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 98 (2004), S. 715-720
112. Wittkowski (1996): Joachim Wittkowski, Fragebogeninventar zur mehrdimensionalen Erfassung des Erlebens gegenüber Sterben und Tod (FIMEST). Handanweisung, Göttingen 1996
113. Wolff-Heidegger/Cetto (1967): Gerhard Wolff-Heideger, Anna Maria Cetto, Die anatomische Sektion in bildlicher Darstellung, Basel 1967

114. Wuermeling (1971): Hans-Bernhard Wuermeling, Zeichen des Todes und ärztliche Leichenschau. Forensische Gesichtspunkte, Zeitschrift für Allgemeinmedizin – Der Landarzt 47 (1971), S. 1258-1260

Zwischen Ablehnung und Akzeptanz: Der Blick auf die innere Leichenschau

Jan Steinmetzer, Dominik Groß und Gereon Schäfer

Die Quote klinischer Sektionen ist in der Bundesrepublik Deutschland seit vielen Jahren rückläufig. Allein zwischen 1980[1] und der Jahrtausendwende[2] sank die Sektionsrate von etwa zehn auf rund drei Prozent. Doch während die medizinischen und gesundheitspolitischen Implikationen der „Sektionsmüdigkeit" in zahlreichen Stellungnahmen dargestellt bzw. beklagt werden, steht eine systematische Untersuchung der Ursachen und Hintergründe dieser Entwicklung aus.

Der vorliegende Aufsatz widmet sich der Frage, inwieweit die auch im internationalen Vergleich ausgesprochen geringen Sektionsquoten[3] auf einer geringen gesellschaftlichen Akzeptanz der inneren Leichenschau beruhen. Nach einem einleitenden Rückblick auf die Entwicklung der äußeren und inneren Leichenschau seit der Gründung des Deutschen Reiches (Kapitel 1) stellen wir mögliche Gründe für eine ablehnende Haltung gegenüber der Sektion vor (Kapitel 2). In einem dritten Abschnitt nehmen wir die Argumente, die für und wider die postmortale Sektion vorgebracht werden, näher in den Blick. Schließlich möchten wir mögliche Wege zum Umgang mit der „Sektionsfrage" aufzeigen (Kapitel 4).

1. Die Entwicklung der äußeren und inneren Leichenschau in Deutschland

Wie aber gestaltete sich nun in Deutschland die Entwicklung der äußeren Leichenschau, d. h. der Inspektion von Verstorbenen zur Feststellung des Todes, und wie entwickelte sich die innere Leichenschau, d. h. die Öffnung der Leiche im Rahmen einer klinischen oder gerichtlichen Sektion?

Der Zusammenschluss der deutschen Einzelstaaten zum Deutschen Reich hatte zunächst vor allem auf die *gerichtliche* Leichenschau weitreichenden Einfluss: So trat 1877 im neu gegründeten Deutschen Reich eine Strafprozessordnung[4] in Kraft, die im Wesentlichen auf die Preußische Criminalordnung von 1805 und 1848 und nachfolgende Ergänzungsvorschriften zurückging. Stimmten Richter oder Physikus für eine Leichenöffnung, so musste sie stattfinden. Die Öffnung der Leiche war von einem Physikus und einem Chirurgen durchzuführen. Als mögliche Indikationen einer inneren Leichenschau wurden der Verdacht auf einen Straftatbestand, auf Suizid sowie ungeklärte To-

[1] Jansen (1991).
[2] Brinkmann et al. (2002).
[3] Vgl. hierzu die aktuellen Zahlenangaben in der Stellungnahme Autopsie des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer (Tabelle 1 ebd.), www.bundesaerztekammer.de/downloads/AutLang.pdf.
[4] Dreyer/Puchelt (1879).

desursachen angeführt. Diese Regelung wurde in modifizierter Form in die deutsche Strafprozessordnung übernommen (§ 87 Reichs-StPO).[5]
Schon Bismarck hatte sich sich überdies für eine reichseinheitliche Regelung der allgemeinen *äußeren* Leichenschau eingesetzt – freilich ohne nennenswerten Erfolg. Zu unterschiedlich waren die Erwartungen an den Leichenschauer, zu verschieden waren aber auch die Traditionen und Standards in den einzelnen deutschen Staaten: Während z. B. in Teilen Bayerns bereits seit 1766 eine allgemeine Pflichtleichenschau bestand, erfolgte die Einführung der Totenschau in anderen deutschen Ländern – etwa in Hamburg (1812), Hessen (1819), Baden (1822), Württemberg (1833), Sachsen (1850) und Schaumburg-Lippe (1862) – erst deutlich später. Einen „Extremfall" stellte Preußen dar: hier bestand noch zum Zeitpunkt der Gründung des Deutschen Reiches (1871) keine einheitliche gesetzliche Regelung. Doch auch nach der Reichsgründung verblieb die betreffende Gesetzgebung in der Kompetenz der Länderregierungen. Dabei hatte das Reichskanzleramt 1874 einen Gesetzesentwurf ausgearbeitet, der für alle Gemeinden mit mehr als 5.000 Einwohnern eine obligatorische äußere Leichenschau vorsah. Unterstützt wurde jener Vorstoß nicht nur von den ärztlichen Organisationen, sondern auch vom „Verband Deutscher Lebensversicherungsgesellschaften". Letzterer reichte 1875 und 1880 Petitionen ein, in denen eine Vereinheitlichung der Leichenschau gefordert wurde. Gleichwohl konnte keine nationale Regelung erzielt werden. Schon 1878 stellte Reichskanzler Otto von Bismarck ernüchtert fest: „Die definitive Feststellung eines Gesetzes über die obligatorische Leichenschau ist in den ferneren Stadien auf Schwierigkeiten gestoßen, welche es auch jetzt nicht als möglich erscheinen lassen, noch in der gegenwärtigen Session des Reichstages eine entsprechende Vorlage zu machen."[6] Im Jahr 1900 verfasste der 28. Deutsche Ärztetag eine Resolution, in der die gesetzliche Einführung einer obligatorischen Leichenschau gefordert wurde.[7] Doch jener Vorstoß blieb ebenso erfolglos wie ein 1901 gefasster, gleichlautender Beschluss des Reichstags. Vor allem die preußischen Abgeordneten des Bundesrats lehnten letztlich eine obligatorische Leichenschau ab; sie verwiesen auf den Mangel an geeigneten Leichenschauern und auf die entstehenden Kosten. Wenngleich die in Preußen bestehende Gesetzeslücke 1933 durch eine „Polizeiverordnung" geschlossen wurde, bestand selbst 1935 erst für die Hälfte der deutschen Bevölkerung eine obligatorische Inspektion der Leiche

[5] Die Regelung der forensischen Sektion in § 87 der Strafprozessordnung ist im Grunde genommen seit mehr als 100 Jahren weitgehend unverändert geblieben – abgesehen von der Tatsache, dass die Verantwortlichkeit des Richters auf die des Staatsanwaltes verlagert wurde. Die Obduktion muss gegenwärtig von zwei Ärzten vorgenommen werden, wobei es sich bei dem Erst-Obduzenten um einen „Gerichtsarzt", einen „Leiter eines öffentlichen gerichtsmedizinischen oder pathologischen Instituts" oder einen von diesem beauftragten Arzt des Instituts „mit gerichtsmedizinischen Fachkenntnissen" handeln muss. Gemäß § 87 Abs. 2 StPO ist die Anwesenheit eines Staatsanwaltes nicht mehr obligatorisch.
[6] Walter (1971), S. 74.
[7] Vgl. auch von Ingelheim (1981), S. 6 f.

durch Ärzte.[8] Ebenso fehlte weiterhin eine reichseinheitliche Regelung der *klinischen* Sektion.

Auch in der 1949 gegründeten Bundesrepublik Deutschland blieben die äußere Leichenschau wie auch die klinische Sektion Ländersache. Obwohl teilweise völlig neue Bundesländer geschaffen wurden, bestanden viele der alten Verwaltungsstrukturen und damit viele gesetzliche Regelungen zur Leichenschau fort. Dementsprechend stellte sich die rechtliche Lage nach 1949 noch unübersichtlicher dar als zuvor: So behielten etwa in den Bundesländern, die ehemals (teilweise) Preußen angehörten – namentlich Nordrhein-Westfalen, Saarland, Schleswig-Holstein, West-Berlin sowie Teilgebiete von Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz – die Bestimmungen der oben genannten Polizeiverordnung weiterhin Gültigkeit.[9] Eine einheitliche Leichenschaugesetzgebung wurde demgegenüber 1949 in der damaligen DDR eingeführt.[10] Hiernach war jede mutmaßliche Leiche binnen 24 Stunden nach dem Eintritt des Todes von einem Arzt zu besichtigen. Auch wurde ein nationales Sektionsgesetz erlassen.[11]

Auch von der Wiedervereinigung Deutschlands ging bisher kein entscheidender Anstoß zur Vereinheitlichung der gesetzlichen Bestimmungen aus: Die klinische Sektion liegt ebenso wie die äußere Leichenschau verbleibt weiterhin in der Kompetenz der Landesregierungen. Nur wenige Bundesländer haben bisher spezielle Sektionsgesetze verabschiedet, die explizite Regelungen zur klinischen Sektion enthalten.[12] In einzelnen Ländern finden sich unterschiedlich ausführliche Regelungen zu Obduktionen in Bestattungsgesetzen.[13] Ansonsten ergibt sich die Zulässigkeit der klinischen Sektion mangels Spezialgesetzgebung aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen. Hiernach ist eine klinische Obduktion im Regelfall nur dann möglich, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten eine entsprechende Entscheidung getroffen hat oder die totensorgeberechtigten Angehörigen ihre Zustimmung erteilen. Da nicht wenige Hinterbliebene auch aufgrund mangelhafter Aufklärung die Sektion verweigern, befürwortete z. B. die „Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht" in den „Einbecker Empfehlungen" die Einführung einer Informationslösung: Danach ist eine klinische Obduktion legitim, wenn der Patient bzw. seine Angehörigen über die Möglichkeit einer Sektion aufgeklärt wurden und dieser nicht widersprachen. Noch weiter geht indessen das geltende österreichische Krankenanstaltengesetz (§ 25 Abs. 1): Hiernach sind die in öffentlichen Krankenanstalten Ver-

---

[8] Patschek (1938), S. 14.

[9] Glaeser (1959), S. 731-733.

[10] Vgl. Anordnung über die ärztliche Leichenschau vom 9. März 1949, ZVB1.1, S. 267.

[11] Zur überdurchschnittlichen Sektionsrate in der DDR und zur betreffenden Gesetzgebung vgl. Oehmichen et al. (1991).

[12] Sektionsgesetz des Landes Berlin, i. d. F. v. 07.03.1997, GVBl für Berlin vom 15.03.1997, S. 54, neugefasst durch Art. 1 Nr. 1 Gesetz vom 24.07.2001, GVBl 302; „Gesetz über das Leichenwesen" der Freien Hansestadt Bremen vom 27. Oktober 1992, GBl. Nr. 52, Hamburgisches Sektionsgesetz, Hamburgisches GVBl 2000, S. 38 ff. Vgl. hierzu auch den Beitrag von B. Tag in diesem Band.

[13] Vgl. z. B. Bestattungsgesetz Mecklenburg-Vorpommern, v. 03.07.1998, GVBl Mecklenburg-Vorpommern, S. 617, § 5; Bestattungsgesetz Sachsen-Anhalt v. 05.02.2002, § 9; §§ 8 ff.; Brandenburgisches Bestattungsgesetz v. 07.11.2001, GVBl I/01 S. 226; Gesetz über das Leichenwesen der Freien Hansestadt Bremen v. 27.10.1992, GBl Nr. 52, S. 627.

storbenen grundsätzlich dann zu obduzieren, wenn dies zur Wahrung öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen, insbesondere bei diagnostischen Unsicherheiten und vorausgegangenen Operationen, notwendig erscheint. Vor diesem Hintergrund erklärt sich auch die hohe Obduktionsrate in Österreich.

Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich eine anhaltende Kritik an den gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Sektionsfrage, wobei sich diese Kritik insbesondere auf das Fehlen einer bundeseinheitlichen Gesetzgebung und die Praxis der Zustimmungslösung bezieht. Diese Punkte mögen als Erklärungsansatz für die niedrigen Sektionsquoten in Deutschland dienen, erklären jedoch nicht die (vermeintlich) geringe Akzeptanz der Sektion in der Bevölkerung. Eben dieser Aspekt soll daher im Folgenden näher beleuchtet werden.

2. Zeitgenössische Gründe für eine geringe gesellschaftliche Akzeptanz der Sektion

2.1 Fehlerhafte Informationen und Fehldeutungen

Ein Teil der Ängste und Unsicherheiten, die in der Bevölkerung im Hinblick auf die Obduktion bestehen, hat seine Ursache in einer fehlenden oder mangelhaften Information. Typische Beispiele sind Vorstellungen, wonach die klinische Sektion die Totenruhe störe, zur Verstümmelung des Leichnams führe oder Störungen im rituellen und zeitlichen Ablauf der Bestattungszeremonien verursache. Diesen Annahmen liegt oftmals eine Verwechslung der klinischen mit der anatomischen Sektion zugrunde, bei welcher der Leichnam konserviert und zu Unterrichtszwecken präpariert („anatomisiert") wird. Tatsächlich hat die klinische Sektion keine augenfälligen Veränderungen des Leichnams zur Folge, verhindert nicht die Aufbahrung des Verstorbenen und zieht in den meisten Fällen auch keine Verzögerung der Bestattung nach sich.[14] Vielmehr wird eine rasche Obduktion angestrebt, um die bestmögliche diagnostische Aussage zu erreichen.[15]

Auch religiös motivierte Vorbehalte beruhen häufig auf Falschannahmen. Ein Beispiel ist das regelmäßig angeführte Argument, dass die Aufhebung der körperlichen Unversehrtheit durch die Sektion eine Wiederauferstehung der Toten verhindere. Doch weder im Christentum noch im Judentum oder im Islam bestehen unüberwindbare Vorbehalte gegen die Durchführung einer klinischen Sektion; sie wird zumindest toleriert. Wesentlich ist für alle Religionen, dass die Obduktion sachverständig und innerhalb der zeitlichen Vorgaben durchgeführt wird.[16]

Als körperliches Zeugnis der Lebensgeschichte der verstorbenen Person wird der Leichnam für die Hinterbliebenen zum Gegenstand von Trauer und Pietät. Pietät gehört zu den „Urformen der Sittlichkeit" und „verweist den Menschen an seine Ursprünge, an seine Eltern und Vorfahren, denen er sich verdankt", entspringt aber auch

---

[14] Vgl. Becker (1986a), S. 31; Schneider (1984). Zur Verwechslung anatomische vs. klinische Sektion vgl. auch Putz (1999), S. 30; Weiher (2000), S. 37-43 und Mattern (2000), S. 145-147 (anatomische Sektion) sowie S. 147-149 (klinische Sektion).

[15] Becker/Pollak (1998), S. 790.

[16] Becker/Pollak (1998), S. 791.

dem Zusammengehörigkeitsgefühl der Lebenden.[17] Ob eine Sektion dem Pietätsempfinden entspricht oder dagegen verstößt, hängt wesentlich von einem sachkundigen und würdevollen Umgang mit dem Leichnam und von der Präsentation der Sektion in der Öffentlichkeit ab.

Eine besondere Rolle bei der Aufklärungsarbeit fällt naturgemäß jenen Klinikärzten zu, welche den verstorbenen Patienten zuletzt betreut und begleitet haben. Viele Ärzte schrecken jedoch davor zurück, mit trauernden Hinterbliebenen derartige Aufklärungsgespräche zu führen, um die Zustimmung der Angehörigen zu einer Sektion zu erhalten.[18] In diesem Zusammenhang beklagen die Ärzte mangelnde Erfahrung und fehlende Anleitung bei der Gesprächsführung mit Hinterbliebenen.[19]

Weitere Verunsicherungen haben ihre Ursache in der öffentlichen Diskussion um das Transplantationsgesetz, die verschärft wird durch eine zum Teil sensationsgeladene Berichterstattung über das Hirntodkriterium und einen illegalen Handel mit Organen und Leichenteilen.[20]

2.2 Prozedurale Gründe

Zudem sehen sich die Leichenschauer mit dem Vorwurf konfrontiert, dass sie die an sie gestellten Anforderungen[21] nicht vollständig erfüllen. Begründet wird dies insbesondere mit einer unzureichenden Qualifikation der ärztlichen Leichenschauer und mit mangelnder Sorgfalt bei der äußeren Untersuchung der Leiche.[22] Derartige Sorgfaltsmängel führen nicht selten dazu, dass ärztliche Leichenschauer Todesursache wie Todesart falsch beurteilen und so die Empfehlung einer nachfolgenden Sektion unterbleibt.[23]

Bisweilen stellen sich auch staatliche Organe der Durchführung von Sektionen entgegen: So wird von Polizeibeamten berichtet, die Leichenschauer drängen, einen ‚natürlichen Tod' zu bescheinigen, wodurch verhindert wird, dass Ermittlungen angestellt und Autopsien veranlasst werden. Daneben liegen Fallberichte vor, wonach leichenschauende Ärzte auf ‚nichtnatürlichen Tod' oder ‚ungeklärte Todesart' erkannten, die

---

[17] Hoffmann (1950/51), S. 28.

[18] Das Einverständnis der Hinterbliebenen zu einer Sektion ist auch von der Motivation und persönlichen Überzeugung des aufklärenden Arztes abhängig: vgl. Sanner (1994); zur Problematik des Aufklärungsgesprächs siehe auch Mohr (1981), S. 136; Schmidt (1983); Becker (1986b), S. 1507; Pellegrino (1996), S. 741 f.; McPhee (1996), insb. S. 746.

[19] Vgl. Lugli et al. (1999). Stosiek (2002) zufolge schwankt der Grad der Einwilligung in eine Sektion nach einem Aufklärungsgespräch zwischen 10 und 90 %: S. 54. Fluri/Gebbers (2002) stellen die Forderung nach einer Standardisierung der Aufklärungsgespräche: S. 82; Vorschläge für die Gesprächsführung bei der Aufklärung über eine Autopsie finden sich auch bei Webster et al. (1989), p. 325 f.

[20] Hierauf verweisen auch Mohr (1981), S. 134-143; Brugger/Kühn (1979), S. IX, 107; Prüll (1998), S. 584. Vgl. exemplarisch den unsachlichen Beitrag von Paul Fries mit dem Titel „Ärztewillkür am Beispiel von Sektion und Transplantation", www.subventionsberater.de/sterben/pathoi.html [13.08.2007].

[21] Vgl. Groß (2002), S. 61: Sichere Feststellung des Todes, Bestimmung der Todesursache und der Todesart.

[22] Brinkmann et al. (1997), Der Spiegel (1993), Leithoff et al. (1985), Die Welt (1991), Teige/Gerlach (1975).

[23] Händel (1968).

Ermittlungsbehörden jedoch, statt die Todesursache näher zu ermitteln, durch einen zweiten Arzt einen weiteren Leichenschauschein erstellen ließen, der schließlich einen ‚natürlichen' Tod auswies.[24] Darüber hinaus sehen sich Amtsrichter mit dem Vorwurf konfrontiert, Leichenöffnungen vielfach ablehnend gegenüberzustehen.[25]

2.3 Zunehmende Tabuisierung von Tod und Sterben?

Als weitere mögliche Ursache für die geringe Sektionsquote wird die abnehmende Bereitschaft der Bevölkerung, sich mit dem (eigenen) Sterben und Tod auseinanderzusetzen, genannt. Nur noch ein Fünftel der Menschen verstirbt daheim in der vertrauten Umgebung – das Sterben wird mehrheitlich in Krankenhäuser, Heime und Hospize verlagert. Hieran knüpft sich die – allerdings umstrittene[26] – These von der gesellschaftlichen Tabuisierung des Todes. Trifft sie zu, so kann es nicht überraschen, dass viele Hinterbliebene auch die konkrete Auseinandersetzung mit einer möglichen Sektion scheuen. Die Frage nach dem Umgang mit dem Leichnam des gerade verstorbenen Menschen konfrontiert mit der eigenen Vergänglichkeit und verschärft den emotionalen Ausnahmezustand, in dem sich der Hinterbliebene durch den Tod eines nahestehenden Menschen befindet.[27]

Die Anziehungskraft von Ausstellungen rund um das Thema ‚Leiche' – man denke an das Beispiel der Wanderausstellung „Körperwelten" – steht hierzu nur in einem scheinbaren Widerspruch: Jene Präsentationen ermöglichen die Begegnung mit dem Leichnam in anonymer Form, d. h. mit dem Tod in der „dritten Person"; eine tatsächliche Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod oder dem Tod eines Nahestehenden muss in diesem Kontext nicht erfolgen.

2.4 Zunehmende Individualisierungstendenzen?

Die Sektion kann als letzter Dienst des Verstorbenen für seine Mitbürger angesehen werden. Wer seinen Leichnam für eine Obduktion zur Verfügung stellt, handelt gemeinnützig und ethisch verantwortungsvoll. Doch nicht nur die Sektionsbefürworter, sondern auch die Sektionsgegner führen in ihrer Argumentation ethische Motive an. Während die Befürworter von Sektionen *sozial*ethisch argumentieren, also den Dienst an der Allgemeinheit in den Vordergrund stellen, führen die Gegner *individual*ethische Argumente an. Sie betonen das über den Tod hinauswirkende Persönlichkeitsrecht des Einzelnen und verleihen damit dem Schutzbedürfnis des Individuums vor ungerechtfertigten Eingriffen des Staates besonderen Nachdruck.

Die gegenwärtige Gesellschaft ist, verglichen mit der Situation vor einigen Jahrzehnten, hochgradig individualisiert. Nie zuvor war die Pro-Kopf-Zahl der Haushalte so niedrig wie in der Gegenwart.[28] Hatten früher angesichts wirtschaftlicher Not und unsicherer Zukunft gemeinschaftliches Planen und Handeln Priorität vor persönlichen

---

[24] Madea (1995), S. 190; Spann (1987), S. 607; Waider/Madea (1988).
[25] Händel (1968).
[26] Vgl. hierzu auch den Beitrag von H. Knoblauch in diesem Band.
[27] Bundesärztekammer (2005).
[28] Becker (1989).

Zielen, so ist heute eine individuelle Lebensführung ohne größere Risiken möglich.[29] Der Gewinn an persönlicher Freiheit scheint den Verlust an sozial erlebbarer Sinnerfüllung zu überwiegen.[30] Gerade vor diesem Hintergrund kann es nicht überraschen, dass in der gegenwärtigen Diskussion um die Behandlung der Leiche individualethische Argumente eine besondere Rolle spielen.[31]

3. Argumente gegen und für die Durchführung von Sektionen

Bis auf den heutigen Tag werden die Notwendigkeit, die Indikation und die anzustrebende Frequenz der Sektionen kontrovers diskutiert. Während Experten v. a. aus dem Bereich der Medizin eine deutliche Steigerung der Obduktionstätigkeit fordern, ziehen Sektionsgegner deren Nutzen in Zweifel. Dabei fließen in die Debatte sowohl fachliche als auch normative Argumente ein.

Contra Sectionem

Die Kritik an Forderungen nach höheren Sektionsquoten knüpft vielfach an das im Grundgesetz verankerte, über den Tod hinaus wirkende Recht des Einzelnen an, das es zu schützen gilt. Das personale „Seins- und Bestimmungsfeld"[32] des Menschen findet zwar mit dem Tod sein Ende, damit wird der leblose Körper aber nicht zur beliebigen Sache. Der Leichnam verkörpert vielmehr die Lebensgeschichte einer konkreten Persönlichkeit; als Symbol dieses individuellen Lebens begegnen ihm die Hinterbliebenen mit Trauer, Respekt und Pietät. Das Bundesverfassungsgericht hat in der so genannten Mephisto-Entscheidung[33] festgestellt, dass selbst Rechte mit höchstpersönlichem Charakter nach dem Tode des Rechtsgutsträgers gerichtlich geltend gemacht werden können. Der Wille des Verstorbenen bleibt für die Nachwelt bindend; dies gilt auch für die Entscheidung gegen eine klinische Sektion. Demnach ist es selbstverständlich, dass die zu Lebzeiten getroffene oder mutmaßliche Entscheidung einer Person, die Obduktion der eigenen sterblichen Überreste zu verweigern, Respekt verdient.

Vorbehalte werden in diesem Zusammenhang auch gerade gegen die von vielen Sektionsbefürwortern favorisierte Widerspruchslösung geltend gemacht: Angesichts der unzureichenden Aufklärung der Bevölkerung wäre davon auszugehen, dass kaum jemand von einem solchen Widerspruchsrecht Gebrauch machte. Damit würde letztlich in die Entscheidungsfreiheit des Menschen zu Lebzeiten eingegriffen, d. h. eine Widerspruchslösung hätte negative Rückwirkungen auf die Autonomie des Bürgers. Sie konfligiert zudem mit dem Recht auf Nichtwissen bzw. auf Nichtentscheidung: Letztlich würde nur derjenige Widerspruch einlegen, der sich zuvor aktiv mit der Sektionsfrage auseinandergesetzt hat. Neben dem Recht auf Nichtwissen würden auch Teile der

---

[29] Imhof (1988).
[30] Vgl. Schockenhoff (1997), S. 72 und Elias (1982), S. 54 f.
[31] Bleyl (1998), S. 98.
[32] BGHZ 124, S. 52.
[33] BVerfG NJW (1971), S. 1645.

positiven und negativen Glaubens- und Gewissensfreiheit außer Kraft gesetzt.[34] Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Religions- und Weltanschauungsgemeinschaften Sektionen so offen gegenüber treten wie die christlichen Kirchen. Manche tolerieren sie nur dann, wenn sie besonders begründet wird. Auch halten es viele Angehörige religiöser Gemeinschaften für eine ausgesprochene Indiskretion, die persönliche Einstellung – etwa im Rahmen eines „Widerspruchs" – offenbaren zu müssen.

Zudem ist festzuhalten, dass der zulässige Umgang mit der Leiche derzeit noch in vielen Bereichen unbestimmt ist.[35] Er obliegt, wie erwähnt, in weiten Teilen[36] der Gesetzgebungskompetenz der Länder. Abgesehen von einzelnen Bestattungs- und Sektionsgesetzen[37] auf Länderebene dominieren untergesetzliche Regelwerke, die überwiegend von Fachgesellschaften oder Institutionen verabschiedet wurden.[38] Letztere sind allerdings kein Ersatz für Gesetze im formellen Sinne. Dementsprechend scheinen Befürchtungen, Teile der sezierten Leiche könnten missbräuchlich verwendet werden, berechtigt. Die Verabschiedung eines Gewebegesetzes, das ein Verbot des Handels mit Leichenteilen verfügt, macht deutlich, dass menschliche Körper(teile) längst Gegenstand des Handels sind.

Zu diskutieren sind zudem datenschutzrechtliche Bedenken. Sofern im Rahmen einer Sektion Gewebe entnommen, untersucht oder (weiter)verarbeitet wird, können die hierbei gewonnenen Daten in Banken gespeichert und transferiert werden; bestimmte Informationen (z. B. bezüglich genetischer Erkrankungen) können dabei Rückschlüsse auf mögliche Erkrankungen hinterbliebener Familienmitglieder zulassen.

Auch ist einzuräumen, dass die klinische Sektion nicht unmittelbar therapeutische oder gar kurative Wirkung hat. Sie kann zwar zur Qualitätssicherung beitragen und den medizinischen Fortschritt befördern, dient aber – anders als etwa die Organspende – nicht der Lebensrettung Einzelner. Wägt man diese Aspekte mit dem Recht auf Selbstbestimmung ab, so dürfte es schwer fallen, in der Bereitstellung des eigenen Leichnams zur Sektion ein sozialethisches Gebot zu sehen.

Pro Sectione

Andererseits stellt die Bereitstellung des Leichnams für eine Sektion unbestritten eine gemeinnützige Handlung dar.[39] Zudem muss die Bereitstellung des eigenen, entpersönlichten Körpers nicht zwingend uneigennützig bleiben, wie das Beispiel eines Verstorbenen zeigt, bei dem eine (zuvor nicht bekannte) Fremdeinwirkung zum Tod geführt hat. Letzterem ist auch post mortem ein grundsätzliches Interesse an der Aufklärung der Todesumstände zu unterstellen. Zudem darf das Opfer in einer solchen Situation erwarten, dass der Staat – z. B. durch die Anordnung einer Obduktion – ein letztes

---

[34] Vgl. hierzu auch B. Tag und G. Duttge in diesem Band.

[35] Vgl. z. B. Tag (2002), aber auch G. Duttge in diesem Band.

[36] Ausnahmen sind das Transplantationsrecht, Art. 74 Abs. 1 Nr. 26 GG, sowie das Strafrecht, Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG.

[37] Bundesärztekammer (2005).

[38] Vgl. hierzu auch B. Tag in diesem Band.

[39] Becker/Pollak (1998), S. 790.

Mal als sein Sachverwalter auftritt. Aus dieser Perspektive betrachtet stellt die Sektion eine Dienstleistung des Staates an den Verstorbenen selbst dar, die im Rahmen einer äußeren Leichenschau vielfach nicht erbracht werden kann. Letztere ist mit einer hohen Fehlerquote behaftet. Die Gegenüberstellung zwischen äußerer Leichenschau und Sektionsbefund ergab lediglich in 47 bis 65 % der Fälle eine vollständige bzw. weitreichende Übereinstimmung.[40] Bei in Pflegeheimen Verstorbenen zeigten sich die größten Abweichungen.[41]

Sinkende Sektionsquoten lassen überdies eine zunehmende Verfälschung der Todesursachenstatistik erwarten.[42] Da diese Statistik die Basis für die Entscheidung über die Mittelverwendung im Gesundheitswesen bildet, hängt letztlich die Qualität der Gesundheitsfürsorge von einer zuverlässigen Feststellung der Todesursachen ab. Auch Versicherungsgesellschaften und Versorgungseinrichtungen sind für die Kalkulation von Leistungen und -beiträgen auf exakte Todesursachenstatistiken angewiesen.[43]

Regelmäßige klinische Sektionen sind zudem ein Mittel der Qualitätssicherung ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen. Beispiele sind obduktionsgestützte Vergleiche unterschiedlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Auch der Nachweis von Behandlungsfehlern ist in vielen Fällen nur über eine Sektion zu erbringen; gleiches gilt für die Entlastung von einem derartigen Vorwurf.[44] Daneben sind sie ein Bestandteil der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung. So können dreidimensionale Modelle und virtuelle Lehrmedien die direkte Anschauung pathologisch veränderter oder geschädigter Gewebe im Rahmen einer Obduktion nicht ersetzen.

Auch können Sektionen den Hinterbliebenen wichtige Informationen liefern, etwa durch die Diagnose einer bis dato nicht erkannten Erbkrankheit, deren Verlauf durch rechtzeitige präventive oder therapeutische Maßnahmen positiv beeinflussbar wäre. Ebenso sind klinisch unauffällige Infektionskrankheiten diagnostizierbar, die für das soziale Umfeld der Verstorbenen wichtige Hinweise bieten können – so ist etwa die Hälfte der im Rahmen von Sektionen diagnostizierten Tuberkuloseinfektionen zuvor nicht bekannt gewesen.[45] In anderen Fällen kann die Sektion eine Entlastung von (meist unbegründeten) Selbstvorwürfen oder übler Nachrede im sozialen Umfeld bewirken (plötzlicher Kindstod, Tötungs- oder Suizidverdacht).[46] Darüber hinaus lassen sich Ansprüche auf Versicherungsleistungen (Schadenersatz, Renten) oftmals nur durch eine Sektion nachweisen.

Auch Gefahren, die aus der Belastung der Umwelt mit gesundheitsschädlichen Stoffen hervorgehen, können oftmals erst im Rahmen von Obduktionen verifiziert werden; ähnliches gilt für den Nachweis von Seuchengefahren. Zudem liefert die Sek-

---

[40] Modelmog (1993).

[41] Modelmog (1993), Modelmog/Rahlenbeck/Trichopoulos (1992).

[42] Brinkmann et al. (1997).

[43] Vgl. hierzu auch Groß/Schäfer in diesem Band.

[44] Bertram/Schwaiger (1980), Bauer et al. (1991), Eisenmenger (1996), S. 307: „Die Obduktion ist in der Qualitätskontrolle nicht alles, aber ohne Obduktion beginnt die Qualitätskontrolle erst gar nicht."

[45] Seeliger/Gebhard (1978), Post/Schulze-Wartenhorst (1979).

[46] Becker (1986b), S. 1508.

tion Hinweise über das Auftreten von teratogenen Schäden wie im Thalidomid-Skandal,[47] von neuen Krankheiten wie AIDS oder Krankheitsvarianten wie der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit.[48] Schließlich erlauben Sektionen auch Aussagen zur Qualität und Standardisierung von Schutzmaßnahmen z. B. zur Verkehrssicherheit (Sicherheitsgurt, Helm, Airbag).

4. Ausblick: Wege zum Umgang mit der „Sektionsfrage"

Nur ein gut informierter Bürger ist in der Lage, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen. Dass die Sektion einen Eingriff in die körperliche Intergrität eines toten Körpers bedeutet, ist allgemein bekannt. Weit geringer ist der Kenntnisstand hinischtlich des Nutzens und des konkreten Ablaufs von Obduktionen. Um diesen zu verbessern, sind verschiedene Maßnahmen mit unterschiedlichen Adressaten denkbar.

4.1 Medizinstudium sowie ärztliche Fort- und Weiterbildung

Es scheint sinnvoll, der klinischen Sektion im Rahmen der ärztlichen Ausbildung einen größeren Stellenwert einzuräumen – etwa durch die Festlegung einer Mindestanzahl von Obduktionen, an denen ein Studierender der Medizin teilzunehmen hat. Auf diese Weise ist es möglich, den medizinischen Nachwuchs wieder stärker mit dem potentiellen Nutzen der Sektion vertraut zu machen. Laut Aussagen von Studierendenorganisationen kann es derzeit „durchaus passieren, dass zum Obduktionstermin im Praktikum keine Obduktion ansteht, weil kein Patient verstorben ist, der auch obduziert wird."[49]

Auch könnte die regelmäßige Besprechung von Sektionsberichten im Sinne von klinisch-pathologischen Fallkonferenzen die diagnostischen Fähigkeiten der niedergelassenen oder in einer Klinik tätigen Kollegen schärfen und gleichzeitig (dem ärztlichen Nachwuchs in den Kliniken) den besonderen Wert von Obduktionen vermitteln.[50]

Eingehende, wiederholte Qualifizierungsmaßnahmen für leichenschauende Ärzte stellen eine Möglichkeit dar, den Umgang mit dem Verstorbenen und den Angehörigen im Rahmen der äußeren Leichenschau professioneller zu gestalten. Selbstsichere und Kompetenz ausstrahlende Leichenschauer sind zudem in ihrer Entscheidungsfindung weniger anfällig für Beeinflussungen von „außen" (z. B. durch Angehörige, Polizisten oder ärztliche Kollegen).

4.2 Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung

Der rezente Wandel des Arzt-Patient-Verhältnisses von einer paternalistisch geprägten hin zu einer eher partnerschaftlichen Beziehung erfordert nicht nur im stationären

---

[47] Nach Becker/Pollak (1998) hätten die fatalen Nebenwirkungen von Thalidomid zwei Jahre früher entdeckt werden können, wenn in der Bundesrepublik Deutschland ein obduktionsgestütztes Missbildungsregister existiert hätte. Zahlreichen Menschen wäre demnach eine Missbildung erspart geblieben.

[48] Bundesärztekammer (2005).

[49] www.thieme.de/viamedici/studienort_koeln/klinik/sektion.html [13.08.2007].

[50] Bayer-Garner et al. (2002); Rosenbaum et al. (2000).

Alltag eine Veränderung im Kommunikationsverhalten. Der Patient erwartet einen Arzt, der ihm die Art und Schwere seiner Erkrankung erklärt, ihm durch adäquate Information ein echtes Mitspracherecht garantiert – unabhängig davon, inwieweit er dieses letztendlich auszuüben gewillt ist. Wie die wachsende Anzahl von „unabhängigen" Patientenberatungsstellen sowie Informations- und Beratungsangeboten im Internet zeigt, wird der Informationsbedarf nicht mehr vorrangig über das Gespräch mit dem behandelnden Arzt gestillt. Entsprechend bedeutsam ist eine qualifizierte Aus- und Fortbildung von Ärzten in den Bereichen Gesprächsführung und non-verbale Kommunikation, um dem anspruchsvoller werdenden Gesprächspartner „Patient" kompetent und überzeugend gegenübertreten zu können. Das gleiche gilt im Übrigen für ein Gespräch mit Hinterbliebenen: Hat der aufklärende Arzt selbst Vorbehalte gegen eine Sektion oder Angst vor einer Auseinandersetzung mit den trauernden Angehörigen, wird dies auch auf den Verlauf des Aufklärungsgesprächs zurückwirken.[51]

Ebenso unverzichtbar sind Aufklärungsinitiativen zur Bedeutung der klinischen Sektion in Schulen und Bildungseinrichtungen wie auch in der breiten Öffentlichkeit. Die Bevölkerung muss wissen, *weshalb* eine Sektion durchgeführt wird. Sie muss erfahren, was das Obduktionsergebnis potentiell für den Verstorbenen, seine Angehörigen, den Mitbürger, den behandelnden Arzt, das Krankenhaus und die Qualität der medizinischen Versorgung bedeutet.[52] Erst vor dem Hintergrund einer vollständigen Aufklärung ist es möglich, eine reflektierte und selbstbestimmte Entscheidung *für* oder *gegen* die Durchführung einer klinischen Sektion zu treffen.

Literatur

1. Bauer et al. (1991): T[ ] M[ ] Bauer, D[ ] Potratz, T[ ] Göller et al., Qualitätskontrolle durch Autopsie. Wie häufig korrigiert der Obduktionsbefund die klinische Diagnose?, Deutsche Medizinische Wochenschrift 116 (1991), S. 801-807
2. Bayer-Garner et al. (2002): Ilene B. Bayer-Garner, Louis M. Fink, Laura W. Lamps, Pathologists in a teaching institution assess the value of autopsy, Archives of Pathology and Laboratory Medicine 126 (2002), 4, p. 442-447
3. Becker (1986a): Volker Becker, Die klinische Obduktion: Not und Notwendigkeit, Erlangen 1986
4. Becker (1986b): Volker Becker, Wozu noch Obduktionen?, Deutsche Medizinische Wochenschrift 111 (1989), S. 1507-1510
5. Becker (1989): Beatrix Becker, Prognose der Haushaltsgröße in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahr 2020 unter Verwendung ausgewählter direkter Verteilungen. Diplom-Arbeit Universität Konstanz 1989

[51] Im Zuge sinkender religiöser Bindung ist auch an die Etablierung psychologisch ausgebildeter „Sterbe- und Trauerberater" in Kliniken zu denken, die für den Umgang mit Menschen im Grenzbereich des Todes besonders geschult sind.

[52] Vgl. Hoess/Moll/Krause (2007).

6. Becker/Pollak (1998): Volker Becker, Stefan Pollak, Obduktion, in: Wilhelm Korff, Lutwin Beck, Paul Mikat (Hrsg.), Lexikon der Bioethik, Band 2, Gütersloh 1998, S. 789-792
7. Bertram/Schwaiger (1980): E[ ] Bertram, M[ ] Schwaiger, Zur Bedeutung der Autopsie für die Qualitätssicherung in der Medizin aus der Sicht des Klinikers, Die Medizinische Welt 31 (1980), S. 1339-1341
8. Bleyl (1998): Uwe Bleyl, Klinische Fehlbeurteilung im Spiegel des Auftrags der Pathologie, in: Axel W. Bauer (Hrsg.), Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Theoretische Konzepte – Klinische Probleme – Ärztliches Handeln. Heidelberg 1998, S. 87-101
9. Brinkmann et al. (1997): Bernd Brinkmann, S[ ] Banaschak, H[ ] Bratzke et al., Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer multizentrischen Studie (I) und (II), Archiv für Kriminologie 199 (1997), S. 41-52 (I), S. 65-74 (II)
10. Brinkmann et al. (2002): Bernd Brinkmann, A[ ] Du Chesne, B[ ] Vennemann, Aktuelle Daten zur Obduktionsfrequenz in Deutschland, Deutsche Medizinische Wochenschrift 127 (2002), S. 791-795
11. Brugger/Kühn (1979): Claudia Maria Brugger, Hermann Kühn, Sektion der menschlichen Leiche. Zur Entwicklung des Obduktionswesens aus medizinischer und rechtlicher Sicht, Stuttgart 1979
12. Bundesärztekammer (2005): Andreas Crusius, Manfred Dietel, Wolfgang Eisenmenger, Dominik Groß et al., Stellungnahme zur „Autopsie" vom 26.08.2005. Kurzfassung, Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), S. A3537-A3545 – Langfassung, www.baek.de/downloads/AutLang.pdf [01.06.2007]
13. Der Spiegel (1993): N. N., Kreuze im Totenschein, Der Spiegel (1993), Nr. 43 vom 25.10.
14. Die Welt (1991): N. N., Selbst primitive Morde nicht erkannt, Die Welt (1991), Nr. 254 vom 31.10.
15. Dreyer/Puchelt (1879): S[ ] G[ ] Dreyer, Ernst Sigismund Puchelt: Die Strafprozeßordnung für das deutsche Reich. Unter Benützung der Materialien, sowie mit Vergleichung anderer Gesetzgebungen nebst Doctrin und Praxis, Leipzig 1879
16. Eisenmenger (1996): Wolfgang Eisenmenger, Probleme der retrospektiven Aufarbeitung letaler Krankheitsverläufe, in: Burkhard Madea, Ulrich J[ ] Winter, Martin Schwonzen et al. (Hrsg.), Innere Medizin und Recht. Konfrontation – Kommunikation – Kooperation, Berlin 1996, S. 306-310
17. Elias (1982): Norbert Elias, Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt a. M. 1982 (= Bibliothek Suhrkamp, 772)
18. Fluri/Gebbers (2002): S[ ] Fluri, Jan-Olaf Gebbers, Glanz, Sinn (und Elend?) der Autopsie, Schweizerisches Medizin-Forum 4 (2002), S. 79-83
19. Glaeser (1959): J[] Glaeser, Das Leichenschauwesen in der Bundesrepublik, Deutsches Ärzteblatt 56 (1959), S. 731-733
20. Groß (2002): Dominik Groß, Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau in historischer und ethischer Sicht, Würzburg 2002

21. Händel (1968): Konrad Händel, Leichenschau und gerichtliche Leichenöffnung aus der Sicht der Rechtspflege, Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 62 (1968), S. 80-83
22. Hoess/Moll/Krause (2007): Claus Hoess, Carlo Moll, Martin Krause, Die Autopsie: anachronistischer Zopf oder vernachlässigte Qualitätskontrolle? Erfahrungen aus einem Kantonsspital, Schweizerisches Medizin-Forum 7 (2007), S. 278-283
23. Hoffmann (1950/51): H[ ] R[ ] Hoffmann, Die klinische Leichenöffnung als rechtliche und ärztlich-ethische Frage, Der Öffentliche Gesundheitsdienst 12 (1950/51), S. 20-29
24. Imhof (1988): Arthur E. Imhof, Die Lebenszeit. Vom aufgeschobenen Tod und von der Kunst des Lebens, München 1988
25. von Ingelheim (1981): Franz-Anselm Graf von Ingelheim, genannt Echter von und zu Mespelbrunn, Zur geschichtlichen Entwicklung der ärztlichen Leichenschaubestimmungen in Deutschland, Med. Diss. Marburg 1981
26. Jansen (1991): H[ ] H[ ] Jansen, Nutzen der klinischen Sektion für den medizinischen Fortschritt – relativ zur Zahl – aus Sicht des Pathologen. Medizinrecht 5 (1991), S. 246 f.
27. Kirch/Schafii (1994): W[ ] Kirch, C[ ] Schafii, Reflections on misdiagnosis. Journal of Internal Medicine 235 (1994), p. 399-404
28. Leithoff et al. (1985): Horst Leithoff, R[ ] Endris, J[ ] Klaiber, Und noch einmal – Leichenschau und Todesursachen, Beiträge zur gerichtlichen Medizin 43 (1985), S. 49-53
29. Lemke et al. (1997), Michael Lemke et al., Heidelberger Kommentar zur Strafprozeßordnung, Heidelberg 1997, S. 238-242
30. Lugli et al. (1999): Alessandro Lugli, M[ ] Anabitare, J[ ] H[ ] Beer, Effect of simple interventions on necropsy rate when active informed consent is required, The Lancet 354 (1999), p. 1391
31. Madea (1995): Burkhard Madea, Aufgaben und Bedeutung der Leichenschau, Fortschritte der Medizin 113 (1985), S. 189-191, 227-229, 247-249, 265 f.
32. Mattern (2000): Rainer Mattern, Untersuchungen an Leichen, in: Hans Konrat Wellmer, Gisela Bockenheimer-Lucius (Hrsg.), Zum Umgang mit der Leiche in der Medizin, Lübeck 2000, S. 143-152
33. McPhee (1996): S[ ] J[ ] McPhee, Maximizing the benefits of autopsy for clinicians and families. What needs to be done, Archives of Pathology and Laboratory Medicine 120 (1996), p. 743-748
34. Modelmog/Rahlenbeck/Trichopoulos (1992): Dieter Modelmog, Sibylle Rahlenbeck, Dimitrios Trichopoulos, Accuracy of death certificates: a population based, complete-coverage, one-year autopsy study in East Germany, Cancer Causes & Control 3 (1992), 6, p. 541-546
35. Modelmog (1993): Dieter Modelmog, Todesursachen sowie Häufigkeit pathologisch-anatomischer Befundkomplexe und Diagnosen einer mittelgroßen Stadt bei fast 100-prozentiger Obduktionsquote: eine Obduktionsanalyse unter Einbeziehung histologischer Untersuchungen zum gegenwärtigen Stellenwert der Patholo-

gie (Görlitzer Studie 1986/87), Egelsbach 1993 (= Deutsche Hochschulschriften, 491)
36. Mohr (1981): H[ ] J[ ] Mohr, Medizinische und legislatorische Probleme der inneren Leichenschau, Der Pathologe 2 (1981), S. 134-143
37. Oehmichen et al. (1991): Manfred Oehmichen, W[ ] Klose, R[ ] Wegener (Hrsg.), Rechtsmedizin in Deutschland – Ost und West, Lübeck 1991
38. Patschek (1938): M[ ] Patschek, Die Entwicklung der Leichenschau in Deutschland, Med. Diss. Marburg 1938
39. Pellegrino (1996): Edmund D. Pellegrino, Some ethical reflections on the obligation of pathologists, hospitals, families and society, Archives of Pathology and Laboratory Medicine 120 (1996), p. 739-742
40. Post/Schulze-Wartenhorst (1979): C[ ] Post, H[ ] Schulze-Wartenhorst, Klinisch nicht erkannte Tuberkulosen im Obduktionsgut, Deutsche Medizinische Wochenschrift 104 (1979), S. 461-466
41. Prüll (1998): Cay-Rüdiger Prüll, Die Sektion in Ländern mit erforderlicher Zustimmung Hinterbliebener: Das Beispiel Deutschland, in: Norbert Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 584-595
42. Putz (1999): R[ ] V[ ] Putz, Der Leichnam in der Anatomie. Zeitschrift für medizinische Ethik 45 (1999), S. 27-32
43. Rosenbaum et al. (2000): Glen E. Rosenbaum, Jeffrey Burns, Judy Johnson et al., Autopsy consent practice at US teaching hospitals: results of a national survey, Archives of Internal Medicine 160 (2000), 3, p. 374-380
44. Sanner (1994): Margareta Sanner, Attitudes towards organ donation and transplantation. A model for understanding reactions to medical procedures after death, Social Science & Medicine 38 (1994), p. 1141-1152,
45. Schmidt (1983): S[ ] Schmidt, Consent for autopsies, The Journal of the American Medical Association 250 (1983), p. 1161-1164
46. Schneider (1984): Gisela Schneider, Über den Anblick des eröffneten Leichnams, in: Rolf Winau, Hans Peter Rosemeier (Hrsg.), Tod und Sterben, Berlin, New York 1984, S. 188-201
47. Schockenhoff (1997): Eberhard Schockenhoff, Vom Leben vor und nach dem Tod. Wie reagiert die Theologie auf die Herausforderungen von Naturwissenschaft und Medizin?, in: Mechthild Blum, Thomas Nesseler (Hrsg.), Tabu Tod, Freiburg i. Br. 1997, S. 69-85
48. Seeliger/Gebhard (1978): H[ ] P[ ] Seeliger, W[ ] Gebhard, Die Tuberkulose als Todesursache im klinischen Obduktionsgut. Die Medizinische Welt 29 (1978), S. 384-391
49. Spann (1987): W[ ] Spann, Der Ermittler als Anwalt des Verstorbenen. Leichenschau und polizeiliche Nachforschungen, Kriminalistik 41 (1987), S. 586-588 und 606-608
50. Stosiek (2002): Peter Stosiek, Aktuelle Bedeutung der klinischen Autopsie, Ärzteblatt Sachsen (2002), 2, S. 52-55

51. Tag (2002): Brigitte Tag, Anatomie im Museum, Deutsches Ärzteblatt 99 (2002), S. A1001-A2004
52. Teige/Gerlach (1975): K[ ] Teige, D[ ] Gerlach, ‚Scheintod' oder nur auf dem Schein tot?, Die Medizinische Welt 49 (1975), S. 167-169
53. Waider/Madea (1988): H[ ] Waider, Burkhard Madea, Zur ärztlichen und rechtlichen Problematik bei mehrfacher Todesbescheinigung, Archiv für Kriminologie 190 (1988), S. 176-182
54. Walter (1971): Roland Walter, Die Leichenschau und das Sektionswesen. Grundzüge der Entwicklung von ihren Anfängen bis zu den Bemühungen um eine einheitliche Gesetzgebung, Med. Diss. Düsseldorf 1971
55. Webster et al (1989): James R. Webster, Daniel Derman, Jeffrey Kopin et al., Obtaining permission for an autopsy: Its importance for patients and physicians, The American Journal of Medicine 86 (1989), p. 325-326
56. Weiher (2000): E[ ] Weiher, Auf ein Wort. Der Umgang mit dem Leichnam in der Anatomie. Für ein umfassendes Lernen in der Mediziner-Ausbildung, Zeitschrift für medizinische Ethik 46 (2000), S. 37-43

C. Rechtliche Aspekte

Rechtliche Aspekte im Umgang mit dem toten Körper. Eine thematische Einführung

Brigitte Tag

1. Einleitung

Der zulässige Umgang mit dem Tod und dem toten menschlichen Körper ist unter vielen Aspekten ein hochspannendes, komplexes Thema. Die aktuelle Debatte um die Zulässigkeit und Grenzen von Patientenverfügungen am Lebensende[1] zeigt, dass die Gesellschaft begonnen hat, das Tabuthema Selbstbestimmung und Tod aufzuarbeiten und bereit ist, in ethisch schwierigen Grenzgebieten verbindliche Regelungen zu schaffen. Aber auch das Gewebegesetz in der Fassung vom 20. Juli 2007 hat für den Bereich der postmortalen Gewebespende die bereits abklingende Diskussion um den Stellenwert der Autonomie des Menschen wieder angefacht. Der Vorstoß des Nationalen Ethikrates, im Rahmen der postmortalen Organ- und Gewebeentnahme die bisherige erweiterte Zustimmungslösung durch eine in Richtung einer Widerspruchslösung gehende Stufenlösung zu ersetzen,[2] belebte die Diskussion.[3] Sie führte der Bevölkerung sowie der Politik deutlich vor Augen, dass das Organspendeaufkommen in Deutschland zu gering ist und daher geeignete Maßnahmen ergriffen werden müssen, um mehr Menschenleben zu retten. In der mit Verve geführten Diskussion konnte sich der auf dem Solidaritätsprinzip beruhende, von vielen als zu weitgehend bewertete Vorschlag[4] des Nationalen Ethikrates nicht gegen das von der Bevölkerung und der Politik vehement verteidigte Autonomieprinzip durchsetzen.

Die Gründe hierfür sind vielfältig. Auf der emotionalen Ebene ist von Bedeutung, dass der Tod mit seinen harschen Konsequenzen mit tiefen Einschnitten in das Leben aller Beteiligten verbunden ist. Vielfach wird es daher als eine Selbstverständlichkeit und Frage des Anstandes empfunden, dass die Leiche als nach und nach zerfallender Rückstand der ehemaligen Person stellvertretend für diese sittlich und schicklich behandelt wird. Eingriffe in die Leiche sind für viele Menschen daher nur dann zu tolerieren, wenn sie dem Verstorbenen einen letzten Dienst erweisen. Sei es, um die expliziten Verfügungen von Todes wegen auftragsgemäß zu erfüllen, sei es, um sonst im Sinne des Verstorbenen die letzten Handlungen in Bezug auf den toten Körper vorzunehmen. In der Beachtung des Willens des Verstorbenen wird dem ehemaligen Personsein über den Tod hinaus Raum gewährt. Hierbei finden die früheren Werte des Verstorbenen ebenso Berücksichtigung wie sein kultureller Hintergrund. Von großer Bedeutung

---

[1] BMJ (2004); Enquete-Kommission (2004), S. 12; Lipp (2005), S. 23; Taupitz (2000), A 28 ff.; Verrel (2006); Duttge (2005), S. 171 ff.

[2] Nationaler Ethikrat (2007), S. 25 ff.

[3] Z. B. Siegmund-Schultze (2007); Drieschner (2007); Leicht (2007).

[4] Driescher (2007): „Eine Organspende ist aber nicht Ausdruck von Mildtätigkeit; viel eher ist sie ein in Naturalien zu entrichtender Versicherungsbeitrag."

sind zudem die Religionszugehörigkeit und die sonstige, das familiäre bzw. soziale Nahfeld prägende Weltanschauung.

Neben diesen primär personenbezogenen Aspekten gewinnt jedoch ein weiterer Umstand zunehmend an Bedeutung. Es mag für viele immer noch befremdend, ggf. sogar schamlos klingen, wenn die Leiche als Schatz des 21. Jahrhunderts bezeichnet wird. Und doch offenbart sich hier eine bedeutsame Entwicklung. Sie beruht weniger auf der körperlichen Wahrnehmung und Öffnung der Leiche im Rahmen von anatomischen, klinischen oder rechtsmedizinischen Sektionen[5] als vielmehr auf ihrer vielfältigen Nutzung durch Wissenschaft, Forschung und Industrie. Aufgearbeitetes Gewebe hat zudem seinen Marktpreis. Nach den Recherchen der amerikanischen Autorin *Annie Cheney* in dem Buch „*Body Brokers*",[6] kann mit den verwertbaren Leichenteilen eines ehemals gesunden Menschen bis zu 100.000 Dollar an Veräußerungserlös erzielt werden. Damit stellen sich unausweichlich zahlreiche Fragen: Ist die Leiche nun doch und entgegen der häufig anzutreffenden Aussagen kommerzialisiert?[7] Wenn ja, wem gehört dieser Erlös? Den verarbeitenden Unternehmen, denjenigen, die die Leichen(teile) besorgen, den Hinterbliebenen bzw. Erben des Verstorbenen oder allen gemeinsam? Ist es überhaupt zulässig, die Leiche zu verarbeiten? Nach welchen Rechtsregeln geschieht dies? Wer bestimmt über die einzuhaltenden Grundsätze? Und gelten diese Grundsätze national bzw. über die Landesgrenzen hinweg? Neben der Verarbeitung der Leiche ergibt sich eine weitere Nutzung durch Zurschaustellung, sei es in herkömmlichen anatomischen Museen oder im Rahmen von Plastinationsausstellungen.[8] Auch in diesem Kontext sind kontroverse Positionen gegeneinander abzustecken und der richtige Umgang mit konservierten bzw. plastinierten Leichen auszuloten.[9]

2. Derzeitige gesetzliche Reglungen zum Umgang mit der Leiche

2.1 Kernstrafrecht

Wenden wir uns auf der Suche nach den Antworten zunächst dem Strafrecht zu. Denn seine Aufgabe ist es, als so genanntes ethisches Minimum die wichtigsten Rechtsgüter der Gesellschaft vor nicht tolerierbaren Eingriffen zu schützen und als schärfste Waffe des Staates gegen die Nichteinhaltung der Ge- bzw. Verbote einzuschreiten. Die Hoffnung oder Befürchtung, im Kernstrafrecht einen umfassenden bzw. angemessenen Schutz des toten menschlichen Körpers anzutreffen, realisiert sich jedoch nicht. Zwar existieren einige Straftatbestände, die festlegen, wann ein spezieller Umgang mit der Leiche unzulässig ist. Der gebotene Schutzumfang ist jedoch, die nachfolgenden Ausführungen werden hierzu Hinweise geben, marginal.

---

[5] Bundesärztekammer (2005).
[6] Cheney (2007).
[7] So z. B. Bündnis 90/DIE GRÜNEN, Pressemitteilung zum Gewebegesetz Nr. 0607 vom 25.05.2007.
[8] Näher Tag (1998).
[9] AK „Menschliche Präparate" (2003); VGH München, Beschl. v. 21.2.2003 – 4 CS 03.462, NJW 2003, S. 1618.

Primär zu erwähnen sind die Straftatbestände § 167a StGB, Störung einer Bestattungsfeier, § 168 StGB, Störung der Totenruhe, § 189 StGB, Verunglimpfung des Andenkens Verstorbener. Zusätzlich entfalten im Einzelfall noch weitere Tatbestände Relevanz: So z. B. § 211 StGB, Mord, insbesondere zur Befriedigung des Geschlechtstriebes durch nekrophile Handlungen, aber auch Eigentums- und Vermögensdelikte, §§ 242 bzw. 246 StGB, Diebstahl bzw. Unterschlagung von Leichen(-teilen). Betrachtet man die Verurteilungszahlen zu §§ 167a, 168 StGB, ist deren kriminalpolitische Bedeutung eher gering: 1998 wurden 53 Personen, 1999 45 Personen, 2000 59 Personen und 2001 43 Personen verurteilt.[10] Die anhaltenden Diskussionen um die ggf. unzulässige Verwendung von Leichen- bzw. Fetalgewebe und jene über die Zulässigkeit und Grenzen von Sektionen sprechen allerdings für eine große gesellschaftliche Relevanz der den Straftatbeständen zugrunde liegenden Lebenssachverhalte. Eine Erklärung für diesen vermeintlichen Widerspruch ergibt sich daraus, dass aufgrund der fragmentarischen Struktur der §§ 167a f. StGB die heute relevanten Fragen nicht wirklich geregelt werden.

Der im Rahmen von rechtsextremistischen Ausschreitungen immer wieder in der Diskussion stehende § 167a StGB schützt die ungestörte Bestattungsfeier und unter diesem Aspekt auch das postmortale Persönlichkeitsrecht des Verstorbenen, das Totensorgerecht der Angehörigen[11] sowie die Pietät.[12] Bestattungsfeier ist jede Veranstaltung, bei der in feierlicher Form von einem Toten Abschied genommen wird, sei es an der Grabstelle, einer sonstigen Beisetzungsstelle oder dem Leichenzug.[13] Aber auch Gedenkfeiern ohne körperliche Anwesenheit der Leiche sind geschützt, soweit hierbei der unmittelbare Bezug zum Abschied von einem Toten besteht, so wenn die Leiche nach einem Unglück, z. B. Tsunami oder dem Anschlag vom 11. September 2001, nicht mehr auffindbar ist. Bestraft wird die vorsätzliche oder absichtliche Störung der bereits begonnenen und noch nicht beendeten Bestattungsfeier, z. B. durch Lärmen, Stinkbomben, „Besetzung" der Kanzel etc.[14] Als abstrakter Strafrahmen ist Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe angedroht.

§ 168 Abs. 1 StGB soll ebenfalls das postmortale Persönlichkeitsrecht,[15] das Totensorgerecht der Angehörigen und deren Pietät sowie – in engen Grenzen – die der Allgemeinheit schützen.[16] Bei öffentlichen Totengedenkstätten, Abs. 2, steht zudem der allgemeine Friedensgedanke im Vordergrund. Das ebenfalls mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe pönalisierte Delikt umfasst vier Tatbestände: die Weg-

---

[10] Stat. Bundesamt, Strafverfolgung, vollständiger Nachweis der jeweiligen Jahre.

[11] HK-Tag (2007), § 167a Rn. 2.

[12] Leipziger Kommentar (2005): LK-Dippel, § 167a Rn. 3; auf letzteres beschränkt Lackner/Kühl (2007), § 167a Rn. 1; a.A. Schönke/Schröder (2006), § 167a Rn. 1: Pietätsempfinden.

[13] Schmitz (1982), S. 96.

[14] Näher Leipziger Kommentar (2005): LK-Dippel, StGB, Rn. 13.

[15] Dazu allg. BVerfG v. 24.2.1971 – 1 BvR 435/68 – NJW 1971, 1645, 1647; BVerfG v. 18.1.1994 – 2 BvR 1912/93; BVerfG v. 27.7.1993 – 2 BvR 1553/93; Tag (1998).

[16] Vgl. RG v. 18.9.1906 – v. 416/06 – RGSt 39, 155; OLG München v. 31.5.1976 – 1 Ws 1540/75 – NJW 1976, 1805 m. Anm. Linck, S. 2310; BGH v. 22.4.2005 – 2 StR 310/04 – NJW 2005, 1876, 1878 („Kannibalenfall").

nahme des Körpers oder von Teilen eines toten Menschen, einer toten Leibesfrucht oder Teilen davon, oder der beschimpfende Unfug daran in Abs. 1, die Zerstörung oder Beschädigung von Aufbahrungs-, Beisetzungs- oder öffentlichen Totengedenkstätten oder der beschimpfende Unfug dort in Abs. 2.

Bei flüchtiger Betrachtung scheint § 168 StGB umfassend zu sein. Erst bei genauer Analyse zeigt sich, dass der durch § 168 StGB entfaltete Schutz sterblicher Überreste von Menschen bzw. Föten wiederum sehr fragmentarisch ist und den Entwicklungen der heutigen Zeit kaum mehr standhält.[17] Angriffsobjekte des Abs. 1 sind der Körper oder Teile des Körpers eines verstorbenen Menschen, eine tote Leibesfrucht, Teile einer solchen oder die Asche eines verstorbenen Menschen. Von einem toten menschlichen Körper wird so lange gesprochen, solange sich der körperliche Zusammenhang nicht gänzlich aufgelöst hat.[18] Tathandlung von Abs. 1 1. Alt. ist die unbefugte Wegnahme aus dem Gewahrsam des Berechtigten. Im Hinblick auf den toten Körper und die Teile davon sind diejenigen berechtigt, denen das Totensorgerecht zusteht. Dies können die Angehörigen sein, aber auch sonstige Personen, die dem Verstorbenen offenkundig nahegestanden haben. Das Totensorgerecht kann aber auch den Krankenhäusern oder Pflegeinrichtungen obliegen, in denen der Tod eingetreten ist.[19]

Die Tathandlung der Wegnahme bedeutet die bloße Entziehung der tatsächlichen Obhut[20] über die Leiche bzw. toten Leibesfrucht ohne oder gegen den Willen des Gewahrsaminhabers. Hierbei ist zu beachten, dass allein das Totensorgerecht der Angehörigen nicht genügt, um ein solches Obhutsverhältnis zu begründen. Ist den Angehörigen z. B. der Todesfall oder der Aufenthaltsort der Leiche nicht bekannt, haben sie daran keinen Gewahrsam. Aber auch wenn der Tod im Krankenhaus oder im Pflegeheim eintritt, besteht zumindest so lange Gewahrsam der Anstaltsleitung, bis die Angehörigen Mitteilung erhalten, die Leiche könne abgeholt werden.[21] Damit eröffnet sich eine spürbare und nicht zeitgemäße Schutzlücke. Denn die postmortale Entfernung von Gewebe, Organen oder die Weggabe von toten Föten[22] von Seiten der Einrichtung, in deren Obhut sich die Leiche etc. befindet, wird regelmäßig nicht durch § 168 StGB erfasst – obgleich sie vom Laien als gravierender unbefugter Eingriff verstanden werden. Aber auch die Straftatbestände des Diebstahls, § 242 StGB, oder der Unterschlagung, § 246 StGB, kommen nicht in Betracht. Diese das Eigentum schützenden Straftatbestände sind u. a. deswegen nicht anwendbar, weil es sich bei den Leichen zwar um Sachen handelt, sie aber anders als im Tatbestand vorausgesetzt herkömmlicherweise nicht im fremden Eigentum stehen, sondern herrenlos sind.

---

[17] Reformvorschläge zu § 168 finden sich bei Stellpflug (1996), S. 152; Müller (1996), S. 90; Rixen (1999), S. 374.

[18] Gaedke/Diefenbach (2000), S. 119.

[19] Zum Krankenhaus vgl. OLG München v. 31.5.1976 – 1 Ws 1540/75 – NJW 1976, 1805.

[20] BVerfG v. 9.4.2002 – 2 BvR 710/01 – NJW 2002, 2861, 2862; OLG Zweibrücken v. 6.9.1991 – 1 Ws 81/91 – JR 1992, 212 m. Anm. Laubenthal; Leipziger Kommentar (2005): LK-Dippel, StGB, § 168 Rn. 33; für ein normatives Verständnis der Obhut z. B. Stellpflug (1996), S. 17.

[21] KG v. 20.11.1989 – 4 Ws 80/89 – NStZ 1990, 185, str.

[22] BT-Drs. 10/3758, S. 4; 10/6568, S. 3.

Neben der unbefugten Wegnahme kennt § 168 Abs. 1 2. Alt. StGB die Tathandlung des Verübens beschimpfenden Unfugs am Körper oder an Teilen des Körpers eines verstorbenen Menschen etc. Es kommt nicht darauf an, wo sich der tote Körper etc. befindet, ist er aber bestattet, gilt § 168 Abs. 2 StGB. Der vom Bundesgerichtshof entschiedene Kannibalenfall gab Gelegenheit, die Tathandlung näher zu präzisieren. Sie ist durch einen besonders pietätlosen, höhnenden oder herabsetzenden Umgang[23] mit dem Körper gekennzeichnet, der Miss- bzw. Verachtung zum Ausdruck bringt und in unmittelbarem Bezug und in unmittelbarer Nähe zur Leiche begangen wird.[24] Leichensektionen oder wissenschaftlichen Zwecken dienende Leichenversuche sind hierunter im Regelfall nicht zu subsumieren, entscheidend sind aber die konkreten Umstände des Einzelfalles.

Die weitere drängende Frage, unter welchen Voraussetzungen Gewebe, das legal, z. B. im Rahmen einer rechtsmedizinischen Sektion gemäß § 87 StPO, entnommen wurde, für Forschungs- oder sonstige Zwecke aufbewahrt und weiterverwendet werden darf, findet in § 168 StGB keine Antwort. Um hier den Betroffenen, aber auch der Gesellschaft insgesamt Rechtssicherheit zu bieten, bedarf es einer den geänderten Verhältnissen angepassten Reform von § 168 StGB.[25] Die durch einige Sektionsgesetze der Länder eingeführten Bußgeldtatbestände, wenn gegen den Willen des Verstorbenen oder trotz Widerspruchs der Angehörigen ärztliche Sektionen durchgeführt werden, sind ein Anfang, vermögen aber nicht eine bundeseinheitliche sanktionsbewehrte Regelung zu ersetzen.

§ 168 Abs. 2 StGB schützt Beisetzungs-, Aufbahrungs- und öffentliche Totengedenkstätten. Aufbahrungsstätten dienen dazu, den toten Körper bis zu seiner Beisetzung aufzubahren und damit Abschied von ihm zu ermöglichen, wie z. B. Leichenhallen.[26] Die bloße Aufbewahrung des toten Körpers, z. B. in der Anatomie, ist keine Aufbahrung im Sinne von § 168 Abs. 2 StGB. Unter Beisetzungsstätte wird die gesamte, der Ruhe des toten Körpers und dem Andenken eines Verstorbenen dienende Stätte, einschließlich Sarg und Leiche,[27] verstanden, prähistorische Gräber werden aber aufgrund der ausgelaufenen Pietätsbindung nicht mehr geschützt. Öffentliche Totengedenkstätten sind öffentlich zugängliche Erinnerungsstätten für einzelne oder unbestimmt viele Tote, wie z. B. die Gedenktafel in Buchenwald,[28] aber auch besondere Bauwerke. Unter Strafe gestellt ist hier das vorsätzliche Zerstören bzw. Beschädigen der genannten Objekte bzw. das dort[29] begangene Verüben beschimpfenden Unfugs.

§ 189 StGB ergänzt den nach § 168 StGB gebotenen lückenhaften Schutz der Leiche durch den vor Verunglimpfung des Andenkens Verstorbener. Denn nach dem Tode bleibt ein Bild des Verstorbenen im Andenken, das durch besonders schwere

---

[23] BGH v. 22.4.2005 – 2 StR 310/04 – NJW 2005, 1876, 1878 „Kannibalenfall".
[24] Leipziger Kommentar (2005): LK-Dippel, StGB, § 168 Rn. 48 m.w.N.
[25] Kritisch Stellpflug (1996), S. 17.
[26] BT-Drs. 13/8587, S. 23.
[27] BGH v. 17.3.1994 – X ZR 80/92 – NJW 1994, 2613.
[28] BT-Drs. 13/8587, S. 23, 31.
[29] Dazu BT-Drs. 13/9064, S. 10.

Kränkung nachträglich in schlechtem Licht erscheinen kann. Die Tat ist ein Äußerungsdelikt, so dass bloße Tätlichkeiten gegen oder sonstige Eingriffe in die Leiche nicht § 189 StGB unterfallen.[30]

2.2 Nebenstrafrecht

Wendet sich der Blick vom Kernstrafrecht zum so genannten Nebenstrafrecht, ist schnell zu erkennen, dass hier einige bedeutsame Regelungen zum Umgang mit der Leiche verortet sind. Im Zentrum steht das am 24.05.2007 verabschiedete Gewebegesetz, durch welches das bisherige Transplantationsgesetz (TPG) modifiziert wurde und das der Umsetzung der EG-Geweberichtlinie ABl. EU Nr. L 102 S. 48 vom 07.04.2004 dient.[31] Das als Mantelgesetz gestaltete Gewebegesetz regelt wie bisher das TPG u. a. die postmortale Organspende, darüber hinaus aber auch die postmortale Spende von embryonalen und fötalen Organen und Gewebe und stellt die Missachtung der Vorgaben unter Strafe, vgl. Art. 1 § 19 Abs. 2 Gewebegesetz. Sein Anwendungsbereich ist beschränkt auf die Spende und die Entnahme von menschlichen Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertragung sowie auf die Übertragung der Organe oder der Gewebe einschließlich der Vorbereitung dieser Maßnahmen.[32]

Kurz vor Verabschiedung des Gewebegesetzes ist der bereits in den 1990er Jahren zum Teil erbittert geführte Streit um den Stellenwert der Autonomie des toten Organspenders neu entbrannt. Unter Hinweis auf das zu geringe Spendeaufkommen wurde von Seiten des Nationalen Ethikrates gefordert, eine Kombination von Erklärungs- und Widerspruchslösung an die Stelle der bisher geltenden erweiterten Zustimmungslösung zu setzen.

Es ist in einer gelebten Demokratie von großer Bedeutung, bei Verabschiedung eines Gesetzes, das wie das Gewebegesetz über Leben und Tod entscheidet, alle denkbaren Lösungsmöglichkeiten zu diskutieren und die Vor- und Nachteile gegeneinander abzuwägen. Und es ist keineswegs unschicklich, ungewöhnliche Position zu vertreten, um den vorhandenen Handlungsspielraum auszuloten. Es gilt aber zu bedenken: Die Stufenlösung hätte das bisherige gesetzliche Schutzniveau der postmortalen Verfügungsbefugnis abgesenkt und ein paternalistisches Zeichen der Begrenzung gesetzt, auch für die Autonomie des lebenden Menschen. Denn die fehlende Einsicht in die Notwendigkeit der Organspende hätte dazu geführt, dass jeder künftig gezwungen worden wäre, sich entweder aktiv mit der Frage der Organspende auseinander zu setzen oder mangels entgegenstehender Äußerung als Organspender zu fungieren. Dass es aber ggf. gute Gründe gibt, das Recht auf Nichtwissen bzw. Nichtentscheidung für sich in Anspruch zu nehmen, ohne zugleich mit dem eigenen Körper sozialpflichtig zu werden, wurde zu wenig gewürdigt. Das Positive an dieser Diskussion ist, dass jeder Einzelne aufgerufen wurde, sich freiwillig und ohne Zwang mit der überlebenswichtigen Frage der Organspende auseinander zu setzen. Es bleibt zu hoffen, dass als

---

[30] Kindhäuser/Neumann/Paeffgen (2005), NK-Zaczyk, § 189 Rn. 5.

[31] BGBL I, 1574; zum Gesetzesentwurf vgl. BR-Drs. 543/06; BT-Drs. 16/3146.

[32] Vgl. BT-Drs. 16/5443, S. 94.

Folgewirkung der für viele überraschend neu entfachten Diskussion nicht die Vorbehalte der Bevölkerung gegen die Organentnahme gestärkt wurden, sondern ganz im Gegenteil die Spendenbereitschaft aus freier Überzeugung erhöht wird.

Neben der Wahrung der Autonomie im Wege der erweiterten Zustimmungslösung ist Voraussetzung der Zulässigkeit der postmortalen Organentnahme der Tod des Spenders. Denn Handlungen nach diesem Zeitpunkt gelten der Leiche. Dass das Sterben nach unseren medizinisch-technischen Erkenntnissen von einem bestimmten Zeitpunkt an ein unumkehrbarer, nach den einzelnen Gewebsarten sich unterschiedlich schnell vollziehender biologischer Prozess ist, ist den meisten ebenso bekannt wie der Umstand, dass der Tod ein konkretes Ereignis innerhalb dieses Gesamtgeschehens darstellt.[33] Die Rechtsprechung hat die Verfassungsmäßigkeit des Hirntodkonzepts in mehreren Entscheiden bestätigt, das Gewebegesetz hat in Art. 1 § 3 hieran festgehalten. Danach ist der Mensch tot, wenn die Funktionen seines Hirns einschließlich des Hirnstamms irreversibel ausgefallen sind. Im Unterschied zum Herztod ist beim Gesamthirntod maßgebend, dass die Gesamtfunktionen des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms irreversibel erloschen sind.[34] Trotz des scheinbar breiten Konsenses ist der Dialog um das maßgebliche Todeskriterium nicht abgeschlossen.[35] Die klinischen Zeichen des Gesamthirntodes werden international unterschiedlich gedeutet,[36] was dazu führt, dass unter dem Zeichen des Gesamthirntodes in den verschiedenen Ländern der Tod unterschiedlich schnell eintritt. Die hiermit verbundene Definitionsmacht spiegelt sich in der Festlegung der Hirntodkriterien wieder. In Deutschland regelt Art. 1 § 16 Gewebegesetz, dass die Bundesärztekammer in einer Richtlinie den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zur Feststellung des Todes nach Art. 1 § 3 Abs. 1 Nr. 2 Gewebegesetz und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Art. 1 § 3 Abs. 2 Nr. 2 Gewebegesetz festlegt. Die mit dieser Delegation geschaffene Flexibilität ist für die Praxis hilfreich, da die Feststellung, dass es am Hirntod nichts zu rütteln gäbe, nicht in Stein gemeißelt ist, sondern neuen Erkenntnissen offen steht.[37] Im Hinblick auf die internationale Verteilung der Spenderorgane ist daran zu erinnern, dass es ethisch kaum vertretbar ist, Organe aus dem Ausland zu implantieren, wenn sie zu einem Zeitpunkt entnommen wurden, zu dem der Spender nach den Hirntodkriterien des eigenen Landes noch nicht tot gewesen ist.

2.3 Zivilrecht

Die bisherigen Ausführungen zum Umgang mit dem toten Körper werfen an unterschiedlichen Stellen die Frage nach der Klärung der Rechtsnatur der Leiche bzw. des postmortal entnommenen Gewebes und der Zellen auf. Hierzu finden sich keine expli-

---

[33] Joecks/Miebach (2003); Joecks/Miebach (2007): MüKo-Tag (2007), § 3 Rn. 11 TPG.

[34] Näher Bundesärztekammer (1993), S. B2177; Bundesärztekammer (2001).

[35] Zur Ansicht, dass Hirntote sterbende, d. h. lebende Menschen sind, vgl. Höfling (1998), S. 87; Rixen (1999), S. 292.

[36] Näher Schmiedek/Pohlmann-Eden (1998).

[37] Hirntote als sterbende Menschen begreift z. B. Spittler (1997), S. 747.

ziten Regelungen, so dass die Antwort mit Hilfe der allgemeinen Bestimmungen gefunden werden muss. Obgleich bis heute im Schrifttum umstritten, ist es gerade mit Blick auf die erweiterte Zustimmungslösung bei der postmortalen Organspende unumgänglich, die Leiche als Bezugsobjekt von Rechten und Pflichten, mithin als Sache im Sinne von § 90 BGB zu qualifizieren.[38] Denn hat der Verstorbene zu Lebzeiten keine Entscheidung getroffen, können die Angehörigen unter Beachtung des mutmaßlichen Willens des Verstorbenen in die Organspende einwilligen. Die Leiche ist daher zum Verfügungsobjekt geworden. Für die Sachqualität des toten Körpers und seine Verkehrsfähigkeit streitet zudem die breite Palette der Nutzung,[39] sei es durch die Verarbeitung und Aufbereitung von postmortal entnommenem Gewebe oder durch das Herstellen und Veräußern von konservierten Leichenteilen als Anschauungsobjekt im Rahmen anatomischer Sammlungen. Das Handelsverbot, wie es prominent im Gewebegesetz strafbewehrt wurde und als Kommerzialisierungsverbot in etlichen europarechtlichen Richtlinien und internationalen Abkommen über die Weiterverarbeitung von menschlichem Gewebe und Zellen geregelt ist, unterstreicht geradezu, dass der menschliche Körper und Teile davon seit langem Gegenstand des Handels sind.

Die Frage, ob der tote Körper eigentumsfähig ist, muss bei der Rechtsnatur des lebenden menschlichen Körpers ansetzen. Da er aufgrund der personenrechtlichen Prägung, der Einheit von Körper, Seele und Geist gerade keine Sache war,[40] stand er auch nicht im Eigentum des ehemaligen Menschen und gehört damit bei Eintritt des Todes nicht zum Nachlass.[41] Das hat zur Folge, dass die Leiche im Regelfall herrenlos ist. Dennoch kann auch an ihr Eigentum begründet werden. Und zwar aufgrund einer Spendeverfügung, einer behördlichen Bewilligung oder Anordnung oder entsprechend den zivilrechtlichen Grundsätzen der Verarbeitung.[42] Die in diesem Kontext immer wieder anzutreffende Ansicht, postmortal entnommenes Gewebe und der tote Körper an sich seien res extra commercium, vermag nicht zu überzeugen.[43] Und dennoch: das damit verbundene zentrale Anliegen, der Schutz der Menschenwürde und des postmortalen Persönlichkeitsrechtes, ist wichtig und muss bei der Bestimmung der Schranken des Eigentumsrechtes Berücksichtigung finden. Denn das ehemalige Menschsein setzt

---

[38] Tag (1998), S. 387; zur Leiche als res extra commercium: Madea (2006), S. 21. Die Objektsqualität zeigt sich u. a. dem Erbrecht, § 1922 BGB, wonach mit dem Tode einer Person deren Vermögen als Ganzes auf die Erben übergeht.

[39] Näher Wetz/Tag (2001), S. 143 und 153 ff.

[40] Tag (2000), S. 102 ff.

[41] Kindhäuser/Neumann/Paeffgen (2005): NK-Kindhäuser, § 242 Rn. 26.

[42] Vgl. Keller (2007).

[43] Weder die geltenden Bestattungs- und Sektionsgesetze noch das StGB, das BGB und die europäischen Richtlinien entziehen menschliches Gewebe zwingend und ausnahmslos dem Rechtsverkehr. Die Anatomieleichen und Präparate sind prominente Beispiele der Bandbreite zulässiger Nutzung von postmortal entnommenem Gewebe. Rechtstatsächlich zeigt sich dies an der vielfältigen, von der Gesellschaft zumindest tolerierten Nutzung der Leiche, so z. B. Organentnahme, Herstellen von Fertigarzneimitteln, vgl. BT-Drs. 13/4355, S. 40, Kosmetika aus Körpersubstanzen, Verwendung in der wissenschaftlichen und industriellen Forschung, vgl. Landtag Baden-Württemberg, Drs. 11/2978 v. 24.11.1993.

der beliebigen Nutzung der Leiche Grenzen. Ihre persönlichkeitsrechtliche Vergangenheit überdauert zumindest eine gewisse Zeit das Zerbrechen von Person und Körper, so dass bei einer Weiterverwendung der Leiche der Respekt vor dem ehemals lebenden Menschen und dem Menschen im Allgemeinen zu wahren ist. Der lebende Mensch und der tote Körper dürfen nicht zum bloßen Objekt kommerzieller oder auch Forschungsinteressen degradiert werden.[44]

Zu Recht hat der Bundesgerichtshof darauf hingewiesen, dass menschliches Gewebe nicht zu beliebigen Zwecken weiterverarbeitet und verwendet werden darf.[45] Diese Grundaussage hat weit über den entschiedenen Fall hinaus Bedeutung für die Grenzen der Selbstbestimmung über den eigenen Körper und den Umgang mit der Leiche. Denn neben Aufklärung und Einwilligung des Spenders bezüglich Entnahme und Weiterverwendung der Substanzen sind zudem die Vorgaben der verfassungsmäßigen Ordnung zu beachten. Hierzu zählt neben den Mindestanforderungen des Gesundheitsschutzes auch der ethisch korrekte Umgang mit dem Körper und seinen Teilen.

Dennoch bleibt im zulässigen Umgang mit der Leiche vieles offen.[46] Abgesehen vom Strafrecht, Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG, und dem Transplantationsrecht, Art. 74 Abs. 1 Nr. 26 GG, unterfällt der Umgang mit dem toten Körper etc. der Gesetzgebungskompetenz der Länder, so dass hier die Bestattungsgesetze und auch vereinzelt Sektionsgesetze[47] Sonderregelungen enthalten. Wichtige Hilfestellung bieten derzeit die untergesetzlichen Regelungsinstrumente, die überwiegend von medizinischen Fachgesellschaften verabschiedet wurden. In Deutschland sind u. a. die Richtlinien,[48] Empfehlungen und Stellungnahmen[49] der Bundesärztekammer und die der jeweiligen Landesärztekammern zu nennen. Diese Regelwerke sind zwar kein Ersatz für Gesetze im formellen Sinne, zeigen aber die Positionen der in den Themenkreis besonders involvierten Fachkreise im Sinne der erstrebenswerten Mindeststandards auf. Als in Form von Stellungnahmen und Richtlinien gegossenes Expertenwissen leisten sie einen wichtigen Beitrag bei der Auslegung der vorhandenen gesetzlichen Regelungen und geben Hinweise für mögliche künftige Neuregelungen.

3. Kurze Betrachtungen zur klinischen Sektion

3.1 Vorhandene Regelungen

Der Problemkreis, unter welchen Voraussetzungen ein toter Körper obduziert werden darf, ist ebenso fragmentarisch geregelt wie der Umgang mit der Leiche insgesamt. Das

---

[44] Vgl. Art. 1 Abs. 1 GG sowie Art. 21 der Bioethik-Konvention Artikel 21 (Verbot der Erzielung eines finanziellen Gewinns): „Der menschliche Körper und Teile davon dürfen als solche nicht zur Erzielung eines finanziellen Gewinns verwendet werden." Das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin wurde von Deutschland bislang nicht unterzeichnet.

[45] BGH v. 22.4.2005 – 2 StR 310/04 – NJW 2005, 1876, 1878 „Kannibalenfall".

[46] Z. B. Tag (2002).

[47] Bundesärztekammer (2005).

[48] Z. B. Bundesärztekammer (1998).

[49] Z. B. Bundesärztekammer (2005).

der Zuständigkeit der Bundesländer unterfallende Sektionsrecht zeichnet sich, falls überhaupt vorhanden, durch unterschiedliche Regelungsdichte aus.[50] Das hamburgische Sektionsgesetz[51] unterscheidet einerseits die anatomische Sektion, hier wird die Zustimmung des Verstorbenen vorausgesetzt, und andererseits die klinische und rechtsmedizinische Sektion, bei welchen eine Kombination von erweiterter Zustimmungs- und Widerspruchslösung zum Tragen kommt. Letzteres gilt nach dem Berliner Sektionsgesetz für alle Sektionsarten.[52] Die Sektionsrichtlinien der Landesärztekammer Baden-Württemberg[53] bemessen die anatomische Sektion nach der erweiterten Zustimmungslösung, die klinische Sektion hingegen nach einer kombinierten Zustimmungs- und Widerspruchslösung. Demgegenüber sehen das Thüringer Bestattungsgesetz[54] und das Bestattungsgesetz Schleswig-Holsteins für die klinische Sektion die erweiterte Zustimmungslösung und für die anatomische Sektion die enge Zustimmungslösung vor.[55]

3.2 Konzepte

Im Unterschied zu früheren Zeiten ist es heute beinahe unbestritten, dass – abgesehen von der rechtsmedizinischen Sektion – die Sektion im Regelfall an die Beachtung des (mutmaßlichen) Willens des Verstorbenen und subsidiär des Totensorgeberechtigten gebunden ist. Der Stellenwert der Autonomie und des Allgemeininteresses spiegelt sich im Wesentlichen in den bereits zum Transplantations- bzw. Gewebegesetz erörterten Modellen der Widerspruchs-, Erklärungs- und Informationslösung, der engen und erweiterten Zustimmungslösung. Strukturiert man die Modelle, so unterscheiden sie sich primär im Stellenwert, der dem Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen, dem subsidiären Entscheidungsrecht der Totensorgeberechtigten und dem Allgemeininteresse bzw. dem Forscherinteresse eingeräumt wird.

Nach der engen Widerspruchslösung wäre die Sektion zulässig, wenn sie der Verstorbene zu Lebzeiten nicht ausdrücklich verweigert hat.[56] Die Erklärungslösung hingegen verpflichtet zur Abgabe einer Stellungnahme – sei es für oder gegen die Sektion. Fehlt eine derartige Erklärung, sind die Angehörigen zur Entscheidung befugt.[57] Die Informationslösung als Kombination aus Zustimmungs- und Widerspruchslösung geht von der ausdrücklichen Einwilligung des potentiellen Spenders aus. Fehlt eine solche, soll eine Information durch die Ärzte genügen, dass eine Sektion durchgeführt werden soll. Den Angehörigen steht eine angemessene Bedenkzeit zu, wobei sie in der Regel verpflichtet sind, bei ihrer Entscheidung den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zu beachten. Gibt es keine Nahpersonen oder sind sie nicht erreichbar, so besteht so-

---

[50] Z. B. §§ 4, 9, 13 hamburgisches Sektionsgesetz.
[51] Ebd.
[52] §§ 3, 8 Sektionsgesetz Berlin.
[53] ÄWB 4/2003, S. 22 ff.
[54] Vom 19.5.2004, vgl. §§ 8 ff.; 13 f.
[55] § 9 BestattG Schleswig-Holstein.
[56] Zur Transplantation Kühn (1998), S. 125.
[57] Dannecker/Görtz-Leible (1995), S. 189 f.

wohl das Modell, dass eine Sektion unzulässig[58] oder auch zulässig ist.[59] Dagegen stellt die enge Zustimmungslösung allein auf das Vorliegen einer wirksamen Zustimmungserklärung des Verstorbenen ab.[60] Anderenfalls ist eine Sektion unzulässig. Die erweiterte Zustimmungslösung lässt es genügen, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten keine Erklärung abgegeben hat, die Angehörigen aber der Entnahme ausdrücklich zustimmen.[61] Die Erklärung hat unter Beachtung des mutmaßlichen Willens des Verstorbenen zu erfolgen.

3.3 Stellungnahme

Im Einzelnen ergeben sich folgende Überlegungen: Die als Antwort auf die sinkenden Sektionszahlen[62] immer wieder vertretene modifizierte Widerspruchs- oder Stufenlösung[63] ist deutlichen Bedenken ausgesetzt. Im Kontext der bislang kaum vorhandenen Information der Bevölkerung liegt es nahe, dass kaum jemand von seinem Widerspruchsrecht Gebrauch macht. Damit wird in das postmortale Persönlichkeitsrecht und in die Entscheidungsfreiheit des Menschen zu Lebzeiten eingegriffen, der Mensch gerät in Gefahr, zum Objekt der Gesellschaft bzw. der an der Sektion interessierten Fachrichtungen degradiert zu werden.[64] Den nicht vorhandenen Widerspruch als Desinteresse zu deuten, wäre bloße Spekulation, das Recht auf Nichtwissen[65] würde ebenso wie die Teile der positiven und negativen Glaubens- und Gewissensfreiheit außer Kraft gesetzt.[66] Diese Rechtsposition wirkt über den Tod hinaus in das Toten- und Bestattungsrecht.[67] Zudem stehen nicht alle Religions- und Weltanschauungsgemeinschaften Sektionen offen gegenüber und tolerieren sie unter engen Auflagen nur, wenn sie aus zwingenden Gründen, so z. B. zur Aufklärung eines Verbrechens, unabdingbar sind. Auch empfinden es viele Angehörige einer solchen Gemeinschaft als Zumutung, Dritten gegenüber im Rahmen eines „Widerspruchs" die persönliche Einstellung zu offenbaren. Wenn aber ein einfaches Gesetz verlangt, sich über die (Nicht-)Einwilligung zu einer Sektion zu erklären,[68] ist dieses nur verfassungsimmanenten Schranken unterliegende Abwehrrecht in seinem Kernbereich gefährdet.

Auch der Umkehrschluss von der Unzulässigkeit der Widerspruchslösung bei der Transplantation auf die Zulässigkeit bei der Sektion kann nicht überzeugen. Denn die Organtransplantation rettet Menschenleben in einer unmittelbaren Gefahrensituation.

---

[58] Ebd., S. 190 f.

[59] So z. B. § 9 Abs. 2 Schleswig-Holsteinisches Bestattungsgesetz bzgl. der klinischen Sektion, § 13.

[60] Zur Transplantation vgl. Kühn (1998), S. 133.

[61] Ulsenheimer (2003), § 142, Rn. 21; Regelung im derzeitigen Gewebegesetz.

[62] Die sinkenden Zahlen allein auf eine Verweigerung der Bevölkerung zurückführen zu wollen, ist aufgrund der Vielfalt der maßgebenden Gründe nicht überzeugend, vgl. Schwarze/Pawlitschko (2003), S. A2807.

[63] Nationaler Ethikrat (2007), S. 25 ff.

[64] Zum Transplantationsbereich vgl. Kloth (1994), S. 156 f.

[65] BVerfGE, 27, S. 1, 6; 44, S. 197, 203; Schmidt-Didczuhn (1991), S. 264, 266, 268.

[66] BVerfGE, 46, S. 266, 267; 65, S. 1, 39.

[67] Hirsch/Schmidt-Didczuhn (1992), S. 48.

[68] Taupitz (1997), S. 203 ff.

Demgegenüber steht die klinische Sektion nicht (mehr) in einem unmittelbaren Heilkontext. Sie kann zwar der Qualitätssicherung und Epidemiologie wertvolle Hinweise geben, bezweckt aber nur als mittelbares Fernziel die Lebensrettung. Häufiger stehen jedoch die Entwicklung medizinischer Forschung,[69] aber auch sonstige – auch kommerzielle – Zwecke im Vordergrund. Wägt man diese Ziele mit dem Recht auf Selbstbestimmung ab, ergibt sich dennoch keine Notwendigkeit, den toten Körper sozialpflichtig in den Dienst der Allgemeinheit zu stellen.

Darüber hinaus steht die Widerspruchslösung, auch die modifizierte Form in Gestalt der Informationslösung, im Spannungsverhältnis zu den Rechten der Angehörigen. Liegt bei der engen Lösung ein Widerspruch nicht vor, dann sind die Angehörigen als Sachwalter der postmortalen Interessen des Verstorbenen rechtswidrig von einer Entscheidung ausgeschlossen.[70] Die weite Lösung berücksichtigt zwar der Form nach die Rechte der Angehörigen, schließt sie aber faktisch wieder aus, wenn entweder eine ausreichende Information fehlt oder aufgrund der emotional belasteten Situation nur ansatzweise gegeben wird – zum Teil durchaus wohlmeinend, um die Angehörigen zu schonen oder sie von der Entscheidung zu entlasten. Die Informationslösung unterscheidet sich im Hinblick auf die (Nicht-)Beachtung des postmortalen Persönlichkeitsrechtes des Verstorbenen und das Totensorgerecht der Angehörigen kaum von der erweiterten Widerspruchslösung und erfährt daher in gleicher Weise Kritik.[71]

Gegen die Erklärungslösung sprechen im Wesentlichen die gleichen Argumente wie gegen die Widerspruchslösung. Zudem sind Aspekte des Datenschutzes zu beachten. Würde eine Sektionseinwilligung bzw. -ablehnung im Personalausweis vermerkt, wäre diese Information zum einen festgeschrieben, zum anderen einer Vielzahl von Menschen offenbar. Darüber hinaus wird es für den Arzt in der normalerweise kurzen Zeitspanne unmöglich oder unzumutbar sein, den Widerspruch in Erfahrung zu bringen. Dies aber führt unweigerlich zu der konkreten Gefahr, die (postmortalen) Interessen des in die Pflicht Genommenen zu verletzen. Geht man weiterhin davon aus, dass anlässlich von Sektionen Gewebe entnommen, untersucht, verarbeitet und zu mannigfaltigen Forschungszwecken verwendet wird, die hierbei gewonnenen Daten in Datenbanken gespeichert und zwischen solchen übertragen werden, und dabei Rückschlüsse auf die überlebenden Familienangehörigen gezogen werden können, kann es keinem begründeten Zweifel unterliegen, dass hierzu im Regelfall die positive Legitimation der Betroffenen erforderlich ist.[72]

Dem würde die enge Zustimmungslösung am besten Rechnung tragen. Denn die Selbstbestimmung über den Tod hinaus konkretisiert das individuelle Werteverhältnis und somit auch das Verfügungsinteresse am eigenen Körper.[73] Liegt eine wirksame Einwilligung in die Sektion vor, kann sie von Angehörigen nicht widerrufen werden. Dass sich der Gesetzgeber im Rahmen des Gewebegesetzes trotzdem für die erweiterte

---

[69] Kloth (1994), S. 166.
[70] BT-Drs. 8/2681, S. 9.
[71] Voll (1996), S. 297.
[72] Nationaler Ethikrat (2004), D 9.2, S. 54, und D 1, S. 34.
[73] Joecks/Miebach (2007): MüKo-Tag (2007), § 4 Rn. 5 TPG.

Zustimmungslösung entschieden hat,[74] beruht auf einer Interessenabwägung und stellt einen Kompromiss dar, um das ohnehin geringe Spendeaufkommen nicht noch weiter zu reduzieren. Dieser Kompromiss kann mit guten Gründen auf die klinische Sektion übertragen werden und damit verhindern, dass die Sektionsrate in Krankenhäusern unter das unverzichtbare Minimum sinkt. Eine gezielte Information der Bevölkerung über die Notwendigkeit von Sektionen wird auch hier zu einem Vertrauensgewinn führen, der es dem Einzelnen leicht macht, seinen toten Körper freiwillig und zugleich solidarisch dem Fortschritt in der Medizin zur Verfügung zu stellen.

4. Fazit

Der kurze Überblick zeigt, dass die vorhandenen Straftatbestände des Kernstrafrechts und des Gewebegesetzes im Hinblick auf den Schutz der menschlichen Leiche fragmentarisch sind. Uneinheitliche Regelungen zur Sektion sind in einigen Landesgesetzen zu finden. Die vorhandenen Bestimmungen zeigen die zunehmende Dringlichkeit auf, durch abgewogenes gesetzgeberisches Handeln in diesem Bereich mehr Rechtsklarheit und Rechtssicherheit zu schaffen.

Literatur

1. AK „Menschliche Präparate“ (2003): Arbeitskreis „Menschliche Präparate in Sammlungen“, Empfehlungen zum Umgang mit Präparaten aus menschlichem Gewebe in Sammlungen, Museen und öffentlichen Räumen, http://rwiweb.uzh.ch/tag/de/Empfehlungen_Praeparate/Empfehlungen_end1.pdf [02.08.2007]
2. BMJ (2004): Bundesministerium der Justiz, Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“, Berlin 2004
3. Bundesärztekammer (1993): Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion („Hirntod“) als sicheres Todeszeichen, Deutsches Ärzteblatt 90 (1993), S. B2177-B2179
4. Bundesärztekammer (1998): Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Richtlinien zur Feststellung des Hirntods. Dritte Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz (TPG), Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), S. A1861-A1868
5. Bundesärztekammer (2001): Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Erklärung zum Hirntod, Deutsches Ärzteblatt 98 (2001), S. A1417
6. Bundesärztekammer (2005): Andreas Crusius, Manfred Dietel, Wolfgang Eisenmenger, Dominik Groß et al., Stellungnahme zur „Autopsie“ vom 26.08.2005. Kurzfassung, Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), S. A3537-A3545 – Langfassung, www.baek.de/downloads/AutLang.pdf [01.06.2007]
7. Cheney (2007): Annie Cheney, Body Brokers. Inside America’s Underground Trade in Human Remains, Reprint, New York 2007

[74] Zur Zulässigkeit vgl. BVerfG, NJW 1999, S. 3403 f.

8. Dannecker/Görtz-Leible (1995): Gerhard Dannecker, Monika Görtz-Leible, Die rechtliche und rechtspolitische Situation im Bereich von Transplantaten und Sektion, in: Peter Oberender (Hrsg.), Transplantationsmedizin: ökonomische, ethische, rechtliche und medizinische Aspekte, Baden-Baden 1995, S. 161-198
9. Drieschner (2007): Frank Drieschner, Solidarisch über den Tod hinaus, DIE ZEIT, 03.05.2007
10. Duttge (2005): Gunnar Duttge, Zur rechtlichen Problematik von Patientenverfügungen, Intensiv- u. Notfallbehandlung 30 (2005), S. 171-179
11. Enquete-Kommission (2004): Enquete-Kommission, Ethik und Recht der modernen Medizin, Zwischenbericht Patientenverfügungen, Kurzfassung, Berlin 2004
12. Gaedke/Diefenbach (2000): Jürgen Gaedke, Joachim Diefenbach, Handbuch des Friedhofs- und Bestattungsrechts, Köln u. a. ^{8}2000
13. Hirsch/Schmidt-Didczuhn (1992): Günter Hirsch, Andrea Schmidt-Didczuhn, Transplantation und Sektion: die rechtliche und rechtspolitische Situation nach der Wiedervereinigung, Heidelberg 1992
14. HK-Tag (2007): Heidelberger Kommentar zum StGB, HK-Tag, § 167a, § 168, Heidelberg 2007
15. Höfling (1998): Wolfram Höfling, Verfassungsrechtliche Grundfragen des Transplantationswesens, in: Höglinger/Kleinert (Hrsg.), Hirntod und Organtransplantation, Berlin 1998
16. Höfling (2003): Wolfram Höfling (Hrsg.), Kommentar zum Transplantationsgesetz (TPG), Berlin 2003
17. Joecks/Miebach (2003): Wolfgang Joecks, Klaus Miebach, Münchener Kommentar zum Strafrecht, Band 3, München 2003
18. Joecks/Miebach (2007): Wolfgang Joecks, Klaus Miebach, Münchner Kommentar zum Nebenstrafrecht, Band 5, München 2007
19. Keller (2007): Martina Keller, Frische Leichenteile weltweit, DIE ZEIT, 15.02.2007
20. Kindhäuser/Neumann/Paeffgen (2005): Urs Kindhäuser, Ulfrid Neumann, Hans-Ullrich Paeffgen, Nomos-Kommentar zum Strafgesetzbuch, Baden-Baden ^{2}2005
21. Kloth (1994): Karsten Kloth, Rechtsprobleme der Todesbestimmung und der Organentnahme von Verstorbenen: eine vergleichende Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung ausgewählter Jurisdiktionen des kontinentaleuropäischen und des angloamerikanischen Rechtskreises, Diss. Berlin 1994
22. Kretschmer (2002): Bernhard Kretschmer, Der Grab- und Leichenfrevel als strafwürdige Missetat, Baden-Baden 2002
23. Kühn (1998): Hermann Christoph Kühn, Die Motivationslösung: neue Wege im Recht der Organtransplantation, Berlin 1998
24. Lackner/Kühl (2007): Karl Lackner, Kristian Kühl, Strafgesetzbuch (StGB). Mit Erläuterungen, München ^{26}2007
25. Laufs/Uhlenbruck (2002): Adolf Laufs, Wilhelm Uhlenbruck (Hrsg.). Handbuch des Arztrechts, München ^{3}2002
26. Leicht (2007): Robert Leicht, Keine Sozialpflicht für Leichen, DIE ZEIT, 03.05.2007

27. Leipziger Kommentar (2005): Burkhard Jähnke, Heinrich Wilhelm Laufhütte, Walter Odersky, Leipziger Kommentar Großkommentar Strafgesetzbuch, Band 5, Berlin, New York [11]2005
28. Lipp (2005): Volker Lipp, Patientenverfügung und Lebensschutz, Göttingen 2005
29. Madea (2006): Burkhard Madea, Die ärztliche Leichenschau, Berlin [2]2006
30. Müller (1996): Knut Müller, Postmortaler Rechtsschutz Verstorbener – Überlegungen zur Rechtssubjektivität Verstorbener, Frankfurt a. M. 1996
31. Nationaler Ethikrat (2007): Nationaler Ethikrat, Die Zahl der Organspenden erhöhen – Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland, Stellungnahme vom 24.04.2007, Infobrief Nr. 14 (2007), 2, S. 8-11
32. Nationaler Ethikrat (2004): Nationaler Ethikrat, Biobanken – Regelungsvorschläge des Nationalen Ethikrates, Infobrief Nr. 2 (2004), 1, S. 1-3
33. Rixen (1999): Stephan Rixen, Lebensschutz am Lebensende, Berlin 1999
34. Schmidt-Didczuhn (1991): Andrea Schmidt-Didczuhn, Transplantationsmedizin in Ost und West im Spiegel des Grundgesetzes, Zeitschrift für Rechtspolitik 24 (1991), S. 264-270
35. Schmiedek/Pohlmann-Eden (1998): Peter Schmiedek, Bernd Pohlmann-Eden, Zur Problematik des Hirntodes, in: Axel Bauer (Hrsg.), Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts, Theoretische Konzepte, Klinische Probleme, Ärztliches Handeln, Heidelberg, Leipzig 1998, S. 148-154
36. Schmitz (1982): Heribert Schmitz, Straftaten gegen Religion und Weltanschauung, Köln 1982
37. Schönke/Schröder (2007): Adolf Schönke, Horst Schröder, Strafgesetzbuch, München [27]2007
38. Schünemann (1985): Hermann Schünemann, Die Rechte am menschlichen Körper, Frankfurt a. M. u. a. 1985
39. Schwarze/Pawlitschko (2003): Ernst-Wilhelm Schwarze, Jörg Pawlitschko, Autopsie in Deutschland: Derzeitiger Stand, Gründe für den Rückgang der Obduktionszahlen und deren Folgen, Deutsches Ärzteblatt 100 (2003), S. A2802-A2808
40. Siegmund-Schultze (2007): Nicola Siegmund-Schultze, Organspenden: Körperteile zum Wohl eines anderen, Deutsches Ärzteblatt 104 (2007), S. A1294 f.
41. Spittler (1997): Johann Friedrich Spittler, Der menschliche Körper im Hirntod, ein dritter Zustand zwischen lebendemMenschen und Leichnam? Die Rückfrage des Arztes an den Philosophen,den Theologen und den Juristen, Juristenzeitung 52 (1997), S. 747-751
42. Stellpflug (1996): Martin H. Stellpflug, Der strafrechtliche Schutz des menschlichen Leichnams, Frankfurt a. M. u. a. 1996
43. Stentenbach (1992): Berthold Stentenbach, Der strafrechtliche Schutz der Leiche, Aachen 1995, zugl. Diss. Köln 1992
44. Strätz (1971): Hans-Wolfgang Strätz, Zivilrechtliche Aspekte der Rechtsstellung des Toten unter besonderer Berücksichtigung der Transplantationen, Paderborn 1971
45. Rudolphi/Horn/Samson (2001): Hans-Joachim Rudolphi, Eckard Horn, Erich Samson, Systematischer Kommentar zum Strafgesetzbuch, Neuwied [7]2001

46. Tag (1998): Brigitte Tag, Zum Umgang mit der Leiche. Rechtliche Aspekte der dauernden Konservierung menschlicher Körper- und Körperteile durch die Plastination, Medizinrecht 25 (1998), 9, S. 387-394
47. Tag (2000): Brigitte Tag, Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis. Eine arztstrafrechtliche Untersuchung, Berlin 2000
48. Tag (2002): Brigitte Tag, Anatomie im Museum, Deutsches Ärzteblatt 99 (2002), S. A1001-A1004
49. Taupitz (1997): Jochen Taupitz, Um Leben und Tod: Die Diskussion um ein Transplantationsgesetz, Juristische Schulung 37 (1997), S. 203-208
50. Taupitz (2000): Jochen Taupitz, Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens? – Gutachten A zum 63. Deutschen Juristentag 2000, München 2000
51. Ulsenheimer (2003): Klaus Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, Heidelberg ³2003
52. Verrel (2006): Torsten Verrel, Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung, Gutachten C zum 66. Deutschen Juristentag, München 2006
53. Voll (1996): Doris Voll, Die Einwilligung im Arztrecht, Eine Untersuchung zu den straf-, zivil- und verfassungsrechtlichen Grundlagen, insbesondere bei der Sterilisation und der Transplantation unter Berücksichtigung des Betreuungsgesetzes, Frankfurt a. M. u. a. 1996
54. Wetz/Tag (2001): Franz Josef Wetz, Brigitte Tag, (Hrsg.), Schöne neue Körperwelten. Der Streit um die Ausstellung, Stuttgart 2001

Autopsie: Ist der Individualismus unausweichlich? – (Straf-)Rechtsphilosophische Bemerkungen

Gunnar Duttge

1. Einleitung

Seit Jahren ist die Sektionsrate in Deutschland stark rückläufig und im internationalen Vergleich außerordentlich niedrig.[1] Als mögliche Gründe hierfür gelten ausweislich der einschlägigen Stellungnahme der Bundesärztekammer aus dem Jahre 2005 vor allem Fehleinschätzungen, mangelndes Problembewusstsein und Aufklärungsängste des behandelnden Arztes, weiterhin der mit einer sorgfältigen Autopsie verbundene (und angesichts wachsender Sparzwänge immer schwerer ins Gewicht fallende) Zeit- und Arbeitsaufwand sowie nicht zuletzt die Unklarheit der Rechtslage.[2] Denn abgesehen von Spezialregelungen für Zwecke der Strafverfolgung (§§ 87 ff. StPO), des Seuchen- bzw. jetzt Infektionsschutzes (§ 26 III 2 IfSG; § 32 III S. 2 BSeuchenG), z. T. auch noch für Feuerbestattungen (§ 3 II Nr. 2 FeuerbestattungsG) sowie im Bereich des Unfallversicherungsrechts (§ 11 II FlUUG; § 15 I SUG), fehlt es insbesondere für die klinische Sektion weithin an einer einheitlichen gesetzesförmlichen Grundlage über die konkreten Voraussetzungen und rechtlichen Grenzen der inneren Leichenschau.[3] Auch die höchstrichterliche Rechtsprechung hat sich bisher deutlich zurückgehalten und im Wesentlichen auf die Feststellung beschränkt, dass eine ordnungsgemäß durchgeführte Sektion – im konkreten Fall ging es um eine solche zur Klärung eines Straftatverdachts – keine Menschenwürdeverletzung darstellt, sondern ganz im Gegenteil „den Toten in seinem allgemeinen Achtungsanspruch würdigt".[4] Zuvor hatte bereits der Bundesgerichtshof die Zulässigkeit vorformulierter Einwilligungserklärungen im Rahmen von Krankenhausaufnahmeverträgen dem Grundsatz nach bejaht.[5] Dabei ließ er allerdings offen, ob und inwieweit eine solche formularmäßige Klausel als Bestandteil Allgemeiner Geschäftsbedingungen überhaupt wirksam in das konkrete Vertragsverhältnis einbezogen werden kann.[6] Auch gab er keine Antwort auf die Frage, ob als tragfähige rechtliche Grundlage einer klinischen Sektion, neben der Einwilligung des Patienten oder ggf. seiner Angehörigen, alternativ auch allein das allgemeine Aufklärungs- und Fortschrittsinteresse der Medizin gelten kann. Sind doch Sektionen vor allem zur Qualitätssiche-

---

[1] Dettmeyer/Madea (2002), S. A 2311; Fluri/Gebbers (2002), S. 79; Groß (1999), S. 169.

[2] Stellungnahme der Bundesärztekammer „ Autopsie", 2005, 2.2.

[3] Vgl. Bremer Gesetz über das Leichenwesen; Sektionsgesetz des Landes Berlin, Hamburgisches Sektionsgesetz zur Regelung klinischer, rechtsmedizinischer und anatomischer Sektionen; Brandenburgisches Bestattungsgesetz; Bestattungsgesetz Mecklenburg-Vorpommern; Niedersächsisches Bestattungsgesetz; Bestattungsgesetz Saarland; Sächsisches Bestattungsgesetz; Bestattungsgesetz Nordrhein-Westfalen; Bestattungsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt; Bestattungsgesetz Schleswig-Holstein; Bestattungsgesetz Thüringen.

[4] BVerfG, NJW 1994, 783.

[5] BGH, NJW 1990, 2313, 2315.

[6] Siehe dazu: Ackermann (1990), S. 925, 927; Tag (2006), S. 1079, 1092.

rung von ärztlicher Diagnostik und Therapie und hinsichtlich der nötigen Effizienz der Mittelverteilung schlechterdings unverzichtbar.[7]

2. Legitimation der klinischen Sektion

2.1 Pflicht- oder Zwangssektion

Vor diesem Hintergrund lässt sich unschwer verstehen, warum die Bundesärztekammer in ihrer schon erwähnten Stellungnahme, neben unstreitigen Forderungen nach Veränderungen im lebensweltlichen Bereich – etwa bei der Aufklärung der Bevölkerung oder im Rahmen der medizinischen Aus- und Weiterbildung – auch den Gedanken aufwirft, ob nicht angesichts der zentralen Bedeutung einer systematischen Erfassung der Todesursachen einschließlich möglicher Fehlbehandlungen die Durchführung einer Obduktion allgemein „als selbstverständlich [...] und nicht mehr als etwas Besonderes" angesehen werden sollte.[8] Dann sei die Sektion essentieller Bestandteil der staatlichen Gesundheitsfürsorge, deren Beförderung einem jeden Bürger obliege.[9] In der Sache wird damit nichts anderes als die Idee einer Pflicht- oder Zwangssektion beschrieben, wie sie in den 1970er Jahren bereits von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe in die Diskussion eingebracht wurde.[10] Diese verkörpert den Gedanken, dass die Toten für das Wohlsein der Lebenden in Anspruch genommen werden dürften, und zwar in einer Weise, die wir im Verhältnis zu Lebenden als völlig inakzeptabel betrachten.

Nun bewahre man sich aber davor, diese Sichtweise kurzerhand als unethisch oder rechtlich unzulässig zu brandmarken. Gewiss besteht im kulturellen Kontext unserer Gesellschaft die Überzeugung von einer ethisch relevanten Verbundenheit nicht nur unter Lebenden, sondern auch mit den Toten, auf deren pietätvolle Behandlung wir seit alters her großen Wert legen.[11] Doch ist das ersichtlich eine andere Form und Qualität von Verbundenheit als jene, die sich innerhalb der Rechtsgemeinschaft in der wechselseitigen Anerkennung von Rechtssubjekt zu Rechtssubjekt ausprägt. Von hier aus ist es daher nicht mehr weit, das grundlegende Achtungsgebot im Wesentlichen auf Lebende – nur sie sind „Personen" – zu begrenzen und mit Blick auf unseren Sachzusammenhang die vertraute Fragestellung umzukehren: nun also mehr „zu fragen, was eigentlich die Toten für die Menschheit tun können".[12] Für John Harris, einem renommierten Medizinethiker aus Manchester, liegt die Antwort auf der Hand. Die Lebenden sollten „dahin gelangen, den Tod oder die Auslöschung der Personalität als eine einzigartige Gelegenheit dazu anzusehen, anderen zu helfen", da es doch eine unschätzbare Wohltat

---

[7] Laufs (1991), S. 1516 und 1520; Dettmeyer/Madea (2002), S. A2311; vgl. Hefer/Wenning (2006a), S. 18 ff.; Hefer/Wenning (2006b), S. 18 ff.; Hefer/Wenning (2006c), S. 15 ff.

[8] Bundesärztekammer (2005), Einleitung.

[9] Ebd.

[10] Bund-Länder-Arbeitsgruppe: Bericht zur Vorbereitung einer gesetzlichen Regelung der Transplantation und Sektion. BMJ Bonn – Bibliothek – Q 80a 48 K, 1976.

[11] Groß (1999), S. 169 und 177.

[12] Harris (1995), S. 304.

wäre, ohne dass dies im Geringsten zu Lasten einer Person ginge.[13] Jemandem die Chance auf ein Weiterleben zu nehmen – das wäre der Fall der Organtransplantation – oder den jetzigen oder künftigen Kranken die Chance auf bessere Heilung, der Gesellschaft die Chance auf eine bessere Gesundheitsversorgung – so wäre der Gedanke im hiesigen Kontext zu formulieren –, ließe sich nach Harris nur als eine „völlig schäbige und manisch selbstsüchtige" Grundhaltung des Menschen interpretieren.[14] In die Sphäre des Rechts übersetzt hätte dies gerade dasjenige zur Folge, was schon eingangs angedeutet worden ist, dass nämlich unabhängig von einer Zustimmungserklärung des betroffenen Menschen selbst (als Ausdruck seines Selbstbestimmungsrechts) oder einer anderen Person, die als dessen Sprachrohr und Interessenvertreter akzeptiert würde, schon die bloße Möglichkeit eines Gesamtnutzens – hier also eines Erkenntnisgewinns mit der Chance auf eine künftig „bessere Medizin" – den Zugriff auf den Leichnam erlaubte. Ob das Totensorgerecht der Angehörigen daran etwas Entscheidendes ändern könnte, bliebe zweifelhaft, weil dieses als eine Art treuhänderische Berechtigung wohl kaum weitergehende Pflichten zu begründen imstande wäre als jene im unmittelbaren Verhältnis zu dem Verstorbenen.

2.2 Landessektionsgesetze

Dass sich die Relevanz dieser Überlegungen keineswegs auf den akademisch-theoretischen Diskurs beschränkt, zeigt ein Blick auf die schon erwähnten Landessektionsgesetze. So erklärt etwa die einschlägige Vorschrift aus Berlin die klinische Sektion bereits dann für zulässig, wenn – alternativ – diese der „Klärung der Todesursache oder [...] Überprüfung der Diagnose- und Therapieverfahren [...] dient" oder „ein besonderes, dem Fortschritt der Medizin dienendes wissenschaftliches Interesse in Lehre, Forschung und Epidemiologie besteht" (§ 3 I Nr. 2, 3 Sektionsgesetz Berlin). Die darüber hinaus erwähnten Fälle der Zustimmung (Nr. 1) sowie der Fürsorge für die Hinterbliebenen, sofern diese nicht widersprechen (Nr. 4), bilden lediglich weitere, je für sich stehende Zulässigkeitsgründe, die nach der Gesetzessystematik ohne Bedeutung für die eigenständigen Indikationen der Qualitätssicherung bzw. des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns sind. Ob die Angehörigen dennoch auch insoweit durch ihren Widerspruch die Durchführung der Sektion verhindern können, ist wegen der widersprüchlichen Gesetzesfassung nicht eindeutig zu beantworten, im Ergebnis aber wohl eher zu bejahen, so dass die Regelung im Ganzen als „erweiterte Widerspruchslösung" interpretiert wird.[15] Wesentlich deutlicher zeigt sich in diesem Sinne das Sektionsgesetz Bremens, das neben der Einverständniserklärung der später verstorbenen Person – ohne Rekurs auf Belange der Medizin – auf das Ausbleiben eines Widerspruchs der Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach entsprechender Information abstellt (§ 11 I S. 3, 4 Bremer Gesetz über das Leichenwesen). Das trifft zwar nicht die Sachdimension in ihrer Gesamtheit, ist aber wenigstens konsequent, weil die für den Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Leichnams benötigte Legitimation allein im Selbstbestimmungs-

[13] Harris (1995), S. 304.
[14] Ebd., S. 305.
[15] Dettmeyer/Madea (2002), S. A2311 f.; Tag (2006), S. 1079 und 1090.

recht gesucht wird. Inkonsequent ist im Vergleich dazu hingegen die betreffende Regelung des Sächsischen Bestattungsgesetzes, die sich zwischen einer dezidiert individualisierenden und einer das Allgemeininteresse im Gesundheitswesen betonenden Betrachtungsweise offenbar nicht entscheiden kann: Hiernach ist die klinische Sektion im Wesentlichen nur zulässig, wenn sie „durch ein beachtliches Interesse an der Überprüfung der vorherigen Diagnose oder durch ein gewichtiges medizinisches Forschungsinteresse gerechtfertigt ist" und zugleich der Verstorbene zu Lebzeiten oder der nächststehende Angehörige zugestimmt hat (§ 15 I Nr. 4 BestattungsG Sachsens). Warum es neben der Zustimmung des Verstorbenen noch eines überwiegenden Interesses der Medizin bedarf, ist aber ebenso wenig erklärlich wie umgekehrt das Zusatzerfordernis der Zustimmung, wenn sich im konkreten Fall schon das Erkenntnis- oder Forschungsinteresse der „Gesundheitsgemeinschaft" als höherwertig erweist. Was sich hier also in besonderer Anschaulichkeit offenbart, ist eine für unser Thema signifikante Unsicherheit in der Frage, von welcher Art und welcher Qualität denn die benötigte Legitimation der Autopsie überhaupt sein muss; denn Einwillligung und medizinische Forschung liegen legitimationstheoretisch auf gänzlich verschiedenen Ebenen, was sich an vielen Beispielen quer durch das gesamte Medizinrecht leicht demonstrieren ließe. Der Einfachheit halber am Beispiel der alltäglichen Heilbehandlung: Niemand muss gegen seinen Willen den invasiven Eingriff hinnehmen, mag dieser aus ärztlich-medizinischer Sicht auch noch so „vernünftig" erscheinen; aber ebenso hat niemand ein Recht, etwas zu fordern, was ärztlich-medizinisch oder auch aus Sicht der Gesellschaft (z. B. relevant für das Verbot der aktiv-direkten Sterbehilfe, § 216 StGB) inakzeptabel ist.[16]

2.3 Legitimation durch Selbstbestimmung

In diesem Lichte erklärt sich nun, warum die im juristischen Kontext bislang weithin bevorzugte Sichtweise die Parallele zur Rechtfertigung des Eingriffs – und nicht des Nichteingriffs – gezogen und dementsprechend die klinische Sektion nur bei Vorliegen einer Zustimmungserklärung des Betroffenen als gerechtfertigt angesehen hat oder – im Falle ihres Fehlens – nur bei Feststellung einer gleichwertigen Ausprägung des Selbstbestimmungsrechts, die im vorliegenden Sachzusammenhang in vollständiger Parallele zur postmortalen Organspende in der Zustimmung des nächsten Angehörigen erblickt wurde.[17] Tragendes Element dieser Bewertung ist die Einsicht in die herausgehobene Wertigkeit der individuellen Selbstbestimmung, die in einer liberalen Rechts- und Gesellschaftsordnung – soweit es um die Befindlichkeit des Selbst geht, also andere nicht geschädigt werden – den Kern dessen ausmacht, was einen Menschen erst zum Rechtssubjekt werden lässt und daher wechselseitig geschuldet ist. Mit der Rechtsfigur des „postmortalen Persönlichkeitsrechts" hat die juristische Dogmatik das Selbstbestimmungsrecht der Lebenden auf Verstorbene verlängert, freilich nicht in dem Sinne, dass – wie es in juristischen Beiträgen gelegentlich heißt – Menschenwürdegarantie und Persönlichkeitsrecht einfach „fortgelten".[18] Es handelt sich vielmehr um eine Nachwirkung

[16] Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DÄBl. 2004, S. A1298.
[17] Deutsch/Spickhoff (2003); Laufs (1991), S. 1516 und 1520; Taupitz (1994), S. 38 f.
[18] So aber Tag (2006), S. 1079 und 1084.

des bereits verlorengegangenen Rechtsstatus, weil mit dem Todeseintritt die Möglichkeit definitiv endet, Träger von Rechten und Pflichten zu sein.[19] Aus anderen Sachzusammenhängen wissen wir aber um die normenlogische Korrespondenz zwischen dem Bestehen genuin subjektiver Rechte und einer thematischen Betroffenheit des Verletzungsverbots als bedeutsamste Ausprägung der unter „Personen" wechselseitig geschuldeten Achtung, so dass immer dort, wo es am nötigen Rechtsstatus fehlt, auch die denkbar stärkste rechtsethische Verteidigungsbastion der subjektiven Abwehrrechte nicht mehr besteht. Das stürzt die betroffenen Belange nicht etwa in den Abgrund gänzlicher Schutzlosigkeit, bedeutet aber sehr wohl eine deutliche Abschwächung des Schutzniveaus, weil die noch immer schutzwürdigen Aspekte nun in viel stärkerem Ausmaß der Abwägung zugänglich sind.[20] Durch die Brille der verfassungsrechtlichen Dogmatik betrachtet, befinden wir uns hier im Bereich der objektiven Schutzpflichten (bekannt etwa durch die Schutzpflicht zugunsten des ungeborenen Lebens) sowie der Staatszielbestimmungen (wie z. B. zugunsten des Tierschutzes), die dem Gesetzgeber bis zur Grenze des „Untermaßverbots" einen weiten Einschätzungs- und Bewertungsspielraum geben.[21] Diese für die gesamte Rechtsordnung fundamentale Unterscheidung würde schlichtweg verkannt, wenn das die Rechtsbeziehung zwischen „Personen" prägende Wertfundament unbesehen auf den Umgang mit Nicht-Personen übertragen würde. Die gesetzlichen Sonderregelungen zur Leichenschau aus Gründen der Strafverfolgung oder des Infektionsschutzes bestätigen dies, weil sie die Abwägungsoffenheit der dem Verstorbenen zugeschriebenen „Wertigkeit", die eine Verpflichtung der Gesellschaft zur Wahrung und Gewährleistung eines pietätvollen Umgangs auslöst, belegen.

2.4 Kombiniertes Selbstbestimmungs- und Abwägungsmodell

Damit zeichnet sich eine differenzierende Lösung dergestalt ab, dass das zu Lebzeiten ausgeübte Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen – durch ausdrücklich erklärte Einwilligung oder erklärten Widerspruch – im Bereich der klinischen Sektion strikte Beachtung auch über seinen Tod hinaus beansprucht.[22] Bei fehlender Verfügung von Todes wegen kann jedoch eine Güterabwägung dazu führen, dass jenes nun allein einschlägige „postmortale Persönlichkeitsrecht" hinter hochrangigen Belangen der Medizin zurücktritt.[23] Eben dies ist im Grundsatz die Hamburgische Lösung, die der Einwilligung für sich eine hinreichend legitimierende Wirkung zuerkennt und dem Widerspruch eine entsprechende Sperrfunktion; im Falle der Nichterklärung kommt es hingegen darauf an, ob „die Sektion aus ärztlicher Sicht als so dringend zur Fürsorge für die Hinterbliebenen oder zur Qualitätssicherung anzusehen ist, dass bei einer Abwägung das Interesse an ihrer Durchführung die fehlende Einwilligung des Betroffenen überwiegt" (§ 4 I,

---

[19] BGHZ 15, 249 und 259; Ahrens (2003), S. 850; Bender (2001), S. 815 ff.

[20] Im Kontext der Debatte um den Embryonenschutz zu dieser Unterscheidung näher Duttge, ZRph 2004, S. 67 ff. m.w.N.

[21] Rassow (2005), S. 262 ff.

[22] Hoerster (1997), S. 42 ff. und 48; Wille (2007), S. 91 und 93.

[23] Deutsch/Spickhoff (2003), S. 525.

II, III Hamburger Sektionsgesetz). Damit ist ähnlich wie etwa auch im Berliner Sektionsgesetz und tendenziell ebenfalls in der Sächsischen Regelung klargestellt, dass nur ein besonderes, im konkreten Fall aufweisbares und zudem hinreichend gewichtiges Erkenntnisinteresse das postmortale Persönlichkeitsrecht ausnahmsweise zu verdrängen vermag, etwa bei konkreten, belegbaren Anhaltspunkten für Diagnose- oder Behandlungsfehler oder bei deutlich auffälligen Krankheitsverläufen. Allein bei einer restriktiven Interpretation des Abwägungsmodells kann ein systematisches Unterlaufen der dem Verstorbenen geschuldeten Schutzverpflichtung verhindert werden. Soweit sich der Verstorbene dagegen zu Lebzeiten zur Sektion explizit geäußert hat, bedarf es entsprechend den Grundsätzen zum ärztlichen Heileingriff einer umfassenden Belehrung über Umfang und Tragweite der Autopsie, damit das Erklärte wirksam ist; das hat schon das OLG Karlsruhe in einem Urteil aus dem Jahre 2001 festgehalten.[24] Erklärt sich der Betroffene daraufhin jedoch, so kann er mit Recht beanspruchen, dass seine in informiertem Zustand getroffene Verfügung in jenem künftigen Augenblick, in der sie erst relevant werden soll, auch strikte Beachtung findet. Das muss selbst dann gelten, wenn sich der einzelne – aus welchen Gründen auch immer – einer späteren Untersuchung seines Körpers verweigern möchte.[25] Gewiss wird es zumeist auch im Interesse des Verstorbenen liegen, wenn sein Ableben medizinisch nochmals sorgfältig analysiert wird, um zu ermöglichen, dass daraus gewonnene Erkenntnisse etwa seinen Hinterbliebenen mitgeteilt oder auf sonstige Weise nutzbringend verwendet werden. Hier kommt die vertraute Maxime vom „letzten Dienst des Arztes am Patienten" zum Tragen.[26] Nur ist es eben stets eine „dienende" Rolle, die den Handlungsspielraum des Arztes sowohl ausfüllt als auch begrenzt; wollte er hingegen zur Beförderung seiner Vorstellung von „Vernünftigkeit" die Entscheidung des mündigen Patienten missachten, so würde er sich eine Zwangsbefugnis anmaßen, die es im Bürgerrechtsverhältnis – von akuten Notfällen abgesehen – weder gegenüber Lebenden noch gegenüber Verstorbenen geben kann.

2.5 Keine Parallelisierung zum Transplantationsrecht

Die innerhalb des Rechtsdiskurses bevorzugte Auffassung befürwortet freilich eine Parallelisierung zum Transplantationsrecht auch insoweit, als die Zustimmung bzw. Verweigerung durch die Angehörigen als eine der höchstpersönlichen Erklärung des Betroffenen gleichwertige Legitimation gelten soll.[27] Die Sektions- und Bestattungsgesetze der benannten Bundesländer folgen dem weit überwiegend, z. T. wie in Hamburg noch ergänzt um die Möglichkeit einer rechtsgeschäftlichen Stellvertretung, also durch Bevollmächtigung. Dies ist ersichtlich getragen von der lebensweltlichen Annahme einer bei Angehörigen noch am ehesten anzutreffenden bestmöglichen Entscheidungsfindung im Sinne des Betroffenen, die rechtlich zur unwiderleglichen Ver-

[24] OLG Karlsruhe, NJW 2001, 2808.

[25] A. A. Becker/Pollak (1998), S. 790.

[26] Groß (1999), S. 169, 179; Madea/Dettmeyer (2003), S. A3161.

[27] Deutsch/Spickhoff (2003), Rn. 524; Dufková (1998), S. 304 und 306; Ehlers (1991), S. 227 f.; Taupitz/Pitz/Wicklein (2005), S. 262.

mutung erstarkt. Der gemutmaßte Wille muss sich allerdings mit dem tatsächlichen keineswegs immer decken. Vielmehr ist der im Außenverhältnis juristisch begründeten Verlängerung des Patientenarmes lebensweltlich die Möglichkeit der Fremdbestimmung immanent.[28] Das gilt um so mehr, als Angehörige wie auch Bevollmächtigte niemals aus ihrer eigenen lebensweltlichen Prägung und Trägerschaft eigener Interessen völlig „aussteigen" können, mithin das wahrhaftig treuhänderische Wirken im Innenverhältnis zum Betroffenen stets nur ein Sollen und bloße Hoffnung sein kann – eine Hoffnung übrigens, die erstaunlicherweise zumeist mit keinerlei rechtsförmlichen Sicherungen versehen ist. Gewiss lässt sich im rechtsgeschäftlichen Verkehr und insbesondere im modernen Handel auf das Wirken von Stellvertretern nicht verzichten. Nicht in allen Lebensbereichen ist eine solche aber zulässig, insbesondere dort nicht, wo die Höchstpersönlichkeit der Aufgabe ihr Delegieren an eine andere Person ausschließt.[29] Warum dies zwar für die Errichtung eines Testaments oder auch für die Abfassung einer Patientenverfügung, nicht aber für die Einwilligung oder Verweigerung einer klinischen Sektion gelten soll, ist nicht recht begreiflich. Letztlich ist es natürlich eine den gesetzgebenden Organen zur Beantwortung gestellte Frage, ob das nicht mehr hinterfragbare Wirken von Stellvertretern im hiesigen Kontext verantwortet werden kann. Es bestehen diesbezüglich jedoch erhebliche Zweifel und ist insbesondere davor zu warnen, den pragmatisch-politischen Kompromiss zur postmortalen Organspende zum leuchtenden Vorbild zu erheben. Die einschlägige Regelung des neugefassten niedersächsischen Bestattungsgesetzes (§ 5 S. 1 Nr. 2) belässt es für Zwecke der Forschung und Ausbildung nicht ohne Grund bei einer engen Zustimmungslösung.[30]

3. Schlussbetrachtung

Die Autopsie steckt in einer schweren Krise, was aber wohl nichts Neues ist; dieser Befund gilt jedoch keineswegs nur in praktischer Hinsicht, sondern im übertragenen Sinne auch und vor allem hinsichtlich ihrer rechtlichen und rechtsethischen Durchdringung. Die Verabschiedung erheblich voneinander abweichender, jeweils einem anderen Regelungskonzept folgender und zum Teil selbstwidersprüchlicher Landesgesetze macht gewiss ebenso wenig glücklich wie jenes rechtliche Niemandsland, das vor Erlass der benannten Regelungen anzutreffen war. Noch immer sind wir weit davon entfernt, jene Forderung zu erfüllen, die der Altmeister des Medizinrechts, Adolf Laufs, einst erhoben hat: „Der Gesetzgeber sollte eine Regelung treffen, die Rechtssicherheit schafft und unter Wahrung der Rechte des Verstorbenen [...] im Interesse der Qualitätssicherung und des medizinischen Fortschritts Sektionen im gebotenen Ausmaß ermöglicht."[31] Einem dezidiert individualisierenden Verständnis wird dies mit an Sicherheit grenzen-

[28] Vgl. BVerfGE 72, 155, 171; Fluri/Gebbers (2002), S. 79, 82.
[29] Ahrens (2003), S. 850, 852.
[30] Für das medizinische Erkenntnisinteresse bzgl. der Todesursache ist den Angehörigen allerdings in § 5 S. 1 Nr. 1 nds. Bestattungsgesetz ein Widerspruchsrecht eingeräumt.
[31] Laufs (1991), S. 1516, 1520.

der Wahrscheinlichkeit nicht gelingen. Bei allem Streben nach einer „Wiederbelebung" der Autopsie darf jedoch das Kind nicht mit dem Bade ausgeschüttet werden.

Literatur

1. Ackermann (1990): Hans-Peter Ackermann, Anmerkung: Zur Zulässigkeit vorformulierter Einwilligungserklärungen für eine innere Leichenschau (Sektionseinwilligung) in Krankenhausaufnahmeverträgen, Juristenzeitung 45 (1990), 19, S. 925-927
2. Ahrens (2003): Claus Ahrens, Öffentliche Leichnamssektion und Körperwelten im Lichte des zivilrechtlichen Persönlichkeitsschutzes – Neue Formen der Disposition über den Leichnam? Gewerblicher Rechtsschutz und Urheberrecht 105 (2003), 10, S. 850-856
3. Becker/Pollak (1998): Volker Becker, Stefan Pollak, Obduktion, in: Wilhelm Korff et al. (Hrsg.), Lexikon der Bioethik, Bd. 2, Gütersloh 1998, S. 789-792
4. Bender (2001): Albrecht W. Bender, Das postmortale allgemeine Persönlichkeitsrecht. Dogmatik und Schutzbereich, Versicherungsrecht 52 (2001), 19, S. 815-825
5. Bundesärztekammer (2005): Andreas Crusius, Manfred Dietel, Wolfgang Eisenmenger, Dominik Groß et al., Stellungnahme zur „Autopsie" vom 26.08.2005. Kurzfassung, Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), S. A3537-A3545 – Langfassung, www.baek.de/downloads/AutLang.pdf [01.06.2007]
6. Dettmeyer/Madea (2002): Reinhard Dettmeyer, Burkhard Madea, Unsichere und uneinheitliche Rechtslage, Deutsches Ärzteblatt 99 (2002), 36, S. A2311-A2314
7. Deutsch/Spickhoff (2003): Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff, Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht, Berlin 2003
8. Dufková (1998): Jarmila Dufková, Die Zulässigkeit und Strafbarkeit der Organentnahme zu Transplantationszwecken im Vergleich zu klinischen Sektion, Medizinrecht 16 (1998), 7, S. 304-308
9. Ehlers (1991): Alexander P. F. Ehlers, Die Sektion zwischen individuell erklärter Einwilligung und Allgemeinen Geschäftsbedingungen in Krankenhausaufnahmeverträgen, Medizinrecht 9 (1991), 5, S. 227- 230
10. Fluri/Gebbers (2002): S[ ] Fluri, Jan-Olaf Gebbers, Glanz, Sinn (und Elend?) der Autopsie, Schweizerisches Medizin-Forum (2002), 4, S. 79-83
11. Groß (1999): Dominik Groß, Sektionen in Deutschland: Historische Wurzeln, gegenwärtiger Stellenwert und aktuelle ethische Probleme, Ethik in der Medizin 11 (1999), 3, S. 169-181
12. Harris (1995): John Harris, Der Wert des Lebens, Berlin 1995
13. Hefer/Wenning (2006a): Brigitte Hefer, Markus Wenning, Bestattungsgesetz NRW, Rheinisches Ärzteblatt (2006), 7, S. 18-20
14. Hefer/Wenning (2006b): Brigitte Hefer, Markus Wenning, Todesbescheinigung NRW, Rheinisches Ärzteblatt (2006), 8, S. 18-20
15. Hefer/Wenning (2006c): Brigitte Hefer, Markus Wenning, Liquidation der Leichenschau nach GOÄ, Rheinisches Ärzteblatt (2006), 9, S. 15-18

16. Hoerster (1997): Norbert Hoerster, Definition des Todes und Organtransplantation, Universitas 52 (1997), 1, S. 42-49
17. Laufs (1991): Adolf Laufs, Die Entwicklung des Arztrechts 1990/91, Neue Juristische Wochenschrift 44,1 (1991), 24, S. 1516-1525
18. Madea/Dettmeyer (2003): Burkhard Madea, Reinhard Dettmeyer, Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung, Deutsches Ärzteblatt 100 (2003), 48, S. A3161-A3179
19. Rassow (2005): Reinhard Rassow, Zur Konkretisierung des Untermaßverbotes, Zeitschrift für Gesetzgebung 20 (2005), 3, S. 262-280
20. Tag (2006): Brigitte Tag, Gedanken zur Zulässigkeit von Sektionen, in: Bernd-Rüdiger Kern et al. (Hrsg.), Humaniora Medizin – Recht – Geschichte, FS-Laufs, Berlin 2006, S. 1079-1105
21. Taupitz (1994): Jochen Taupitz, Zum Umgang mit der Leiche in der Medizin, Ethik in der Medizin 6 (1994), 1, S. 38-42
22. Taupitz/Pitz/Wicklein (2005): Jochen Taupitz, Andreas Pitz, Marco Wicklein, Postmortale Gewebeentnahme: Verbietet das Datenschutzrecht den Kontakt zwischen Arzt und Angehörigen? Medizinrecht 23 (2005), 5, S. 262-269
23. Wille (2007): Sophia Wille, Das Recht des Staates zur postmortalen Organentnahme, Medizinrecht 25 (2007), 2, S. 91-94

Rechtliche und ethische Aspekte des Todesbegriffs

Jan C. Joerden

1. Wandel des Todesbegriffs

Welche problematischen rechtlichen Konsequenzen ein unangemessener Todesbegriff haben kann, zeigt exemplarisch die folgende Begebenheit in Schweden, über die vor einiger Zeit in der Tagespresse berichtet wurde: Ein Mann hatte gegen die strafrechtlichen Vorschriften gegen Steuerhinterziehung verstoßen, musste sich aber – noch bevor es zu einem Prozess gegen ihn kam – einer Herztransplantation unterziehen. Schon bald nach der Transplantation erschien die offenbar wenig taktvolle Staatsanwaltschaft am Krankenbett des Mannes und wollte ihn zu der Steuerstrafsache vernehmen, um den Prozess gegen ihn vorzubereiten. Glücklicherweise war der Mann aber anwaltlich gut vertreten. Sein Verteidiger zog einen schwedischen Gesetzestext aus der Tasche und hielt ihn der Staatsanwaltschaft entgegen, mit dem Zitat aus dem damaligen Gesetzestext: „Ein Mensch ist tot, wenn sein Herz aufgehört hat zu schlagen." Offenkundig hatte es der schwedische Gesetzgeber versäumt, die Definition des Todes den mit der Herztransplantation entwickelten neuen Möglichkeiten anzupassen. Der Staatsanwaltschaft blieb nichts anderes übrig, als das Verfahren gegen den Mann einzustellen, allerdings ohne das eigentliche Rechtsproblem dieses Falles wirklich in den Blick zu nehmen, sondern vielmehr mit (angeblicher) Rücksicht auf die schwere Erkrankung des mutmaßlichen Steuersünders.

2. Identität als Voraussetzung

Nun zeigt diese Begebenheit zum einen, dass anachronistische rechtliche Definitionen in der Praxis schnell zu Problemen führen können, sie führt darüber hinaus aber auch auf eine für eine angemessene Bestimmung des Todesbegriffs durchaus zentrale Fragestellung: Bis zu welchem Zeitpunkt können wir eine Person noch in ethischer und rechtlicher Hinsicht als mit sich selbst *identisch*[1] ansehen. Denn auf der impliziten Voraussetzung einer sich identisch durchhaltenden Person beruht offenbar jede Möglichkeit einer Zuschreibung von Verantwortung für vorgenommene Handlungen oder Unterlassungen, und zwar schon deshalb, weil dann, wenn eine Person für eine Handlung oder Unterlassung verantwortlich gemacht werden soll, diese Handlung oder Unterlassung immer schon in der Vergangenheit liegt, während die betreffende Person ja gegenwärtig verantwortlich gemacht bzw. sogar erst zukünftig für ihr Verhalten mit einer Sanktion belegt werden soll.

Diese als sich durchhaltend vorausgesetzte Identität der Person nehmen wir sogar über Zeitspannen von Jahren an, wenn wir etwa einen Mörder noch Jahrzehnte nach

[1] Es sei angemerkt, dass es hier nicht um *logische Identität*, sondern eigentlich genauer um *Kontinuität* geht. Ich verwende den Ausdruck *Identität* gleichwohl, weil er inzwischen in Termini wie „Ich-Identität" oder „Personen-Identität" verbreitet Verwendung findet.

seiner Tat für eben diese Tat zur Verantwortung ziehen. Und dies, obwohl nahezu alle Zellen dieses Mörders, die bei seiner Tat noch vorhanden waren, inzwischen (man spricht von einer Zeitspanne von sieben Jahren für einen nahezu kompletten Austausch) durch neue Zellen ersetzt wurden. Von *körperlicher* Identität kann da kaum noch die Rede sein; wobei ich mich jetzt nicht auf die schwierige, schon in der Antike diskutierte Frage einlassen möchte, wie viele Planken an einem Boot ausgetauscht sein müssen, um von einem „neuen Boot" ausgehen zu können, bzw. wie lange man noch von dem „alten Boot" als existent sprechen kann.

Doch zurück zum Todesbegriff beim Menschen. Zunächst folgt aus dem eben Erörterten, dass wir von Identität der Person offenbar auch dann noch ausgehen, wenn gar keine rein körperliche Identität mehr gegeben ist, z. B. weil inzwischen alle Zellen ausgetauscht sind, oder weil das Herz der Person aufgehört hat zu schlagen und durch ein anderes Herz ersetzt wurde. Wir denken hier auch nicht etwa, dass die Person, die das schlagende Herz gespendet hat, weiter existiert, sondern verknüpfen die Identitätsbetrachtung mit demjenigen, der das neue Herz empfängt. Und Entsprechendes gilt für alle Körperteile, soweit sie sich transplantieren lassen. Allerdings mit einer Ausnahme: dem Gehirn. Denn für den – bisher glücklicherweise – fiktiven Fall einer Gehirntransplantation würde wohl klar sein, dass der „Spender" des Gehirns in einem fremden Körper weiterlebt und nicht umgekehrt der Empfänger des Gehirns als weiter existent anzusehen wäre.

3. Kriterien für Identität

Man könnte deshalb denken, dass der entscheidende Aspekt bei der Vorstellung von Identität der Person über die Zeit hinweg deren Bewusstsein ist. Indes gibt es auch kein sich permanent durchhaltendes Bewusstsein, schon gar nicht ein permanentes Ich-Bewusstsein, da das Bewusstsein immer wieder einmal ausfällt, etwa bei Bewusstlosigkeit oder Schlaf, ohne dass wir die Identitätsannahme deshalb in Zweifel ziehen würden. Der entscheidende Punkt dabei dürfte sein, dass nach dem Ausfall des Bewusstseins dieses – wenn auch vielleicht mit zum Teil veränderten Inhalten – zurückkehrt, nachdem die Bewusstlosigkeit vorüber ist bzw. die Person wieder aufwacht. Ein Abbruch der Identität erfolgt daher nur an einem „point of *no return*", d. h. wenn das Bewusstsein überhaupt nicht mehr zurückkehren *kann*. Vor allem deswegen ist der sog. Herztod ja auch kein maßgebliches Todeskriterium mehr, weil er gerade nicht mit praktischer Notwendigkeit einen „point of no return" darstellt, da es Möglichkeiten der „Wiederbelebung" nach dem Herztod gibt und eben auch die Möglichkeit der Herztransplantation.

4. Gehirntätigkeit als Kriterium

Warum aber spielt nun das Bewusstsein anscheinend eine so zentrale Rolle bei der Identität der Person? Offenbar zunächst einmal deshalb, weil es für jeden von *uns selbst* die entscheidende Rolle spielt, wenn wir uns als eine Person verstehen. Wir denken uns als mit uns selbst identisch, sofern wir uns auf uns und damit auf unsere eigene Gehirntätigkeit beziehen, sei es nun im Hinblick auf die Vergangenheit, Gegenwart oder

Zukunft. Aus dieser (internen) Selbstbeobachtung ziehen wir den Analogieschluss, dass es bei anderen Personen ebenso ist, was uns jene anderen Personen ja auch durchaus bestätigen.

Aber es ist nicht *nur* diese (interne) Selbstbeobachtung, die uns zu diesen Schlüssen bringt, sondern auch die *externe* Beobachtung dessen, was man als Gehirntätigkeit bezeichnen kann. Denn auch beim Ausfall des Bewusstseins während einer Bewusstlosigkeit und während des Schlafens dauert die Gehirntätigkeit (messbar etwa durch ein EEG)[2] permanent an. Dieses auch äußerlich beobachtbare Identitätskriterium ist damit letztlich einerseits das Vorhandensein von Gehirnzellen und andererseits das permanente Andauern von Gehirntätigkeit im Sinne von Gehirnaktivitäten. Denn noch nie wurde beobachtet, dass nach Ausfall der Gehirnaktivität diese spontan wieder angefangen hätte. Ließe sich etwa dergleichen beobachten, müsste das heute weitgehend anerkannte Hirntodkriterium als Ende des menschlichen Lebens zweifellos überdacht und wohl auch geändert werden. Nachdem eine solche Beobachtung aber bisher nicht möglich war, kann rationalerweise davon ausgegangen werden, dass erst der Ausfall von Gehirnstromaktivität den „point of no return" mit Sicherheit markiert.

Umgekehrt gilt aber auch, dass wegen der andauernden Gehirnstromaktivität bei einem bloßen Bewusstseinsverlust eben noch nicht auf einen Abbruch der Identität geschlossen werden kann, wie der Fall des Bewusstlosen oder Schlafenden deutlich macht. Vielmehr ist in solchen Phasen das Kriterium der andauernden Gehirnstromaktivität geradezu das einzige Kriterium, das – abgesehen von der bloßen Existenz der Zellen des Individuums – die andauernde Identität der Person repräsentiert. Dies spricht dann weiterhin dafür, die Person, jedenfalls immer dann und solange sie andauernde Gehirnaktivität aufweist, im auch für das Recht bedeutsamen Sinne als *lebend* aufzufassen. Zumindest am Ende des Lebens entspricht dies der weitgehend anerkannten These vom sog. Gesamthirntod des Menschen als maßgeblicher Zäsur des Übergangs vom Leben zum Tode.[3]

5. Kritik am Gesamthirntod-Kriterium

Allerdings wird diese These bekanntlich gleichsam von zwei Seiten des Zeitstrahls aus in Frage gestellt: Einerseits wird die Auffassung vertreten, der Todeszeitpunkt sei nicht erst mit dem vollständigen Ausfall des Gehirns (also einschließlich Hirnstamm) gegeben, sondern schon mit dem vollständigen Ausfall des Großhirns oder sogar noch früher.[4] Andererseits wird gegen den (Gesamt-)Hirntod ins Feld geführt, er setze die

---

[2] Wobei hier nicht maßgeblich ist, wie verlässlich die Methode der EEG-Messung für die Frage des Andauerns von Gehirntätigkeit im jeweiligen Einzelfall ist. Entscheidend ist, dass wir uns auch mit der EEG-Messung auf das beziehen, was man im weitesten Sinne als „Gehirntätigkeit" bezeichnen kann: die elektrische Reizweiterleitung und -speicherung in den miteinander vernetzten Zellen des Gehirns. Zu dem Problem der EEG-Messung vgl. im Übrigen noch unten bei Fn. 8.

[3] Vgl. dazu etwa für das Strafrecht Lackner/Kühl (2004), vor § 211 Rdn. 4 m.w.N. auch zur Kritik an diesem Kriterium.

[4] Vgl. dazu etwa die Thesen bei Dencker (1992).

Zäsur zu früh, und erst der Ausfall aller Koodinierungsmöglichkeit von Körperfunktionen, respektive der endgültige Tod aller Zellen, sei das für die Feststellung des Todeseintritts maßgebliche Ereignis.[5]

Zu der ersten These kann gesagt werden, dass gerade die Phasen des Schlafes oder auch der sonstigen Bewusstlosigkeit haben deutlich werden lassen, dass der bloße Ausfall des Bewusstseins einer Annahme fortdauernder Identität der Person jedenfalls nicht entgegensteht. Nun wird zwar für diese These vom Teilhirntod, also dem Ausfall nur des Großhirns als Todeskriterium, ins Feld geführt, dass ja auch hier nach menschlichem Ermessen ein „point of no return" gegeben sei, da auch nach endgültigem Ausfall des Großhirns bisher noch keine Wiederkehr von Bewusstsein habe beobachtet werden können. Und doch wird man berücksichtigen müssen, dass gerade das identitätsstiftende Moment der Gehirntätigkeit auch nach Ausfall bloß des Großhirns noch andauert. Auch wenn wir hier wohl annehmen müssen, dass kein bewusstes Leben mehr möglich ist, noch je wieder möglich werden kann, so bleibt doch die Möglichkeit andauernder Träume oder sonstiger Empfindungen. Wer deshalb gleichsam auf der „sicheren Seite" bleiben will, muss m. E. zumindest von Rechts wegen hier weiterhin bis zum Ausfall auch der Hirnstammtätigkeit den vollen Lebensrechtsschutz garantieren.[6]

6. Horizontale und vertikale Gleichheit

Denn was man im Hinblick auf das Recht als den zwischen *verschiedenen* Personen geltenden „horizontalen Gleichheitssatz" bezeichnen könnte, gilt im Hinblick auf *ein und dieselbe* Person auch gewissermaßen „vertikal": So wie dann, wenn man Person A ein Recht auf Leben zuschreibt, man dieses Lebensrecht nach dem „horizontalen Gleichheitssatz" auch einer Person B in im übrigen ethisch gleicher Situation zuschreiben muss, darf man auch „vertikal" verschiedenen Stadien der Person nicht einerseits (zu einem frühen Zeitpunkt) ein Lebensrecht zuschreiben und es ihr andererseits (zu einem späteren Zeitpunkt) willkürlich entziehen.[7] Es sei denn, man könnte ein ethisch relevantes Kriterium für eine solche Ungleichbehandlung angeben. Nach der hier vertretenen Ansicht wäre dieses Kriterium gerade das Ende des identitätsstiftenden Moments der Gehirntätigkeit. Wobei ich hier allerdings die Feinheiten der medizinischen *Feststellung* des Gesamthirntodes, die etwa durch hohe Medikamentengabe usw. hinsichtlich der Messergebnisse verfälscht sein können, außer Acht lassen muss.[8]

---

[5] Vgl. zur Kritik am Gehirntodkriterium etwa Hoff/In der Schmitten (1994); Wolf (1999), S. 293 ff.

[6] Näher dazu Joerden (1993) in Auseinandersetzung mit den Thesen bei Dencker (1992).

[7] Näher dazu Joerden (2003), S. 41 ff.

[8] Vgl. in diesem Zusammenhang z. B. die „Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme entsprechend dem Beschluss des Obersten Sanitätsrates vom 17. Dezember 2005" des österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen, insbes. Abschnitt 2.3.

7. Weitere Kritik am Gesamthirntod-Kriterium

Was die demgegenüber konträre Ansicht betrifft, das als solches schützenswerte Leben der Person dauere sogar noch *länger* als es die Zäsur des Gesamthirntods nahe legt, so muss sich diese These mit einigen nur schwer plausibel zu machenden Konsequenzen auseinander setzen. Eine davon bestünde darin, dass diese These, die sich letztlich darauf bezieht, dass erst der Tod *aller* Zellen den entscheidenden Übergang des betreffenden Menschen vom Leben zum Tode darstellt, gerade dafür einsetzen müsste, dass möglichst alle Organe einer Person, bei der bisher erst der Gesamthirntod eingetreten ist, verpflanzt werden, um so den Spender dieser Organe möglichst lange weiterleben zu lassen. Denn er würde ja – zwar verteilt auf unterschiedliche Organempfänger aber – gerade deshalb noch in seinen Organen weiterexistieren, weil mit den weiterlebenden Organen seine Zellen eben noch nicht sämtlich abgestorben wären. Zugleich erhebt diese Lehre aber die ihrem Ziel eigentlich widersprechende Forderung, die Person, die zwar schon hirntot aber nicht zelltot ist, nicht für Transplantationszwecke zu verwenden. Damit stellt sich die Frage, was hier eigentlich genau geschützt werden soll.[9] Hinzugefügt sei, dass ich hier nicht die Auffassung vertrete, ein toter Mensch dürfe beliebig für Transplantationszwecke o. ä. „vermarktet" werden; aber um insoweit dem Missbrauch entgegenzuwirken, bedarf es nicht der *Tötungs*delikte gem. §§ 211 ff StGB, sondern es genügt der ggf. zu präzisierende oder zu ergänzende strafrechtliche Pietätsschutz gem. § 168 StGB.

8. Tod als prozesshaftes Geschehen

Es sollte daher dabei bleiben, den Tod des Menschen als den Ausfall des Gesamthirns zu identifizieren, um einerseits größtmögliche Sicherheit zu haben, dass kein Mensch getötet werden darf, so lange sein Hirn noch zumindest rudimentär arbeitet, und andererseits den Todeszeitpunkt nicht so spät zu setzen, dass man zu (pragmatisch) widersprüchlichen Konsequenzen genötigt ist. Zudem muss noch hervorgehoben werden, dass der oft zu hörende und an sich durchaus zutreffende Hinweis darauf, dass es sich beim Übergang vom Leben zum Tode eines Menschen im Grunde um einen prozesshaften Vorgang und daher einen gleitenden Übergang handelt, für Recht und Ethik nicht wirklich weiterhilft. Denn auch dann, wenn dies vom biologischen Standpunkt aus betrachtet durchaus zutreffend sein mag, ist diese Phänomenbeschreibung für die normativen Wissenschaften nicht angemessen, da – nunmehr auf das Recht bezogen – ja immerhin die Frage ansteht, ob bei einem bestimmten Umgang mit dem sterbenden Menschen (noch) ein Tötungsdelikt vorliegt oder nicht mehr (und dann nur noch das relativ geringfügige Delikt der Störung der Totenruhe in Betracht kommt). Auch insofern ist es daher sinnvoll, den Tod des Menschen mit dem immerhin einigermaßen klar feststellbaren Erlöschen aller Hirnstromaktivitäten zu identifizieren.

---

[9] Zur weiteren Diskussion um das Hirntodkriterium vgl. auch Joerden (2003), S. 184 ff., allerdings mit zum Teil anderer Akzentsetzung. Zur Verteidigung des Hirntodkriteriums siehe auch schon Birnbacher (1994).

9. Rechtliche Regelungen in Europa

Lassen Sie mich nun noch einen Blick auf die rechtlichen Regelungen werfen, die sich mit der Feststellung des Todes beim Menschen beschäftigen. Dabei kann konstatiert werden, dass zumindest die Staaten der Europäischen Gemeinschaft einheitlich dem Gesamthirntodkriterium folgen; allerdings gibt es durchaus bemerkenswerte Unterschiede einerseits in der gesetzlichen Regelungstechnik und andererseits in der Normierung des Verfahrens, das bei der Feststellung des Todes eingehalten werden muss. Dabei ist es oft so, dass – wie z. B. in Deutschland – keine explizite Definition des Todes gegeben wird, sondern – zumindest vorrangig – nur die Bedingungen normiert werden, unter denen eine Explantation lebenswichtiger Organe vorgenommen werden darf, weshalb sich die Regelung der Problematik auch regelmäßig in den Transplantationsgesetzen der jeweiligen Staaten findet.

Allerdings kommt etwa auch das deutsche Transplantationsgesetz nicht ohne Bezugnahme auf den Tod des Spenders (insbesondere bei lebenswichtigen Organen) aus (vgl. Zweiter Abschnitt des TPG: „Organentnahmen bei toten Organspendern", sowie § 3 I Nr. 2 dtTPG). Entscheidend ist, dass Organe – wie insbesondere das Herz – jedenfalls nicht entnommen werden dürfen, wenn

> „nicht vor der Entnahme bei dem Organspender 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. [...] Die Feststellungen [...] sind jeweils durch zwei dafür qualifizierte Ärzte zu treffen, die den Organspender unabhängig voneinander untersucht haben [...] Die an den Untersuchungen [...] beteiligten Arzte dürfen weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe des Organspenders beteiligt sein [...]" (vgl. § 3 II Nr. 2 und § 5 I 1 und II 1 dtTPG).

Demgegenüber nimmt das korrespondierende polnische Transplantationsgesetz (vom 1. Juli 2005) Bezug auf den „irreversiblen Ausfall der Hirnaktivität (Hirntod)", allerdings ohne genau festzulegen, wann denn nun der Hirntod gegeben ist, also erst bei Ausfall des Hirnstamms oder schon bei Ausfall nur des Großhirns oder auch bei Ausfall von Groß- und Kleinhirn. Dies zu präzisieren wird vielmehr einer vom Gesundheitsminister einzusetzenden Spezialistenkommission überlassen (vgl. Art. 9 I, II polTPG). Andererseits normiert das polnische Transplantationsgesetz, dass nicht – wie in Deutschland – nur zwei Ärzte, sondern dass drei Ärzte einstimmig die Feststellung des Hirntodes vornehmen müssen, von denen mindestens einer ein Spezialist für Anästhesie oder Intensivmedizin und einer ein Spezialist für Neurologie oder Neurochirurgie zu sein hat (Art. 9 IV polTPG). Auch kennt das polnische Recht die Neutralität der feststellenden Ärzte, indem diese weder an der Organentnahme noch an der Transplantation beteiligt sein dürfen (Art. 9 V polTPG). Anders als im deutschen TPG fehlt allerdings eine Vorschrift, wonach die den Hirntod feststellenden Ärzte auch nicht den Weisungen eines Arztes unterstehen dürfen, der an Organentnahme bzw. Transplantation beteiligt ist (vgl. § 5 II 2 dtTPG). Damit fehlt in Polen zumindest eine ge-

setzliche Vorkehrung gegen eine interessengeleitete Todesfeststellung in der Hierarchie eines Krankenhauses.

Einen anderen Aspekt als das deutsche TPG betont in diesem Punkt das österreichische Gesetz, indem der den Tod feststellende Arzt weder an den Transplantationseingriffen beteiligt noch „durch sie betroffen sein" darf (vgl. § 62a II Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz), was auch immer Betroffenheit hier im Einzelnen bedeuten mag. In Österreich genügt es demgegenüber, wenn *ein* (unabhängiger) Arzt die entsprechende Feststellung vornimmt; allerdings wird in der Praxis die Hirntoddiagnostik von „zumindest zwei" Ärzten durchgeführt. Wann genau vom Tod eines Menschen auszugehen ist, ist in Österreich nicht gesetzlich geregelt, sondern es wird auf den Stand der Wissenschaft Bezug genommen und insofern wurden von einer interdisziplinären Expertengruppe „Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik" erarbeitet.[10]

Auch in der Schweiz wird von den Kriterien des Ganzhirntodes („einschließlich des Hirnstamms") ausgegangen (vgl. Art. 9 I schweizTPG); die Frage, wann genau „auf den irreversiblen Ausfall der Funktionen des Hirns einschließlich des Hirnstamms geschlossen werden darf", wird allerdings einem Erlass der Regierung (Bundesrat) überlassen, ebenso die Regelungen der „Anforderungen an die Ärztinnen oder Ärzte, die den Tod feststellen." (Art. 9 II schweizTPG).

Eine etwas andere Gesetzgebungstechnik findet sich wiederum in Italien, wo es jedenfalls in den Grundzügen *gesetzlich* festgelegt und nicht dem Verordnungsgeber überlassen wird, wie der Hirntod („Stillstand sämtlicher Hirnfunktion"; vgl. Gesetz vom 29. Dez. 1993 n. 578, Art. 1) festzustellen ist. Eine gesetzliche Festlegung erscheint dabei gegenüber einer Verordnungsermächtigung schon deshalb vorzugswürdig, weil es immerhin um das Rechtsgut Leben geht und nicht nur um eine rein medizin*technische* Feststellung.

In Portugal wiederum ist für die Todesfeststellung bei einem Patienten, der an einer Herzlungenmaschine angeschlossen ist, das Urteil zweier Ärzte erforderlich, wobei das Gesetz allerdings weder eine Festlegung über die Qualifikation dieser Ärzte trifft noch Neutralität hinsichtlich des Transplantationsvorganges verlangt. Im Übrigen wird alles Nähere der Ärztekammer überlassen (vgl. Art. 4 IV des Gesetzes Nr. 141/99 vom 28. August).

In Großbritannien wird nach dem Human Tissue Act 2004 alles an eine Behörde delegiert (Human Tissue Authority); eine gesetzliche Definition des Todesbegriffs gibt es nicht; allerdings haben auch die englischen Gerichte das Todeskriterium des Gesamthirntodes gewohnheitsrechtlich als maßgeblich anerkannt und die Gerichte haben dabei explizit hervorgehoben, dass es insoweit auf den Tod des Hirnstamms ankommt.[11]

---

[10] Vgl. ob. Fn. 8.

[11] Vgl. Re A [1992] 3 Med LR 303; Airedals NHS Trust v. Blond [1993] Ac 789.

10. Ausblick

Auch wenn hier keineswegs *alle* in Europa geltenden Regelungen zur Feststellung des Todeseintritts erörtert werden können, so dürfte doch deutlich geworden sein, dass zwar hinsichtlich des Kriteriums des Gesamthirntodes (d. h. einschließlich des Ausfalls der Funktionen des Hirnstamms) ganz parallele Vorstellungen in den nationalen europäischen Rechtssystemen gelten, dass die Probleme, inwieweit die entsprechenden Fragen *gesetzlich* zu regeln sind und wie das jeweilige *Feststellungsverfahren* ausgestaltet wird, normativ jedoch durchaus unterschiedlich gelöst wurden. Das bedeutet zwar nicht, dass in Europa der Übergang vom Leben zum Tode unterschiedlich gesehen wird, aber wie der Tod tatsächlich festgestellt wird, kann von Staat zu Staat in Europa nicht unerheblich differieren – auch dies ist also eine lohnende Aufgabe für eine weitere „Europäisierung des Rechts".

Literatur

1. Birnbacher (1994): Dieter Birnbacher, Einige Gründe, das Hirntodkriterium zu akzeptieren, in: Johannes Hoff/Jürgen in der Schmitten, Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium, Berlin 1994, S. 28 ff.
2. Dencker (1992): Friedrich Dencker, Zum Erfolg der Tötungsdelikte, Neue Zeitschrift für Strafrecht 12 (1992), S. 311 ff.
3. Hoff/In der Schmitten (1994): Johannes Hoff, Jürgen in der Schmitten, Kritik der „Hirntod"-Konzeption. Plädoyer für ein menschenwürdiges Todeskriterium, in: dies. (Hrsg.), Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium, Berlin 1994, S. 153 ff.
4. Joerden (1993): Jan C. Joerden, Tod schon bei „alsbaldigem" Eintritt des Hirntodes? Anmerkungen zu einer These von Dencker in NStZ 1992, 311, Neue Zeitschrift für Strafrecht 13 (1993), S. 268 ff.
5. Joerden (2003): Jan C. Joerden, Menschenleben. Ethische Grund- und Grenzfragen des Medizinrechts, Stuttgart 2003
6. Lackner/Kühl (2004): Karl Lackner, Kristian Kühl, Strafgesetzbuch, Kommentar, München ^{25}2004
7. Wolf (1999): Gerhard Wolf, Strafbarkeit von Organentnahmen für Transplantationen?, in: Jan C. Joerden (Hrsg.), Der Mensch und seine Behandlung in der Medizin. Bloß ein Mittel zum Zweck?, Berlin u. a. 1999, S. 289 ff.

D. Klinische Aspekte

Tod und toter Körper – Die Rolle der Sektion aus Sicht des Pathologen[1]

Manfred Dietel

1. Einführung

Unter den Begriffen Obduktion, Autopsie oder Sektion werden verschiedene Formen der Leichenöffnung subsumiert. Da sich jeweils unterschiedliche Gründe zu diesem Eingriff ergeben können und diese verschiedene rechtliche Rahmenbedingungen haben, seien hier kurz die Sektionsarten dargestellt:

- *Klinische Sektion,* eine aus medizinischer Indikation angeordnete Sektion u. a. zur Feststellung der Todesursache oder der Pathogenese einer Erkrankung
- *Gerichtliche Sektion,* gemäß §§ 87 ff. StPO bei nicht natürlichem Tod (einschließlich Verdacht) auf richterliche Anordnung
- *Seuchensektion*, gemäß § 32 Abs. 3 Bundesseuchengesetz bei übertragbaren (meist meldepflichtigen) Krankheiten auf Anordnung der zuständigen Behörde (Gesundheitsamt)
- *Feuerbestattungssektion*, gemäß § 3 Abs. 2 Feuerbestattungsgesetz bei Verdacht auf nicht natürlichen Tod während der vorgeschriebenen zweiten amtsärztlichen Leichenschau
- *Sozialrechtliche Sektion*, gemäß §§ 103ff. SGB VII bei Berufskrankheiten (einschließlich Verdacht) oder (Arbeits-)Unfall auf Veranlassung der Berufsgenossenschaften. Besonderheit: Die Sektion kann von Angehörigen verweigert werden, allerdings mit Nachteilen hinsichtlich einer möglichen Auseinandersetzung vor Gericht.

Die weiteren Ausführungen in diesem Beitrag beziehen sich ganz überwiegend auf die klinische Sektion aus Sicht eines Krankenhauspathologen.

2. Vom klinischen Tod bis zum Entschwinden von Körper und Leib

Von vielen Kulturen wird der Tod nicht als abruptes Ende des Lebens verstanden, sondern als ein Prozess angesehen, der einen Zeitraum beschreibt, in dem sich der Mensch vom Leben über verschiedene Zwischenstufen im Sinne des schrittweise Verlöschens der Lebensgeister, über den klinischen Tod bis zum völligen Entschwinden der Person wandelt. Die Endgültigkeit wird von den Angehörigen häufig erst nach der eigentlichen Beerdigung gefühlt und akzeptiert. Daher gibt es in den verschiedenen Religionen und

---

[1] Ein zum Teil wortgleicher Beitrag wurde unter dem Titel „Sectio post mortem inklusive Organ- und Gewebeentnahme“ in der „Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung“ (2007) veröffentlicht. Der Abdruck wurde durch die Verlagsleitung genehmigt. – Frau Claudia Kromminga wird für die Erstellung und Bearbeitung des Manuskripts ausdrücklich gedankt.

Kulturkreisen unterschiedlich lange Wartezeiten zwischen dem „klinischen" Tod und der Erd- oder Feuerbestattung.

Im alten Griechenland, so Herodot, wurden die Toten vor der Beerdigung drei Tage aufgebahrt, bevor sie verbrannt oder beerdigt wurden. Auch bei den Römern, so in einem Brief von Servius an Vergil, wurde berichtet, dass der Tote erst am achten Tage verbrannt und die Asche am neunten Tag zu Grabe getragen wurde. In der alten jüdischen Tradition wurde sogar eine Wartefrist von 30 Tagen eingehalten, während der die Toten noch als existente Wesen wahrgenommen wurden. Daher wurden ihnen Speisen und Getränke gebracht und es wurde mit ihnen kommuniziert.

In dem tibetischen Totenbuch wird subtil jener Zwischenzustand zwischen Leben und Tod, d. h. der Sterbeprozess, beschrieben, ein Zeitraum der bis zu 49 Tagen dauern kann. Der Dalai Lama beschreibt das Übergangsstadium wie folgt:

> „Meistens wird dieser Moment als Eintritt des Todes betrachtet, denn der Herzschlag hat aufgehört und die Atemfunktionen sind zum Stillstand gekommen. Ein Arzt würde den Betreffenden für tot erklären. Nach unserer Tradition jedoch ist der Betreffende noch im Sterbeprozess, er ist noch nicht tot. Die den Sinnen verbundenen Bewusstseinskräfte haben zwar aufgehört, aber das mentale Bewusstsein ist durchaus noch da. Es bedeutet aber nicht, dass man noch zum Leben zurückkehren könnte.[2]

Dieser Prozess wird von Heidegger prägnant zusammengefasst, in dem er schreibt, „Das Dasein und das Sterben ist als ein dauerndes „Sein-zum-Ende" und nicht als bloßes „Zu-Ende-Sein" zu verstehen.[3]

Dabei wird vom katholischen Kirchenlehrer Thomas von Aquin (1225-1274) der Unterschied zwischen Leib und Körper betont, in dem er von der verleiblichten Seele spricht. Die Wirkungen dieses Leibes nach innen und außen werden in ihrer Symbolhaftigkeit als ein offenes System in einem sozialen Gesamtkontext verstanden. Das bedeutet unter anderem, die Seele des Verstorbenen lebt im Geist und der Erinnerung der an ihn Denkenden und ihn noch Fühlenden weiter, auch wenn der Körper verblichen ist.

3. Die Entscheidung pro oder contra klinische Autopsie

In diese Übergangsphase in der zwar klinisch die Lebensfunktionen erloschen sind, der Spirit, die Präsenz, die gefühlte Gegenwart des Verstorbenen aber durchaus noch aktuell sind, fällt die Entscheidung zur klinischen Sektion. Daher müssen die Ärzte, Kliniker, Pathologen und der Gesetzgeber (siehe unten) gleichermaßen, eine Gratwanderung zwischen den Gefühlen und Empfindungen der Angehörigen sowie der vermuteten Einstellung des Verstorbenen auf der einen und den medizinischen, wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Notwendigkeiten auf der anderen Seite vollziehen. In diesem Spannungsfeld sollten sich Sensibilität und Verständnis für die Hinterbliebenen die

---

[2] Dalai Lama (1989), S. 213-228.

[3] Heidegger (1967), S. 231-266.

Waage halten mit den gesellschaftlichen Belangen und der allgemein anerkannten Notwendigkeit der Autopsie und dem damit verbundenen Druck auf die Angehörigen.

Zur Verdeutlichung sei hier auf die im Berliner Sektionsgesetz von 1996 festgelegte fortschrittliche Definition hingewiesen:[4] „Die klinische Sektion ist die letzte ärztliche Handlung zugunsten des Patienten, seiner Angehörigen und der Gesellschaft." Ausgehend von dieser gesellschaftlich akzeptierten Festlegung und dem darin immanent ausgedrückten Interesse der Gesellschaft, erscheint die Frage berechtigt, warum könnten der Verstorbene selber oder die Hinterbliebenen eigentlich Einwände gegen eine *lege artis* ausgeführte klinische Sektion haben?

I. *Einwände religiöser Art:* Im Christentum sind keine Restriktionen gegen die Leichenöffnung zum Wohle der Allgemeinheit formuliert. So wird im Katechismus der Katholischen Kirche festgehalten: „Die Autopsie von Leichen zur gerichtlichen Untersuchung oder zur wissenschaftlichen Forschung ist sittlich zulässig." Die klinische Sektion wird als gesellschaftliche Notwendigkeit akzeptiert und es wird keine Zurückhaltung gegenüber der Autopsie geäußert.

   Zur Konfliktvermeidung sollte im klinischen Alltag auf bestimmte Glaubensgemeinschaften Rücksicht genommen werden. Dies ist in den westlichen Breiten eine verschwindend geringe Zahl, so dass damit keine Verschiebungen der sektionsbezogenen epidemiologischen Daten und wissenschaftlichen Erkenntnisse gegeben sind.

II. *Einwände individuell gefühlsmäßiger Art:* Bei vielen Angehörigen besteht ein diffuses Gefühl im Sinne eines „Muss das denn sein?" oder „Der Vater soll nicht aufgeschnitten werden". Diesem durchaus verständlichen, zumeist auf dem Boden geringer Kenntnisse über Sinn und Nutzen einer klinischen Sektion bestehenden Gefühl kann nur durch mehr öffentliche Diskussion, Transparenz des Vorganges und Vermittlung der sozialen Notwendigkeit einer Sektion begegnet werden.

   Wird in der täglichen Praxis in Einzelgesprächen mit Angehörigen die grundsätzliche Bedeutung verdeutlicht und zusätzlich darauf hingewiesen, dass zur Beantwortung der Frage nach möglichen finanziellen Ansprüchen, z. B. bei Verdacht auf eine Berufskrankheit oder einen Behandlungsfehler etc., eine Sektion notwendig ist, so wird diese praktisch nie verweigert.

   Leider wird die gefühlsmäßige Zurückhaltung durch abwertende Medienberichte immer wieder bestärkt, z. B. schreibt Der Spiegel 1993 „Geplündert ins Grab"[5] oder erst kürzlich Die Zeit (8/2007) „Frische Leichenteile weltweit".[6] Die in den letzten Jahren seitens der Ärzteschaft durchaus unternommenen Aktivitäten zur Erhöhung der Sektionsfrequenz werden dadurch naturgemäß konterkariert.

III. *Ethisch begründete Einwände:* Die Verweigerung aus Gründen einer „individuellen Ethik" im Sinne einer bestimmten Lebenseinstellung, die mit dem Vorgang der

---

[4] Berliner Sektionsgesetz (1996) S. 2129-2.

[5] Spiegel (1993).

[6] Keller (2007).

Leichenöffnung nicht vereinbar ist, werden nur sehr selten als Begründung der Ablehnung einer Obduktion angegeben.

IV. *Finanzielle Einwände:* Die Durchführung einer Sektion ist für die Angehörigen mit keinerlei finanziellen Belastungen verbunden; insofern greift im deutschen Gesundheitssystem diese Frage nicht.

Den bisher aufgeführten möglichen Einwänden gegen eine Sektion, sind Gründe und Argumente pro sectionem aus Sicht der Allgemeinheit gegenüber zu stellen. Diese sind:

I. *Wissenschaftlich-medizinischer Fortschritt:* Es ist die Verpflichtung des Staates und der Gesellschaft die Entwicklung der Heilkunde, als Sicherung der Lebensqualität der gesamten Bevölkerung voran zu treiben. Hierbei spielen die bei einer Sektion direkt gewonnenen Erkenntnisse und die durch Gewebeasservierung möglichen retrospektiven Studien nach wie vor eine zentrale Rolle.

II. *Qualitätssicherung:* Die Notwendigkeit der Kontrolle von Diagnostik und Therapie im Krankenhaus und im Bereich der niedergelassenen Ärzte, speziell unter dem Gesichtspunkt des neu eingeführten pauschalierten Abrechnungssystems im Krankenhaus (Einzelheiten siehe unten) steht außer Frage.

III. *Epidemiologie:* Nur eine flächendeckend durchgeführte, qualitativ hochwertige Epidemiologie einschließlich umfassender medizinisch belegter Todesursachenstatistiken kann als verlässliche Basis gesundheitspolitischer Entscheidungen herangezogen werden.

IV. *Ausbildung:* Die Obduktion ist ein zwingend notwendiger Teil des Studiums und der Weiterbildung von Ärzten. Wer möchte schon von einem Chirurgen am Magen operiert werden, der noch nie an einer Leiche einen Oberbauch präpariert hat, wer möchte von einem unerfahrenen Kollegen intubiert werden, der noch nie eine Intubation an einer Leiche vorgenommen hat?

V. *Feststellung der Todesursache:* 1.200 bis 2.400 kriminelle Tötungsdelikte werden in Deutschland aufgrund mangelnder Sektionen nicht aufgedeckt.[7]

Wägt man zwischen den „individuellen" Gründen des Verstorbenen bzw. der Angehörigen und den Argumenten der Allgemeinheit ab, so ergibt sich eine erdrückende Bilanz pro sectionem. Dieser Tatsache sollte die Gesellschaft und damit der Gesetzgeber Rechnung tragen, indem er klare rechtliche Rahmenbedingungen vorgibt.

Im Rahmen des hier vorliegenden Beitrages sollen die ersten vier der genannten Argumente etwas genauer ausgeführt werden.

Wissenschaftlicher Fortschritt

Auch wenn die spektakulären Entwicklungen und Erkenntnisse im Bereich der medizinischen Forschung heute zumeist auf dem Boden von molekularmedizinischen Untersuchungen erarbeitet werden, so sind nach wie vor zahlreiche neue Erkrankungen, bzw. Erkrankungsbilder oder Syndrome durch Autopsiestudien erkannt worden, z. B. primäre Kardiomyopathien, rheumatische Herzklappenveränderungen, Symptome und Morphologie der Schocklunge, die Pneumozystispneumonie, Auswirkungen der Virus-

[7] Brinkmann et al. (1997).

hepatitis, zahlreiche neurologische Erkrankungen, wie die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung sowie HIV, Zollinger-Ellison-Syndrom und weitere mehr.[8] Dies ist eigentlich nicht verwunderlich, da es nahe liegend ist, dass auf dem Boden systematischer Sektionspathologie und Histologie neue komplexe Krankheitsbilder und pathophysiologische Zusammenhänge besonders gut erfasst und dokumentiert werden können. Auch die Kontrolle experimenteller Therapien, z. B. in der Onkologie, mit Dokumentation von Wirkung und Nebenwirkung, ist am zuverlässigsten mittels Obduktion möglich.

Ein im Zusammenhang mit Sektionen zu wenig beachteter Gesichtspunkt ist die Gewinnung und Asservierung von Gewebsmaterial während der Sektion und deren anschließende Einbringung in Gewebebanken. In vielen Gebieten der biomedizinischen Forschung ist humanes Gewebe als essentieller „Grundstoff" zu verstehen. Dies gilt insbesondere für die Onkologie, da sich die menschlichen Tumoren in vielen Eigenschaften von tierischen fundamental unterscheiden, z. B. Metastasierungsmuster, Wachstumsgeschwindigkeit, Therapieresponse und -resistenz sowie Proteinzusammensetzung und genetische Alterationen. Die Entwicklung neuer Antikrebs-Substanzen, speziell in der sog. „zielgerichteten Therapie", ist nur mit sorgfältig asserviertem histopathologisch einheitlich diagnostiziertem Gewebe möglich, die Morphologie ist nach wie vor der Goldstandard.[9] Ohne auf die sozialen und juristischen Einzelheiten der Problemfelder in Zusammenhang mit Gewebebanken eingehen zu wollen,[10] ist zu betonen, dass der Schutz des sog. postmortalen Persönlichkeitsrechts, unabhängig davon, ob es aufgrund der mangelnden Rechtsfähigkeit eines Toten überhaupt besteht, hinter den zwingend gegebenen Erforderlichkeiten der Gesellschaft hintan stehen sollte.[11]

Aus dem Gesagten wird deutlich, dass wesentliche wissenschaftliche und klinische Fortschritte eng mit adäquater Sektionstätigkeit verbunden sind. Dazu sollte der Aufbau und die Weiterentwicklung von Tumorbanken staatlich gefördert und in einen gesicherten Rechtsrahmen gestellt werden. Dies wurde u. a. auch vom Nationalen Ethikrat gefordert.[12]

Qualitätssicherung

Trotz moderner Untersuchungsmethoden sind in der Medizin noch heute 30 bis 50 % der klinischen Diagnosen unvollständig oder falsch.[13] Die Auswertung zahlreicher großer Statistiken[14] mit hohen Sektionsraten (bis zu 97 %) lässt folgende Feststellung zu:

- Jede zweite klinische Diagnose stimmt nicht mit dem Sektionsbefund überein und
- jede vierte klinische Diagnose ist falsch.

---

[8] Moch/Wegmann/Mihatsch (1999).
[9] Dietel (2007).
[10] Dietel (2006).
[11] Taupitz (1996).
[12] Nationaler Ethikrat (2004).
[13] Kirch/Schafii (1996), S. 274.
[14] Madea (1999).

- Insgesamt ergeben sich in 10 % aller fehlerhaften Diagnosen Auswirkungen auf die Therapie und ggf. das Überleben.

Die Untersuchungen haben ergeben, dass die Höhe der Fehlerquote abhängig ist von dem untersuchten Patientengut (Alter, ambulant, stationär, Spezialisierung), der Dauer des Krankenhausaufenthaltes, der Sektionsrate und naturgemäß der Definition des Fehlers. Hierzu ist eine detaillierte Darstellung in der Stellungnahme „Autopsie" des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer publiziert.[15] Daraus wird ebenfalls deutlich, dass in der klinischen Diagnostik eine Fehlerquote von ca. 10 bis 20 % mit Folgen für Therapie und Überleben anzunehmen ist. Diese erschreckend hohen Zahlen sollten Anlass geben, den Stellwert der klinischen Sektion neu zu überdenken.

Durch die Einführung des Fallpauschalengesetzes oder der sog. DRGs (Disease Related Groups) hat der Gesetzgeber seit 2004 eine neue Vergütungsstruktur für die Finanzierung deutscher Krankenhäuser etabliert. Grundlegende Änderungen sind die pauschalierte Vergütung der stationären Behandlung, unabhängig von Umgang und Dauer der Diagnostik und Therapie. Das Fallpauschalengesetz fordert nachdrücklich Qualität, Wettbewerb und Transparenz im Gesundheitswesen ohne allerdings stringente Qualitätskontrollen gesetzlich zu verankern, z. B. durch Festlegung einer Sektionsrate. Es besteht nämlich die Gefahr, dass die Systematik der DRGs mit pauschaler Leistungsvergütung zum Absinken der medizinischen Qualität führt, da das Krankenhaus am profitabelsten arbeitet, das mit möglichst geringem diagnostischem und therapeutischem Aufwand eine bestimmte Leistung (bzw. DRG) bei möglichst kurzen Liegezeiten erbringt. Es besteht daher systembedingt die Tendenz, notwendige diagnostische Leistungen aufgrund des ökonomischen Drucks nicht mehr zu veranlassen und somit fehlerhafte oder unvollständige Diagnosen zu generieren, durch die inadäquate Behandlungen ausgelöst werden.

Wenn also Qualität nachdrücklich gefordert wird, muss eine möglichst hohe Obduktionsfrequenz als anerkannt wichtigstes Qualitätsmessinstrument angestrebt werden. In Tabelle 1 sind die im Rahmen der Qualitätskontrolle während der Sektion erfassten Parameter dargestellt Nur durch die Obduktionsergebnisse kann die Genauigkeit und Vollständigkeit der Diagnostik und die Angemessenheit der Behandlung verifiziert werden. Die obduktionsbasierte Qualitätskontrolle ist ein harter und objektiver Qualitätsparameter im Interesse der Ärzte, der Patienten und der Gesellschaft, da nur so das DRG-System eine angemessene und fachlich hoch stehende Medizin sichert.[16]

---

[15] Bundesärztekammer (2005).

[16] Schneider/Wittekind (2003); S. 6 f.; Krukemeyer et al. (2007).

Tabelle 1. Während der Sektion erfasste und dokumentierte Parameter

Aufdeckung von Grundleiden und Todesursache
Ausschluss bzw. Nachweis von Behandlungsfehlern
Verifizierung und ggf. Korrektur der klinischen Diagnosen
Erfassung zusätzlicher Krankheiten (sog. Nebenleiden)
Kontrolle der Wirksamkeit konventioneller und neuer Therapieformen
Erfassung therapeutischer Nebenwirkungen
Erkennung neuer Krankheitsentitäten

Epidemiologie

Zuverlässige Mortalitätsstatistiken sind ohne eine ausreichend hohe Autopsierate nicht möglich. So wird die epidemiologisch kritische Grenze der Sektionsrate mit 30 % angegeben.[17] Diese Zahl wird von der WHO bestätigt, die ausführt, dass erst eine ausreichend hohe Zahl an Sektionen eine hinreichend zuverlässige Todesursachenstatistik und somit einen international zulässigen Vergleich sichert. Dabei soll die Offenlegung der Diagnosen, die zwischen Klinik und Pathologie diskrepant sind, einen Qualitätsparameter darstellen. Diese Konkordanzrate wurde in Qualitätssicherungsprogramme einiger amerikanischer Krankenhäuser aufgenommen.[18] Bis Mitte der 1980er Jahre erhielten in den USA Krankenhäuser nur dann eine Akkreditierung, wenn die Autopsierate mindestens 20 % betrug. Eine Ausbildungsberechtigung erhielten die Häuser entsprechend den Empfehlungen der American Medical Association nur bei einer Rate von 25 %.[19] Im Rahmen der Reduktion der Sektionsfrequenzen wird mittlerweile auch in den USA nur noch verlangt, dass Autopsien als Instrument der Weiterbildung und Qualitätskontrolle durchgeführt werden. Dabei ist bemerkenswert, dass aufgrund der höheren Transparenz des amerikanischen Gesundheitssystems mittlerweile einige Krankenhäuser besonderen Wert auf hohe Autopsieraten legen und dann etwa 50 % aller Verstorbenen einer Autopsie zuführen können.[20] Auch in den USA geht man davon aus, dass Autopsieraten unter 20 % die notwendigen Anforderungen an die Qualitätssicherung nicht erfüllen.[21]

Gesundheitspolitisch relevante Entscheidungen können häufig nur auf dem Boden adäquater Todesursachenstatistiken erfolgen. Diese wiederum sind, sollen sie verlässlich sein, nur auf dem Boden von Autopsien wissenschaftlich qualifiziert zu erstellen. Beispielsweise können potentiell gesundheitsgefährdende Umweltfaktoren, seien sie technischer Natur (Atomkraftwerke), naturgegeben (verstärkte Sonneneinstrahlung aufgrund erhöhter Ozonwerte etc.) oder individuell bedingt, aufgrund z. B. Rauchen, nur

[17] McPhee (1996).
[18] Schned/Mogielnicki/Stauffer (1986); Penner (1978), Friederici/Sebastian (1984).
[19] Hospitals (1987).
[20] Haque/Patterson/Grafe (1996).
[21] Penner (1978).

auf der Basis von Sektionsfrequenzen über 30 % wissenschaftlich belastbar dargestellt werden.

In diesem Zusammenhang sind insbesondere Krebsregister auf die Ermittlung der organbezogenen Krebssterblichkeit und der Erfassung häufig klinisch nicht diagnostizierbarer Karzinome, sog. cancer of unknown primary (CUP), mittels Autopsie angewiesen. Dabei ist anzumerken, dass zahlreiche Malignome erst durch die klinische Sektion entdeckt werden.[22]

Aus- und Weiterbildung

Dass gute und umfassende Lehre mit praktischen Demonstrationen an Verstorbenen für Studenten und für jüngere (häufig auch für ältere) Ärzte essentiell ist, ist unbestritten. Dass dies ohne eine entsprechend hohe Sektionsrate nicht möglich ist, versteht sich von selbst. Dies gilt insbesondere bei der Ein- und Durchführung neuer Methoden, die stets in Verbindung mit entsprechend hohen Sektionszahlen erfolgen sollte, um u. a. den Nutzen oder das Versagen früh zu erkennen.

4. Medizin und Recht und Autopsie

Da auch unter dem Gesichtspunkt der Sozialadäquanz die Argumente klar pro sectionem, inkl. Gewebeentnahme und Lagerung (Gewebebank), sprechen, müsste der Gesetzgeber eigentlich ein Gesetz zur Erleichterung der flächendeckend durchzuführenden klinischen Sektionen erlassen, sich also zugunsten der gesellschaftlichen Belange entscheiden. Dies kann unter Umständen bedeuten, dass auch gegen den Willen der Angehörigen seziert werden muss. Da sich keine wirklich schlüssigen Argumente zur Ablehnung einer Sektion ergeben, sollte im Abwägungsprozess zwischen Gefühl/Meinung des Einzelnen und Nutzen für die Allgemeinheit die Rolle der Angehörigen, die zurzeit zu stark betont wird, neu bewertet werden.

Der Schutz des sog. „postmortalen Persönlichkeitsrechts" sollte den Erfordernissen der Gesellschaft angepasst werden. Aus rechtlicher Sicht steht dabei außer Frage, dass eine lege artis durchgeführte klinische Sektion, einschließlich Gewebeentnahme, in keiner Weise die Menschenwürde, die Totenruhe oder das Andenken des Verstorbenen (§ 168 und 189 StGB) verletzt und durchaus die Fortwirkung der Persönlichkeitsrechte über den Tod hinaus sicherstellt.

Daher ist zu hoffen, dass sich die verantwortlichen Mediziner und Medizinrechtler zusammenfinden und entgegen der allgemeinen Tendenz der vermeintlichen Stärkung postmortaler Patientenrechte und der Rechte der Angehörigen, juristisch gangbare Lösungen aufzeigen, um das zuvor Gesagte umsetzen zu können und der autopsie-assoziierten Medizinforschung einen definierten wissenschaftsfreundlichen und funktionalen Rechtsrahmen zu geben.

---

[22] Hill/Anderson (1989); Modelmog/Rahlenbeck/Trichopoulos (1992).

Zur Orientierung und als Basis kann das österreichische Sektionsgesetz, das die Sektion einschließlich Gewebeasservierung, ohne Befragen der Angehörigen ermöglicht, herangezogen werden.

Literatur

1. Berliner Sektionsgesetz (1996): Berliner Sektionsgesetz. Gesetz zur Reglung des Sektionswesens, 18. Juni 1996, Amtsblatt Berlin, 2129-2
2. Brinkmann et al. (1997): Bernd Brinkmann, S[ ] Banaschak, H[ ] Bratzke et al., Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer multizentrischen Studie (I u. II), Archiv für Kriminologie 1997, S. 2-12 (I) und 65-74 (II)
3. Bundesärztekammer (2005): Andreas Crusius, Manfred Dietel, Wolfgang Eisenmenger, Dominik Groß et al., Stellungnahme zur „Autopsie" vom 26.08.2005. Kurzfassung, Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), S. A3537-A3545 – Langfassung, www.baek.de/downloads/AutLang.pdf [01.06.2007]
4. Dalai Lama (1989): S. H. der XIV. Dalai Lama Tenzin Gyatso, Logik der Liebe – Aus den Lehren des Tibetischen Buddhismus für den Westen, München 1989
5. Dietel (2006): Moritz Benjamin Dietel, Die Weiterverwendung von behandlungsbedingt Gewonnenem, Aachen 2006
6. Dietel (2007): Manfred Dietel, Predictive molecular pathology and the development of targeted therapy, in: Takenori Ochiai, Hideaki Shimada, Masatoshi Tagawa (Hrsg.), Gene Therapy 2007, Tokyo 2007, p. 66-76
7. Friederici/Sebastian (1984): H[ ] H[ ] Friederici, M[ ] Sebastian, The concordance score. Correlation of clinical and autopsy findings, Archives of Pathology and Laboratory Medicine 108 (1984), p. 515-517
8. Haque/Patterson/Grafe (1996): A[ ] K[ ] Haque, R[ ] C[ ] Patterson, M[ ] R[ ] Grafe, High autopsy rates at a university medical center. What has gone right?, Archives of Pathology and Laboratory Medicine 120 (1996), p. 727-732
9. Heidegger (1967): Martin Heidegger, Sein und Zeit, Tübingen 1967
10. Hill/Anderson (1989): R[ ] B[ ] Hill, R[ ] E[ ] Anderson, The evolving purposes of the autopsy: twenty-first-century values from an eighteenth-century procedure. Perspectives in Biology and Medicine 32 (1989) p. 223-233
11. Hospitals (1987): AMF Hospitals, Chicago III: Joint Commissions on Accreditation of Hospitals, 1987
12. Keller (2007): Martina Keller, Frische Leichenteile weltweit, Die Zeit 15.02.2007, 8
13. Kirch/Schafii (1996): W[ ] Kirch, C[ ] Schafii, Misdiagnosis at an university hospital in four medical areas. Report on 400 cases, Medicine, Baltimore 1996
14. Krukemeyer et al. (2007): M[ ] G[ ] Krukemeyer, G[ ] Driesch, C[ ] Dankof et al., Notwendigkeit der Obduktionssteigerung durch Einführung der DRGs, Der Pathologe 28 (2007), S. 294-298
15. Madea (1999): Burkhard Madea, Die ärztliche Leichenschau, Berlin 1999
16. McPhee (1996): S[ ] J[ ] McPhee, The autopsy. An antidote to misdiagnosis, Medicine 76 (1996), p. 41-43

17. Moch/Wegmann/Mihatsch (1999): H[ ] Moch, W[ ] Wegmann, M[ ] J[ ] Mihatsch, Autopsie und moderne Medizin, Praxis: Schweizerische Rundschau für Medizin 88 (1999), S. 861-867
18. Modelmog/Rahlenbeck/Trichopoulos (1992): Dieter Modelmog, Sibylle Rahlenbeck, Dimitrios Trichopoulos, Accuracy of death certificates: a population-based, complete-coverage, one-year autopsy study in East Germany, Cancer Causes & Control 3 (1992), p. 541-546
19. Nationaler Ethikrat (2004): Nationaler Ethikrat, Biobanken für die Forschung, Berlin 2004
20. Penner (1978): D[ ] W[ ] Penner, Cost effectiveness of the autopsy in maintaining and improving the standard of patient care, American Journal of Clinical Pathology 69 (1978), p. 250-252
21. Schned/Mogielnicki/Stauffer (1986): A[ ] R[ ] Schned, R[ ] P[ ] Mogielnicki, M[ ] E[ ] Stauffer, A comprehensive quality assessment program on the autopsy service, American Journal of Clinical Pathology 86 (1986), p. 133-138
22. Schneider/Wittekind (2003): E[ ] Schneider, Ch[ ] Wittekind, Obduktion im Krankenhaus als Bestandteil von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung., www.pathologie.de, 2 (2003), 1, S. 6 f.
23. Spiegel (1993): Geplündert ins Grab, Der Spiegel (1993), 49, 06.12.1993, S. 68-81
24. Taupitz (1996): Jochen Taupitz, Das Recht im Tod, Dortmund 1996 (= Berliner Medizinische Schriften, 10)

VIRTOPSY – Auf dem Weg zur minimal-invasiven Autopsie

Richard Dirnhofer

1. Einleitung

Die Rechtsmedizin hat die Aufgabe, medizinische Befunde von Lebenden und Verstorbenen für die Organe der Rechtspflege wissenschaftlich und verständlich zu dokumentieren, zu analysieren und zu erläutern. Die forensische Molekulargenetik (DNA) und forensische Toxikologie haben dabei den Schritt zum Einsatz von High-Tech-Methoden bereits vollzogen. Hingegen basieren in der forensischen Pathologie die Befundaufnahme und deren Dokumentation vorwiegend noch auf den seit Jahrhunderten bekannten Autopsietechniken und dem klassischen Obduktionsprotokoll. Hauptinstrumente sind das Skalpell, die verbale Beschreibung und die (zweidimensionale) Fotographie.

Das Forschungsprojekt VIRTOPSY (www.virtopsy.com) hat sich deshalb vor dem Hintergrund der technologischen Entwicklungen der letzten Jahre das Ziel gesetzt, moderne, nicht-invasive, dreidimensionale Dokumentations- und Analysemethoden für die forensische Medizin zu evaluieren und zu validieren.

Das Pseudonym VIRTOPSY setzt sich zusammen aus den beiden Wörtern Virtual und Autopsie: Virtual stammt aus dem Lateinischen und bedeutet soviel wie ‚tugendhaft' (hat also nichts zu tun mit „Cyberspace") und dem Begriff Autopsie, was soviel bedeutet ‚wie mit eigenen Augen sehen'.

Unter dem Begriff VIRTOPSY werden heute neben den schnittbildgebenden Methoden (Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT) und der hochauflösenden Mikro-CT- und Mikro-MR-Technologie) auch die für die Rechtsmedizin wichtige Körperoberflächendokumentation mittels 3D-Photogrammetrie und 3D-Oberflächen-Scanning subsumiert. Ferner fließen die gewonnenen Daten in die Entwicklung von so genannten synthetischen Körpermodellen ein. Somit beinhaltet das VIRTOPSY-Projekt eine forensisch-radiologische Datenbank, die einem/r virtuelle/n „forensic visible man/woman" entspricht und aufgrund deren Erkenntnisse synthetische Körpermodelle weiterentwickelt werden können. Dies hat den Vorteil, dass in Zukunft zunehmend auf forensisch-rekonstruktive Versuche und Experimente verzichtet werden kann, bei welchen biologische Materialien gebraucht werden. Ferner können aufgrund der gewonnenen Daten auch Computermodelle basierend auf „Finiten Elementen" entwickelt werden.

Im Folgenden sollen die drei Forschungsschwerpunkte des VIRTOPSY-Projektes dargestellt werden:

2. Körperoberflächendokumentation mittels Photogrammetrie und optischem 3D-Oberflächenscanning

Die Methoden der 3D-CAD-Photogrammetrie und des optischen 3D-Oberflächenscannings eignen sich zur dreidimensionalen Erfassung von Objekten und können damit zur dreidimensionalen Dokumentation und Vermessung von Verletzungsbefun-

den an Haut und/oder Knochen in Verbindung mit mutmaßlichen Tatwerkzeugen eingesetzt werden. Die Überführung des dreidimensionalen Datensatzes in den Computer ermöglicht das Erstellen eines sog. „Morphologischen Fingerprints", unabhängig von der Vergänglichkeit des Wundbefundes wie z. B. dessen Abheilung bei einer lebenden Person oder des natürlichen biologische Zerfalles beim Verstorbenen. Mutmaßliche Tatwerkzeuge können somit mit geformten Verletzungen an Haut oder am Knochen hinsichtlich Übereinstimmung überprüft werden. Das Verfahren hat bereits zu verschiedenen wissenschaftlichen Publikationen geführt und mehrfach national und international in der Gerichtspraxis Anwendung gefunden.

3. Körpervolumendokumentationsanalyse mit moderner Schnittbildgebung: Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT)

1895 wurde durch Konrad Röntgen das nach ihm benannte Verfahren der Röntgentechnik erstmals beschrieben. Kaum ein Jahr war vergangenn, als erste postmortale Untersuchungen an Mumien und Verstorbenen durchgeführt wurden (Brogdon BG). Die klassische radiologische Technik wurde bald als forensische Standard-Untersuchung zum Nachweis von Verletzungsbefunden am Knochen, durch Fremdkörper und zur Identifikationssicherung gebraucht. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden neue radiologische sog. Schnittbildtechniken wie Ultraschall, CT und MRT in die klinische Routine eingeführt. Erstaunlicherweise fanden diese Methoden bis Ende des 20. Jahrhunderts keinen routinemäßigen Einzug in die forensischen Wissenschaften. Dies mag daran liegen, dass die CT-Technologie anfänglich aufgrund der damals noch schlechten Bildauflösung, den langen Untersuchungszeiten und fehlenden 3D-Darstellungsmöglichkeiten keine rechtsmedizinisch relevanten Daten zu erheben vermochte.

Die Magnetresonanz-Technologie wurde vorerst vornehmlich aus Kostengründen nicht für forensische Anwendungen in Betracht gezogen.

Das Institut für Rechtsmedizin der Universität Bern entschloss sich, in Zusammenarbeit mit dem Diagnostischen Institut für Radiologie und Neuroradiologie, die Methoden der neuen Schnittbildtechniken, Computer- und Magnetresonanztomographie für die forensischen Wissenschaften zu evaluieren.

Ziel des radiologischen Projektteiles VIRTOPSY ist, anhand von geeigneten Fällen in Ergänzung zur klassischen Autopsietechnik eine schnittbildgestützte, minimal-invasive Autopsietechnik („Image guided virtual autopsy") zu entwickeln, wodurch in der Rechtsmedizin auf die Leicheneröffnung teilweise oder in einzelnen Fällen vollständig verzichtet werden kann. Die Obduktion erfolgt virtuell durch radiologische Schnittbildgebung, die objektiven, untersucherunabhängigen Befunde können zwei- oder dreidimensional dokumentiert und in dieser Form weiter analysiert und vor Gericht mittels 2D- oder 3D-Rekonstruktionen/Visualisierungen demonstriert werden.

Die gewonnenen radiologischen Daten ermöglichen eine 2D- oder 3D-Analyse der Befunde. Die CT- und MRT-Untersuchungen stellen räumlich maßstabgetreue Dokumentationen dar, welche auf einer CD oder sonstigen Datenträgern gespeichert für spätere Oberbegutachtung oder telemedizinischen Austausch oder bei entsprechender Anonymisierung der Daten für Ausbildungszwecke gebraucht werden können.

Postmortale Daten können somit erhoben werden, ohne die zunehmende Autopsieablehnung (z. B. aus religiösen Gründen) der Bevölkerung zu tangieren. Die postmortale virtuelle Autopsie kann natürlich auch Anwendung bei hochinfektiösen oder chemisch-biologisch verseuchten Verstorbenen finden (Bioterrorismus). Die an der Universität Bern am Institut für Rechtsmedizin begonnenen Studien zeigen erfolgversprechende Ergebnisse; die bisher erhobenen Befunde entsprechen einem „Visible-Man oder Voxel-Man in der Forensik". Die aufgrund der radiologisch-pathologischen Korrelation verifizierten Erkenntnisse haben bereits Einfluss auf die Interpretation von Verletzungsbefunden von lebenden Opfern einer Gewalteinwirkung. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für eine wissenschaftliche Datenbank von Verletzungsbefunden, welche zukünftig der notwendigen Ausbildung im neuen Gebiet der forensischen Radiologie und der Qualitätssicherung im Fach dienen wird.

In Ergänzung zum Projekt ist es auch gelungen, mittels so genannter magnetresonanzspektroskopischer Untersuchungen Metaboliten im Körper zu bestimmen, so dass eine Todeszeitschätzung von den Zeitperioden möglich ist, die mit den bisherigen rechtsmedizinischen Methoden kaum zu bestimmen sind.

Das Forschungsprojekt stößt international auf großes Interesse: Neben Einladungen von verschiedenen rechtsmedizinischen Gesellschaften erfolgte im März 2003 auch die Einladung des National Institute of Health zu einem „Non Invasive Autopsy Workshop". Bei diesem Workshop zeigte sich, dass der „Swiss Scientific Approach" international führend und am weitesten fortgeschritten ist. Das National Institute of Health überlegt sich momentan, das postmortale Imaging auch im Bereich der Pathologie (Untersuchung von im Spital verstorbenen Personen), insbesondere in der Krebsforschung, analog dem Berner Modell einzuführen. Neben diesen Anfragen erreichen uns seit einigen Wochen auch immer mehr Interesse bekundende E-Mails von Rechtsmedizinern, Radiologen und Angehörigen, insbesondere aus Kreisen, in welchen eine Autopsie aus religiösen Gründen abgelehnt wird.

Bei dieser Entwicklung werden die Bedeutung der Bildgebung in der Forensik sowie deren Aussagekraft zunehmen. Ein weiterer technischer Schritt wird die zukünftige Fusion der Oberflächen- und radiologischen Körpervolumendatensätze sein; erste Resultate liegen bereits vor.

Bei zu erhoffender Preisreduktion der bildgebenden Untersuchungsmethoden wird der qualitative (Mehr-)Wert an Bedeutung gewinnen resp. realisierbar werden.

Moderne radiologische Schnittbildverfahren wie Multislice-Computertomographie (MSCT) und Magnetresonanztomograpie (MRT) haben in der klinischen Rechtsmedizin (Untersuchung von Lebenden) und auch in der klassischen Rechtsmedizin (Untersuchung von Verstorbenen) bisher noch nicht Einzug in die tägliche Routine gefunden. Wir denken, dass sich dies in naher Zukunft ändern wird.

4. Entwicklung von synthetischen Körpermodellen für die Beantwortung von rekonstruktiven Fragestellungen

Unter synthetischen Körpermodellen werden Materialien verstanden, welche für rekonstruktive Fragestellungen bei Einwirkung von stumpfer, scharfer Gewalt und Schuss-

einwirkung verwendet werden können. Sie dienen der experimentellen Modulierung von physikalisch-dynamischen Abläufen von Verletzungsentstehungen. Ziel ist es, bei rekonstruktiven Fragestellungen auf das Zurückgreifen auf biologische Materialien (Tierversuche, Leichenversuche) vollständig verzichten zu können. Basierend auf synthetischen Röhrenknochen, welche für das Training von orthopädischen Operationen verwendet werden, wurden zahlreiche komplexe Körpersimulanzien entwickelt. Da diese Körpermodelle auch der radiologischen Untersuchung zugänglich sind, können die anlässlich der forensischen Radiologie dokumentierten Befunde auch mit Körpermodellen experimentell rekonstruiert werden.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Das Projekt VIRTOPSY zeichnet sich durch seinen transdisziplinären Ansatz mit einem internationalen wissenschaftlichen Netzwerk zwischen Rechtsmedizin, Radiologie, Bildverarbeitung, Physik und Biomechanik aus. Die Universität Bern ist auf diesem Gebiet führend, was sich auch durch die Einladung zu dem „Non-invasive Autopsy Workshop" des National Institute of Health, resp. National Institute of Cancer zeigte. Die technologische Innovation der Verknüpfung der Oberflächendokumentation mittels 3D-CAD-Photogrammetrie und dem 3D-Oberflächenscanning sowie der radiologischen Volumendokumentationsmethode mittels radiologischer Schnittbildtechnik (MSCT und MRT) stellt mit der maß- und geometriegetreuen Dokumentation und Analyse das Ziel des Projektes VIRTOPSY dar. Zukünftige VIRTOPSY-Ergänzungen werden die „Image-guided Autopsy" mittels perkutanen postmortalen Biopsien und postmortalen Angiographien sein (bildgestützte Knopfloch-Autopsie).

Literatur

www.virtopsy.com [03.08.2007]

Dank geht an alle Virtopsy-Forschungsmitglieder/-partner, welche zum Projekt und zu diesem Textbeitrag beigetragen haben.

E. Medizinethische Aspekte

Die klinische Sektion als Prüfstein für Selbstbestimmung und sittliche Pflicht

Arnd T. May

1. Problemstellung

Sektionen sind – je nach Perspektive – wünschenswert oder umstritten. Die öffentliche Wahrnehmung ist meist durch kritische Berichterstattung geprägt; positiv belegte TV-Serien haben demgegenüber erkennbar fiktionalen Charakter.

Wenn die Frage nach der Zustimmung zu einer klinischen Sektion gestellt wird, befinden sich die angesprochenen Hinterbliebenen häufig in einer emotionalen Ausnahmesituation. Aus medizinethischer Sicht sind bei einer solchen Entscheidung unterschiedliche Prinzipien gegeneinander abzuwägen; sie sollen nachfolgend näher beleuchtet werden.

In der klinischen Medizinethik wird häufig auf den Ansatz von Beauchamp und Childress hingewiesen. 1979 haben Tom Beauchamp und James Childress ihre „Prinzipien mittlerer Reichweite" zum ersten Mal veröffentlicht.[1] Dabei haben sie folgende vier Kriterien geltend gemacht:

1. Respekt vor Selbstbestimmung (autonomy),
2. Nicht-Schaden (nonmaleficence, primum nil nocere),
3. Gutes tun (beneficence, bonum facere, Hilfsgebot) und
4. Gerechtigkeit (justice).

Der Vier-Prinzipien-Ansatz stellt den ersten Versuch einer systematischen Analyse jener Kriterien dar, die für das breite Spektrum der Entscheidungen in der Biomedizin leitend sein können.[2] Respekt vor der Selbstbestimmung, Nichtschadensgebot, Gutes tun und Gerechtigkeit spiegeln angeblich universalistische Prinzipien wider. Beauchamp und Childress kombinieren mit ihren vier Prinzipien die „common morality" – eine Moralität, die per definitionem von allen rational moralisch reflektierenden Menschen geteilt wird – und die medizinische Tradition zu einem kohärenten Paket.[3] „Common morality" gilt zu jeder Zeit und gründet auf einer universalistischen, kulturübergreifenden Basis[4] unter Rückgriff auf transnationale Menschenrechte.[5] Die Prinzipien sind prima facie bindend, zugleich aber auch Gegenstand fortwährender Überprüfung.[6] Sie unterliegen einer individuellen Prüfung und stehen damit auch zur Disposition. Die Gewichtung der in der konkreten Anwendungssituation relevanten Prinzipien muss von den Diskursteilnehmern festgelegt werden. Dabei sollen moralische Intuitionen keinesfalls ausgeblendet werden, denn für Gaby Schweizer sind Ethiker „Menschen, die in ei-

---

[1] Vgl. Beauchamp/Childress (2001), S. 12 f.
[2] Vgl. Beauchamp/Childress (1979), S. xi.
[3] Vgl. Beauchamp/Childress (2001), S. 23.
[4] Vgl. ebd., S. 397.
[5] Vgl. ebd., S. 407.
[6] Übersetzung des Verfassers: „subject to revision"; vgl. Beauchamp/Childress (1994), S. 105.

nem moralischen Zwiespalt nicht nur den Bauch, sondern obendrein eine umfängliche Theoriepalette konsultieren."[7]

2. Sektionen aus unterschiedlichen Perspektiven

2.1 Der lebende und einwilligungsfähige Mensch

Im Zuge der Beschäftigung mit Behandlungswünschen in einer antizipierten Phase der Nichteinwilligungsfähigkeit stellt sich nicht nur die Frage nach der Erstellung einer individuellen Patientenverfügung, sondern auch die Frage nach dem individuellen Umgang mit den Themen Organspende und Sektion. Angestoßen durch die Diskussion um Plastination denken manche zudem über eine anatomische Körperspende nach.

Sektionen können bei berechtigten Interessen u. a. der Strafverfolgungsbehörden angeordnet werden. Die Selbstbestimmung des Patienten stößt hier an Grenzen – eben auch dann, wenn der Betroffene zu Lebzeiten ein vorsorglich formuliertes Verbot der Sektion des eigenen Leichnams niedergelegt hat; gleiches gilt für die totensorgeberechtigten Angehörigen. Im Übrigen müssen Totensorgeberechtigte nach dem mutmaßlichen Wunsch des Verstorbenen handeln: so darf der Wunsch nach Sektion zur Klärung der Todesursache bei misstrauischen Hinterbliebenen nicht zum Willen des Verstorbenen umgedeutet werden. Weder die oben dargestellten Abwehrrechte noch die hier formulierten Anspruchsrechte greifen somit in jeder Situation. Vielmehr sind Konstellationen denkbar, bei denen sich einwilligungsfähige Menschen fremdbestimmt fühlen.

Das Argument der Willenskontinuität, das in der aktuellen Diskussion zu Patientenverfügungen eine erhebliche Rolle spielt, lässt sich auch bei Entscheidungen für oder gegen eine Sektion geltend machen. Zwischen dem reflektiert entscheidenden Menschen und dessen Leichnam besteht eine Verbindung; nur so machen postmortale Verfügungen wie Testamente Sinn. In beiden Fällen einer Verfügung kann die Zeitspanne zwischen der Entscheidung und dem Eintreten des Anwendungsfalles erheblich sein. Somit bleibt als Zwischenergebnis festzuhalten, dass Erklärungen zur Sektion in der Entscheidungssituation überprüft werden müssen. Liegen keine derartigen Erklärungen vor, muss der mutmaßliche Wille unter Einbezug und kritischer Würdigung früherer Äußerungen des Verstorbenen zugrunde gelegt werden. Eine allgemeine Orientierung geben die Wertvorstellungen des Verstorbenen. Vorteilhafter wäre sicherlich eine frühzeitige und wiederholte Beschäftigung mit den eigenen Bestattungswünschen und dem Umgang mit der eigenen Leiche im Sinne einer individuellen Sterbekultur.

2.2 Die Angehörigen

Der Begriff der Angehörigen ist insofern unscharf, als unklar ist, welche verwandtschaftliche Beziehung damit beschrieben ist. Das Transplantationsgesetz kennt die Entscheidungsbefugnis über die Organentnahme für Personen, die dem Organspender „in besonderer Verbundenheit" im Sinne des § 4 II 6 TPG nahestehen.

---

[7] Schweizer (2000).

Der Verlauf der Krankheit des Verstorbenen dürfte mit entscheidend sein für die Reaktion der Angehörigen. Die Vorbereitung auf den eigenen Tod wird dann als besonders gelungen angesehen, wenn es möglich ist, auch die Angehörigen einzubeziehen. Hierauf verweist der Nationale Ethikrat implizit mit folgendem terminologischen Vorschlag:

> „Unter dem Begriff der Sterbebegleitung werden Maßnahmen der Pflege und Betreuung von Menschen verstanden, bei denen der Sterbeprozess bereits begonnen hat. Zur „Sterbebegleitung" zählen z. B. die körperliche Pflege, das Löschen von Hunger- und Durstgefühlen sowie das Mindern von Übelkeit, Angst und Atemnot. Dazu gehören ebenso menschliche Zuwendung und seelsorgerlicher Beistand, die dem Sterbenden und seinen Angehörigen gewährt werden."[8]

Angehörige können als vom Verstorbenen mit einer Vorsorgevollmacht entscheidungsbefugt sein. Diese Entscheidungsbefugnis liegt auch bei rechtlichen Betreuern vor, die überwiegend dem Kreis der Angehörigen entstammen. Als Stellvertreter nehmen Angehörige die Perspektive des Betroffenen ein und sind dessen Wünschen, aber auch dessen Wohl (§ 1901 BGB) verpflichtet. Trauende Angehörige sind gleichwohl nicht nur gewillkürte oder gesetzliche Stellvertreter, sondern in dieser Situation auch Personen, die einen vertrauten Menschen verloren haben. Im Umgang mit Angehörigen muss diese Rollenduplizität wahrgenommen und berücksichtigt werden. Ein eigenständiges Vetorecht der Angehörigen qua verwandtschaftlicher Beziehung steht diesen nicht zu.

Neben der Klärung der Todesursache kann eine Sektion Informationen über genetische Dispositionen erbringen, die auch für die entscheidungsbefugten Hinterbliebenen aufschlussreich sein können. Angehörigen muss ein entsprechendes genetisches Krankheitsrisiko nicht bekannt gewesen sein; eine mögliche Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod ist daher zu berücksichtigen; sie kann die Entscheidungsfindung der Hinterbliebenen maßgeblich beeinflussen.

2.3 Der Hausarzt

Hausärzte sind in der Regel als langjährige Ansprechpartner über die Wünsche und Werte des Patienten informiert. Nach Meinung der Bundesärztekammer soll der behandelnde Arzt zur Meinungsfindung des Patienten beitragen und ihn informieren.[9] Im Rahmen eines vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnisses kann nicht nur die Frage einer möglichen Organspendebereitschaft, sondern ggf. auch die Einstellung des Patienten zur postmortalen klinischen Sektion angesprochen werden.

2.4 Die Gesellschaft

Die Abwehr einer drohenden Gefahr für die Gesellschaft wird als Rechtfertigung eines Eingriffs in die Selbstbestimmung des Einzelnen gesehen. Diese Abwägung wird beispielsweise regelmäßig vorgenommen, wenn Patienten gegen ihren Willen zwangsweise psychiatrisch behandelt werden. Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) regelt in § 1 PsychKG NRW in NRW die

---

[8] Nationaler Ethikrat (2006), S. 54.

[9] Bundesärztekammer (2007), S. A894.

Anordnung von Schutzmaßnahmen des psychisch Kranken bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Selbstgefährdung oder eine Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer. Es ermöglicht die zwangsweise Unterbringung von den Betroffenen, die psychisch erkrankt sind und dadurch sich selbst oder bedeutende Rechtsgüter anderer erheblich gefährden. Dabei wird neben der individuellen Perspektive des betroffenen Menschen der Schutz der Gesellschaft in den Blick genommen.

Solidarisches Verhalten wird inter- und intragenerationell in vielen medizinethisch relevanten Bereichen eingefordert oder gefördert. Dabei sind die unterschiedlichen Modelle der Widerspruchslösung und des Zustimmungserfordernis in der Diskussion. Das Bild des konkludenten Generationsvertrages wird von Helmchen/Lauter präferiert, wenn aus der wechselseitigen Verantwortung heute eine „Solidarität mit den Erkrankten zukünftiger Generationen" erwachse.[10] Ein Unterschied besteht jedoch zwischen selbstbestimmten Erklärungen des Betroffenen und einer substitutiv erfolgten Einwilligung Dritter aufgrund von indirekt ermittelten Äußerungen, bei denen sich die Frage der Authentizität und Sachbezogenheit stellt.

Bei gesellschaftlich unterstellten Zustimmungen bleibt die Möglichkeit eines Widerrufs fraglich. Eine postulierte sittliche Pflicht muss allerdings transparent und eindeutig sein. Es sind Zweifel angebracht, ob eine solche Pflicht für die klinische Sektion geltend gemacht werden kann.

3. Ausblick

Fragen am Lebensende können unterschiedliche moralische Intuitionen und Emotionen hervorrufen. Durch moderne medizintechnische Maßnahmen ist unter gewissen Umständen ein Lebenserhalt ohne selbstständige Steuerung der Körperfunktionen möglich – eine Situation, die von einigen Patienten dankbar angenommen und von anderen abgelehnt wird. Die gesellschaftliche Festlegung des Hirntodes als der Tod des Menschen beruht auf einer breiten gesellschaftlichen Zustimmung, wird aber gleichwohl immer wieder angezweifelt. Gleiches gilt für die Frage nach der individuellen Pflicht des Menschen zur Zustimmung zur Sektion.

Die weitere medizinethische Diskussion muss sich der Abwägung zwischen individuellen Verfügungsrechten und gesellschaftlichen Wünschen stellen. Dabei sollten Selbstbestimmung und Fürsorge weniger als Gegensatzpaar, sondern als miteinander verschränkte und jeweils situationsabhängig zu interpretierende Prinzipien verstanden werden.

---

[10] Helmchen/Lauter (1995), S. 71.

Literatur

1. Beauchamp/Childress (1979): Tom L. Beauchamp, James F. Childress, Principles of Biomedical Ethics, New York 1979
2. Beauchamp/Childress (1994): Tom L. Beauchamp, James F. Childress, Principles of Biomedical Ethics, New York [4]1994
3. Beauchamp/Childress (2001): Tom L. Beauchamp, James F. Childress, Principles of Biomedical Ethics, New York [5]2001
4. Bundesärztekammer (2007): Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, Deutsches Ärzteblatt 104 (2007), S. A891-A896
5. Helmchen/Lauter (1995): Hanfried Helmchen, Hans Lauter (Hrsg.), Dürfen Ärzte mit Demenzkranken forschen? Analyse des Problemfeldes Forschungsbedarf und Einwilligungsproblematik, Stuttgart 1995
6. Nationaler Ethikrat (2006): Nationaler Ethikrat, Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“, Berlin 2006
7. Schweitzer (2000): Gaby Schweizer, Moralische Taschenrechner, DIE ZEIT (2000), 47

Zum Umgang mit dem menschlichen Leichnam in der Medizin

Gisela Bockenheimer-Lucius

1. Einleitung

Die Heilkunde widmet sich dem lebenden Menschen, und die Handlungsziele der Medizin sind bestimmt durch die Wiederherstellung der Gesundheit, die Linderung von Leiden und die Begleitung von Sterbenden. Was jedoch ist das Handlungsziel der Heilkunde angesichts des toten Menschen? In der Klinik ist die Versorgung des Leichnams Sache der Pflegenden, und die Abschiednahme durch die Angehörigen wird – zumindest im Idealfall – von Seelsorgern begleitet.

Dennoch gehört der Umgang mit dem menschlichen Leichnam ohne Zweifel in den Katalog der Verpflichtungen der Medizin, oder, um es präziser auszudrücken: er gehört zum ärztlichen Handeln. So heißt es in der Stellungnahme der Bundesärztekammer zur „Autopsie": „Die klinische Sektion ist die letzte ärztliche Handlung im Rahmen der medizinischen Behandlung der Patienten."[1]

Während die Stellungnahme aber Notwendigkeit[2] und Zielsetzung[3] einer Sektion präzise definiert, finden sich trotz des Hinweises auf das Vorhandensein ethischer Fragen[4] keine Ausführungen, die dieses letzte ärztliche *Behandeln* des ehemaligen Patienten als jetzt aktual menschlichem Leichnam in einen moralischen Bezug zu den Handlungs-

---

[1] Bundesärztekammer (2005), S. 5 (zitiert wird jeweils die Langfassung).

[2] Ebd., S. 4: „Es gehört zu den zentralen Aufgaben des Staates, die Gesundheit, das Leben und die Sicherheit seiner Bürger zu schützen und die dafür notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Die Obduktion (Sektion, Autopsie, innere Leichenschau) ist eine zentrale Säule der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und stellt somit einen essentiellen Bestandteil der Gesundheitsfürsorge dar."

[3] Ebd., S. 5: „Die *klinische Sektion* [...]
Dazu gehört auch die so genannte ‚Verwaltungssektion', die im Rahmen der postmortalen Untersuchung von Todesfällen, die sich plötzlich und unerwartet oder unter unklaren Bedingungen ereignet haben, durchgeführt wird. [...] Sektionen (innere Leichenschau) sind die ärztliche, fachgerechte Öffnung einer Leiche, die Entnahme und Untersuchung von Teilen sowie die äußere Wiederherstellung des Leichnams. Sie dienen der Qualitätssicherung und Überprüfung ärztlichen und pflegerischen Handelns im Hinblick auf Diagnose, Therapie und Todesursache, der Lehre und Ausbildung, der Epidemiologie sowie der medizinischen Forschung. Die *anatomische Sektion* ist die Zergliederung von Leichen oder Leichenteilen in anatomischen Instituten zum Zwecke der Lehre und Forschung über den Aufbau und die Funktion des menschlichen Körpers. Die *gerichtliche Sektion* ist in der Strafprozessordnung geregelt und erfolgt im behördlichen Auftrag. Sie dient zur Klärung der Frage, ob jemand eines nicht-natürlichen Todes gestorben ist, ob ein Verschulden Dritter in Betracht kommt und zur Sicherung von Beweisunterlagen für einen eventuellen Strafprozess (siehe §§ 87 ff. StPO).

[4] Ebd., S. 4: „Im Hinblick auf noch offene ethische Fragen und die nicht abschließend geklärte rechtliche Bewertung der Autopsie möchte diese Stellungnahme Bewusstsein schaffen, informieren und wichtige Argumente darlegen. Es wird dabei das Ziel verfolgt, zwischen dem legitimen Anliegen der hochqualifizierten Medizin nach vermehrter qualitätssichernder Obduktion und den Persönlichkeitsrechten der von der Autopsie unmittelbar und mittelbar Betroffenen einen Wertungsgleichklang herbeizuführen und einen Vorschlag zur einheitlichen Regelung des Themenkreises aufzuzeigen."

zielen des Arztes brächten. In dieser offiziellen Verlautbarung der Ärzteschaft finden sich durchaus vielfältige moralische und in hohem Maße normative Aussagen zur Sektion des Leichnams, etwa wenn die Obduktion als wesentliche Säule in der Gesundheitsversorgung definiert und zugleich mit der moralischen Verpflichtung des Staates verknüpft wird, die Voraussetzungen dafür zu schaffen. Auch ist von der Würde der Situation die Rede und von der Aufrechterhaltung der Ordnung im Zusammenhang mit einer Sektion. Bedenkt man jedoch die hohe Bedeutung, die diese ärztliche Stellungnahme der Obduktion mit Blick auf den *Erkenntnisgewinn* für die Medizin und für potentielle zukünftige Patienten beimisst, so ist es verwunderlich, dass der *Umgang* mit dem menschlichen Leichnam nur unter rechtlichen Aspekten[5] und nicht auch unter ethischen thematisiert wird.

Die Befassung mit „Sterben" oder „Tod" gehört zu den Anforderungen an das ärztliche und pflegerische Handeln. Die Frage nach dem Umgang mit dem menschlichen Leichnam ist jedoch immer noch ein Randthema.[6] Auch die Palliativmedizin, die über den Tod des betreuten Patienten hinaus die Angehörigen in der Trauerphase seelisch begleitet, schließt in ihre Definition und ihre Handlungsziele den Umgang mit dem Körper des Verstorbenen nicht ein.

Während schließlich Theologie und Philosophie sich auch mit moralischen Fragen zum menschlichen Leichnam befassen,[7] fehlen auf Seiten der Medizin Aussagen zum moralischen Status des Leichnams wie auch eine moralische Selbstverpflichtung, welche die Haltung gegenüber dem Körper eines Verstorbenen und die Kriterien für den Umgang mit diesem Leichnam verbindlich und – gerade auch für die Öffentlichkeit – transparent machen könnte.

In einem ersten Schritt der Annäherung an eine derartige Selbstverpflichtung sollen zunächst drei Handlungsfelder in der Medizin näher beleuchtet werden, die neue Formen des Umgangs mit dem menschlichen Leichnam beschreiben (2):

- neue Elemente im Unterricht für die Studierenden
- die Bestattung von Fehl- und Totgeburten („Dem toten Kind einen Platz geben")
- und die Entnahme von Organen und Geweben.

Sodann soll die Frage nach den Emotionen angesprochen werden, die offensichtlich sowohl für die Angehörigen als auch für Studierende, Ärztinnen, Ärzte und Pflegende von zentraler Bedeutung sind (3). Dem sind Überlegungen zur Rationalität im Umgang mit dem menschlichen Leichnam gegenüberzustellen (4). Schließlich soll mit Blick auf die fundamentale Bedeutung der Vertrauensbildung in der Medizin und der Vertrauenswürdigkeit ärztlichen Handelns eine Annäherung an einen Umgang mit dem menschlichen Leichnam in der Medizin versucht werden, der auch eine Selbstverpflichtung zugrunde liegen könnte (5).

---

[5] Ebd., Kap. 5, S. 21-35.

[6] Dies gilt trotz einer beispielsweise so umfassenden Aufarbeitung wie sie das Buch „Leben ohne Körper" von Stefenelli (1998) bietet.

[7] Vgl. z. B. Virt/Körtner (1998), Birnbacher (1998), Schumacher (2004).

2. Handlungsfelder

2.1 Neue Elemente im Unterricht für die Studierenden

Es wäre sicherlich eine Umfrage unter den Studierenden wert, wer das häufig anzutreffende Leitmotiv über dem Eingangsportal der Anatomie oder Pathologie wahrnimmt und auch seine Bedeutung wiedergeben kann: *Hic locus est ubi mors gaudet succurrere vitae* oder auch *Mortui vivos docent*.[8] Schließlich gehört der Umgang mit dem menschlichen Leichnam zu den ersten Aufgaben eines jeden Medizinstudenten.

Der Präparierkurs gilt in der Außenwahrnehmung immer noch als die „Bewährungsprobe", der Initiationsritus[9] zur Sozialisierung für die Medizinstudierenden. Aber ist es wirklich „die an der Leiche beginnende Erziehung des Arztes [...], die das natürliche Problembewusstsein für eine so schwierige zwischenmenschliche Beziehung wie die zwischen Arzt und Kranken ertötet?"[10]

Eine Befragung ergab, dass keinem anderen Kurs von Krankenhausärzten rückblickend eine so hohe Relevanz für die klinisch-ärztliche Tätigkeit zuerkannt wurde wie dem Präparierkurs.[11] Zugleich ist der Präparierkurs aber auch Gegenstand von Geheimnistuerei wie Prahlerei mit mehr oder weniger schaurigen Andeutungen bei gleichzeitigem Verbot, in der Öffentlichkeit davon zu erzählen.

Fest steht auf jeden Fall, dass Studierende in kaum einem anderen Studienfach gezwungen sind, sich in jungen Jahren intensiv mit Sterben und Tod auseinanderzusetzen und nahen Kontakt zu einem Verstorbenen aufzunehmen. Der Anteil derer, die im Präparierkurs erstmals einen toten Menschen sehen, nimmt wohl eher ab, da viele Medizinstudierende bereits zuvor im Rahmen des Zivildienstes, in Pflegepraktika oder in Pflegeausbildungen mit dem Tod eines Patienten konfrontiert waren. Dennoch müssen die Studierenden nun eine andere Haltung einnehmen, als sie dies bisher kannten. Sie müssen über Wochen den Anblick eines nackten Körpers ertragen, den sie nur nachts verhüllen dürfen. Sie müssen einen toten Körper für ihre Zwecke der Analyse und des Erkenntnisgewinns zerlegen und seine Integrität zerstören. Auch das wichtige „Begreifen" der Anatomie, d. h. der Strukturen und Funktionen des menschlichen Köpers, bekommt – wie eine Studentin es ausdrückt – „plötzlich eine viel intensivere Bedeutung".[12]

Die Einsicht, dass die Anatomie nicht nur praxisnah,[13] sondern mit Blick auf den Präparierkurs auch einfühlsam gestaltet werden muss, hat dazu geführt, dass seit einigen Jahren an vielen Universitäten auch auf Wunsch von Studierenden Einführungsveranstaltungen vorgesehen sind, die Sterben und Tod sowie den Übergang vom lebendigen

---

[8] *„Hier ist der Ort, wo der Tod sich freut, dem Leben zu helfen"* bzw. *„Die Toten lehren die Lebenden"*, so z. B. in Bologna, Heidelberg, Berlin.

[9] Vgl. u. a. Weyer (1997).

[10] Mitscherlich, zit. nach Wilde und Hummernbrum (1998).

[11] Pabst/Pabst (2006), S. B2617.

[12] Mikes (2005).

[13] Vgl. jüngst zur Bedeutung des Präparierkurses und einer behutsamen Verbindung von theoretischen Kenntnissen und praktischem Arbeiten am Leichnam Eggers et al. (2007).

menschlichen Körper zum Leichnam thematisieren.[14] So bieten wir in Frankfurt am Main z. B. traditionell unmittelbar vor dem ersten Kontakt mit dem toten Körper eine Ethik-Veranstaltung an, bei der ältere Studierende sowohl über ihre persönlichen Erlebnissen mit Sterbenden als auch über ihre Empfindungen beim Präparierkurs sprechen und den Erstsemesterstudentinnen und -studenten Fragen beantworten. Darüber hinaus stellen geladene Referenten eigene Themen vor: u. a. berichtet eine Germanistin von Untersuchungen zur Sprache der Ärzte im Rahmen von Sterben und Tod, und ein Klinikseelsorger schildert die notwendige Trauerarbeit bei Eltern, die ihr Kind durch eine Fehl- oder Totgeburt verloren haben. Auch wenn dieses Seminar keine Pflichtveranstaltung ist, lösen die Themen immer eine lebhafte Teilnahme und Diskussion zu vielfältigen Fragen aus: Welche moralischen Pflichten haben wir gegenüber dem menschlichen Leichnam? Wie erleben Studierende, Ärzte und Ärztinnen, Pflegende und Angehörige den Umgang mit dem menschlichen Leichnam? Welche Bedeutung haben kulturelle Unterschiede? Wem „gehört" der menschliche Leichnam, und welchen rechtlichen Status hat er? Dürfen dem menschlichen Leichnam zu Studienzwecken Organe entnommen werden? Welche besondere Bedeutung hat der kindliche Leichnam? Wie ist die Ausstellung „Körperwelten" zu bewerten – als „Demokratisierung der Anatomie" oder als „Verstoß gegen die Menschenwürde"? Wie gestaltet sich der Umgang mit berühmten Leichen, z. B. im Museum? Welche Bestattungskultur und welche Riten pflegen wir auch heute noch?

Zweifellos hilft den Studierenden auch das zusätzliche Angebot einer kontinuierlichen theologischen oder psychologischen Begleitung bei der eigenen Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. Dies ist jedoch angesichts knapper Ressourcen leider häufig noch ein Desiderat.[15]

Aber auch das Ende des Präparierkurses wird heutzutage mit einer herausragenden gemeinsamen Zeremonie verbunden: durch eine feierliche Abschiednahme (unterschiedlicher Art je nach Universität) können die Studierenden sich noch einmal mit dem Erlebten auseinandersetzen und dem Körperspender Respekt und Dank erweisen. Gedenkfeier, Dank-, Trauer- oder Gedenkgottesdienst z. B. mit musikalischen Darbietungen, Lesungen, Ansprachen, Gebeten, persönlichen Texten und dem Aufstellen von Kerzen und Blumen haben neue Formen des Umgangs mit dem menschlichen Leichnam entstehen lassen.[16] In Frankfurt geht die jährliche Ausrichtung der Feier von den Mitarbeitern des Senckenbergischen Instituts für Anatomie aus, die auf der Homepage (www.kgu.de) darüber informieren, dass die meisten ihrer Körperspender eine anonyme Urnenbeisetzung wünschen:

> „Zu diesem Zweck pflegen wir eine eigene Anatomiegrabstätte, in der wir einmal im Jahr im Rahmen einer zentralen Gedenkfeier die Aschenurnen unserer Spender beisetzen. Die Grabstätte liegt im alten, denkmalgeschützten Teil des Frankfurter Hauptfriedhofes im Halbschatten großer Bäume."

---

[14] Vgl. u. v. a. Weyer (1997).

[15] Vgl. das sehr umfangreiche Konzept von Erhard Weyer (1997).

[16] Vgl. die Untersuchung von Pabst/Pabst (2006).

Der Text der auf der Grabstätte aufgestellten Tafel lautet:

> „In Dankbarkeit denen, die Forschung und Lehre dienten. Die Lernenden und Lehrenden des Fachbereichs Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität."[17]

Ein Bericht der Berliner Zeitung bringt die Bedeutung dieses Akts des Bewusstmachens und der Erinnerung an den Körperspender auch *für die öffentliche Wahrnehmung* sehr eindrücklich zum Ausdruck. Unter der Überschrift: „Auch geschlossene Augen schauen" heißt es:[18]

> „Im Hörsaal der Anatomie der Freien Universität fand am Wochenende zum Abschluß der Präparierkurse eine akademische Feierstunde statt. Sie beendete den Kurs in Anatomie, den jeder Medizinstudent im zweiten Semester absolviert. Er war für die künftigen Ärzte eine intensive Begegnung mit dem Patienten.
>
> In einem großen Saal stehen an achtzehn Tischen je zehn Studenten um einen Tisch, darauf liegt ein Mensch. Seine Haut hat einen gelblich-wächsernen Farbton, die Augen sind geschlossen. Er ist tot. Die meisten der jungen Leute begegnen zum ersten Mal einem Leichnam. Sie müssen einerseits mit diesem eindringlichen Anblick der Endlichkeit menschlichen Seins fertig werden, sie stehen aber auch vor der Aufgabe, den Körper des Toten zu öffnen und zu präparieren.
>
> Allein die Tatsache, daß der Formaldehyd-getränkte Leichnam eines Menschen nackt auf dem metallenen Tisch unter weißem Licht liegt, spricht aus seinem Leben. Er hat bestimmt, seinen Körper nach dem Tode einem Institut für Anatomie zu stiften, um angehenden Medizinern das Kennenlernen des menschlichen Körpers zu ermöglichen. Das ist auch für Angehörige nicht leicht, denn die Beisetzung kann erst ein bis zwei Jahre nach dem Ableben stattfinden.
>
> Wenn sich die Studierenden nun dem Leichnam zuwenden, begegnen sie einem Menschen auf intime Weise. Sie müssen das Messer ansetzen und schneiden, kein Körperteil ist tabu. Es ist ein großer Schritt, sich mit einem Skalpell beispielsweise dem Gesicht, einer Hand oder den Genitalien eines Menschen zu nähern. Jede dieser drei empfindlichen Stellen derart zu verletzen, bedarf einer eigenen, tiefen Reflexion. Das Gesicht schaut auch mit geschlossenen Augen. Die Hand erzählt, was sie begriffen hat. Der Anblick des fremden Genitals berührt die eigene Sexualität. Der tote Leib spricht zu den Forschern und rührt an ihrem Weltbild. Es muß eine ungeheure Wucht sein, mit der die jungen Präparatoren auf das Leben hingewiesen werden. Nicht jeder erträgt das, und für manchen endet im Präpariersaal das Medizinstudium. Es ist den Anatomen aber auch nicht daran gelegen, den Leichnam kalt als Sache zu betrachten. Wer sich der Beziehung mit dem toten Menschen verweigert, wird auch die lebenden nur als Objekte sehen.
>
> Zur Feierstunde waren fast dreihundert Studierende gekommen, einige hatten Freunde und Eltern mitgebracht, Professorinnen und Professoren waren da und auch Angehörige derer, denen mit dieser Veranstaltung für ihre Körperspende gedankt werden sollte.

---

[17] Vgl. dazu auch Eggers (1998).

[18] Berliner Zeitung, Nummer 172, vom Dienstag, den 27. Juli 1999.

> Die spezielle Initiation der jungen Menschen fand jetzt ihren rituellen Abschluß. Bis zum Beginn ging es studentisch zu, also lebendig und heiter ein Hörsaal voller junger Leute. Die dann unvermittelt einkehrende Ruhe sprach von der Ernsthaftigkeit, mit der sich die Studierenden nun dem Gedenken an die ungefähr vierzig Menschen widmeten, denen sie so eigentümlich nahegekommen waren. Wortbeiträge wurden von klassischer Musik umrahmt.
>
> Die Professorin Petra Köpf-Maier erinnerte in ihrer Begrüßung an die Inschrift des im Jahre 1316 erbauten Bologner Präpariersaales: „Hic locus est ubi mors gaudet succurrere vitae" (Hier ist der Ort, wo der Tod sich freut, dem Leben zu helfen). Einen starken Eindruck hinterließ die Studentin Samia mit ihrem Gedicht, das von der Begegnung zwischen Präparator und Leichnam berichtet, die den Mediziner lehrt, daß Tod und Leben eins sind, und daß der Tod Achtung, Ehrfurcht und Respekt verdient wie das Leben. Professor Hans-Joachim Merker betonte die altruistische Tat der Körperspender. Der Präparierkurs diene der Menschwerdung des Arztes, sagte Merker und rief die Studierenden auf, gute Ärzte zu werden und so den Tabubruch der Leichenöffnung zu rechtfertigen [...]."

In der Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Autopsie kommt eine dringliche Anforderung an die Ausbildung der Studierenden zum Ausdruck: diese sollten im Laufe ihres Studiums verpflichtend an zwei bis vier Sektionen teilnehmen.[19] Dieses unterstützenswerte Ziel sollte die Kammer jedoch mit der Forderung nach entsprechender Integration ethischer Aspekte im Curriculum verbinden. Robert Jütte, federführendes Mitglied des Arbeitskreises „Autopsie" der Bundesärztekammer, stellt fest, dass im Unterschied zu der sinkenden Bereitschaft zur Obduktion die Zahl der Körperspenden für die Anatomischen Institute angestiegen sei. Jütte vermutet, dass dies mit dem Wegfall des Sterbegeldes und der zunehmenden Zahl an Alleinstehenden zusammenhängt, er hält es aber auch für denkbar, dass dies zurückzuführen ist „auf den würdevollen Umgang in den Anatomischen Instituten mit denjenigen, die sich zur Verfügung stellen."[20]

Was in der Anatomie Standard geworden ist,[21] nämlich die Reflexion und Bewusstmachung der eigenen Ziele und Verantwortlichkeiten und daraus abgeleitet die

---

[19] Bundesärztekammer (2005), S. 45.

[20] Vgl. Bühring (2005), S. A3057.

[21] Nicht zu vernachlässigen ist, dass der Umgang mit dem Leichnam zumindest im Hinblick auf ein respektvolles Verhalten im Sektionssaal eine lange Tradition hat. Als Angehörige der Frankfurter Universität möge es mir erlaubt sein, exemplarisch den Frankfurter Stifter Johann Christian Senckenberg (1707-1772) zu benennen, dessen 300. Geburtstag 2007 begangen wird. Sein Anliegen war die „Förderung der Heilkunde", und er bestimmte in den *Leges anatomicae* (1770), „Anweisungen für die Anatomie im Präparier- und im Sektionssaal aufzuhängen. 1. Jeder Zugelassene, sei es ein Arzt, ein Wundarzt, oder eine Hebamme, sei eingedenk des heilsamen Zweckes, welcher dem Wohle von Körper und Seele unserer Mitmenschen [...] dient und Ehrfurcht, eifrige Aufmerksamkeit und Fleiß erfordert [...] 2. Deshalb hüte sich jeder Anwesende, die Nacktheit des Körpers zur Erregung unanständiger Gefühle bei sich und Anderen zu mißbrauchen, wenn er sich nicht einer Bestrafung seines unpassenden Verhaltens und dem Ausschluß aus dem Kreise der Schüler und Zuschauer aussetzen will. Der Prosektor soll streng die Ehrbarkeit wahren und in einer so ernsten Sache keine Scherze dulden." (Mitschrift aus der

Entwicklung hilfreicher, vermittelbarer Riten zur Trauerbewältigung, scheint in anderen Bereichen noch zu fehlen oder erst zu entstehen. Es lässt aber hoffen, dass Mitscherlichs düstere Analyse sich umkehrt und gerade die Befassung mit dem toten Menschen die Sensibilität gegenüber dem kranken und sterbenden Patienten wachsen lässt.

2.2 Die Bestattung von Fehl- und Totgeburten: „Dem toten Kind einen Platz geben"

Vor gerade erst dreizehn Jahren wurde es Rechtsmedizinern und Pathologen zum Vorwurf gemacht, dass sie totgeborene Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.000 g stillschweigend in einem Erwachsenengrab beilegen ließen, um diese (damals) nicht bestattungspflichtigen Kinder nicht mit Amputaten zu verbrennen.[22] Saternus und Fuellmich legten daher nach der Änderung des Personenstandsgesetzes im Jahre 1994,[23] wonach die Beurkundungspflicht von Totgeborenen auf ein Geburtsgewicht von 500 g herabgesetzt wurde, ein Modell vor, wie einerseits den unterschiedlichen gesetzlichen Bestimmungen und andererseits dem Wunsch nach einer würdigen Bestattung der Kinder Genüge getan werden könnte. Sie zogen dabei keinerlei untere Grenze für Gewicht und Größe der Kinder, forderten aber eine Einwilligung der Angehörigen des erwachsenen Verstorbenen ebenso wie eine Einwilligung der Eltern des Kindes. Weder kannten die Angehörigen des Erwachsenen die Identität des beigelegten Kindes, noch erhielten die Eltern Auskunft über den Bestattungsort ihres Kindes. Damit sollten Ansprüche finanzieller Art an die Kindseltern bzw. mit Blick auf die Gestaltung des Grabes (einschließlich einer möglichen Namensnennung auf dem Grabstein) an die Angehörigen des Erwachsenen verhindert werden.[24] Zudem wurde der Vorschlag gemacht, auf dem Erwachsenengrab eine Keramikplatte mit der Aufschrift „Beigelegt" vorzusehen, um auf diese Weise ohne Sorge vor rechtlichen Implikationen auch in einem Frauengrab ein Kind beilegen zu können.[25]

Dieses Modell sollte sowohl eine würdige Bestattung gewährleisten als auch mittellosen Eltern ein Grab für ihr totgeborenes Kind ermöglichen und vor allem die – wie die Autoren schrieben – „paternalistische" Handhabung der Rechtsmediziner und Pathologen durch eine bewusste, vertragliche und öffentlich akzeptierte Regelung ersetzen.[26]

Dies waren – für uns heute fast unglaublich – die ersten mühsamen Schritte auf dem Weg zu einer Trauerkultur für Eltern und Nahestehende eines fehlgeborenen Kindes.

Aber auch die Regelung, dass Fehlgeburten (unter 500 g) und Totgeburten (500 bis 1.000 g) mit dem Klinikmüll als „humaner Klinikabfall" entsorgt werden dürfen, hat

---

Ringvorlesung „Ethik in der Medizin", Sommersemester 2007, Frankfurt am Main; Näheres siehe Benzenhöfer [2007]).

[22] Siehe Saternus/Fuellmich (1996), S. 21.

[23] Aktuell gilt die Verordnung vom 25.05.1998.

[24] Saternus/Fuellmich (1996), S. 22.

[25] Ebd., S. 23.

[26] Ebd., S. 22.

harsche Kritik hervorgerufen.[27] So ist langsam bei Geburtshelfern, Pathologen, Rechtsmedizinern, Pflegenden, Klinikseelsorgern und nicht zuletzt bei Politikern und in der Öffentlichkeit Sensibilität dafür entstanden, dass ein Ort des Gedenkens – unabhängig von Konfessions- oder Kulturzugehörigkeit – einen Beitrag zur Trauerbewältigung für Eltern leisten kann, die ihr Kind durch eine Fehlgeburt oder Totgeburt verloren haben. Entscheidenden Anstoß gab die Initiative der Selbsthilfegruppe REGENBOGEN „Glücklose Schwangerschaft" e.V., die in der Trauer hilft, aber auch ganz praktische Fragen wie die Kostendeckung über Spenden und die Frage der Grab- und/oder Gedenkstättenpflege diskutiert.

Während die Stadt Mainz mit ihrer Friedhofsatzung von 1993 und einem ausgewiesenen Kinderreihengrab für nicht bestattungsfähige Föten noch alleine steht,[28] gibt es derzeit in vielen Städten sehr schön und individuell gestaltete Gedenkorte für fehl- und totgeborene Kinder.[29]

Die Bestattungspflichten sind in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich; menschliche Leichen müssen aber innerhalb einer vorgeschriebenen Frist beigesetzt werden. Fehlgeburten sind im Sinne des Gesetzes jedoch keine menschlichen Leichen, und für Totgeborene zwischen 500 und 1.000 g ist die Bestattung nicht in jedem Bundesland verpflichtend. Allerdings ist es zur Regel geworden, dem Wunsch der Eltern zu entsprechen, und Spenden sowie freiwillige kostenlose Leistungen (z. B. Gartenarbeiten, Transportkosten, vorübergehende Aufbewahrung in der Pathologie etc.) führen dazu, dass die Beisetzungen zumeist mit minimalen oder ohne alle finanziellen Aufwendungen erfolgen können. Es scheint notwendig, Eltern über diese Möglichkeiten zu informieren.

Die enormen Bemühungen um das Leben und die würdevolle Behandlung winziger frühgeborener Kinder haben in den Kliniken die Sensibilität dafür entstehen lassen, dass diese Kinder auch dann, wenn sie tot geboren werden, in gleicher Weise würdevoll verabschiedet werden müssen.[30] Auch die These des gesellschaftlich verdrängten und tabuisierten Todes wird relativiert, wenn nicht nur Seelsorger neue Formen und Worte finden müssen, sondern auch Ärzte, Stadtverordnete, Friedhofsverwaltungen, Bestatter oder Gärtnereien Zeichen für die kleinsten Verstorbenen bereitstellen. Eine vermutlich einmalige Zusammenarbeit ist in Hanau zwischen dem ökumenischen Projekt „Kindergrabmal" und der Schreinerklasse einer Berufsschule zustande gekommen. Die Schüler entwerfen und bauen nach einer intensiven Vorbereitungsphase mit Gesprächen über

---

[27] Vor allem eine Sendung des Fernsehmagazins „Report" hat hierauf aufmerksam gemacht und zu dem Eingeständnis geführt, dass dieser Umgang mit menschlichen Föten von allen Beteiligten verdrängt wurde (Report Baden-Baden, ARD, 20.07.1998).

[28] Saternus/Fuellmich (1996), S. 20-21.

[29] Die Initiative REGENBOGEN listet (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) 236 Städte auf.

[30] Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat entsprechende Empfehlungen zum Umgang mit Tot- und Fehlgeburten herausgegeben.

Sterben und Tod (u. a. vor Ort auf dem Friedhof, aber auch parallel im Religionsunterricht) kleine Särge, die von den Eltern individuell ausgestattet werden können.[31]

Das Nachdenken über die Bestattung dieser sog. „Stillgeborenen Kinder"[32] hat spät eingesetzt, Medizin und Recht haben viel hinzulernen müssen und das Problem auch noch nicht gelöst. Aber die Riten und Formen der Trauerbewältigung, die sich innerhalb weniger Jahre entwickelt haben, belegen die Dringlichkeit, den Umgang mit dem menschlichen Leichnam nicht nur ordnungsrechtlichen Regelungen zu überlassen.

Aspekte der Entnahme von Organen und Geweben

Spätestens seit dem Aufsehen erregenden Prozess des Amerikaners John Moore wird die Frage diskutiert, was der menschliche Leichnam wert ist und wem er gehört.[33] Jochen Taupitz hat bereits in den frühen 1990er Jahren darauf hingewiesen, dass sich die Nutzung des menschlichen Leichnams, seiner Organe, Gewebe und Zellen zu einem immer lukrativeren Geschäft entwickelt, und auch das jüngst verabschiedete Gewebegesetz hat erneut die Debatte um den Handel mit menschlichen Geweben entfacht.[34]

Dettmeyer und Madea nennen die Zwecke der Entnahme von Organen (Niere, Herz, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Darm) und Geweben (Augenhornhäute, Gehörknöchelchen, Haut, Dura mater, Knorpel, Knochen, kollagenes Bindegewebe, Herzklappen, Nerven, Gefäße), die gebraucht werden:

- zur Todesursachenklärung (diagnostische Zwecke)
- zu Forschungszwecken (eigene Forschung, Forschungsinteressen Dritter)
- zu Aus- und Weiterbildungszwecken
- zum Zwecke der Beweissicherung und Dokumentation
- für Gewebebanken
- zur weiteren Verarbeitung
- zu Transplantationszwecken.[35]

Sie stellen fest:

> „Ärztliche Eingriffe am Leichnam werden aber von der Rechtsprechung unter Umständen als Verletzung des Totensorgerechts der Hinterbliebenen, als Verletzung postmortal fortwirkender Persönlichkeitsrechte oder als Störung der Totenruhe im Sinne des § 168 StGB angesehen."[36]

---

[31] In Frankfurt stellt der katholische Klinikseelsorger Werner Gutheil (Hanau) im Rahmen der Einführungsveranstaltung zum Umgang mit dem menschlichen Leichnam das Kindergrabmal und die kleinen Särge den Studierenden vor.

[32] Im Englischen wird der Begriff „stillborn children" verwendet.

[33] Moore hatte für die Verwendung der Zellen seiner aus therapeutischen Gründen entfernten Milz Schadensersatz in Millionenhöhe gefordert (Moore vs. Regents of University of California et al.), vgl. dazu u. a. Taupitz (1993), S. C710 ff.

[34] Siehe z. B. Ärzte Zeitung, 29.09.2004, „Gewebespenden dürfen keinen Markt haben"; vgl. auch die Diskussion um die Stellungnahme des Nationalen Ethikrats.

[35] Dettmeyer/Madea (2002), S. 365.

[36] Ebd., S. 367.

Die zweifellos schwierige und vor allem nach wie vor umstrittene juristische Fassung des Status eines Leichnams und auch die grundsätzliche rechtliche Bewertung der Gewebespende sind nicht Thema dieses Beitrags. Allerdings muss erwähnt werden, dass rechtliche Unsicherheiten im Hinblick auf die Obduktion zur Zurückhaltung der Ärzte erheblich beitragen.[37]

An dieser Stelle soll angesprochen werden, welche tieferliegenden Gründe bei Angehörigen, Nahestehenden oder auch allgemein in der Bevölkerung zur Abwehr und Verweigerung von Obduktion und/oder Organ- bzw. Gewebespende führen könnten.

Das zweifellos schwierigste ethische Problem einer Spende solider Organe durch einen Verstorbenen bezieht sich auf die Beurteilung des Hirntodkriteriums. Es bedurfte einer jahrelangen hochemotionalen Auseinandersetzung, bis sich eine – von Hans-Bernhard Wuermeling 1994 sehr eindrücklich und nachvollziehbar vorgetragene[38] – grundlegende Einsicht durchgesetzt hat: Die Frage nach dem Tod ist naturwissenschaftlich nicht exakt zu beantworten. Unsere Begriffe sind Setzungen, und wir können angesichts des Todes nur die Phänomene im Bereich des besonders steilen Abbruchs der Lebensfunktionen mit den Sinnen erfassen, nämlich das Ende von Kreislauf- und Atemtätigkeit. Ob das Aufhören von Kreislauftätigkeit und Atmung jedoch wirklich umkehrbar war, ist immer nur im Nachhinein, nie gleichzeitig mit deren Sistieren feststellbar. Zudem gehört es zu den naturwissenschaftlichen Fakten, dass es auch mit dem Eintritt des irreversiblen Kreislaufstillstands weiterhin intermediäres Leben, sog. supravitale Reaktionen, Stoffwechselprozesse, gibt. Erst nach und nach kommt es zu einem Anwachsen pathologischer Stoffwechselzwischenprodukte und zum Zelltod durch Verlust der Membranfunktion. Jedes Gewebe, aber auch jede Zelle, stirbt einen eigenen Tod; es gibt eine Chronologie des Sterbens der Organe und Gewebe.

Beim Ausfall aller Hirnfunktionen und gleichzeitiger künstlicher Beatmung eines Patienten fehlt aber die Möglichkeit, seinen Tod in der uns traditionell bekannten Weise mit den Sinnen zu erfassen, und es wird eine Erklärung erforderlich, warum man das Aufhören von Herz-, Kreislauf- und Atemtätigkeit nicht sieht. Die völlig neuen Wahrnehmungen decken sich nicht mit unserer kulturellen Kontextualität von Sterben und

---

[37] Grundsätzlich ist allerdings die Auffassung des Rechtsphilosophen Reinhard Merkel sehr plausibel: „Die Annahme einer postmortalen Grundrechtsträgerschaft übersieht unlösbare metaphysische Paradoxien, die man sich mit der Stilisierung Toter zu Inhabern subjektiver Rechte und damit zu aktuell subjektiv verletzbaren Wesen zuzieht; [...] Außerdem: Schützt man Leichen als subjektivrechtliche Inhaber einer (unantastbaren!) Menschenwürde, dann werden zahlreiche unbestritten zulässige Formen des Umgangs mit ihnen unerklärlich: die Möglichkeit einer Autopsie bei Verbrechensverdacht (auch gegen den etwa zuvor erklärten Willen des Verstorbenen), die Organnentnahme die Zerstückelung zu rein didaktischen Zwecken im Anatomieunterricht [...] – Die zutreffende Auffassung, wonach in solchen Fällen nur die ‚Spezieswürde' Schutzgut sei, spigelt sich wider in der herrschenden Auffassung der Strafrechtslehre zu § 168 StGB (Störung der Totenruhe): Das Verbot beschimpfenden Unfugs an Leichen gründet im Schutz der Pietät, also im Interesse aller Lebenden an der Unversehrtheit des Menschenbildes, nicht aber im subjektiv-rechtlichen Schutz des Toten." Vgl. Merkel (2002), S. 40-41, Fußnote 42.

[38] Vortrag Wuermeling anlässlich der Heidelberger Tagung „Zum Umgang mit der Leiche in der Medizin" vom 08.-09.07.1994, publiziert Wuermeling (2000).

Tod und verlangen von allen Betroffenen fundamental neue Deutungsmuster. Dies muss erhebliche Konsequenzen für den Umgang der Ärzte und Pflegenden mit den trauernden Angehörigen haben. So betont Wuermeling:

> „‚Wann ist der Mensch tot?', sollen wir ja nicht nur objektiv fragen, sondern wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass diese Frage auch für die Angehörigen gilt, und ihre Einstellung zu der Frage, ob jemand tot ist, ist zwiespältig. Einerseits wissen sie, man hat es ihnen gesagt, und sie sehen es auch, er atmet nicht mehr, der Mensch ist tot – das gilt jetzt nicht für den Hirntod, sondern ganz allgemein. Andererseits lebt der Verstorbene weiter, in Umgang, in Redeweise behandelt man ihn wie einen Lebenden. Das ist von erheblicher Bedeutung für unseren, der Ärzte Umgang mit dem Tode."

Und Wuermeling fügt hinzu:

> „Es liegt bei den Angehörigen eine Verletzlichkeit vor, die – und jetzt sage ich etwas Provozierendes – die Anwendung des Satzes bedenkenswert erscheinen lässt, dass der Umgang mit der Leiche in mancher Hinsicht mehr der Diskretion als der Diskussion bedarf."[39]

Diese Überlegung wird im letzten Abschnitt meiner Ausführungen noch einmal aufgenommen.

Wie aber sehen die Probleme bei der Gewebespende aus? Bis heute ist es rechtlich umstritten, unter welchen Voraussetzungen Gewebe, das legal entnommen wurde (zum Beispiel aufgrund von Untersuchungen und zur Beweismittelsicherung in der Rechtsmedizin) für weitere Zwecke aufbewahrt und verwendet werden darf. Zweifellos ist Dettmeyer und Madea zuzustimmen:

> „Aber ebenso wie Krankenhauspatienten stillschweigend auf ihr Aneignungsrecht an Operationspräparaten verzichten können und dies auch zahlreich und regelmäßig tun, gilt dies erst recht bei Hinterbliebenen, die in Kenntnis der erfolgten rechtmäßigen Obduktion mit Gewebeentnahme ihr Aneignungsrecht stillschweigend nicht geltend machen."[40]

Jedoch schwindet diese stillschweigende Zustimmung, wenn Angehörige – jenseits aller Überlegungen zur Rechtmäßigkeit des ärztlichen Vorgehens – im Nachhinein feststellen müssen, dass Organe oder Gewebe einbehalten wurden, die nicht auf den individuellen Sachverhalt bezogen sind, sondern in irgendeiner Weise Eigeninteressen der Medizin dienen und zu deren Entnahme und Asservierung keine Einwilligung eingeholt wurde. Derartige Fälle rufen Wut und Verzweiflung hervor und machen – ohne Rücksicht auf medizinisch möglicherweise sinnvolle Vorgehensweisen – medienwirksame Schlagzeilen:

> **Frankfurter Rundschau 16.12.1999:** „Medizinskandal auch in Deutschland. Ärzte entnahmen toten Babys Organe. Ministerium bestätigt: Organe toter Babys heimlich entnommen.

---

[39] Ebd., S. 39.

[40] Dettmeyer/Madea (2002), S. 368.

> In Deutschland sind in den vergangenen Jahren mehr als 100 verstorbenen Babys ohne Einwilligung der Eltern Organe entnommen worden. Diese seien zum Zwecke der Erforschung des plötzlichen Kindstods untersucht und gesammelt worden, teilte das Bundesforschungsministerium mit."
>
> **Ärzte Zeitung 05.12.2002:** „Skandal um Meinhof-Gehirn weckt Ängste.
> Der Skandal um die ohne Wissen der Angehörigen erfolgte Hirnentnahme bei der RAF-Terroristin Ulrike Meinhof hat in vielen Menschen die Angst vor ungewünschten Obduktionen geweckt. Sie befürchten, dass einzelne ihrer Organe in Glasvitrinen in Instituten für Pathologie ihre letzte Ruhe finden könnten."
>
> **Ärzte Zeitung 08.09.2003:** „Totem Kind widerrechtlich alle Organe entfernt.
> Spanische Pathologen hatten einem 2-jährigen britischen Kind alle Organe entnommen, obwohl die Eltern nur der Spende von Leber und Nieren zugestimmt hatten. ‚Der Tod unserer geliebten Tochter traf uns hart, doch der Schock, als wir feststellten, dass Megans Körper hohl war, war noch schlimmer.' Die spanischen Behörden bedauerten die Vorgänge und versprachen, die fehlenden Organe schnellst möglich zur Bestattung nach Großbritannien zu bringen."

Wie auch immer die rechtliche Regelung aussehen mag, weder Recht noch Medizin dürfen die Emotionen der Beteiligten unterschätzen und vernachlässigen. Anhand vielfältiger konkreter Beispiele zeigt sich, welche besondere Bedeutung der tote Körper als Sinnbild des Todes eines geliebten oder sehr nahe stehenden Menschen erhält, und die bereits erwähnte, in unserem Empfinden und Erleben tief verwurzelte kulturelle Kontextualität misst in dieser Situation Organen wie dem Herzen und dem Gehirn einen hohen symbolischen Wert bei.

3. Die Frage nach den Emotionen

Was ist all diesen neueren Entwicklungen im Umgang mit dem menschlichen Leichnam in der Medizin gemeinsam? Der scheinbar nüchterne Umgang mit dem Körper des Verstorbenen erweist sich tatsächlich bei allen Betroffenen – nicht nur bei den Angehörigen, sondern auch bei Studierenden, Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden – als mit erheblichen Emotionen verbunden. Der menschliche Leichnam ruft tiefe Ängste, Verzweiflung, Zärtlichkeit, Ehrfurcht und Respekt hervor. Nicht selten entstehen aber auch Widerwillen, Ekel und Abwehr beim Anblick des toten Körpers. Manche Gefühle mögen nicht-moralische sein, wie etwa Ekel oder Widerwillen, die unter Umständen mit psychologischer Hilfe zu überwinden sind. Sie lösen aber nicht selten moralische Gefühle wie z. B. Schuldbewusstsein aus.

Die Rechtsphilosophin Martha Nussbaum nimmt das Erleben des Todes ihrer Mutter als Grundlage für ihre Emotionstheorie und zitiert in einem ihrer Aufsätze die „Kindertotenlieder" des deutschen Dichters Friedrich Rückert als Beschreibung der Einmaligkeit und Unteilbarkeit des Erlebens (Hervorhebung d. Verf.):

„Nun will die Sonn so hell aufgeh'n
Als sei kein Unglück die Nacht gescheh'n
Das *Unglück* geschah *nur mir allein*
Die *Sonne*, sie scheinet *allgemein*."

Martha Nussbaums Theorie geht davon aus, dass Gefühle nicht ein plan- und sinnloses körperliches Hin- und Hergeworfensein sind, sondern ein *Objekt* haben: "they are *about* something." Das Objekt ist ein *intentionales*, ein gezieltes und beabsichtigtes. Es wird nämlich in den Gefühlen so abgebildet, wie die Person, um deren Gefühle es geht, dieses Objekt sieht und interpretiert. Über die aktive Wahrnehmung und Interpretation des Objektes hinaus sind Überzeugungen mit Blick auf dieses Objekt vorhanden (nicht nur "seeing x as y", sondern die Überzeugung, "x is y"). Vor allem aber sind alle derartigen auf intentionalen Wahrnehmungen und Überzeugungen beruhenden Emotionen mit Werten verknüpft, denn ohne diese Wertbeladenheit würde ein Objekt keine Emotionen hervorrufen. Es wird auf *eine spezielle und ganz individuelle* Weise in seinem Wert und seiner Bedeutung für das Leben der betroffenen, die Gefühle erlebenden Person wahrgenommen.[41]

Legt man diese Interpretation zugrunde,[42] so muss man davon ausgehen, dass das Ansinnen, den geliebten verstorbenen Menschen einer – wie auch immer gearteten – körperlichen Zerstörung auszusetzen, bei den Angehörigen über die Trauer hinaus neue, heftige Gefühle auslösen muss.

Die Abwehr gegenüber der inneren Leichenschau hat sicherlich auch damit zu tun, dass die Auseinandersetzung mit dem Tod in unserer Zeit schwer fällt und zumeist verdrängt oder hinausgeschoben wird.[43] Dabei darf aber nicht unterschätzt werden, dass schon die Gefühle der ferner stehenden Studierenden beim Gedanken daran, in den toten Körper einzudringen, seine Integrität zu zerstören, eine schwer zu überwindende Abwehr hervorrufen. Um wie viel mehr muss dies für Nahestehende gelten, die bewusst in diesen Eingriff einwilligen sollen. Angesichts der Frage nach einer Sektion geht es eben nicht mehr um den „Tod im Allgemeinen", nicht mehr um den „Tod in der Dritten Person". Hier ist die ganz besondere Wertschätzung der Person angesprochen, die den Körper des geliebten Menschen anderen zur Verfügung stellen soll. Zudem sind die heutigen Möglichkeiten der „Nutzung" und „Ausnutzung" eines Leichnams – sowohl für wissenschaftliche als auch für wirtschaftliche Zwecke – mit den (begrenzten) emotionalen Ressourcen der Angehörigen angesichts des Todes eines geliebten Menschen auszutarieren. Auch vor diesem Hintergrund ist die moralische Herausforderung an die Gesellschaft erheblich.

4. Die Frage nach der Rationalität

> „Von der Seele erwarten wir Unsterblichkeit, vom Geist Folgewirkung – allein vom Körper, eben von der Leiche, kennen wir das rasch einsetzende Schicksal der Verwesung, der Vergänglichkeit, kennen wir die Schritte des Vergehens. Die Leiche ist der Teil des Menschen, der die sicheren Zeichen des Vergehens, der Verwesung, der Autolyse ausbildet und ausweist. Die Persönlichkeit ist in ihrer

[41] Nussbaum (2004).

[42] Selbstverständlich gibt es eine Fülle anderer Emotionstheorien, was jedoch nicht Gegenstand dieser Ausführungen ist.

[43] Siehe dazu ausführlich Groß (2000).

> Gänze unteilbar – weil sie eben das Ganze – Soma und Psyche – umfasst, unabhängig davon, wie sie somatisch zerteilt werden kann."[44]

Volker Becker mahnt diesen nüchternen Blick auf den Leichnam an, und tatsächlich müssen die Ziele der Medizin beim Handeln am Leichnam, bei der Obduktion bzw. der Organ- bzw. Gewebespende auf ihre moralische Rechtfertigung hin rational und kritisch überprüft werden.

Die Bundesärztekammer hat ihrer Stellungnahme aus dem Jahr 2005 zur „Autopsie" ein Zitat von Morgagni vorangestellt:

> „Denn diejenigen, die vieles aufgeschnitten oder häufig [bei Leichenöffnungen] zugesehen haben, diese haben wenigstens gelernt zu zweifeln, wo jene [andere] gar nicht zweifeln." (Morgagni um 1761)[45]

Wenn man bedenkt, mit welch immensem Aufwand heutzutage Qualitätssicherung in der Medizin betrieben wird, dann ist es gar nicht nachvollziehbar, dass die zuverlässigste Überprüfung von Diagnose und Therapie durch die Obduktion ausbleibt und dem ärztlichen Zweifel als kritischem Blick auf das eigene Handeln kein höherer moralischer Wert beigemessen wird.

Höpker und Wagner haben 1998 bereits auf die Qualität sichernde Wirkung klinisch-pathologischer Kontrollen durch die Obduktion auch für die *ambulante* Betreuung von Patienten aufmerksam gemacht: Dass es nicht darauf ankomme, „Unstimmigkeiten" in der klinischen Diagnostik anzuprangern, die mit ärztlichem Handeln unvermeidbar verbunden sind, sondern, dass es gelte, „diese kontinuierlich bewusst zu machen", und es die Aufgabe des Pathologen sei, „auf eine verbesserte Sensitivität (insbesondere auch vor Aufnahme in die Klinik) hinzuweisen."[46] Die Autoren fordern konsequenterweise von den Kostenträgern, die Aufwendungen für eine *ambulante klinische* Obduktion zu übernehmen."[47] Gleichermaßen halten sie es für unabdingbar, dass auch die Zertifizierung der Krankenhäuser „von der Obduktionsfrequenz abhängig" gemacht wird.[48]

Die Qualitätssicherung einer hoch spezialisierten und hoch technisierten Medizin ist ein fundamentales Anliegen einer Gesellschaft, die sich einerseits diese Medizin „leistet" und die andererseits erhebliche Ansprüche an die Verfügbarkeit und Leistungsfähigkeit dieser Medizin stellt. Gleichzeitig gilt es den Kostenfaktor für den Erhalt der entsprechenden Institute und die dringend gebotene Erhöhung klinischer Obduktionen zu berücksichtigen. Ärzte sind entsprechend verpflichtet, die Öffentlichkeit auf diesen Missstand – die Diskrepanz zwischen Anspruch und bereitgestellten Ressourcen – hinzuweisen.

Die *Gewebe*entnahme aus dem menschlichen Leichnam betrifft nicht das Problem der Hirntoddefinition, sondern im Falle moralischer Erwägungen die Frage nach dem

---

[44] Becker (1998).
[45] Bundesärztekammer 2005.
[46] Höpker/Wagner (1998), S. B1279.
[47] Ebd., S. B1280.
[48] Ebd., S. B1279.

Einverständnis des Spenders und der Störung der Totenruhe. Dettmeyer und Madea haben u. a. zwei gewichtige Zwecke der Gewebeentnahme benannt: die Transplantation und die Beweissicherung.

Der Einsatz beispielsweise von Dura mater (harter Hirnhaut), für Transplantationen führt in der Neurochirurgie, Augenchirurgie, HNO-Chirurgie, Kieferchirurgie, Thoraxchirurgie, Kinderchirurgie, Gynäkologie, Orthopädie und Traumatologie zu wichtigen therapeutischen Verbesserungen:

> „Am bekanntesten ist der Einsatz in der Neurochirurgie, wo diese Transplantate zum Ersatz der körpereigenen harten Hirnhaut bzw. zur plastischen Deckung bei fast jeder Hirnoperation verwendet werden. In der Thoraxchirurgie findet das Material Verwendung zum Ersatz der Luftröhrenwand, zur Deckung von Rippenfell- und Brustkorbwanddefekten, zur Überdeckung von Bronchusstümpfen nach Lungengewebsentfernung oder von Wanddefekten in Bronchien oder zum Ersatz des Herzbeutels."[49]

Wenn wir also den menschlichen Leichnam gleichsam „unantastbar" machen, ist der Preis dafür sehr hoch. Hier sind die anfangs erwähnten normativen Aussagen der Bundesärztekammer von Bedeutung: Erkenntnisgewinn in der Medizin hat nicht nur intrinsischen Wert für die Wissenschaft, sondern eben auch einen herausragenden Wert für das Wohlergehen einer Gesellschaft. Weder dem einzelnen Patienten noch der Gesellschaft als ganzer kann die Gesundheitsversorgung gleichgültig sein. Schon allein der vollständige Verzicht auf den Einsatz der Dura-Transplantate mit den angeführten Therapiemöglichkeiten und der erheblichen Verbesserung der Lebensqualität schwerkranker Menschen würde wohl kaum auf gesellschaftliche Akzeptanz stoßen.

Gleiches gilt für die Beweissicherung und Dokumentation etwa im Falle rechtsmedizinischer Untersuchungen. Die Debatten um häusliche Gewalt, auch in der Versorgung kranker und/oder alter Menschen, müssen einschließen und berücksichtigen, dass in Deutschland vermutlich jede zweite Tötung unentdeckt bleibt. Zu fragen ist ebenso, wie viele ärztliche Kunstfehler unerkannt bleiben.[50] Auch hier gilt der Hinweis auf ein soziales Interesse an Aufdeckung und Verhütung von Verbrechen und Fehlleistungen.

Theologie und Philosophie haben sich über die Auseinandersetzung mit dem Tod hinaus auch dem moralischen Status des Leichnams gewidmet. Für die Medizin und die handelnden Ärzte war bisher vorrangig wichtig, dass der Leichnam aus theologischer Perspektive keineswegs unantastbar ist und religiöse Gefühle durch eine Obduktion nicht verletzt werden. So weisen auch in ökumenischer Einmütigkeit Virt und Körtner darauf hin, dass die christliche Tradition „als Grundlage für die ethischen Überlegungen, wie wir uns dem Leichnam gegenüber verhalten sollen, die Pietät genannt" hat.[51] Auch ist die Hoffnung auf Auferstehung nicht von der Unversehrtheit des Leichnams abhängig.[52]

---

[49] Eisenmenger (2000).
[50] Vgl. dazu Groß (2000); Ärzte Zeitung vom 23.04.2003 und 10.06.2003.
[51] Virt/Körtner (1998), S. 920.
[52] Ebd., S. 921 f.

Aus philosophischer Sicht macht Dieter Birnbacher auf den „ontologischen Absturz", den irreversiblen Übergang von der Person zur Sachem aufmerksam und begründet plausibel, dass wir indirekte moralische Pflichten in *Ansehung* des Leichnams haben.[53] Dies verweist auf die vielerlei hier angesprochenen Beispiele, die die kulturelle Interpretation und symbolische Wertigkeit und die Gefühle Nahestehender belegen und verlangen, dass im Interesse dieser Lebenden keine ehrverletzenden und entwürdigenden Manipulationen an der Leiche vorgenommen werden. Der Leichnam als reale Beziehung zum Verstorbenen wahrt symbolisch die Identität und Individualität des einst lebenden Körpers.[54] Birnbacher leitet daraus aber – ebenso wie Becker – eine zwingende Güterabwägung *realer* Werte gegenüber *symbolischen* Werten ab. Und folgerichtig heißt es:

> „Damit ist wissenschaftlichen Versuchen an und mit Leichen ein gewisser ethischer Spielraum eröffnet. Von den beiden angegebenen postmortalen Persönlichkeitsrechten [Selbstbestimmungsrecht und Recht von Ehrverletzungen und Entwürdigungen verschont zu bleiben – d. Verf.] ist für wissenschaftliche Versuche an und mit Leichen in der Regel nur das erste, das Selbstbestimmungsrecht relevant."[55]

Das Selbstbestimmungsrecht hat zweifellos eine herausragende Bedeutung, und die Betonung der autonomen Entscheidung ist keineswegs mit einem Verzicht auf sozialethische Aspekte verbunden. Selbstbestimmte Entscheidungen entbehren weder des Altruismus noch der Übernahme sozialer Verantwortung. Illhardt schildert in einem Beitrag zu der Frage, wem der Mensch gehört, den Fall eines mehrfach transplantierten Patienten, der nach einem untypischen Abstoß des transplantierten Organs verstirbt. Seine Witwe verweigert den verunsicherten und nachfragenden Ärzten mit Hinweis auf den entgegenstehenden Willen ihres Mannes die Obduktion. Illhardt folgert nun:

> „Kann jemand wollen, dass ihm geholfen wird, ohne zugleich zu wollen, dass auch anderen geholfen wird? Es ist Unsinn, ein individualistisches Besitzrecht (à la ‚meine Niere gehört mir') zu fordern, ohne eine nicht zu leugnende Solidarpflicht zu berücksichtigen, die in diesem Fall klar erkennbar verletzt wurde."[56]

Intuitiv ist dieser Folgerung zuzustimmen, und sie deckt sich auch mit vielfältigen Gerechtigkeitsüberlegungen zur Verteilung knapper Ressourcen. Dennoch sollte das Recht auf Selbstbestimmtheit nicht unterlaufen werden. Rationale Überlegungen müssen dazu führen, dieses Recht zu stärken, um über die Anerkennung der eigenen Entscheidung die Bereitschaft zur Übernahme von Sozialpflichten gegenüber Dritten zu fördern. Dies ist ein mühsamer Weg, aber Obduktion und Organspende nicht als Anspruch der Gesellschaft, sondern als vernünftige, dem Leben dienende Entscheidung des Einzelnen

---

[53] Birnbacher (1998), S. 927.
[54] Ebd., S. 929.
[55] Ebd., S. 929.
[56] Illhardt (1996), S. 5.

muss das Ziel sein, um wirkungsvoll die Zahl der Obduktionen und Organspenden zu erhöhen.

4. Die Frage nach dem Vertrauen in die Medizin

Dies führt in der Konsequenz zu der Aussage, dass nur durch Transparenz und uneingeschränkte Einbeziehung der Betroffenen ein zunehmendes Bewusstsein in der Öffentlichkeit für Eigenverantwortung angesichts eigener Ansprüche an die Medizin zu erreichen ist.

Die sog. „jungen Alten" spüren die Vergänglichkeit ihres Lebens nur vage, und der Blick auf die lebhaften Aktivitäten der jeweils etwas Älteren führt zu einem Lebensgefühl, das den dennoch unvermeidbaren kommenden Verfall nur mühsam in das Altwerden hinein nehmen kann. Andererseits wird das Bewusstsein vom geistigen Abbau angesichts der zunehmenden Zahl hochbetagter und schwerdementer alter Menschen immer erkennbarer zum Auslöser einer Beschäftigung mit dem eigenen Altwerden und der eigenen Sterblichkeit. Die Fülle an Literatur zu den Themen Sterben und Sterbebegleitung beschäftigt nicht nur sehr alte Menschen, sondern durchaus auch die Vielzahl derjenigen, die alte Angehörige betreuen.

Gerade dann, wenn diese Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod stattgefunden hat, gerade dann, wenn dieses unvermeidbare Schicksal ausgesöhnt und gelassen ertragen werden kann, bedarf es eines fundamentalen Vertrauens in diejenigen, die den Leichnam „behandeln". Dies betrifft den Patienten selbst, der sich dem Arzt anvertraut, wie auch die Angehörigen, die den verstorbenen und geliebten Menschen dem Arzt anvertrauen. Die hohe und schützenswerte Bedeutung der persönlichen Autonomie, des Rechts, über den eigenen Körper verfügen zu dürfen, kann nur zu der zu Recht erhofften Einwilligung zur klinischen Sektion führen, die „ein gemeinnütziges Handeln" ermöglicht, „indem sich aus der Obduktion auch wissenschaftliche und praxisrelevante Erkenntnisse zugunsten der Lebenden ergeben",[57] wenn kein Zweifel daran auftaucht, wie der Leichnam behandelt wird und welche Ziele in welcher Weise verwirklicht werden sollen. Dies ist nicht nur eine Frage guter Aufklärungsgespräche, sondern eben auch einer vertrauenswürdigen Praxis und Alltagserfahrung in der Außenwahrnehmung. Sehr eindrucksvoll schildert Eggers dies aus seinen Gesprächen mit Angehörigen von Körperspendern:

> „Der Verstorbene wird zwar als tot empfunden, ist aber noch nicht richtig tot, denn er befindet sich ja noch über der Erde. Dieses latente Sterben ist grausam. Die ungenaue Vorstellung, was hinter den verschlossenen Türen des Präpariersaals geschieht, belastet zusätzlich. Diese ganz spezifische Pein, die kaum nachvollziehbar ist für jemanden, der sie nicht erleiden musste, endet erst mit der Trauerfeier. Die innere Spannung löst sich, wenn die Angehörigen sehen und hören, dass die vermeintlichen Verursacher ihrer Nöte gemeinsam mit ihnen trau-

[57] Bundesärztekammer (2005).

> ern und der Toten mit Würde und großem Ernst durch eigenes Engagement gedenken."[58]

Wenn die Durchführung einer Obduktion, so wie die Bundesärztekammer (durchaus sinnvoll) empfiehlt, „primär als selbstverständlich angesehen wird und nicht als etwas Besonderes gelten darf",[59] dann dürfen Erfahrungen wie die oben geschilderten Fälle *heimlicher* Organentnahmen (unabhängig davon, ob sie Mittel für einen guten Zweck sind) nicht mehr geschehen und müssen schlimmstenfalls nachvollziehbar geahndet werden.[60] Und die Obduktion – und dies gilt in gleicher Weise für die Gewebespende – kann nur dann als selbstverständlich angesehen werden, wenn jeder Mensch darauf vertrauen kann, dass er bzw. seine Hinterbliebenen gefragt werden und dass das Einverständnis gegeben, aber auch verweigert werden kann.

Wie sieht es aber nun mit der von Wuermeling angemahnten Diskretion aus? Wenn sie gleichzusetzen sein soll mit einem Schweigen, so beinhaltet sie die Gefahr des *Ver*schweigens und des möglichen Betrugs. Bezieht sie sich jedoch auf den Stil der Gespräche, die Wahl der Worte und meint „Behutsamkeit", „Rücksichtnahme auf Verletzlichkeit", so ist sie ein höchst dringliches Desiderat.

Ob die innere Leichenschau eine letzte Handlung im Rahmen der Behandlung eines Patienten nach seinem Tode ist, ob sie tatsächlich ihm selbst noch dient, möglicherweise seinem Auftrag an den Arzt gerecht wird, soll hier nicht weiter untersucht werden. Sie hat aber im Rahmen der Verpflichtungen der Medizin und der Ansprüche der Öffentlichkeit an das Gesundheitswesen einen hohen Stellenwert. Umso wichtiger ist eine transparente Selbstverpflichtung der Ärzteschaft zum Umgang mit dem menschlichen Leichnam. Der moralische Status des Leichnams in der Medizin und der Respekt vor den damit verbundenen kulturellen Bewertungen und persönlichen Deutungen müssen mit einer transparenten Darstellung der Motive und der Zielsetzung ärztlichen Handelns verbunden und dergestalt sowohl der Öffentlichkeit als auch den Studierenden vermittelt werden.

Literatur

1. Becker (1998): Volker Becker, Leiche, in: Wilhelm Korff, Lutwin Beck, Paul Mikat (Hrsg.) Lexikon der Bioethik, Gütersloh 1998, S. 583-584
2. Benzenhöfer (2007): Udo Benzenhöfer, „Ein Mann von großer Rechtschaffenheit." Zum 300. Geburtstag des Frankfurter Arztes Johann Christian Senckenberg, Hessisches Ärzteblatt 68 (2007), S. 79-83
3. Birnbacher (1998): Dieter Birnbacher, in: Norbert Stefenelli (Hrsg,), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 927-932

---

[58] Eggers (1998), S. 628.

[59] Bundesärztekammer (2005).

[60] Die für Unterricht und Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte ebenso brisante Frage, ob man *am gerade Verstorbenen üben* darf, kann an dieser Stelle nur erwähnt werden, bedarf jedoch ebenfalls einer subtilen und differenzierten, vor allem aber offenen Diskussion; vgl. auch Eberle (2005).

4. Bühring (2005): Petra Bühring, Klinische Obduktionen, Fehlendes Bewusstsein für Erkenntniswert, Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), S. A3057
5. Bundesärztekammer (2005): Andreas Crusius, Manfred Dietel, Wolfgang Eisenmenger, Dominik Groß et al., Stellungnahme zur „Autopsie" vom 26.08.2005. Kurzfassung, Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), S. A3537-A3545 – Langfassung, www.baek.de/downloads/AutLang.pdf [01.06.2007]
6. Dettmeyer/Madea (2002): Reinhard Dettmeyer, Burkhard Madea, Die postmortale Gewebeentnahme für Transplantationszwecke. Gesetzeslage und Rechtsprechung, Rechtsmedizin 12 (2002), S. 365-370
7. Eberle (2005): Ute Eberle, Forschung am Sterbebett, DIE ZEIT 09.06.2005, 24, S. 41 f.
8. Eggers (1998): Reinhard Eggers, Trauerfeiern ohne Leichnam, in: Norbert Stefenelli (Hrsg,), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 626-629
9. Eggers et al. (2007): Reinhard Eggers, Peter König, Lüder C. Busch et al., Anatomie als Wissensbasis, Deutsches Ärzteblatt 104 (2007), S. B1087-B1089
10. Eisenmenger (2000): Wolfgang Eisenmenger, Die Entnahme von Körperteilen Verstorbener nach Kreislaufstillstand, in: Hans-Konrat Wellmer, Gisela Bockenheimer-Lucius (Hrsg.), Zum Umgang mit der Leiche in der Medizin, Lübeck 2000, S. 135-142
11. Groß (2000): Dominik Groß, Individualethik versus Sozialethik: Zu den Vorbehalten gegenüber der äußeren und inneren Leichenschau in: Dominik Groß (Hrsg.), Zwischen Theorie und Praxis: Traditionelle und aktuelle Fragen zur Ethik in der Medizin, Würzburg 2000, S. 65-85
12. Höpker/Wagner (1998): Wilhelm-Wolfgang Höpker, Stephan Wagner, Die klinische Obduktion, Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), S. B1276-B1280
13. Illhardt (1996): Franz Joseph Illhardt, Wem gehört der Mensch? Erwägungen über Besitzrechte am eigenen Körper, Dortmund 1996 (= Berliner Medizinethische Schriften, 3)
14. Merkel (2002): Reinhard Merkel, Forschungsobjekt Embryo, Verfassungsrechtliche und ethische Grundlagen der Forschung an menschlichen embryonalen Stammzellen, München 2002
15. Mikes (2005): Romana Mikes, Der Präparierkurs – eine ethische Ausnahmesituation, Gedanken einer Medizinstudentin, www.thieme.de/viamedici/studienort_salzburg/student/praepkurs.html [16.10.2006]
16. Nussbaum (2004), Martha Nussbaum, Emotions as judgements of value and importance, in: Robert C. Solomon (Hrsg.), Thinking about Feeling: Contemporary Philosophers on Emotions, Oxford 2004, p. 183-199
17. Pabst/Pabst (2006): Vera Christina Pabst, Reinhard Pabst, Danken und Gedenken am Ende des Präparierkurses, Ergebnisse einer Umfrage bei Instituten für Anatomie in Deutschland, Deutsches Ärzteblatt 103 (2003), S. B 2616 f.
18. Saternus/Fuellmich (1996): Klaus-Steffen Saternus, Reiner Fuellmich, Beilegung eines totgeborenen Kindes (<500 g) – Vorwurf oder Aufforderung?, Ethik in der Medizin 8 (1996), S. 19-26

19. Schumacher (2004): Bernhard N. Schumacher, Der Tod in der Philosophie der Gegenwart, Darmstadt 2004
20. Stefenelli (1998): Norbert Stefenelli (Hrsg,), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998
21. Taupitz (1993): Jochen Taupitz, Menschliche Körpersubstanzen: nutzbar nach Belieben des Arztes?, Deutsches Ärzteblatt 90 (1993), S. C710-714
22. Virt/Körtner (1998): Günter Virt, Ulrich Körtner, Pietät, in: Norbert Stefenelli (Hrsg,), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 919-926
23. Wellmer/Bockenheimer-Lucius/Mattern (2000): Hans-Konrat Wellmer, Gisela Bockenheimer-Lucius, Rainer Mattern, Thematische Einführung mit 8 Thesen zur traumatomechanischen Untersuchung an Leichen, in: Hans-Konrat Wellmer, Gisela Bockenheimer-Lucius (Hrsg.) Zum Umgang mit der Leiche in der Medizin, Lübeck 2000, S. 5-13
24. Weiher (1997): Erhard Weiher, Umgang mit dem Leichnam in der Mediziner-Ausbildung: Erschließung der Todes-Begegnung durch die Seelsorge, Interdisziplinärer Arbeitskreis Thanatologie, Beiträge zur Thanatologie 5 (1997), www.uni-mainz.de/Organisationen/thanatologie/Literatur/heft05.pdf [16.08.2007]
25. Wilde/Hummernbrunn (1998): Johann Wilde, Sabine Hummernbrum, Die menschliche Leiche als Studienpräparat, in: Norbert Stefenelli (Hrsg,), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 612-618
26. Wuermeling (2000): Hans-Bernhard Wuermeling, Wann ist der Mensch tot? Der Sinn von „sicheren“ Todeszeichen, in: Hans-Konrat Wellmer, Gisela Bockenheimer-Lucius (Hrsg.), Zum Umgang mit der Leiche in der Medizin, Lübeck 2000, S. 35-39

Vergehende Zeichen.
Der tote Leib und die trauernde Erinnerung

Matthias Mißfeldt

1. Die Wirklichkeit als Zeichenprozess

Die Wirklichkeit drängt auf ihre zeichenhafte Symbolisierung. Zeichenhaftigkeit ist Teil der Realität selbst als einer dynamischen Potentialität, die darauf angelegt ist, von semiotischen Wesenheiten in Zeichenprozessen zutreffend dargestellt zu werden.

Ein instruktives Beispiel für diesen Sachverhalt findet sich in einem Artikel von Klausewitz (1996) über die Befreiung eines Buckelwals aus einem Fischernetz, in dem das Tier sich verfangen hatte:

> „Als sich die Männer mit dem Boot näherten, verstärkte der Wal seine Fluchtversuche. Erst nach etwa einer Viertelstunde beruhigte sich das Tier, sein Atem wurde allmählich langsamer, die Nähe der Menschen löste offenbar keine Angst mehr aus. Zunächst streichelten die Männer die raue Haut des Wals, so dass er sich an den direkten Kontakt gewöhnte. Als dann galt es, die rechte Brustflosse vom Netz zu lösen. Da die Fischer den Zoologen verboten hatten, die Maschen zu zerschneiden, wurde die Extremität mit Hilfe hölzerner Haken allmählich von seiner Fessel befreit. Als ob er die Rettungsaktion verstehen würde, ließ der Wal diese Prozedur ohne jede Abwehr- oder Fluchtreaktion über sich ergehen.“[1]

Die Befreiungsaktion nimmt noch spektakulärere Formen an, als der Wal bereitwillig einen Zoologen in sein Maul steigen lässt, der auch seine Barten vom Netz löst.

2. Referenz als reale Relation in der Semiotik von Charles Sander Peirce

Ch. S. Peirce versteht den Zeichenbegriff als eine genuin triadische Relation. Während die klassische Semiotik, etwa in der analytischen Sprachphilosophie, den Zeichenbegriff in der Regel dyadisch als Relation zwischen Zeichen und Bezeichnetem versteht und diese Relation als konventionell gesetzt durch die Zeichenbenutzer auffasst, schließt Peirce in seinem Zeichenbegriff den Wirklichkeitsbezug immer mit ein:

> „Ein Zeichen oder Repräsentamen ist alles, was in einer solchen Beziehung zu einem Zweiten steht, das sein Objekt genannt wird, dass es fähig ist ein Drittes, das sein Interpretant genannt wird, dahingehend zu bestimmen, in derselben triadischen Relation zu jener Relation auf das Objekt zu stehen, in der es selbst steht. Dies bedeutet, dass der Interpretant selbst ein Zeichen ist, der ein Zeichen desselben Objekts bestimmt und so fort ohne Ende.“[2]

---

[1] Klausewitz (1996).
[2] Peirce (1983), S. 64.

3. Körper und Leib

> „In das Angesicht dieses Leibes sind die Erfahrungen, Leiden und Freuden, ist die Möglichkeit dieses Menschen eingeschrieben. Wer ihm offenen Auges entgegentritt, vermag ihn als Existenz, als leibhafte Möglichkeit wahrzunehmen. Leib ist eine Zeitgestalt. Der Kliniker, der einen Körper unter den Röntgenschirm legt oder irgendwelche Präparate mikroskopisch untersucht, wird demgegenüber in Versuchung geraten, sich seinen Gegenstand, den leibhaften Menschen, zeitlos vorzustellen. Denn der Körper lässt sich untersuchen, wiegen, messen, sezieren, ohne dass man sich seiner Geschichte vergewissert. Einen Leib kann ich aber nicht wahrnehmen, ohne zugleich seine Geschichte wahrzunehmen, mit zu erfahren und mit zu erleiden: zu verstehen. Insofern genügt es nicht zu sagen, dass ich mein Leib bin. Ich bin als Leib immer meine Vergangenheit, ja meine Zukunft."[3]

Insofern ist auch der Leichnam nicht nur toter Körper, sondern auch toter Leib. Er verbindet immer auch mit der Person und der dahinter stehenden Lebensgeschichte. Im Umgang mit dem toten Leib spiegelt sich immer auch der Umgang mit der Lebensgeschichte des Verstorbenen und reflexiv etwas vom Umgang der mit dem Verstorbenen Umgehenden mit ihrer je eigenen Lebensgeschichte. Gerade dieser Punkt ist nicht zu unterschätzen. Ein bewusster Perspektivwechsel von Pflegekräften im Rahmen von Fortbildungen in die Situation eines Verstorbenen führt zumeist zu persönlicher Erschütterung, wenn dabei die Prozeduren erfahren werden, welche an Leichnamen vorgenommen werden.

4. Dissoziation und Integration

Die Begegnung mit dem Leichnam des Verstorbenen ist für die Angehörigen immer eine Erfahrung starker Dissoziation: „Das ist er nicht mehr!" Das Erleben der Differenz des Toten in seiner völligen Passivität bricht jede Kontinuitätserfahrung. Und diese Realisierung in einer unmittelbaren Wahrnehmungssituation ist wichtig für das Gelingen einer verarbeitenden Trauer. „Ich will ihn so in Erinnerung behalten, wie ich ihn sonst kannte", das ist eine Vermeidungsorientierung, der das pathogene Moment mit fast unentrinnbarer Notwendigkeit inne wohnt. Die fehlende Wahrnehmung wird von Phantasien gefüllt, der Verstorbene mutiert zum Untoten, der die Hinterbliebenen nie so richtig loslässt. Oft wird eine phantastische Schuld imaginiert, um die Ohnmacht im Verlust der geliebten Person nicht zu spüren und die fehlende Auseinandersetzung in der Wahrnehmung des Leichnams aufzuwiegen.

> Eine Stationsschwester erzählte in einer Fortbildung von dem Verlust ihrer damals 16-jährigen Schwester durch einen Autounfall und dass ihre Familie sie mit gut gemeinter Schonung von dem Anblick der Schwester und der Teilnahme an der Bestattung ausschloss. Sie war damals zwischen elf und zwölf und verarbeitete den Tod ihrer Schwester durch eine phantasierte Schuld, und die verfolg-

[3] Marcel (1986), S. 34.

> te sie bis in jeden verstorbenen Patienten auf ihrer Station. Sie hatte auch dort immer das Gefühl, daran schuld zu sein.
>
> In einer ähnlichen Fortbildung erzählte eine Pflegekraft, wie sie als fünfjährige in den offenen Sarg auf die verstorbene Oma geklettert sei, um sie zu küssen. Dafür habe sie sich die Schelte ihrer erschreckten und schreienden Mutter eingefangen. Auch bei ihr präge diese kindliche Primärerfahrung das Erleben von Tod und Sterben im Stationsalltag.

Mir scheint es, dass oft hinter solchem Vermeidungsverhalten die Angst vor starker Emotionalität steckt. „Lindern heißt behindern".[4] Angehörige und professionell Handelnde in perimortalen Zusammenhängen scheuen die frühen Verarbeitungsformen und die ungebremste Emotionalität, die dann auftreten. Sie befürchten, von ihnen mit weggerissen zu werden, und haben dann Interesse daran, diese erst gar nicht aufkommen zu lassen.[5] Dies hängt das auch mit der gesellschaftlichen Entwicklung zusammen, dass es zwar tausende Tote in medialen Zusammenhängen per Bild oder Film zu sehen gibt, dass aber kaum noch Menschen das Sterben eines anderen in unmittelbarer Weise miterleben oder Verstorbene angefasst haben und körperlich mit Leichnamen umgegangen sind.[6] Ein Arzt sagte zur Mutter vor ihrer toten 29-jährigen Tochter: „Also ich würde jetzt mal an Ihrer Stelle 20 mg Diazepam nehmen [...]." Stattdessen wäre emotionale Resonanz und Solidarität wichtig: „Die Ärztin hat auch geweint [...]", so berichtet mir erstaunt eine hinterbliebene Ehefrau und betont die damit erfahrene Solidarität in der Verlustsituation.

Um dies leisten zu können, ist eine ausreichende Selbsterfahrung des medizinischen Personals notwendig, eben nicht nur im psychiatrischen Feld, sondern auch in der Somatik. Hier käme es darauf an, den Umgang mit frühen, psychosenahen Verarbeitungsformen mit fließenden Ichgrenzen zu üben und emotionales Containment zu trainieren.

> Nachts werde ich in die Notaufnahme gerufen. Im Schockraum liegt nach erfolgloser Reanimation ein 54-jähriger Mann, der einen Hinterwandinfarkt erlitten hat und kurz zuvor vom Notarzt im Rettungswagen ins Krankenhaus verbracht worden ist. Bei ihm ist seine 24-jährige Tochter und sie schreit und schreit in einer unglaublichen Lautstärke ihre Trauer und ihren Verlust heraus. Das Personal der Notaufnahme hat sich komplett zurückgezogen und hinter dem Toten, seiner Tochter und mir alle Türen dicht verschlossen. Eineinhalb Stunden währt dieses Klagen und Schreien in fast unverminderter Lautstärke. Dann sagt die Tochter auf einmal in normaler Lautstärke, jetzt sei es vorerst genug, und bittet mich, sie bei der Überbringung der Todesnachricht bei ihrer psychisch

---

[4] Lammer (2003), S. 270: „Das Bedürfnis vieler HelferInnen, den Schmerz Trauernder zu lindern und zu trösten, ist verständlich, jedoch oft hinderlich. Was trösten soll, schlägt leicht ins Gegenteil um: Die Gefühle der Trauernden werden beschwichtigt und ihr Verlust verharmlost. Oft bringt man Trauernde damit gegen sich auf oder zum Schweigen, weil sie sich nicht verstanden oder nicht ernstgenommen fühlen."

[5] Vgl. Wiedemann (1995).

[6] Vgl. Lammer (2004), S. 11 ff.

> kranken Mutter zu unterstützen. Ich habe eigentlich in der Begleitung „nichts" gemacht, außer dem Gefühlssturm der Tochter standzuhalten und ihn in einer personalen Präsenz zu begleiten. Auch die stärksten Gefühle schwingen irgendwann aus und Menschen finden dann von selbst in einen Modus handlungsfähiger Normalität zurück.

5. Verlorener und in der Erinnerung fortgeschriebener Möglichkeitshorizont

In die Begegnung mit dem toten Leib des Verstorbenen kommt aber auch ein Möglichkeitshorizont als verlorener, was z. B. Schmerzen anbelangt, z. T. aber auch glücklicherweise nicht mehr bestehender oder eintretender Horizont, hinein. „Sie glauben gar nicht, was wir alles noch vorhatten [...]." Das ist ein Satz, den ich so oder ähnlich sehr oft in der initialen Trauersituation beim Verstorbenen von Hinterbleibenden höre. Gerade in der Anerkennung dieses verlorenen Möglichkeitshorizontes schreiben die Trauernden die Geschichte des Verstorbenen in der eigenen Erinnerung fort, integrieren sie in ihr eigenes Selbst und beginnen so mit der eigentlichen Trauerarbeit. Natürlich ist das im unmittelbaren Gewahrsein des toten Leibes auch immer ein Stück Traumatisierung, aber es ist nicht heilsam, ihr vermeidend aus dem Weg zu gehen.

Allerdings spielt die kunstgerechte und würdigende, pietätvolle Behandlung des toten Leibes für das Gelingen dieser erinnernden Integration der Trauer eine enorme Bedeutung. Ist bei Aufbahrungen, die ich vornehme, die Leichenstarre eingetreten, die Lage des Kopfes des Verstorbenen überstreckt, ein schlechter oder ganz fehlender Mund- und Augenschluss der Fall, führt das bei den Hinterbliebenen in der Regel zu äußerst aggressiven und vorwurfsvollen Reaktionen. Zu Recht! Ein schlechter Umgang mit dem toten Leib wird immer auch als ein wenig achtsamer und würdigender Umgang mit der Lebens-, aber auch der Leidensgeschichte und der Person des Verstorbenen empfunden.

> Eine tote junge Frau, nach landläufigen Maßstäben äußerst schön, mit hüftlangen blonden Haaren, ein brillianter Intellekt und im Lebensalter unter 30 bereits eine steile Karriere als Pädagogin eingeschlagen, verstorben nach einem unsäglichen Krankheitsverlauf auf der Intensivstation, wird obduziert und anschließend von den hinterbliebenen Eltern aufgebahrt. Die Mutter erzählt mir im Trauergespräch, dass die langen blonden Haare ihrer Tochter – mehr oder minder das letzte Identitätsmerkmal, was ihrer Tochter unter der Intensivbehandlung geblieben war – abgeschnitten und nach ihren Erkundigungen von der Pathologie weggeworfen worden waren. Mussten die Eltern die entsetzlichen Veränderungen ihrer Tochter während der Intensivbehandlung der erlittenen Sepsis miterleben, so übertraf dieser Umstand des achtlosen Wegwerfens der abgeschnitten Haare das noch einmal. Zum Verlust durch den Tod ihrer Tochter kam das Trauma der unachtsamen Behandlung des toten Leibes ihres Kindes. Nicht nur, dass es das einzige Kind dieser Eltern war, durch dieses Trauma des Haarewegwerfens sind sie gezeichnet für immer.

Die symbolische Wahrung der Identität der Person des/der Verstorbenen und ihrer Zeichen ist ein entscheidendes Moment in der Begleitung der initialen Trauerverarbeitung.

Es geht um eine gesellschaftliche Kultur der Erinnerung und des Gedächtnisses gegen das Vergessen, Verschweigen und Verdrängen gelebten Lebens in seiner unwiederbringlichen, persönlichen Einzelheit und Individualität.[7]

6. Postmortale Veränderung

Die Intensivmedizin hinterlässt keine schönen Leichname. Werden im hospizlichen Bereich unter palliativer Orientierung Gäste terminal relativ „trocken" versorgt, steht im Rahmen kurativer Intensivmedizin großvolumige Infusionstherapie an. Postmortal treten die gegebenen Flüssigkeitsvolumen dann auch wieder aus. Gerade wenn tracheotomierte Patienten nach ihrem Tod nicht gut abgedichtet werden, kommt es zu einem koagulierenden Austritt von Gewebsflüssigkeiten, der vor der Aufbahrung und der Abschiednahme durch die Angehörigen eine thanatopraktische Erstversorgung nötig macht.

> Ein dramatischer Fall ereignete sich in meinem Arbeitsfeld bei der Aufbahrung eines toten Patienten, der an einem Lebertumorleiden verstorben war. Die Angehörigen wollten nach etwa zehn Stunden den Toten noch einmal sehen und insbesondere die Tochter wollte sich von ihrem Vater verabschieden. Ich holte den Leichnam des Verstorbenen aus der Kühlung und bahrte ihn auf. Der Verstorbene gab schwallweise Blut aus dem Mund ab; nach Erklärung des hinzugezogenen Arztes hatten autolytische Prozesse im Körper eingesetzt. Der gesamte Leichnam war außerordentlich angeschwollen. Im Vorgespräch mit den Angehörigen wies ich auf die dramatische Veränderung des Verstorbenen hin, sie bestanden aber auf seiner Aufbahrung und ihrer unmittelbaren Abschiednahme. Die Tochter des Verstorbenen war sichtlich erschüttert, bewertete aber insgesamt die Aufbahrung und Abschiednahme als richtig und wertvoll.

Für mich war es der Anlass im Klinischen Ethikkomitee (KEK) die Neuanschaffung eines Sektionstisches zu erwirken und für ein gebrauchtes Absauggerät zu sorgen, um solcher Fälle jedenfalls ein Stück weit Herr werden zu können. Andererseits hat mir dieser Fall gezeigt, wie wichtig dieser unmittelbare Abschied vom toten Leib des Verstorbenen ist, auch wenn zunächst der Anblick unzumutbar erscheint.

7. Die toten Kinder und ihre Eltern

Im Bereich der Geburtshilfe kommt es immer wieder zu dramatischen Situationen, sei es, dass „Kinder"[8] pränatal im Leib der Mutter versterben und tot geboren werden, sei es, dass es unter der Geburt zu plötzlichen, medizinisch nicht mehr beherrschbaren Verläufen kommt, und das Kind stirbt. In den letzten Jahren ist es in diesem Feld zu

---

[7] Henning Luther (1991) hat in seinem kleinen Aufsatz „Tod und Praxis" diesen Zusammenhang – kurz vor seinem eigenen Tod – zunächst auf das kirchliche Handeln bezogen; darüber hinaus geht es aber um die Frage, wie die Gesellschaft insgesamt mit dem Gedächtnis an ihre Toten umgeht.

[8] Im Folgenden werden Embryonen bzw. Föten – entgegen der medizinisch zutreffenden Terminologie – als „Kinder" bezeichnet; damit wird dem landläufigen Sprachgebrauch Rechnung getragen.

einem Umdenken gekommen. 1998 in der Begleitung einer jungen Schwangeren mit einem anenzephalen Kind, die sich zur Abtreibung entschlossen hatte, ihr Kind aber nicht entsorgt, sondern ordentlich bestattet wissen wollte, war das nur unter Aufbietung aller vertretbaren Aggression gegenüber dem medizinischen Dienst und im verschwörenden Komplott mit der Pflege und einer Bestatterin möglich. Der zuständige Oberarzt hatte es nicht verabsäumt, der Mutter deutlich zu machen, dass das Kind nicht im Stück, sondern in Einzelteilen ans Licht des Tages kommen werde. Das Kind wurde zunächst in einem Einmachglas im Stationskühlschrank aufbewahrt und dann von der Bestatterin übernommen und beigesetzt. Das Vorgehen ist erfreulicherweise heute so auch rechtlich nicht mehr denkbar[9].

> Ein Ehepaar hatte das erste Kind in der 22. Woche der Schwangerschaft plötzlich verloren und war nun froh, dass die erneute Schwangerschaft problemlos verlaufen war und sich keinerlei Komplikationen andeuteten. Unter der Geburt kam es urplötzlich zu einem Plazentariss und auch das zweite Kind starb unmittelbar. Mutter und Vater verweigerten zunächst jeden Kontakt mit dem toten Kind. Einige Tage später entschieden sie sich, das tote Kind zu sich ins Krankenzimmer zu holen und im Kreis der Familie Abschied zu nehmen. Das war zunächst mit großen Befürchtungen verbunden gewesen, aber der Anblick des verstorbenen Mädchens begrenzte die Phantasien. Die Hebammen hatten das Kind wie einen lebenden Säugling angekleidet und ich brachte es aus der Prosektur der Familie auch in einem gewöhnlichen Kleinkindbett. Es folgten viele, viele Tränen. Diese emotionale Reaktion ist ja auch adäquat. Und es ist wichtig, dass sie zeitnah und in angemessenem Umfang Platz und Raum hatte. Gerade wenn emotionale Reaktionen nicht ausgedrückt werden dürfen, oder betroffene Angehörige meinen, sich in dieser Hinsicht übermäßig kontrollieren zu müssen, blockieren diese nicht ausgedrückten Emotionen den Trauerprozess und sein Gelingen.

8. Die toten Eltern und ihre Kinder

Kritisch ist oft die Frage, ob kleineren Kindern ein unmittelbarer Abschied von ihren verstorbenen Elternteilen zugemutet werden kann, soll und darf. Aus den persönlichen praktischen Erfahrungen in der Krankenhausseelsorge kann dies nur mit einem klaren Ja beantwortet werden.

> In einer Trauergruppe berichtet eine Mutter von ihrer vierjährigen Tochter, dass sie bei den Besuchen am Grab ihres vor acht Wochen verstorbenen Vaters, permanent verlange, dass das Grabe wieder geöffnet werde, weil sie sehen wolle, dass der Vater dort tatsächlich drin sei. Dem Kind war von der Intensivstation, auf der der Vater verstorben war, verwehrt worden, den Leichnam des Vaters unmittelbar zu sehen: „Das ginge nicht!“ Die Mutter hatte sich an die Verhal-

[9] Nach dem neuen Bestattungsrecht des Landes NRW von 2003 steht den Eltern für Früh-, Fehl- und Totgeburten und auch für das Material aus Schwangerschaftsabbrüchen ein Bestattungsrecht zu, das sie wahrnehmen können, aber nicht müssen.

> tensvorgabe weiterhin gehalten und dem Kind auch später keinen unmittelbaren Abschied zumuten wollen – sehr zum Nachteil der Bewältigung und Verarbeitung des Kindes.

9. Ganzkörperzerstörung

> Die Opfer des Hubschrauberabsturzes der Bundeswehr während der Jugendmesse „You" 1996 in Dortmund verbrannten nach dem Absturz durch die Verpuffung des Kerosins. Nur ein schweizerischer Mitflieger konnte von Ersthelfern gerettet werden. Ein Schüler aus Dortmund war unter den Toten. Die Bestatterin, mit der ich zusammenarbeite, sorgte für eine thanatopraktische Versorgung: der Leib des toten Schülers wurde mit einem fließenden Tuch abgedeckt, so dass die Konturen erkennbar waren. Ein Arm war nicht ganz so stark verbrannt. Den konnten die Eltern bei der Aufbahrung anfassen und sich so verabschieden.

Gerade bei schweren Unglücken, aber auch bei Kampfhandlungen oder Anschlägen ist die Frage der thanathopraktischen Versorgung der Toten und der begleiteten Abschiednahme der Angehörigen und Peers ein Feld, was noch der Bearbeitung bedarf.

10. Das zerbrechliche Gegebensein des Lebens

> „Papa! Ach Papa! Gut, dass ich Dich jetzt noch einmal sehe. Ich hatte solche Angst davor. Aber es ist gut. Jetzt hast Du keine Schmerzen mehr. Das war kein Leben mehr für Dich. Das habe ich gemerkt. So wolltest Du es nicht mehr haben; deshalb hast Du Dich auf den Weg gemacht und uns ein Schnippchen geschlagen, Du alter Schelm. Ganz wie Du es sonst auch immer gemacht hast. Und irgendwie lächelst Du dabei und bist ganz zufrieden. Ich danke Dir für alles und wünsche Dir eine gute Reise. Jetzt hast Du Deinen Frieden."

In der Realität hat diese Verabschiedung natürlich länger gedauert, als die Zeit, die es beansprucht, den obigen Textabschnitt zu lesen. Unterbrochen waren die einzelnen Passagen von vielen Tränen und schweigenden Seufzern.

Es wird aber etwas deutlich: Den Hinterbleibenden erschließt sich manchmal in der Begegnung mit dem toten Leib des Verstorbenen auf fundamentale Weise die Unverfügbarkeit fremden und eigenen Lebens. Es entzieht sich der medizinischen und auch jeder anderen Art von Bemächtigung. Und das ist gelegentlich ein Moment tiefer Spiritualität, der eine Tür zu einer Erinnerungskultur aufschließt, die uns in der modernen Gesellschaft teilweise verloren gegangen ist.[10]

11. Death Care

Zur Sorge für den Patienten gehören auch die gute, kunstgerechte Versorgung seines Leichnams und die begleitende Trauerarbeit seiner hinterbleibenden Angehörigen.

---

[10] Vgl. Luther (1991), S. 407 ff.

Insofern stehen Palliative Care und Death Care einen engen Zusammenhang.[11] Der Hinwendung zum sterbenden Menschen mit den Möglichkeiten der Palliativmedizin und der pflegerischen Symptomkontrolle entspricht die gute Versorgung und Herrichtung des toten Leibes des Verstorbenen, die sich symbolisch an der Personalität und Identität des Toten orientiert.

Wenn die geringe Zahl der klinischen Obduktionen im Sinne der medizinischen Qualitätssicherung Anlass zur Sorge gibt, dann sollte die Klinische Obduktion in ein umfassendes Programm Death Care integriert werden, welches Aspekte der unmittelbaren Sterbebegleitung, der initialen Trauerarbeit und der Thanatopraktik in einem interdisziplinären Ansatz berufsgruppenübergreifend umfasst. Die Krankenhausseelsorge ist jedenfalls bereit, offen und kooperativ an einem solchen Unterfangen mitzuwirken.

Literatur

1. Brausewein/Roller/Voltz (2004): Claudia Bausewein, Susanne Roller, Raymond Voltz, Leitfaden Palliativmedizin, München 2004
2. Klausewitz (1996): Wolfgang Klausewitz, Im Rachen des Buckelwals. Forscher befreit im Fischernetz verfangenes Tier/ Zunge als Sitzgelegenheit, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 03.04.1996, 80, N2
3. Lammer (2003): Kerstin Lammer, Den Tod begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung, Neukirchen-Vluyn [4]2003
4. Lammer (2004): Kerstin Lammer, Trauer verstehen. Formen – Erklärungen – Hilfen, Neukirchen-Vluyn 2004
5. Luther (1991): Henning Luther, Tod und Praxis. Die Toten als Herausforderung kirchlichen Handelns. Eine Rede, Zeitschrift für Theologie und Kirche 88 (1991), S. 407-426
6. Marcel (1986): Gabriel Marcel, Leibliche Begegnung. Notizen aus einem gemeinsamen Gedankengang, bearbeitet von Hans A. Fischer-Barnicol, in: Körper haben – Leib sein, in: Hilarion Petzold, (Hrsg.), Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Paderborn 1986, S. 15-46
7. Peirce (1983): Charles S. Peirce, Phänomen und Logik der Zeichen, hrsg. u. übersetzt von Helmut Pape, Frankfurt 1983
8. Wiedemann (1995): Wolfgang Wiedemann, Krankenhausseelsorge und verrückte Reaktionen. Das Heilsame an psychotischer Konfliktbewältigung, Göttingen 1995

[11] Vgl. Brausewein/Roller/Voltz (2004), S. 461 f.

F. Soziokulturelle Aspekte

Der Tod der Moderne, die neue „Kultur des Todes“ und die Sektion

Hubert Knoblauch

1. Einleitung

Die materiale Aufarbeitung der Sektion, die auch im Mittelpunkt eines geplanten Forschungsprojektes steht, wird durch die in diesem Band versammelten Beiträge wesentlich erweitert und vertieft. Zugleich macht gerade auch die Genauigkeit und der Materialreichtum dieser Arbeiten auf ein Manko aufmerksam, dessen Beobachtung auch das zentrale Motiv zur Durchführung der hier dokumentierten Tagung wie auch zur Planung des erwähnten Forschungsprojektes ist: Die Frage, die offen bleibt, ist, was die Sektion uns über den Tod in der heutigen Gesellschaft mitteilen kann. Die Sektion also soll und darf keineswegs für sich betrachtet werden. Vielmehr sollte man sich die Frage stellen, wie sich die historisch beobachtbaren Änderungen der Sektion auf die Gesellschaft auswirken und was die besondere Ausprägung der Sektion (etwa die seltsame technische Distanzierung der ärztlichen Profession zum menschlichen Körper) für die heutige Kultur zu bedeuten hat.

Dabei sollte man das Verhältnis der Sektion zum Allgemeinen der Gesellschaft und Kultur keineswegs vorab festlegen. Es mag zwar sein, dass sich in der vielfach beklagten „Sektionsmüdigkeit“ eine allgemeine gesellschaftliche Stellung zum Tod „widerspiegelt“; es ist jedoch zweifellos auch möglich, dass die Sektion keineswegs typisch ist für den gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, zumal sie in einem hohen Ausmaß spezialisiert und professionalisiert ist. Wie immer jedoch dieses Verhältnis ausfallen mag, kann es nicht nur von einer Seite – eben jener der materialen und detaillierten Beschreibung der Sektion – geklärt werden. Vielmehr muss es vor dem Hintergrund der Diskussion um die gesellschaftlichen und kulturellen Entwicklungen im Umgang mit dem Tod betrachtet werden, zu der die Sektion – als empirischer Fall – auch Entscheidendes beitragen könnte.

2. Der Tod der Moderne

Betrachten wir uns deswegen kurz das, was wir als *Modernisierung des Todes* bezeichnen können. Noch 1967 stellte Luckmann fest, dass der Tod nicht einmal als untergeordnetes Thema im Heiligen Kosmos der modernen Industriegesellschaft auftauche.[1] Damit stützt er eine Beobachtung, die vor ihm schon Gorer auf den provokanten Begriff der „Pornographie des Todes“ gebracht hatte.[2] Wie die Sexualität sei auch der Tod schambesetzt und tabuisiert, so dass der Umgang mit dem Tod entsprechend pornographische Züge aufweise. In seiner großen Erhebung aus dem Jahre 1963 zeigt Gorer denn auch eine Reihe von Aspekten auf, die durchaus als Verdrängung des Todes ver-

[1] Luckmann (1991), S. 151 f.
[2] Gorer (1965).

standen werden können. Der Tod ist für seine Befragten in weite Ferne gerückt. 1963 waren nur noch 25 % der befragten Trauernden beim Tod der nächsten Angehörigen anwesend. 70 % der Befragten hatten seit fünf Jahren an keiner Beerdigung mehr teilgenommen. Daneben beobachtete er den beachtlichen Schwund des Transzendenzglaubens bei Jüngeren wie auch des Glaubens an die Hölle. Die Ablehnung des Gräberkultes und damit die Bevorzugung der Einäscherung setzten sich auf breiterer Ebene durch, und schließlich sei ein Verlust von Codes für Trauer und Kummer zu beklagen. Was zuvor noch rituell bewältigt werden konnte, werde nun zur psychologischen Aufgabe, und die öffentliche Zurschaustellung der Trauer gelte zunehmend als morbide.

In der Tat reichen diese Befunde weit ins 19. Jahrhundert zurück. Man könnte die Verdrängung des Todes als einen der konstitutiven Topoi in der Selbstbeschreibung der Moderne ansehen, der spätestens mit Freud zum Durchbruch kam und bald auch populäre Formulierungen fand.[3] Wie Ariès in seiner nunmehr klassischen Geschichte des Todes bemerkte, herrschte zu Beginn des 20. Jahrhunderts jedoch noch weitgehend das „traditionelle Modell" des Todes vor.[4] Die soziale Gruppe wurde vom Tod berührt und reagierte kollektiv: „Der Tod eines jeden war auch ein öffentliches Ereignis, das die gesamte Gesellschaft im doppelten Sinne, wörtlich und übertragen, ‚bewegte'". Im weiteren Verlauf aber büßte dieses Modell immer mehr an Allgemeinverbindlichkeit ein. Die Gesellschaft „bürgerte" den Tod aus: Sie legte keine Pause mehr ein – die Angehörigen wurden über den Zustand des Toten in Unkenntnis gehalten. Vor allem aber kam es zur „Medikalisierung": Nicht mehr Priester, sondern Ärzte sind nun beim Tod präsent. Immer häufiger wurde der Tod ins Krankenhaus verlegt. Es kam zu einem „heimlichen Tod": „Je weiter das 20. Jahrhundert vorrückte, desto lästiger wurde die Anwesenheit des Kranken im Hause".[5]

Die Gesellschaft, so also der Eindruck, verdrängte den Tod. Was wir mit dem Begriff der Todesverdrängung meinen, wurde von Walter genauer untersucht.[6] Er identifiziert mehrere unterschiedliche Bedeutungen des Begriffs: Zum einen (a) wird die Todesverleugnung als Teil der Conditio Humana betrachtet. Der Mensch könne im Angesicht des Todes nicht leben, er müsse den Tod verdrängen, um handeln zu können. Einer zweiten Auffassung zufolge wird (b) der Tod gar nicht verdrängt, sondern nur verlagert. Aufgrund der demographischen Situation seien bisher zahlreiche Menschen gestorben, die mitten im Leben standen und deswegen deutlich vermisst werden. Die jüngeren demographischen Entwicklungen führten stattdessen dazu, dass immer mehr Ältere sterben, die eher am Rande der Gesellschaft stünden. Der Tod werde dadurch marginaler. In einer dritten Variante (c) handelt es sich um die These des begrenzten Tabus: Der Tod werde zunehmend ins Krankenhaus verlegt, die Priester durch Ärzte ersetzt. Krankenhäuser könnten jedoch den Tod aufgrund ihrer normativen Ansprüche gar nicht akzeptieren. Der Tod wird also aus strukturellen Gründen

---

[3] So lautet ein Buch von Joseph Jacobs aus dem Jahre 1895. Vgl. Walter (1994).
[4] Ariès (1993), S. 716.
[5] Ebd., S. 729.
[6] Walter (1991).

verdrängt. Aus dem öffentlichen Raum vertrieben, wird der Tod ins Krankenhaus verlagert und zur Aufgabe medizinischer Techniker gemacht, die sich mit ihm ausschließlich so beschäftigt, als sei er ein Problem des Lebens. Der Tod, so lautet die These also, werde lediglich von dafür spezialisierten Organisationen „behandelt". In eine ähnliche Richtung geht (d) der Rahmenansatz: Der Umgang mit dem Tod sei mit unterschiedlichen Deutungsrahmen verknüpft, die nicht ineinander auflösbar und nicht miteinander kompatibel sind: Der Rahmen des praktischen Umgangs, der biomedizinische Rahmen, der Rahmen der Laien oder des semipsychiatrischen Umgangs. „Verdrängung" kommt dann einer Art Kompartmentalisierung des Todes in unterschiedliche Rahmungen, Diskurse oder Bezugssysteme gleich. Schon in dieser Vorstellung jedoch klingt jedoch etwas durch, das in der nächsten Variante (e) deutlich wird: Der Tod sei zwar ein Tabu, das aber werde nun aufgelöst, und zwar unterschiedlich nach gesellschaftlichen Schichten: einige Gegenkulturen, die Frauenbewegung, die grüne Bewegung, also insbesondere die Mittelklassen lassen vom Tabu (während die Arbeiterklassen es immer mehr akzeptieren).[7]

Zusammenfassend kann man sagen, dass die „Verdrängung des Todes" als eines der wesentlichen Merkmale der modernen Gesellschaft gilt, wie sie sich seit der Industrialisierung herausgebildet hat. Dabei handelt es sich keineswegs um ein bloßes Schlagwort. Vielmehr drückt sich diese Verdrängung institutionell darin aus, dass der Tod aus der Lebenswelt der modernen Menschen ausgelagert wird, vor allem ins Krankenhaus. Diese institutionelle Verlagerung ist verbunden mit einer enormen (und auch enorm teuren) Technisierung des Todes, mit der vor allem die medizinischen Professionen zu tun haben. Deswegen spricht man auch von einer Medikalisierung des Todes. Die Beschäftigung mit dem Tod durch Professionelle hat andererseits eine Säkularisierung zur Folge gehabt: Die Deutungsmacht, was der Tod ist, wird den technischen und wissenschaftlichen Experten übergeben, und damit schwindet auch die Kraft der religiösen Deutungen. Schließlich ist die institutionelle Auslagerung des Todes mit einer diskursiven Marginalisierung verbunden: Über den Tod zu reden, entspricht nicht mehr der Etikette: Der Tod erscheint als eine Art Tabu, das, wenn es wahrgenommen wird, bestenfalls stark geschönte, ästhetisierte oder entschieden fiktionalisierte Formen annehmen muss.

3. Die neue „Kultur des Todes"

Wie gesagt, sind diese Charakterisierungen des Todes so sehr mit der modernen Gesellschaft verbunden, dass sie wenn schon nicht zu Schlagwörtern, dann doch fast zu Gemeinplätzen geworden sind, die auch weit außerhalb der Wissenschaft Verwendung finden. Gerade aber weil sie in den CommonSense eingegangen sind, sollte man von wissenschaftlicher Seite ein besonderes Augenmerk auf diejenigen Entwicklungen le-

[7] Grundsätzlich sollte man ohnehin skeptisch sein, wenn in pluralistischen Gesellschaften von „Tabu" die Rede ist, zumal viele der vermeintlichen Tabus zum zentralen Thema einzelner institutioneller Bereiche werden können.

gen, die nicht in dieses Bild passen und die hier unter die gesellschaftlichen und kulturellen Wandlungen des Todes gerechnet werden.

Schon in Ariès berühmter „Geschichte des Todes", die 1978 veröffentlicht wurde, klingt die Auflösung des Tabus des Todes an. Zwar halte die Öffentlichkeit die Trauer noch für morbide, dagegen gelte bei den Psychologen und denen, auf die sie Einfluss haben, die Verdrängung der Trauer als morbide. Daneben nehme die Literatur zum Tode zu. Darüber hinaus sieht Ariès schon in dieser Zeit einen tiefgreifenden Wandel der Einstellung zum Tode, so dass er die Vermutung aufstellt, das Schweigen werde gebrochen: „mitten im 20. Jahrhundert erhebt sich erneut das romantische Leitbild des schönen Todes."[8] Insbesondere die rasant wachsende Popularität einer Autorin wie Elisabeth Kübler-Ross deutet in seinen Augen an, dass die Öffentlichkeit in Aufruhr gerät und sich dieses Themas mit der gleichen Leidenschaftlichkeit annehmen könnte, wie sie es bei zahlreichen anderen lebenswichtigen Fragen – etwa der Sexualität – getan hat. Ebenso bemerkt auch Walter, dass der Tod eines der am lautesten verhandelten Tabus ist, die es je gab.[9] Die heutige Gesellschaft sei eher besessen vom Tod als dass sie ihn verdränge. In der Tat fällt auf, wie sehr sich inzwischen die herkömmlichen Formen vervielfältigt haben, in denen der Tod von Personen öffentlich mitgeteilt wird – von Todesanzeigen über Trauerkarten und -plakate bis hin zur öffentlichen Beerdigung, Bestattung oder Abdankung.[10] Es fällt ferner auf, wie sehr das Thema „Tod" insbesondere in die populäre Ratgeberliteratur eindringt und hier charakteristische Schnittmengen mit der esoterisch-religiösen Literatur bildet. Parallel dazu nimmt auch die Anzahl der wissenschaftlichen und populären Veröffentlichungen über den Tod von Jahr zu Jahr zu: zusammen mit der populären Literatur zum Tod eine kaum mehr überschaubare Textfülle. Schließlich fällt auf, dass der Tod in den verschiedensten öffentlichen Debatten immer wieder in aller Breite und Detailliertheit für jeden wahrnehmbar diskutiert wird. Zum einen sind es die periodisch aufflackernden Debatten in der Öffentlichkeit, die sich mit dem einen oder anderen Problem des Todes beschäftigen: So wird um die künstliche Verlängerung des Lebens gestritten oder um die Frage, ob der Hirntod als Tod bezeichnet werden kann.[11] Im Gefolge der neueren Gesetzgebung in den Niederlanden trat in jüngerer Zeit vor allem das Thema Euthanasie in den Vordergrund (das schon Anfang der 1990er Jahre, und davor in den 1970er Jahren auf der Agenda stand). Auch verschiedene Transplantationstechniken (schon die Barnard' sche Herztransplantation) hatten schon früher den Tod auf die öffentliche Agenda gesetzt. Öffentlich bedeutet hier, dass sich auch und vor allem die populären Kommunikationsmedien des Themas annehmen und es breit verhandeln. Auch wenn man inhaltsanalytische Studien vermisst, dürfte es doch nicht übertrieben sein zu behaupten, der Tod sei zu einem Topos in der Öffentlichkeit geworden.

---

[8] Ariès (1993), S. 756.

[9] Walter (1994), S. 1 f.

[10] Eine sehr anschauliche Darstellung der gesamten „Karriere" von Toten mit vielen Illustrationen bietet das Stapferhaus Lenzburg (1999).

[11] Vgl. Schneider (1999); Manzei (2000).

Ganz im Gegenteil scheint es uns, als wären wir mitten im Prozess einer neuen *Institutionalisierung des Todes*. Die These der Institutionalisierung des Todes ist keineswegs neu. Sie wurde schon von Lalive d'Epinay formuliert. Dieser zielt vor allen Dingen auf die „normalisation institutionnalisée" in der Phase des hohen Alters, die nach Streckeisen[12] zu einer „neuen Institutionalisierung des Sterbens" wird.[13] Als Teil des letzten Lebensabschnittes bilde sich eine besondere Phase aus, für die eigene Erwartungen und Handlungsregeln gelten und die durch besondere Organisationen und Experten versorgt wird. Charakteristisch für diese Phase sei nicht mehr das „aktive Alter", sondern Abhängigkeit.

So kann kaum übersehen werden, dass Tod und Sterben zum Gegenstand von großflächigen und ausdifferenzierten Organisationen geworden ist. Der Tod von hierzulande etwa einem Dreiviertel aller Menschen jährlich (und der Sterbeprozess, in dem sich ein Vielfaches dieser Zahl von Menschen befindet) hat ein komplexes und in seiner Verknüpftheit bislang nicht behandeltes Geflecht an Organisationen auf den Plan gerufen: Krankenhäuser, Sanitätsdienste, Pflegeheime, Hospize und Palliativstationen, Friedhofsverwaltungen, Krematorien. In diesen Bereichen finden die unterschiedlichsten Professionalisierungsprozesse statt, die nicht nur mit medizinischem, sondern auch mit psychologischem, ökologischem oder betriebswirtschaftlichem Wissen hantieren. Diese Organisation des Todes ist seit langem bekannt und wurde ja als eine der Ursachen für dessen Verdrängung angesehen: Tod und Sterben würden auf darauf spezialisierte Institutionen ausgelagert und damit für die Allgemeinheit gleichsam unsichtbar.[14]

Doch auch dieses Argument ist, wie schon angedeutet, sehr unbefriedigend, betrachtet man den öffentlichen Diskurs: Tod und Sterben gehören sicherlich nicht zu den Themen, die man als Anathema der öffentlichen Medienkultur ansehen könnte. Nicht nur in fiktiven Gattungen (wie im Krimi) ist vom Tod die Rede; der Hirntod, die Euthanasie, Themen wie die Tötung von Ungeborenen u. a. stehen häufig im Mittelpunkt einer sozial höchst sichtbaren Kommunikation. So waren im englischsprachigen Bereich im Jahre 1987 mehr als 1.700 Bücher im Druck, die den Tod zum Thema hatten. Die Zahl dürfte deutlich gestiegen sein.[15] Freilich könnte man mit einigem Recht einwenden, dass diese Themen zwar mit dem Tod zu tun haben, nicht aber mit dem Tod und dem Sterben, das uns alltäglich und in der konkreten Erfahrung begegnet. Der öffentliche Diskurs jedenfalls wendet sich kaum dem grauen Durchschnittstod zu. Wie groß auch die Distanz zwischen dem hunderttausendfachen Sterben geworden sein mag, rechtfertigt doch die ausgiebige und intensive Behandlung des Todes in der Öffentlichkeit es keineswegs mehr, von einer „Pornographie des Todes" zu reden. Sie ist jedoch auch nur als ein Indiz für eine mögliche Enttabuisierung des Todes zu be-

---

[12] Streckeisen (2001).

[13] Lalive d'Epinay (1996).

[14] So vertritt etwa Alois Hahn (2000, S. 86) die Meinung: „Der Tod ist nicht mehr – wie noch vor einigen Generationen – bewußtseinsaufdringliches Thema allgemeiner Kommunikation, sondern Gegenstand spezieller Subsysteme, in denen er auf eigene Weise behandelt wird."

[15] Walter (1991), S. 294.

trachten. Als weitere Indizien sprechen zusätzlich die veränderte Einstellung zum Tod und der veränderte Umgang mit dem Tod, denen wir uns nun kurz zuwenden wollen.

Einen ersten Hinweis auf *Veränderungen in den Todesvorstellungen* erhält man z. B. aus einer bundesweiten Untersuchung über Nahtoderfahrungen.[16] Dabei handelt es sich um Erfahrungen, bei denen Menschen in körperlichen, zum Teil lebensgefährlichen Krisensituationen besondere mystische Erlebnisse haben. Freilich handelt es sich nicht um den Umgang mit dem „wirklichen" Tod. Dennoch ist hinsichtlich der Nahtoderfahrungen eine deutliche Veränderung zu beobachten: Galt es in den allermeisten wissenschaftlichen Untersuchungen (im Wesentlichen ab den 1960er Jahren) als Gemeingut, dass es sich bei diesen Erfahrungen um ein Tabuthema handelt, so zeigte sich in der in dieser Hinsicht repräsentativen Studie, dass dies keineswegs mehr der Fall ist: 58 % der von uns Befragten finden, dass ihnen beim Reden über dieses Thema „interessiert zugehört" wird, 46 % gehen davon aus, dass man ihnen glaubt.

Ähnliche Entwicklungen zeigen auch die Jenseitsvorstellungen, die traditionell sehr eng mit dem Tod assoziiert werden. In einem internationalen Vergleich[17] beobachten wir zwar einen hohen Anteil an Menschen, die nicht an ein Leben nach dem Tod glauben; in fast allen westlichen Gesellschaften sind jedoch die Jenseitsgläubigen in der Überzahl.

Diese Überzahl wird keineswegs durch die Älteren erzeugt, die „noch" eher religiöse Vorstellungen haben als jüngere. So nahmen etwa bei der französischen Jugend – trotz deutlich abnehmender Mitgliedschaft in religiösen Organisationen – die Werte für den Glauben an jenseitsbezogene Vorstellungen in den letzten zehn Jahren um 30 % (Glauben an ein Leben nach dem Tod) bis zu über 100 % (Glaube an die Hölle) zu.[18]

Um das Interesse am Tod zu erklären, sollte man die Bedeutung älterer alternativreligiöser Bewegungen (wie etwa den Spiritismus) nicht unterschätzen.[19] Die Aufwertung des Todes in den letzten Jahrzehnten ist jedoch auf eine Reihe von Bewegungen und Strömungen zurückzuführen, die jüngeren Datums sind. Eine besondere Rolle spielt hierbei zweifellos die *Hospizbewegung*. Sie hat das Thema auch in den Medien „hoffähig" gemacht. Neben der Hospizbewegung hat auch die *Aids-Bewegung* (und die „Buddies-Bewegung" der Betreuung Aidskranker nach dem Muster der Hospizbewegung) eine große Rolle für die öffentliche Thematisierung des Todes gespielt.[20] Dies mag

---

[16] Ausführlich in Knoblauch und Soeffner (1999); eine Auseinandersetzung mit der Tabuisierungsthese erfolgte in Knoblauch (2001).

[17] Die Daten sind aus der Befragung des International Social Survey Programs (1998) von Hubert Knoblauch zusammengestellt worden.

[18] Vgl. Lambert (2001), S. 12, der sich hier auch auf die ISSP-Daten bezieht. Der Glaube an die Reinkarnation nahm in dieser Zeit um 56 % zu, der Glaube an das Paradies um 65 %.

[19] Hinsichtlich der Todesvorstellungen ist hier besonders die Ausbreitung der Reinkarnation in unserer Gesellschaft zu betonen. Reinkarnationsvorstellungen finden sich bis tief in die inneren Kerne der christlichen Gemeinden. Vgl. Sachau (1996).

[20] Siebold (1992).

schon mit der enormen Medienpräsenz zusammenhängen, die Aids und damit verbundene Angst in den 1980er Jahren gefunden hat.[21]

Wie hier schon angedeutet, ist die Aufwertung des Todes auch mit einer umfassenden *Psychologisierung* und *Subjektivierung des Todes* verbunden, die seit Ende der 1960er Jahre eingesetzt hat.[22] Auslöser dieser „Death-awareness"-Bewegung[23] war vermutlich Kübler-Ross' Buch *On Death and Dying* von 1969, das einen phänomenalen Erfolg hatte. Seither überflutet eine Unmenge an Literatur den Buchmarkt, die sich mit dem subjektiven Umgang mit dem eigenen oder fremden Tod befasst. Es handelt sich hier in der Regel um eine Art psychologischer Ratgeberliteratur, deren Botschaft der Verdrängungsthese ausdrücklich widerspricht: Der Tod soll weder verdrängt noch „verteufelt", sondern schlicht „akzeptiert" werden. Er sei eine natürliche Tatsache, die dem menschlichen Leben eine besondere Erfahrungs- und Sinn-Dimension verleihe.[24]

Dem besonders in der christlichen Kultur religiös belegten Tod wird hier ein Sinn abgerungen, der eigene Inhalte und Formakzente aufweist. Dies geschieht vor allem durch Laien im Feld des Religiösen (Physiker, Psychotherapeuten etc.) im Rahmen einer über Markt und Medien geregelten Kultur. Genauer identifiziert Brüggen drei verschiedene Formen der Todesdeutung in dieser Literaturgattung:[25] Eine erste bietet eine mit dem Jenseits operierende Kosmologie, die in der Regel esoterische Züge trägt; eine zweite offeriert eine praxisnahe Ars Moriendi im strengeren Sinn, wobei auch hier das esoterische Modell durchschimmert; die dritte Form verlängert das Jenseits in das Innere des Individuums.

Ein besonderes Merkmal dieser Bewegung ist nicht nur ihre mangelnde Anerkennung von herkömmlichen Experten für den Tod (Ärzte, Priester). Experten sind keineswegs völlig unbedeutend, doch müssen sie ihre Inhalte in Formen präsentieren, die man wohl am besten als populär bezeichnen könnte. Im Zentrum steht nicht die Expertise, sondern die Erfahrung und der Erfahrungsaustausch. So bemerkt auch Walter, das „Revival des Todes" sei "increasingly being shaped by neither the dogmas of religion nor the institutional routines of medicine, but by dying, dead or bereaved individuals themselves."[26] Wir haben es mit einer *subjektiven Aneignung des Todes* zu tun, die häufig einer Positivierung des Todes gleichkommt: Dem Tod wird das Schreckliche, Fürchterliche und Angsteinflössende genommen, das er nach wie vor (auch und gerade

---

[21] Es wird immer wieder bemerkt, dass sich in diesem Zusammenhang auch die Bestattungsrituale verändert hätten. Allerdings ist die empirische Erforschung dieses Themas noch sehr unbefriedigend. Ausnahmen bilden z. B. Geser (1999).

[22] Bregman (2001) redet deswegen auch treffend von „psychology as religion".

[23] Ebd.

[24] Wie Pederson-Gallegos (1992) auf S. 106 meint, zählt auch die Nahtoderfahrung zu dieser Bewegung der Todesbewusstheit: "The near-death experience is a real social phenomenon, regardless of the objective validity of its content. Individuals talk about it, they construct meaning around it, they argue about it, they sometimes even center their lives around it. At the macro-level, people in institutions respond to it, creating policies to manage it, the public spends million of dollars to read about it, and it may even guide public policies as the right-to-die legislation."

[25] Brüggen (2005).

[26] Walter (1994), S. 2.

in Folge der Möglichkeiten der „Gerätemedizin") hat.[27] So könnte man durchaus die These aufstellen, dass es sich im Umfeld der genannten Bewegungen und Strömungen um eine subjektive Wiederaneignung des organisierten und ausgegliederten Todes handelt. Wie das Negative, so gründet auch dieses Positive allerdings überwiegend im Innerweltlichen und nicht mehr, wie etwa in der traditionellen christlichen Religiosität, in der rituellen Vergegenwärtigung einer Erlösertat, die den Tod durch Auferstehung relativiert („Tod, wo bleibt dein Schrecken?", triumphiert ein Osterlied). Mehr noch als im angedeuteten Erfahrungsaustausch – wie gerade auch die Studien zur Hospizbewegung in diesem Band zeigen – wird diese säkulare Aufwertung von Sterben und Tod von einem Ethos des sorgenden mitmenschlichen Umgangs getragen, das sich in persönlich-intimer Kommunikation mit den Sterbenden und um sie herum entfaltet und sich um den Kern der kommunikativen Vergewisserung eines „guten Lebens" (und Sterbens) dreht. Was Brüggen hier herausarbeitet, entspricht unter diesem Blickwinkel einem Grundzug der Todesbewusstseinsbewegung insgesamt, nach der, wie Bregman bemerkt, der Tod "filled with unexpected riches" sei, "a vivid appreciation of life's meanings, and loving ties among persons, even at the very end of life."[28] Die subjektive Aneignung von Tod und Sterben ist deshalb eingebettet in interaktive, Intersubjektivität herstellende Prozesse. Das zeigt sich nicht zuletzt aus der Perspektive der betroffenen, aber nicht selbst sterbenden Angehörigen: Auch sie müssen einmal sterben (und sind dann mit den entsprechenden Deutungen und Erfahrungen gewappnet).

Auffallend ist nun, dass diese (inter)subjektive Aneignung des organisierten und ausgegliederten Todes, wie er das „klassische" Bild der modernen Gesellschaft bestimmt hat, vom ausgeprägten Selbstverständnis einer anwachsenden kulturellen Strömung getragen wird, die sich als alltags- und praxislegitimiert deutet und durch die Einbettung in nicht-medikalisierte, nicht-technisierte und nicht-bürokratisierte Sozialität einen Neubeginn mit der Selbstbestimmung individuellen Sterbens und dessen Entinstitutionalisierung behauptet.

Die subjektive Aneignung des Todes geschieht zwar häufig nur privat oder in randständigen Institutionen. Doch zeigen die hier angeführten Beispiele sehr deutlich, dass sich die veränderte Haltung zum Tod auch in die Kernbereiche des „organisierten Sterbens" hineinzieht.[29] Insbesondere von den „unteren Rängen" des Pflegepersonals her setzen sich diese Bewegungen allmählich auch in den gängigen Krankenhäusern durch. Dies äußert sich vor allem in der Ausbreitung von Palliativstationen, in denen

---

[27] Der Schwund ehemals kirchlich-dogmatisch verankerter und pastoral flächendeckend umgesetzter Höllenvorstellungen im Rahmen der allmählichen Verdiesseitigung des Weltbildes, belegt z. B. durch Ebertz (1997) Analyse von christlichen Predigten seit dem 19. Jahrhundert, führt nicht zwangsläufig zur Abnahme der das Sterben begleitenden Schrecken: Die Ursachen, die Anlässe der Schrecken und der Ängste haben sich vielmehr ins Innerweltliche verlagert. Nach der „Erosion der kirchlichen Gnadenanstalt" (Ebertz) wäre daher zu fragen, mit welchen anderen kulturellen und institutionellen Mitteln diese Schecken künftig „gezähmt" werden können.

[28] Bregmann (2001), S. 323.

[29] So lautet der Titel einer Studie, in der David Sudnow den verdrängenden Umgang mit dem Tod in den Krankenhäusern der 1960er Jahre analysierte.

die einstmals dominierende Leitidee der Erhaltung des Lebens um jeden Preis der neuen Leitidee des guten Sterbens Platz gemacht hat. Dieser Wandel findet aber auch in der Ausbildung einer eigenen Sterberolle seinen Ausdruck. Diese Rolle ist, wie jede andere auch, durch Wechselseitigkeit gekennzeichnet: Erwartungen, Rechte und Pflichte sind Teil von „Pakten", Aushandlungen und Konventionen zwischen sterbenden Patienten und Pflegepersonal – auch wenn die Sterberolle letztlich institutionell zugeschrieben wird.[30] Zu dieser Rolle gehören letzte Wünsche, die Minimierung medizinischer und pflegerischer Zumutungen und die Vermeidung unnötiger Symptome. Hauptakteure dieser Rolle sind, neben den Sterbenden und den Angehörigen, nicht mehr die Ärzte, sondern Pflegekräfte. Zwischen diesen Parteien spielen sich Verhaltensmuster aus, die nur im Falle des „schlechten", also vom Patienten aus widerwilligen Sterbens zu Problemen führen. Das gute Sterben lebt dabei schon von Praktiken und Leitbildern, wie sie der Todesbewusstheit entstammen: Bewusstheit, Vorbereitetsein und Gefasstheit sind Anforderungen an die Rollenträger, mögliche Schmerzfreiheit und Achtung der Person sowie ihrer sozialen und kommunikativen Angebote an die Betroffenen.

4. Und die Sektion?

Zu den Entwicklungen, die seit dem Ende der 1960er Jahre verstärkt zu beobachten sind, kann man zusammenfassend eine wachsende öffentliche Aufmerksamkeit zählen, die der Tod auch in seinen nicht beschönigten und fiktionalisierten Formen enthält: Die vielfachen öffentlichen Debatten um Euthanasie, Hirntod oder Organspenden zählen ebenso dazu wie die Veröffentlichungen von Sektionen im Internet, die jüngere Begeisterung für die Gerichtsmedizin oder die breite Faszination an der Plastination. Was immer diese Öffentlichkeit bedeuten mag – der Begriff des Tabus jedenfalls erscheint dafür schon unangemessen. Daneben haben sich auch einige soziale Bewegungen gebildet, die sich des Todes in einer neuen Form annehmen: Die Hospizbewegung, die Aids-Bewegung, aber auch die medizinische Palliativmedizin sind neue, international verbreitete Formen, in denen sich die Menschen – Laien wie Experten – des Sterbens und des Todes auf eine neue, „bewusste" und ausdrücklich gegen den „tabuisierten" Umgang mit dem Tod gerichtete Weise zuwenden. Mit Blick auf die medizinische Profession sollte jedoch betont werden, dass diese „Death-Awareness"-Bewegung in viel stärkerem Maße eine Laienbewegung zu sein scheint, die sich auf den unteren Ebenen der medizinischen Hierarchien sehr viel schneller ausbreitet als in der Ärzteschaft. Dazu passt eine Form der Trauerkultur, die den aktiven Umgang mit dem Tod zu einem gesellschaftlichen Problem macht, das die Öffentlichkeit des Todes noch vergrößert. Selbst die Säkularisierung des Todes scheint nicht unaufhaltsam: Der Glaube an ein Weiterleben nach dem Tod löst sich zwar von den christlichen Vorlagen ab, nimmt aber mit neuen Inhalten (Reinkarnation, Todesnähe) sehr populäre Formen an.

---

[30] Schon Glaser und Straus (1965) beobachten die Ausbildung eines „Verhaltenskodexes" für Sterbende: sie sollen das Sterben nicht beschleunigen, sich nicht gehen lassen und kooperieren.

Dabei gibt es deutliche Hinweise darauf, dass sowohl die Inhalte wie auch die Formen stärker vom öffentlichen Diskurs geprägt werden als von den religiösen Organisationen, die hauptberuflich mit dem Tod zu tun haben. Deswegen ist es auch nicht verwunderlich, dass diese „neue Todeskultur" von religiös-theologischer Seite bislang wenig wahrgenommen wird.

Diese verschiedenen Phänomene deuten auf eine umfassende Veränderung der Stellung des Todes in der modernen Gesellschaft hin. Gleichwohl sollte man betonen, dass es sich hier lediglich um Indizien handelt, neben denen durchaus auch noch die früheren „modernen" Diagnosen des Todes zutreffen. So stellt sich also die Frage, ob es sich bei diesen neuen Phänomenen lediglich um Randerscheinungen handelt, während die moderne Tabuisierung des Todes nach wie vor anhält, ja möglicherweise sogar radikalisiert wird. Oder haben wir es mit einem radikalen Wandel im gesellschaftlichen Umgang und in der kulturellen Deutung des Todes zu tun? Die Frage nach dem Wandel des Todes in der modernen Gesellschaft ist also durchaus noch offen.

Gerade hinsichtlich der Klärung dieser Frage kann die Erforschung der Sektion – also eines durchaus „heiklen" Phänomens im Umgang mit dem Tod – eine besondere Rolle einnehmen. Dabei kann man etwa fragen, ob die abnehmende Neigung zur Sektion die Tabuisierung des Todes in einer gewissen Weise radikalisiert. Oder lässt sich die Sektionsmüdigkeit als eine Folge der historisch sedimentierten Form der Sektion und ihrer rechtlichen Fixierung betrachten, während um sie herum die Menschen andere Umgangsformen entwickeln (Bestattungsrituale für Sezierte, kommunikative Aushandlungsformen und besondere Trauerformen), die für eine neue Todeskultur sprechen.

Diese Fragen lassen sich zweifellos nur empirisch beantworten, und deswegen sind diese und alle folgenden empirischen Studien so wertvoll. Gleichwohl – ihren Wert gewinnen sie erst vor dem Hintergrund der allgemeinen Fragestellungen, die hier einleitend wenigstens kurz angeschnitten werden konnten.

Literatur

1. Ariès (1993): Philippe Ariès, Geschichte des Todes, München 1993 (Originalauflage Paris 1978)
2. Berger/Luckmann (1980): Peter Berger, Thomas Luckmann, Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit, Frankfurt a. M. 1980
3. Bregman (2001): Lucy Bregman, The death awareness movement. Psychology as religion?, in: Diane Jonte-Pace, William B. Parsons (Hrsg.), Religion and Psychology: Mapping the Terrain Contemporary dialogues, future prospects, London, New York 2001, S. 319-332
4. Brüggen (2005): Susanne Brüggen, Religiöses aus der Ratgeber-Ecke, in: Hubert Knoblauch, Arnold Zingerle (Hrsg.), Thanatosoziologie, Berlin 2005
5. Ebertz (1993): Michael N. Ebertz, Die Zivilisierung Gottes und die Deinstitutionalisierung der ‚Gnadenanstalt'. Befunde einer Analyse von eschatologischen Predigten, in: Jörg Bergmann, Alois Hahn, Thomas Luckmann, Religion und Kultur, Opladen 1993, S. 92-125 (= Sonderheft 33 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie)

6. Geser (1999): Hans Geser, Virtuelle Gedenkstätten im World Wide Web, in: Lenzburg Stapferhaus (Hrsg.), Last Minute, Baden 1999, S. 228-239
7. Glaser/Straus (1965): Barney Glaser, Anselm Straus, Awareness of Dying, Chicago 1965
8. Gorer (1965): Geoffrey Gorer, Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain, New York 1965
9. Hahn (2000): Alois Hahn, Tod, Sterben und der Glaube an ein Weiterleben in soziologischer Sicht, Sozialwissenschaftliche Informationen 29 (2000), 2, S. 75-87
10. Höpflinger (1986): François Höpflinger, Bevölkerungswandel in der Schweiz. Zur Entwicklung von Heiraten, Geburten, Wanderungen und Sterblichkeit, Grüesch 1986
11. Knoblauch (1997): Hubert Knoblauch, Die kommunikative Konstruktion postmoderner Organisationen. Institutionen, Aktivitätssysteme und kontextuelles Handeln, Österreichische Zeitschrift für Soziologie 22 (1997), 2, S. 6-23
12. Knoblauch (2000): Hubert Knoblauch, Populäre Religion. Markt, Medien und die Popularisierung der Religion, Zeitschrift für Religionswissenschaft 8 (2000), S. 143-161
13. Knoblauch (2001): Hubert Knoblauch, Les expériences du seuil de la mort en Allemagne: la fin d'un déni?, Recherches Sociologiques 32 (2001), 2, p. 49-64
14. Knoblauch/Soeffner (1999), Hubert Knoblauch, Hans-Georg Soeffner (Hrsg.), Todesnähe. Interdisziplinäre Zugänge zu einem außergewöhnlichen Phänomen, Konstanz 2001
15. Kübler-Ross (1969): Elisabeth Kübler-Ross, On Death and Dying, New York 1969
16. Lalive d'Epinay (1996): Christian Lalive d'Epinay, Entre retraite et vieillesse. Travaux de sociologie comprehensive, Lausanne 1996
17. Lambert (2001): Yves Lambert, La renaissance des croyances liées à l'après mort. Les évolutions en France et dans plusieurs pays européens, Recherches Sociologiques 32 (2001), 2, p. 9-20
18. Luckmann (1991): Thomas Luckmann, Die unsichtbare Religion, Frankfurt a. M. 1991 (Originalausgabe 1967)
19. Manzei (2000): Alexandra Manzei, Hirntod, Herztod, ganz tot? Von der Macht der Medizin und der Bedeutung der Sterblichkeit für das Leben, Frankfurt 2000
20. Nassehi (1989): Amrin Nassehi, Georg Weber, Opladen 2000
21. Pedersen-Gallegos (1992): Liane Pedersen-Gallegos, The Social Dialogue of the Near-Death experience, Unveröff. Diss. Colorado 1992
22. Sachau (1996): Rüdiger Sachau, Westliche Reinkarnationsvorstellungen, Gütersloh 1996
23. Schneider (1999): Werner Schneider, „So tot wie nötig – so lebendig wie möglich!" Sterben und Tod in der fortgeschrittenen Moderne. Eine Diskursanalyse der öffentlichen Diskussion um den Hirntod in Deutschland, Münster 1990
24. Siebold (1992): Cathy Siebold, The Hospice Movement. Easing Death's Pain, New York 1992
25. Stapferhaus Lenzburg (1999): Stapferhaus Lenzburg (Hrsg.), Last Minute, Baden (Schweiz) 1999

26. Streckeisen (2001): Ursula Streckeisen, Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie, Opladen 2001
27. Sudnow (1967): David Sudnow, Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung, Frankfurt a. M. 1967
28. Walter (1991): Tony Walter, Modern Death: Taboo or not Taboo?, Sociology 25 (1991), 2, S. 293-310
29. Walter (1994): Tony Walter, The Revival of Death, London 1994

Ein Diesseits ohne Jenseits? Vom „Sinn“ des Todes und dem Weg zu einer Gesellschaft ohne Jenseitsvorstellungen[1]

Hans-Georg Soeffner

1. Bebilderung des Todes

Eine beliebte, oft wiederholte – aber trotz aller Wiederholung zweifelhafte – These lautet, die moderne Gesellschaft ‚verdränge‘ den Tod. Die Medien lieben diese These. Sie hat den Vorteil, dass einerseits von der Tagesschau über die Tatorte bis hin zu den omnipräsenten Actionfilmen und Horrorthrillern aller Verdrängung zum Trotz unentwegt dramatisch gestorben werden darf, ohne dass die verantwortlichen Redaktionen ein schlechtes Gewissen haben müssten, falls es denn seine Richtigkeit mit der die Todesbilder kompensierenden Verdrängungsthese hat. Da die Programmplaner sich andererseits bemüßigt fühlen, in den dritten Programmen die Medienkritik gleich mitzuliefern, können sich die – ‚kritisch‘ fernsehenden – Gebildeten unter den Medienverächtern zu später Stunde ansehen und anhören, wie populäre Gesellschaftsdiagnostiker und Talkshow-Intellektuelle der modernen Gesellschaft den Spiegel vorhalten, indem sie das Verdrängungssymptom und dessen Ursachen ‚hinterfragen‘ und gleichzeitig bestätigen.

Aber nicht nur in den Medien, sondern auch in den Sozialwissenschaften erfreut sich die Verdrängungsthese seit Sigmund Freud und Talcott Parsons im Zusammenhang mit der Kritik an der Moderne einer gewissen Beliebtheit,[2] und mit seinen Untersuchungen über die Geschichte des Todes hat Philip Ariès der Ansicht neue Nahrung gegeben, der Tod sei in der Gegenwartsgesellschaft zu einem Tabuthema geworden. Dass Arno Borst begründete Zweifel an Ariès’ Untersuchungen äußerte[3] und Alois Hahn mehrfach zeigen konnte, wie wenig stichhaltig die ständige Wiederholung der Verdrängungsthese ist, wurde kaum zur Kenntnis genommen: Den Verdrängungstheoretikern gelang es, diese Kritik zu verdrängen.

Unverdrossen behauptet Baudrillard, die Kultur der Gegenwart sei „hygienisch“ und beabsichtige, „dem Leben den Tod auszutreiben“.[4] Zygmunt Bauman assistiert, indem er schreibt, der Mensch der Gegenwart setze sich so von den Toten ab, dass sie zum ganz Anderen der Gesellschaft würden.[5] Hier trifft er sich mit Giddens, dem Propheten einer ‚spätmodernen‘ Gesellschaft, der zuvor schon zu erkennen glaubte, dass der Tod aus dem öffentlichen Raum ausgegliedert werde.[6] Für Giddens und seine Mitstreiter scheinen sich weder die Medien und die Mahnmale oder die sorgsam ge-

---

[1] Wie so oft, habe ich auch bei diesem Aufsatz für die Anregungen zu danken, die ich von Alois Hahn erhalten habe.

[2] Vgl. die Diskussion unterschiedlicher Theoriesätze bei Feldmann/Fuchs-Heinritz (1995).

[3] Borst (1988).

[4] Baudrillard (1991), S. 285.

[5] Bauman (1994).

[6] Giddens (1991).

pflegten Friedhöfe noch die anhaltenden Diskussionen um ‚Friedwälder'[7] und Sterbehilfe im öffentlichen Raum zu befinden. Armin Nassehi wiederum hat seine früher so vehement vorgetragene Verdrängungsthese heute völlig verdrängt – wie auch die darauf gemünzte kritische Rezension Alois Hahns.[8] Stattdessen schlägt er sich jetzt auf die Seite derer, die – ebenso extrem – von einer Konjunktur des Todesthemas sprechen. Pikanterweise hat so nicht zuletzt die unentwegte Diskussion über die Verdrängungsthese dazu beigetragen, dass der Tod ein Dauerthema der Gegenwartsgesellschaft bleibt.

So unterschiedlich der gesellschaftliche Umgang mit Sterben und Tod auch interpretiert wird – Verdrängung oder Konjunktur des Todesthemas – in beiden Fällen wird deutlich, dass die Gewissheit des Todes als Zukunft, Ende und Grenze des erfahrbaren Lebens alle Menschen vor ein Problem stellt, das sie lösen müssen. Denn Begriff, Wert und Sinn des Lebens ergeben sich nicht aus dem Leben selbst, sondern erst aus dem Gegensatzpaar ‚Leben und Tod': die Frage nach dem Sinn des Lebens ist, wie auch immer die Antwort ausfällt, gekoppelt an die Frage nach dem Sinn des Todes. Sowohl die forcierte Dauerakzentuierung des Todes als auch die Bemühungen um seine Verdrängung verweisen auf das Gewicht des Problems, für das Religionen und Weltanschauungen zwar ‚standardisierte' Lösungen anbieten, das aber dennoch den einzelnen Menschen nicht aus dem Problemdruck entlässt. Weltanschauungen und Religionen leben von und in Kollektiven – sterben muss jeder von uns allein für sich. Das wirkt zurück: letztlich können wir uns nicht einfach vom Leben führen lassen, sondern wir müssen es selbst führen.

Andererseits wirken die unterschiedlichen Vorstellungen vom Tod – sei es als einer endgültigen Grenze, hinter der ‚nicht' *ist* (eine Vorstellung, die sich kaum adäquat denken lässt, weil es für sie keine Bilder gibt und weil darin die Zeit stillsteht bzw. die Zeitdimension ganz entfällt), sei es als eines Weiterlebens im Jenseits, in neuer Gestalt oder mehreren aufeinanderfolgenden ‚anderen' Zuständen – auf das Leben und seine möglichen Sinnhorizonte zurück. Da die meisten dieser Vorstellungen kollektiv geprägt und wir in sie ‚hineinsozialisiert' sind, gilt zwar grundsätzlich, dass jeder von uns seinen eigenen Tod stirbt, dass wir uns dabei meist jedoch in die Bildwelten und Sinnhorizonte einpassen, in denen wir aufgewachsen sind oder für die wir uns – aus vorgegebenen Alternativen auswählend – entschieden haben.

Wie mächtig solche Kollektivbilder und Erziehungsmuster sind, ist seit langem bekannt. Aber nur selten ist, bezogen auf die Gegenwartsgesellschaft, ein empirischer Nachweis für diesen Zusammenhang erbracht worden. Dabei bot sich – nach der Wiedervereinigung – Deutschland als Untersuchungsgegenstand par excellence an, hatte doch der Ostteil eine über 40-jährige atheistische Kollektiverziehung hinter sich, während der Westteil auf Grund der dort verfassungsmäßig garantierten Religionsfreiheit sowohl für die Kontinuität christlicher Traditionen als auch für das Eindringen anderer Weltreligionen, Weltanschauungen und religiöser Synthesen stand: atheistische

---

[7] Zur Diskussion der Verdrängungsthese vgl. Knoblauch/Schnettler/Soeffner (1999).
[8] Nassehi/Weber (1989); Hahn (1991).

Gesellschaftstheorie und Religionsvakuum hier – religiöse und weltanschauliche Bilderflut dort. Dieses – sich der Geschichte verdankende – ‚Design' nutzte die Forschungsgruppe von Hubert Knoblauch, um die Macht der unterschiedlichen Deutungsmuster gegenüber Todesvorstellungen zu untersuchen.[9]

Die Forschungsgruppe analysierte Berichte über Todesnäheerfahrungen. Da es zu diesem Thema bereits eine reichhaltige Literatur gab, war bekannt, dass in Erzählungen über Todesnäheerfahrungen immer wieder von ‚jenseitigen Mächten', Visionen zu ‚himmlischen Welten' und ‚nicht-irdischen Wesen' die Rede war;[10] kurz: Außeralltägliche Erscheinungen haben einen festen Platz in diesen Erzählungen. Die Frage ist jedoch, aus welchen Bildbeständen, Traditionen und sozialen Archiven sich solche Visionen speisen, ob sie mit Jenseitsvorstellungen verbunden sind oder nicht. Der Ost-West-Vergleich lässt sehr deutlich den Einfluss von Erziehung und Tradition auf die unterschiedlichen Bildwelten, vor allem aber auf die Jenseitsproblematik erkennen. Das atheistische Weltbild der DDR und ihr Erziehungsziel ‚humanistischer Atheismus' prägen unverkennbar die Antworten auf die Frage nach der Existenz eines Jenseits. Während – trotz zunehmender Kirchenaustritte – in der ‚alten Bundesrepublik' noch 63 % der Befragten an eine jenseitige Welt glauben, sind es in Ostdeutschland nur 23 %. Dass nach dem Tode ‚nichts mehr komme', behaupten allerdings nur 35 % der Ostdeutschen, und immerhin 40 % von ihnen glauben an ‚übersinnliche Kräfte'. So ganz sicher ist man sich also auch im Osten Deutschlands über die Existenz oder Nichtexistenz des Jenseits nicht.[11]

Das Jenseits bleibt ungewiss, sicher dagegen ist ausschließlich der Tod. Könnte es also nicht doch so sein, dass die Frage nach dem Sinn des Todes in einer Gesellschaft ohne Jenseitsvorstellungen selbst ihren Sinn verliert?

2. Arbeit am Sinn

In den 30er Jahren des vergangenen Jahrhunderts stellt Walter Benjamin fest, es gebe für den modernen Menschen immer wieder nur eine radikale Neuheit, und das sei immer die gleiche: der Tod. Damit ist nicht der Tod als solcher gemeint, ein Schicksal, das alle Menschen teilen: ein Tod, den ‚man' stirbt, sondern der je eigene, ‚je meinige' Tod.[12] Denn „der Tod", so Heidegger, „gehört nicht indifferent nur dem eigenen Dasein zu, sondern er *beansprucht* dieses *als einzelnes*" (Hervorhebung d. Verf.).[13]

Dass alle Lebewesen und mit ihnen auch die Menschen aller Zeiten und aller Kulturen sterben müssen, ist ein ‚Naturgesetz', nach dessen Sinn zu fragen sich verbietet, es sei denn, man stelle diese Frage in den Horizont allgemeiner Kosmologien, in denen Unterwelten, Himmel, Hölle, Götter, Geister, Hades und Sensenmann, Ursprungs- und Endzeitmythen die jeweiligen symbolischen Ordnungen etablieren. Ihre Bedeutung und

---

[9] Schmied/Knoblauch/Schnettler (1999).
[10] Vgl. ebd., S. 233.
[11] Ebd., S. 240 ff.
[12] Vgl. Heidegger (1960), § 46-53.
[13] Ebd., S. 263.

zugleich ihre ganze Schärfe erhält die Frage nach dem Sinn des Todes jedoch erst dann, wenn sie sich für den einzelnen Menschen, für sein eigenes Sterben, seinen eigenen Tod stellt.

Den Tod als Abstractum, als allgemeines Menschenschicksal, an dem ‚man' irgendwie irgendwann Teil hat, kann man in kollektive, durch Traditionen ‚gesicherte' Weltsichten und Sinnhorizonte einbetten oder auch versuchen, ihn als gesellschaftliches Thema zu exkommunizieren und zu ‚verdrängen'. Der eigene Tod dagegen bleibt für den einzelnen Menschen immer eine radikale Neuheit. An diesem je eigenen Tod wird ‚der' Mensch als das erkennbar, was er immer *auch* ist, ein Individuum, das nicht restlos im Sozialen aufgeht: ein einzigartiger Mensch, der seinen eigenen Tod sterben muss. In einer sozialen Rolle können wir uns vertreten lassen, sind wir ersetzbar. Gegenüber dem eigenen Tod und beim eigenen Sterben gibt es keinen Stellvertreter – so wenig wie für die eigene Geburt, den eigenen Körper, die eigenen Erfahrungen und Erinnerungen.

In seiner Schrift „Die Religion" greift Georg Simmel das Problem dieser Unvertretbarkeit des Individuums und des eigenen Lebens auf, indem er den legendären galizischen Wunderrabbi Meir mit der folgenden Parabel zitiert:

> „Wenn der Herr mich im Jenseits fragen wird: Meir, warum bist du nicht Moses geworden? – so werde ich sagen: Herr, weil ich Meir bin. Und wenn er mich weiter fragen wird: Meir, warum bist du nicht Ben Akiba geworden? – So werde ich gleichfalls sagen: Herr, weil ich eben Meir bin. Wenn er aber fragen wird: Meir, warum bist du nicht Meir geworden? – was werde ich dann antworten?"[14]

Zwar stellt Simmel in dieser Parabel das Problem der individuellen, durch kein Vorbild ersetzbaren oder legitimierbaren Lebensführung in den Zusammenhang mit einem imaginierten Jenseits, an anderer Stelle aber konstatiert er ganz allgemein: Der Tod „begrenzt, d. h. er formt unser Leben nicht erst in der Todesstunde, sondern er ist ein formales Moment unseres Lebens, das alle seine Inhalte färbt: die Begrenztheit des Lebensganzen durch den Tod wirkt auf jeden seiner Inhalte und Augenblicke vor".[15] Auch ein rein innerweltlich gedachtes Diesseits ist also durch den Tod gezwungen, eine Sinnstiftung für das Leben zu finden, die nicht aus dem Leben allein abgeleitet werden kann, sondern auch aus dessen ständig drohendem Ende gewonnen werden muss.

Ob also ein Jenseits mitgedacht wird oder nicht: Die Begriffe ‚Leben' und ‚Tod' verweisen aufeinander. Einer kommt ohne den anderen nicht aus. Das Gleiche gilt für das Wortpaar ‚Leben' und ‚Sterben'. Deshalb spricht Augustinus in seinen Confessiones (397/398) vom ‚Sterbeleben' oder ‚Lebesterben'. Später fasst Johannes von Tepl (Saaz) in seinem „Ackermann aus Böhmen" (um 1400) diesen für das menschliche Leben grundlegenden Sachverhalt unübertrefflich prägnant zusammen: „Sobald ein Mensch zum Leben kommt, sogleich ist er alt genug zu sterben".[16]

---

[14] Simmel (1912), S. 79; vgl. dazu auch Soeffner (2000).
[15] Simmel (1957), S. 31.
[16] Von Tepl (1917), S. 46.

Auf die doppelte Sinnfrage: die Frage nach dem Sinn des Lebens und des Todes, hat die Menschheit im Verlauf ihrer Geschichte immer wieder neue Lösungsvariationen gefunden, die ich im Folgenden in drei übergreifenden Antwortenmustern zusammenfasse.

1. Die großen Weltreligionen sehen im Tod (zumeist) den Übergang in eine ‚andere Welt' und/oder in eine andere ‚Zuständlichkeit'. Dabei stellen sie Tod und Sterben in einen umfassenden, kosmischen Sinnzusammenhang, der allem, was existiert, Sinn verleiht.
2. Eine schroffe Trennung zwischen Leben und Tod und damit auch zwischen dem Sinn des Lebens oder des Todes postuliert Epikur (341-270 v. Chr.), dessen Haltung bis in die Europäische Aufklärung und darüber hinaus in den ‚atheistischen Humanismus' nachwirkt. Der Tod, so Epikur, gehe uns eigentlich gar nichts an, denn solange wir seien, sei der Tod nicht da, und wenn der Tod da sei, seien wir nicht mehr.
3. In der Nachfolge der Aufklärung, aber mit einer ganz anderen Akzentsetzung, Leben und Tod wieder aufeinander beziehend, steht die Antwort, es sei absurd, Tod und Sterben – also der Vernichtung des Lebens – Sinn zuzusprechen. Vielmehr bedrohe der Tod als Inbegriff der Absurdität – so Camus und Sartre – letztlich jede Sinngebung menschlicher Existenz.

Anders als der religiöse oder der philosophische zeigt der soziologische Blick auf die Antwortrichtungen zu den Fragen nach dem Sinn des Todes nicht nur, dass die menschlichen Kulturen, so unterschiedlich sie auch sind, ihre Vorstellungen vom Tod nicht so abstrakt formulieren, wie es die drei genannten Antwortmuster suggerieren könnten. Vielmehr sind die Todesvorstellungen fast immer reich bebildert, symbolisch verdichtet und in Geschichten eingebettet, die ihrerseits selbst eine ‚Geschichte' haben: Die Menschen arbeiten unentwegt daran, Leben und Tod Sinn zu geben:[17] Kurz: der Tod als solcher *hat* von sich aus keinen Sinn, sondern der jeweilige Sinn wird ihm religiös, philosophisch, geschichtlich, kulturell in immer neuen Varianten *zugeschrieben*.

Auf einen ähnlichen Zuschreibungszusammenhang stoßen wir, wenn behauptet wird, der Glaube an ein Jenseits, so verschiedenartig dieses auch bebildert sei, sei universal, und wenn dieser Glaube – der Sinngarant für beide, Leben und Tod – geleugnet werde, verlören beide ihren Sinn. Es leuchtet zwar ein anzunehmen, dass, seitdem man Tote bestattet und die Gräber mit Grabbeigaben versehen hat, der Glaube an ein – wie auch immer geartetes – Weiterleben der Toten im Hintergrund stand. Seit James George Frazer, dem großen Ethnologen,[18] wissen wir zudem, dass der Glaube an ein Jenseits weltweit über alle Kulturen hinweg, seien sie archaisch und ‚primitiv' oder eingebettet in große religiöse Kosmologien, verbreitet war. Ausnahmen gibt es dennoch:[19] Menschsein und Jenseitsglauben bilden also nicht von vornherein eine Einheit.

---

[17] Zu der ‚gesellschaftlichen Konstruktion' solcher Sinnbeigaben vgl. Berger/Luckmann (1970).

[18] Vgl. Frazer (1977); vor allem aber: Frazer (1931-1936). Trotz vieler nachträglicher Korrekturen an Frazers Werken durch neuere Arbeiten scheinen Frazers Grundannahmen nach wie vor zuzutreffen.

[19] Vgl. Hahn (1996), insbesondere S. 162 ff.

Vor allem aber zeigen die wenigen Ausnahmen, dass die mit den Jenseitsvorstellungen verbundenen Strafen oder Privilegien sozial motiviert und verteilt sind: Rang und Stand im Diesseits bleiben auch im Jenseits nicht „gleichgültig".[20] Ob man – je nach magischem oder religiösem Hintergrund – weiterleben muss oder darf, ins Nichts einzugehen gezwungen ist oder darin aufgehen kann, hängt oft genug von der jeweiligen sozialen Stellung ab, die man im Diesseits einnahm. Dementsprechend haben die Adligen auf den Tonga-Inseln einen Anspruch darauf, nach dem Tode ‚weiterzuleben'. Es ist ein Anspruch, den der Normalinsulaner kaum erheben kann. Wenn es – was selten ist – überhaupt zu der Vorstellung kommt, dass eine Persönlichkeit sich nach dem Tod völlig ‚auflöst', wie in Ozeanien, so sind „sozial hochgestellte Personen (Häuptlinge)" davon ausgenommen.[21] Alois Hahn[22] zitiert Studien, nach denen einige Stämme auf der Südseite des Mount Kenia und in Nigeria „ein Weiterleben im Jenseits überhaupt leugnen", gleich, welchen Standes man war oder welche moralische Qualifikation bzw. Disqualifikation man aufwies. Von diesen Einzelfällen heben sich jedoch die sehr viel häufigeren Vorstellungen ab, dass die moralische Qualität eines Menschen über das Weiterleben nach dem Tod entscheidet. Während aber in einigen Kulturen nur den Guten das Weiterleben in einem guten Jenseits gestattet ist und die Bösen dem Nichts überantwortet werden, erlaubt ein drawidischer Stamm in Zentralindien – offensichtlich unter dem Einfluss des Buddhismus – den Guten, im Nirwana zu verlöschen, wohingegen die Bösen nach dem Tod als Geister weiterleben müssen: So folgen die unterschiedlichen Sinnzuschreibungen für Leben und Tod der jeweiligen Arbeit der unterschiedlichen Kulturen an ihren Mythen.

3. Diesseitsgesellschaften und Jenseitsmythen

Mit der Vorstellung vom Tod als Grenze zwischen dem sichtbaren irdischen Diesseits und dem unsichtbaren, ‚transzendenten' Jenseits beginnt die menschliche Arbeit an den Jenseitsmythen. Es wird ein Jahrtausende währendes Bemühen, in dessen Verlauf die Weltreligionen – mit Ausnahme des klassischen Buddhismus[23] – eine Dreiteilung des Kosmos in drei unterschiedliche Sphären vornehmen. So wie man sich später – vor allem in der christlichen Tradition – den Menschen als in der Mitte zwischen Gott und Tier stehend vorstellt, bildet die Erde die Mitte dieses Kosmos. Unter ihr befindet sich die ‚Unterwelt' (Toten- oder Schattenreich, Hölle), über ihr der Himmel (Sonnenreich, Walhall, Elysium, Paradies) – Aufenthalt der Götter oder des Gottes, Ort der Vollkommenheit und des Heils. Dieser dreisphärige Kosmos setzt die Unsterblichkeit des Menschen voraus – sei es die Unsterblichkeit seiner Seele, eine ‚Auferstehung des Fleisches'

---

[20] Vgl. Weber (1976), Kap.V, § 8, insbesondere S. 316 f.

[21] Hirschberg (1965), S. 205.

[22] Hahn (1996), S. 162.

[23] Buddha selbst hat – nach der Überlieferung – alle Fragen nach dem Jenseits konsequent abgewiesen. Allerdings haben sowohl der ‚Volksbuddhismus' als auch der japanische Amida-Buddhismus der Versuchung nicht widerstehen können, sich dann doch noch ein Jenseits zu schaffen und dieses reich zu bebildern.

(christliches Glaubensbekenntnis), ein tristes Weiterleben im Schattenreich oder eine wunderbare Erhebung ins Elysium, die ehrenvolle Aufnahme im Walhall, das Leben im Paradies.

Ein bedeutender Teil der Arbeit an den Jenseitsmythen besteht in der Bebilderung der – vom Diesseits aus – eigentlich unsichtbaren beiden Sphären des Jenseits. Auf phantasievolle Weise verschafft sich das Diesseits – im, gegenüber den Göttern (dem Gott), respektvollen Bewusstsein der eigenen Unvollkommenheit und Begrenztheit des Schaffens – dennoch Einblicke in das Jenseits. Die Ausmalung der Unterwelten dramatisiert im Vorgriff auf den unabwendbaren Tod dessen Schrecken. Aber, so scheint es, selbst diese Schreckensbilder sind der Vorstellung vorzuziehen, der Tod zerstöre die menschliche Existenz vollständig, indem er sie in nichts auflöse – es sei denn, dieses Nichts gestalte sich als das vollendet harmonische Nirwana des Buddhismus; als ein Nichts, das den Kreislauf des Leidens endgültig aufhebt. Während die Sphäre des Himmels die Unvollkommenheit des Diesseits überwindet und in einen Idealzustand überführt, bedeutet der Eintritt in die Unterwelt in der Regel eine Verschlechterung gegenüber dem Diesseits. Das gilt insbesondere für das unheilvolle Bild, das sich die sumerische und babylonisch-assyrische Tradition von der Unterwelt als dem finsteren und trostlosem ‚Land ohne Rückkehr' macht.[24] Die Herrschaft der jeweiligen Totengötter über ihre unterweltlichen Reiche – sei es das griechische Schattenreich des Hades, der römische Orkus, das germanische Totenreich Hel oder die frühhebräische Unterwelt Scheol – steht für die freudlose Sphäre des Jenseits so wie andererseits der Himmel für die ewige Glückseligkeit in der paradiesischen Sphäre des Jenseits.

Die diesseitige kulturelle Arbeit an den Bildern des Jenseits lässt bei dem Gang durch ‚die Geschichte der religiösen Ideen' (Eliade) die Herkunft und Verankerung der Jenseitsbilder in den je spezifischen Repertoires der jeweiligen soziohistorischen Diesseitswelten erkennen: Die positiv oder negativ besetzten Gegenwelten des Jenseits bauen sich auf aus Vorstellungen, Symbolen, Bildern und Widerspiegelungen gesellschaftlich konstruierter Wirklichkeiten, wie sie von den unterschiedlichen Kulturen je für sich als Sinnhorizonte entworfen und tradiert wurden. Die Ähnlichkeit der gesellschaftlichen Strukturen, Hierarchien und Verhaltenskodizes des Jenseits, aber auch dessen Kontrastprogramme verweisen, wie später die Sozialutopien, auf das spezifische historische Diesseits, von dem aus das Jenseits entworfen wurde:[25] Wer im Diesseits etwas ist und darstellt, behält in der Regel – im guten wie im schlechten Sinne – auch im Jenseits seinen besonderen Rang. So werden etwa Kinder, da sie im Diesseits zunächst noch nicht vollständig sozial eingegliedert sind, aus der Sicht einiger Kulturen auch nicht ins Jenseits aufgenommen.[26]

Den immer komplexer werdenden gesellschaftlichen Strukturen folgend, setzt sich in einigen Hochkulturen allmählich die Vorstellung von der Unterwelt als einer Art Transitbereich durch, in dem die Toten auf ein Endgericht warten. Dort wird entschie-

---

[24] Vgl. Eliade (1993), S. 62.
[25] Vgl. Soeffner (1974).
[26] Vgl. Müller (1997).

den, ob man im Paradies aufgenommen oder zur endgültigen Gefangenschaft im Totenreich verurteilt wird: Auf die Gerechten warten die Freuden des Himmels, auf die Sünder die Qualen der Hölle. Anders als in den Gerichtsmythen der Hochkulturen ist in den archaischen Gesellschaften von Schuld, Vergeltung und Sühne noch keine Rede. Wo der Gedanke an Vergeltung auftaucht, so vermutet Max Weber, „sind es zunächst nur rituelle Fehler, welche Nachteile nach sich ziehen:"[27] Tabuverstöße etwa oder die Vernachlässigung bestimmter Riten. „Erst der ethisch qualifizierte Gott," fährt Weber fort, „verfügt auch über die Schicksale im Jenseits unter ethischen Gesichtspunkten."[28] Wenn aber der ethische Abstand „des jenseitigen Gottes gegenüber den unausgesetzt in neue Schuld verstrickten Menschen" unüberbrückbar wird, entsteht das „unlösbare Problem der Unvollkommenheit der Welt angesichts der göttlichen Allmacht"[29] und ethischen Souveränität.

Wenn man sich zudem diesen Gott „jenseits aller ethischen Ansprüche seiner Kreaturen [und] seine absolute Allmacht über seine Geschöpfe als so schrankenlos"[30] vorstellt, stellt sich – nahezu unvermeidlich – der Gedanke ein, dass hier zwischen Allmacht und (aus menschlicher Sicht) Willkür kaum mehr unterschieden werden kann, vor allem dann nicht, wenn jener Gott im Vorhinein über das Schicksal eines Menschen sowohl im Diesseits als auch im darauf folgenden Jenseits bereits entschieden hat. Angesichts solcher Prädestination, wie sie im orthodoxen Islam und im Calvinismus angenommen wird, kann der einzelne Mensch auch durch ein noch so ethisches Verhalten „die eigenen Jenseits- oder Diesseitschancen"[31] faktisch nicht verbessern. Das Einzige, was ihm bei der Suche nach dem Sinn eines so vorherbestimmten Diesseits und Jenseits bleibt, ist der Versuch herauszufinden, wie Gottes Ratschluss ausgefallen ist, und dabei den Erfolg oder Misserfolg des eigenen Lebens als „Symptom" für diesen Ratschluss zu interpretieren:

> „Denn gerade die absolute Souveränität dieses Gottes zwingt das praktische religiöse Interesse, ihm wenigstens im Einzelfall dennoch in die Karten sehen zu wollen, und speziell das eigene Jenseitsschicksal zu wissen, ist ein elementares Bedürfnis des Einzelnen."[32]

Es ist gut zu erkennen, welche gesellschaftlichen Strukturen den Anstoß geben und den Hintergrund bilden für solche Gerichts- und Jenseitsmythen. Anders als die archaischen Gesellschaften, in denen diese Mythen fehlen, haben die späteren Hochkulturen ein Justiz- und Gerichtswesen herausgebildet, in dem – zumindest bei den legendären Gründerfiguren – Macht, Recht und Religion, dementsprechend auch König, Richter und Priester (Gott) in einer Person zusammengefasst waren. Der Ausdifferenzierung des diesseitigen Gerichtswesens, seiner Instanzen, Strafen und Begnadigungen folgt die

---

[27] Weber (1976), S. 316.
[28] Ebd., S. 316.
[29] Ebd., S. 317.
[30] Ebd.
[31] Ebd.
[32] Ebd.

Ausdifferenzierung der Sphären des Himmels und der Unterwelt (Hölle) und auch – wie Dantes ‚Göttliche Komödie' dies verdeutlicht – die Abstufung der Strafen oder Belohnungen.

Im Europa der Neuzeit allerdings setzt – im Zusammenwirken von Renaissance, Humanismus und Protestantismus – eine Entwicklung ein, in deren Verlauf der Kampf um die Zukunft im Jenseits durch die Bewährung im Diesseits immer stärker in das ‚Innere', in das Gewissen des einzelnen Menschen verlagert wird.[33] Der dialogisch aufgespaltene, ethisch-religiöse innere Monolog des Individuums mit sich selbst hat zur Folge, dass die früher ‚nach außen hin', auf ein Jenseits außerhalb des Individuums entworfenen Bilder ihre Kraft verlieren. Sie werden durch Selbstreflexion und Selbstthematisierung der Individuen ersetzt. Intellekt und Psyche machen sich selbst zum Gegenstand. Dabei werden die Schuldgefühle zur ‚inneren Hölle', die man später durch die Psychoanalyse verwalten lässt. Selbst aus den Predigten ziehen sich – verstärkt im Verlauf der Aufklärung – die Bilder von Himmel und Hölle immer mehr zurück: Der Teufel, nach dem Luther noch ein Tintenfass geworfen hatte, verschwindet beinahe, und der allmächtige, undurchschaubare, schrankenlos handelnde Gott wird zusehends ‚zivilisiert'.[34] Noch ist das Jenseits nicht im Diesseits angekommen, aber es ist schon auf dem Weg dahin.

4. Diesseitsreligionen

Der in der Aufklärung wachsende Zweifel an ein Jenseits und damit auch an der Unsterblichkeit der Seele führt im 19. Jahrhundert zu Weltanschauungen, die sich ausschließlich im Diesseits zu verankern suchen, wobei sie allerdings die gesellschaftlichen Vergangenheiten und Zukünfte weit über das Leben des einzelnen Menschen hinaus ausdehnen und reichhaltig bebildern. Die frühere Dreiteilung mit der Erde als Diesseits und Mittelpunkt zwischen Unterwelt und Himmel wird ersetzt durch eine neue Dreiteilung, in deren Mitte eine ausgedehnte Gegenwart zwischen Vergangenheit und Zukunft steht. Dabei konfrontiert dieses ‚Geschichtsbild' zwangsläufig den einzelnen Menschen mit zwei jenseits seiner Erfahrung liegenden, aber als im Diesseits gedachten Dimensionen: dem, was vor ihm war und dem, was nach ihm kommen wird. Von beidem hat er, wieder einmal, nichts anderes als gesellschaftlich konstruierte Entwürfe und Bilder.

Aber eben dies macht menschliches Leben und Denken aus: das hinter das eigene Leben Zurück-, in die eigene Zukunft Voraus-, über den eigenen Tod Hinausdenken und Imaginieren-Können. Kants Ansicht, die Unsterblichkeit der individuellen Seele sei ein Postulat der praktischen Vernunft und moralisch notwendig, da das individuelle Leben zu kurz sei, als dass es das von der menschlichen Vernunft im allgemeinen Sittengesetz entworfene und geforderte ‚höchste Gut', die sittliche Vollkommenheit, erreichen könne, rekurriert auf diese anthropologische Grundbefindlichkeit menschlichen ‚In-der-Welt-seins' (Heidegger). Die Sehnsucht nach Unsterblichkeit und das

[33] Vgl. Hahn (1982); Soeffner (1992).
[34] Vgl. Ebertz (1993).

Streben nach Glückseligkeit (wie es früher mit den Vorstellungen vom Himmel verknüpft war), folgen der gleichen Denkfigur:

> „Glücklich zu sein, ist notwendig das Verlangen jedes vernünftigen aber endlichen Wesens, und also ein unvermeidlicher Bestimmungsgrund seines Begehrungsvermögens. Denn die Zufriedenheit mit seinem ganzen Dasein ist nicht etwa ein ursprünglicher Besitz, und eine Seligkeit, welche ein Bewusstsein seiner unabhängigen Selbstgenügsamkeit voraussetzen würde, sondern ein durch seine endliche Natur selbst ihm aufgedrungenes Problem, weil es bedürftig ist.“[35]

Die mit dem Bewusstsein der Endlichkeit verbundene Einbettung menschlichen Daseins in eine spezifische Struktur von ‚Zeitlichkeit‘ hat Heidegger später mit der Feststellung charakterisiert, das Dasein sei „je schon sich-selbst-vorweg.“[36] Lange vorher, im 16. Jahrhundert, beschreibt Montaigne sehr konkret die Konsequenzen dieses ‚Sich selbst-vorweg-seins‘:

> „Wir sind niemals bei uns, wir sind immer außer uns. Die Furcht, das Verlangen, die Hoffnung schleudern uns in die Zukunft und berauben uns des Gefühls und der Schätzung dessen, was ist, um uns mit dem zu bemüßigen, was sein wird, ja selbst, was nach uns sein wird.“[37]

Montaigne sieht drei Richtungen, in die „unsere Ängste und Hoffnungen [...] sich über uns selber hinaus versteigen.“[38] Zum einen ironisiert er – Sokrates zitierend – diejenigen, die schon zu Lebzeiten ihre Grabmäler errichten lassen, sich als Lebende am „Glanz ihres Grabes zu weiden wissen und sich daran behagen, ihr totes Bild in Marmor zu betrachten,“[39] oder die letzten Stunden ihres Lebens auf dem Sterbebett damit zubringen, ihre eigene Beerdigung penibel bis ins kleinste Detail zu planen und erst dann „vergnügt [...] sterben,“ wenn sie das Gefühl haben, das Beerdigungsarrangement sei ihnen – vorweg – perfekt gelungen.[40] Hier ‚transzendiert‘ der Lebende den eigenen Tod, indem er – gewissermaßen sich selbst hinter sich lassend – die Zukunft in der diesseitigen Welt weiterspinnt. In eine ganz andere Richtung weist ein Beispiel, in dem ein toter Feldherr die Lebenden dazu bewegt, sich weiter in seinem Sinne zu verhalten: zu kämpfen statt zu verhandeln, auch wenn es nur darum geht, die Leiche des Verstorbenen durch Feindesland in die Heimat zu überführen. „Es wäre nicht schicklich,“ so argumentiert einer der Offiziere des Toten, „dass derjenige, der in seinem Leben nie seine Feinde gefürchtet, nach seinem Tode den Anschein der Furcht gäbe.“[41] Schließlich und drittens erwähnt Montaigne den Einfluss, den selbst ‚tote Dinge‘, an die sich unsere Erinnerung oder unsere Phantasien knüpfen, auf unser künftiges Handeln haben

---

[35] Kant (1968), S. 133, Anmerkung II.
[36] Heidegger (1960), S. 315, vgl. dazu insbesondere Heideggers Analyse der „Sorge“, § 64-66, S. 310 ff.
[37] Montaigne (1984), S. 63.
[38] Ebd.
[39] Ebd., S. 70.
[40] Ebd., S. 69.
[41] Ebd., S. 66.

können: Gerade wie auch „die Natur uns zeigt, dass allerlei tote Dinge noch in verborgener Beziehung zum Leben stehen.“[42]

Alois Hahn hat solche über den Tod hinausreichenden Vorstellungen von einem Weiterleben im Diesseits – den Hang der Soziologen, einfache Sachverhalte mit Hilfe des Fremdwörter-Dudens zu überhöhen, bespöttelnd – als „intramundane Postmortalität“ bezeichnet.[43] Tatsächlich treten diese innerweltlich orientierten, das Weiterleben nach dem Tod illustrierenden Ablaufs- und Handlungsszenarien an die Stelle der Jenseitsmythen: Diesseitsbilder an die Stelle der Jenseitsbilder, Diesseitszeit und Geschichte(n) an die Stelle kosmischer Räume und Zeiten.

Es entstehen Denkmodelle und Deutungsmuster, in denen Transzendenzen im Horizont einer spezifischen Zeitlichkeit ins Diesseits verlagert werden: als imaginierte Grenzüberschreitungen sowohl in das Geschehen vor unserer Geburt als auch in Szenarien nach unserem Tod. Das wohl verbreiteteste diesseitsorientierte Denkmodell besteht in der Vorstellung vom Weiterleben eines Menschen in seinen Nachkommen, nicht zuletzt deswegen, weil unsere Nachkommen die Garanten unseres Weiterlebens in der erzählten Erinnerung sind. Die antike Devise: ‚wer schreibt, bleibt‘, variierend, sichert diese Vorstellung unser Weiterleben im Bewusstsein oder auch in den Träumen der Überlebenden – als Kommunikationsgegenstand im Familiengedächtnis oder im Andenken sowohl unserer Freunde als auch unserer ‚engen‘ Feinde. Dementsprechend kennen auch diesseitsorientierte Deutungsmuster Analogien zu den Gerichts-, Belohnungs- und Bestrafungsinstanzen früherer Jenseitsmythen: Das ‚Jüngste Gericht‘ verlagert sich in das Urteil der Nachgeborenen über uns. Unsere ‚guten Taten‘ überleben ebenso wie unsere Schmach. Daran ändert auch die heute noch erhobene Forderung, früher als Warnung vor rachsüchtigen Ahnen gedachte Maxime, nichts: De mortuis nihil nisi bene! Selbst das Schattenreich findet sein Äquivalent in den Diesseitsreligionen – in der Vorstellung vom allmählichen Verblassen der Erinnerung an einen bestimmten Toten. Dabei sind, wie in den alten Mythen auch, die Chancen für ein Weiterleben in der kollektiven Erinnerung für die ‚bedeutenden Menschen‘ größer als für Allerweltsmenschen.

Umgekehrt gilt, dass für uns Lebende bestimmte Tote – Eltern, ehemalige Freunde, Opfer – ein wesentlicher Bestandteil unserer Persönlichkeit, unserer Werthaltungen, Träume und Handlungen sind. Auch wer nicht an ein Weiterleben der Toten glaubt, orientiert sich, wie Montaignes Beispiel von der anhaltenden Macht des toten Feldherrn zeigt, an ihnen – bis hin zu Gesprächen, die man ‚unwillkürlich‘ mit Verstorbenen führt.[44]

Allerdings, wie immer die Modelle des ‚kommunikativen Überlebens‘ der Toten im Gedächtnis der Nachgeborenen aussehen: Sie bieten keine ‚standardisierte‘ oder verallgemeinerbare Lösung für den Umgang des einzelnen Menschen mit dem eigenen Sterben und dem eigenen Tod. Stattdessen können sie durch die Herauslösung des

---

[42] Ebd., S. 72.
[43] Hahn (1996), S. 165.
[44] Marris (1958); vgl. auch Hahn (1996), S. 164.

Todesproblems aus übergreifenden Kosmologien und Sinnhorizonten das ‚Sinnproblem' verschärfen. In jedem Fall aber stellen sie die Überlebenden bei deren Umgang mit Sterbenden und Toten vor eine Situation, die nicht mehr fest eingebettet ist in den rituellen Kordon und Schutz, den die Religionen mit ihren Sterbe- und Todesriten, Ritualspezialisten (Priestern) und Tröstungsversprechen bereit stellten: kollektiv gegliederte und verbindliche ‚rites de passage'[45] für den großen, letzten Übergang vom Leben zum Tod. In diesen ‚rites de passage' werden Trennungs-, Übergangs- und Wiedereingliederungsrituale zu einer schützenden symbolischen Form verdichtet, die sowohl die Toten als auch die trauernden Überlebenden miteinander verbindet.

Zwar lassen sich nach wie vor rituelle Formvorgaben für Beerdigungen beobachten und verbunden damit auch schichten- oder prestigespezifische Abstufungen des rituellen Aufwandes – vom Staatsbegräbnis über das traditionelle, konfessionsspezifische bürgerliche Begräbnis oder humanistisch-atheistische Abschiedsrituale bis hin zu den durch überkommenes Brauchtum geregelten Bestattungsformen für die so genannten ‚einfachen Leute'. Aber zunehmend ersetzen oder ergänzen Todesspezialisten der Moderne die Ritual- und Zeremonienmeister der Religionen. An die Stelle der Schamanen, Magier, Priester – oder neben sie – treten medizinische Experten auf den Intensivstationen, Therapeuten und Beerdigungsunternehmer. Dadurch kommt es zu Unsicherheiten, Konkurrenzen und sogar Leerstellen im praktischen wie im rituellen Umgang mit Sterben und Tod.

Das Fehlen – oder die Konkurrenz – von kollektiv verankerten Sinngebungsmustern und ihren rituellen Ausdrucksformen verstärken den Problemdruck bei denen, die unmittelbar vom Sterben berührt sind.[46] Wenn man sich nicht mehr auf gemeinschaftlich-verbindliche Symbole und Sinnvorgaben stützen kann oder will, werden die Individuen in die Pflicht genommen, aus dem Angebot konkurrierender Sinnanbieter auszuwählen oder die Sinn- bzw. Sinnlosigkeitszuschreibungen selbst zu leisten und zu legitimieren.[47] So entsteht eine Fülle privatisierter Sinnfiguren und – verbunden damit – eine Privatisierung des Todes. Es mag sein, dass durch den hierdurch entstehenden Druck die Individuen versucht sind, solange es geht, Sterben und Tod zu verdrängen. Aber angesichts der Unerbittlichkeit, mit der jeder von uns mit seiner Endlichkeit konfrontiert wird, stehen die Chancen bestenfalls für einen Aufschub der Angst gut, für eine insgesamt gelungene Verdrängung des Todes jedoch ausgesprochen schlecht. Im Gegenteil, je stärker die Individualisierung und Privatisierung erlebt wird, umso stärker kann die Tendenz zu einer Dramatisierung des Sterbens und des Todes ausfallen, zumal die Omnipräsenz von Sterben und Tod in den Medien (vgl. Kap. 1) sowohl als gesellschaftliche Realität der Verkehrsunfälle, Selbstmordattentate, Bürgerkriege, Hungersnöte als auch im fiktionalen Dauermorden der ‚Unterhaltungsfilme' dafür sorgt, dass die Todesthematik nicht vergessen wird.

---

[45] Vgl. Gennep (1986).

[46] Hierauf antwortet, in sehr konsequenter Weise die Problematik des Sterbens in der Moderne aufnehmend, die Hospizbewegung.

[47] Vgl. hierzu: Wohlrab-Sahr/Karstein/Schaumburg (2005).

Die Unausweichlichkeit und immer wieder radikale Neuheit des Todes korrespondieren heute – und dies ist anders als in Zeiten kollektiv geglaubter Kosmologien und Jenseitsmythen – mit der Unsicherheit im Umgang mit Sterben und Tod. Auffällig ist dabei, dass die Todessymboliken und mit ihnen die Semantik des Sterbens, des Todes, zunehmend ersetzt werden durch eine immer reichhaltigere Semantik der Krankheiten und Therapien: Wo sich die Hoffnung auf ein besseres Jenseits verliert, verlagert sich das Interesse im Zuge der in den westlichen Gesellschaften zunehmenden Individualisierung nicht nur auf hedonistische, diesseitige Erfüllungsphantasien, sondern auch auf das lange Altern und damit auch auf das möglicherweise lange Leiden und Sterben der Individuen.

Der Philosoph Søren Kierkegaard leitete Struktur und Sinn der menschlichen Existenz noch aus ihrer „Krankheit zum Tode" ab[48] – Tod, Leben und Glauben unmittelbar aufeinander beziehend. Heideggers Bestimmung des Daseins als „Sein zum Tode"[49] formuliert den gleichen grundlegenden Zusammenhang von Leben und Tod. Die heutige Krankheitssemantik dagegen verweist immer mehr auf den Gang des Patienten zu unterschiedlichen Spezialisten: Die Frage nach dem ‚Sinn des Todes' tritt zurück hinter den Kampf um das Überleben: eine – wie auch immer geartete – Verknüpfung des Lebens mit einem Vorher oder Nachher hinter das konkret gelebte Leben im Diesseits. Damit ist die Diesseitsreligion bei sich selbst angekommen. Nicht gelöst ist das Problem der Sinnzuschreibung für dieses Diesseits.

An der Konkurrenz und der Konjunktur der Sinnanbieter und der Sinnangebote in der Gegenwart wird dies gut erkennbar: Offenkundig ist für viele Individuen der gegenwärtigen westlichen Gesellschaften ein einheitlicher Sinn oder umfassender Sinnhorizont für Leben und Tod nicht mehr herzustellen. Abraham, so heißt es im Alten Testament, starb ‚lebenssatt' (1. Mose 25,8). Er hatte in seinem langen, an einem Gott ausgerichteten Hirten- und Bauernleben alles gesehen, was das Leben einem Menschen seiner Zeit zu bieten hatte – im Guten wie im Bösen. Menschen der Gegenwart leben in ganz anderen Möglichkeitshorizonten. Gemessen an dem, was sich den Individuen heute an Optionen der Lebensführung und Lebensstile, möglicher Teilhabe an ganz unterschiedlichen sozialen Welten, sozialen Kreisen und Weltanschauungen bietet, entsteht bei ihnen das Gefühl, nie lebenssatt werden zu können. Eine gemeinschaftlich getragene Weltsicht, die als Sinngarant Leben und Tod in einen umfassenden Sinnzusammenhang stellt, steht ihnen nicht mehr ‚selbstverständlich' zur Verfügung. Sie sind damit gezwungen, sich selbst diesen Sinn zu schaffen oder sich – alternativ – einem der miteinander konkurrierenden Sinngaranten pathetisch und auf Gedeih und Verderb anzuschließen. Fundamentalismus und Fundamentalisten der Gegenwart verdanken sich dieser Alternative: Die spezifische Form des heute zu beobachtenden pathetischen Fundamentalismus ist ein Phänomen der Moderne. Es speist sich aus der von der Individualisierung ausgehenden Bedrohung vereinzelt zu werden: aus der Angst, nicht

[48] Kierkegaard (1959).
[49] Heidegger (1960), S. 235 ff.

fähig zu sein, ein eigenes Leben in eigener Verantwortung für die eigene Lebensführung zu gestalten.

Für Fundamentalisten leben die alten Jenseitsmythen in medial verstärkten Bildern weiter – bei dem Individuum einer konsequent gelebten Diesseitsreligion reichen die von ihm entworfenen Bilder zwar während des Lebens über den Tod hinaus. Aber mit dem Individuum sterben auch sie. Als extreme Existenzformen der Moderne stehen sich so zwei pathetische Absolutismen gegenüber: das kollektive, selbstzerstörerische Kampf- und Opferpathos des modernen Fundamentalismus und das pathetisch ausschließlich für sich selbst sinnstiftende Individuum eines neuen Existenzialismus. Beide können und wollen vom Tod nicht lassen: Den einen ist er der Sinn des Lebens, die anderen zwingt er, sich selbst als Sinn zu entwerfen.

Mit der Aufklärung hat die geschichtliche Entwicklung in Europa dem Individuum der Moderne das Los zugeteilt, die Sinnstiftung für das eigene Leben selbst zu übernehmen. Es sei, konstatiert Max Weber, „das Schicksal einer Kulturepoche, die vom Baum der Erkenntnis gegessen hat, [...] wissen zu müssen, dass wir den Sinn des Weltgeschehens nicht aus dem noch so sehr vervollkommneten Ergebnis seiner Durchforschung absehen können, sondern ihn selbst zu schaffen imstande sein müssen".[50] So attraktiv die Speise von Baum der Erkenntnis für den aufgeklärten Verstand ist, wohlschmeckend ist sie offenkundig nicht für jeden Menschen. Denn nun wird „das Leben als Ganzes" für jeden einzelnen von uns, „wenn es nicht wie ein Naturereignis dahingleiten, sondern bewusst geführt werden soll, eine Kette letzter Entscheidungen [...], durch welche die Seele, wie bei Platon, ihr eigenes Schicksal wählt."[51]

Diese von Max Weber formulierte, nüchterne Erkenntnis lässt wenig Raum für Sentimentalität oder pathetische Singebungspropheten, zumal das in die Öffentlichkeit drängende Pathos ohnehin nichts anderes ist als die Sentimentalität der Lauten. Allerdings könnte eine einseitige Überbetonung der Weberschen, auf das einzelne Individuum bezogenen Einsicht dazu führen, ein heroisches Individuum zu entwerfen und zu proklamieren, dem – wie Schillers von sich selbst ergriffenem Karl Moor – in einer Art asozialen Heldenmuts, ausschließlich daran liegt, seinem Selbst treu zu sein und der in seiner monadischen Welt dementsprechend zurecht erklärt: „Ich bin mein Himmel und meine Hölle."[52]

Individuen gehen zwar nicht restlos im Sozialem auf (vgl. Kap. 2), aber ohne das Soziale gehen sie unter: Sinnhaft zu handeln, heißt immer auch, das eigene Handeln auf andere hin zu entwerfen. Dementsprechend ist die vom ‚Projekt der Moderne' geforderte, diesseitsorientierte Arbeit an einer Kultur des Humanen auf Intersubjektivität, Kommunikation und Kooperation hin angelegt. Mag das Verhältnis von ‚subjektiver Kultur' (als vom Individuum erbrachter Leistung) und ‚objektiver Kultur' (als gesellschaftlich ‚verwaltetes', ständig wachsendes Repertoire an objektivierten Kulturgütern) noch so sehr auseinanderklaffen:[53] Kultur als immer neu zu schaffende, sich ständig

[50] Weber (1973), S. 154.
[51] Ebd., S. 50 ff.
[52] Schiller (1966), S. 105.
[53] Vgl. Simmel (1996), S. 385-416.

verändernde gesellschaftliche Sinnkonstruktion ist immer ein Interaktions-, Kommunikations- und Kooperationsprodukt. In ihren wertvollsten Erscheinungsformen stiftet sie eine Weltfrömmigkeit des Humanen, in der konkrete Kulturen die Menschenrechte als Sicherung der Menschenwürde artikulieren, und die Einhaltung der Menschenrechte Kultur garantiert. Durch diese Weltfrömmigkeit wird der Tod nicht sinnvoller, wohl aber das Leben.

Literatur

1. Baudrillard (1991): Jean Baudrillard, Der symbolische Tausch und der Tod, München 1991
2. Bauman (1994): Zygmunt Bauman, Tod, Unsterblichkeit und andere Lebensstrategien, Frankfurt a. M. 1994
3. Berger/Luckmann (1970): Peter L. Berger, Thomas Luckmann, Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit, Frankfurt a. M. 1970 (Originalausgabe 1966)
4. Borst (1988): Arno Borst, Drei mittelalterliche Sterbefälle, in: ders., Barbaren, Ketzer und Artisten. Welten des Mittelalters, München 1988, S. 567-598
5. Ebertz (1993): Michael N. Ebertz, Die Zivilisierung Gottes und die Deinstitutionalisierung der „Gnadenanstalt". Befunde einer Analyse von eschatologischen Predigten, in: Jörg Bergmann, Alois Hahn, Thomas Luckmann (Hrsg), Religion und Kultur, Opladen 1993, S. 92-125 (= Sonderheft 33 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie)
6. Eliade (1993): Mircea Eliade, Geschichte der religiösen Ideen, Band 1, Von der Steinzeit bis zu den Mysterien von Eleusis, Freiburg, Basel, Wien 1993 (Originalausgabe 1976)
7. Feldmann/Fuchs-Heinritz (1995): K[ ] Feldmann, Werner Fuchs-Heinritz (Hrsg.), Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Beiträge zur Soziologie des Todes, Frankfurt a. M. 1995
8. Frazer (1931-1936): James George Frazer, The Fear of the Dead in Primitive Religion, 3 Bde, London 1931-1936
9. Frazer (1977): James George Frazer, Der goldene Zweig. Eine Studie über Magie und Religion, Bd. I und II, Frankfurt a. M. 1977 (Originalausgabe 1890-1915)
10. Gennep (1986), Arnold van Gennep, Übergangsriten, Frankfurt a. M., New York 1986 (Originalausgabe 1908)
11. Giddens (1991): Anthony Giddens, Modernity and Self-Identity, London 1991
12. Hahn (1982): Alois Hahn, Zur Soziologie der Beichte und anderer Formen institutionalisierter Bekenntnisse: Selbstthematisierung und Zivilisationsprozess, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 34 (1982), S. 408-434
13. Hahn (1991): Alois Hahn, Rezension zu Nassehi und Weber, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 43 (1991), 1, S. 162-164
14. Hahn (1996): Alois Hahn, Unendliches Ende. Höllenvorstellungen in soziologischer Perspektive, in: Karlheinz Stierle, Rainer Warning (Hrsg.), Das Ende. Figuren einer Denkform. Poetik und Hermeneutik XVI, München 1996, S. 155-182

15. Heidegger (1960): Martin Heidegger, Sein und Zeit, Tübingen 1960 (Originalausgabe 1927)
16. Hirschberg (1965): W[ ] Hirschberg (Hrsg.), „Wörterbuch der Völkerkunde", Stuttgart 1965, S. 205
17. Kant (1968): Immanuel Kant, Kritik der praktischen Vernunft, in: ders., Werke in zehn Bänden, hrsg. v. Wilhelm Weischedel, Bd. 6, Darmstadt 1968 (Originalausgabe 1788)
18. Kierkegaard (1959): Søren Kierkegaard, Die Krankheit zum Tode. Furcht und Zittern, Frankfurt a. M. 1959 (Originalausgabe 1849)
19. Knoblauch/Schnettler/Soeffner (1999): Hubert Knoblauch, Bernt Schnettler, Hans-Georg Soeffner, Die Sinnprovinz des Jenseits und die Kultivierung des Todes, in: Hubert Knoblauch, Hans-Georg Soeffner (Hrsg.), Todesnähe. Interdisziplinäre Zugänge zu einem außergewöhnlichen Phänomen, Konstanz 1999, S. 271-292
20. Marris (1958): P[ ] Marris, Widows and their Families, London 1958
21. Montaigne (1984): Michel de Montaigne, Essais, übersetzt v. Herbert Lüthy, Zürich 1984
22. Müller (1997): Klaus Müller, Schamanismus. Heiler – Geister – Rituale, München 1997
23. Nassehi/Weber (1989): Armin Nassehi, Georg Weber, Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängungen, Opladen 1989
24. Schiller (1966), Friedrich Schiller, Die Räuber, in: ders., Werke. Erster Band, hrsg. v. Herbert Kraft, Frankfurt a. M. 1966 (Originalausgabe 1781)
25. Schmied/Knoblauch/Schnettler (1999): Ina Schmied, Hubert Knoblauch, Bernt Schnettler, Todesnäheerfahrungen in Ost- und Westdeutschland. Eine empirische Untersuchung, in: Hubert Knoblauch, Hans-Georg Soeffner (Hrsg.), Todesnähe. Interdisziplinäre Zugänge zu einem außergewöhnlichen Phänomen, Konstanz 1999, S. 217-250
26. Simmel (1912): Georg Simmel, Die Religion, Frankfurt a. M. 1912
27. Simmel (1957): Georg Simmel, Zur Metaphysik des Todes, in: ders., Brücke und Tür. Essays des Philosophen zur Geschichte, Religion, Kunst und Gesellschaft. Im Verein mit Margarete Susmann herausgegeben von Michael Landmann, Stuttgart 1957 (Originalausgabe 1910), S. 31
28. Simmel (1996): Georg Simmel, Der Begriff und die Tragödie der Kultur, in: ders., Hauptprobleme der Philosophie. Philosophische Kultur, Frankfurt a. M. 1996 (Originalausgabe 1918), S. 385-416
29. Soeffner (1974): Hans-Georg Soeffner, Der geplante Mythos. Untersuchung zur Struktur und Wirkungsbedingung der Utopie, Hamburg 1974
30. Soeffner (1992), Hans-Georg Soeffner, Luther – Der Weg von der Kollektivität des Glaubens zu einem lutherisch-protestantischen Individualitätstypus, in: ders., Die Ordnung der Rituale, Frankfurt a. M. 1992, S. 20-75
31. Soeffner (2000): Hans-Georg Soeffner, Das Ebenbild in der Bilderwelt. Religiosität und die Religion, in: ders., Gesellschaft ohne Baldachin, Weilerswist 2000, S. 97-123

32. Von Tepl (1917): Johannes von Tepl, Der Ackermann aus Böhmen, hrsg. v. Alois Berndt und Konrad Burdach, Berlin 1917 (= Vom Mittelalter zur Reformation. Forschungen zur Geschichte der deutschen Bildung, hrsg. v. Konrad Burdach, Bd. III, 2. Teil)
33. Weber (1973a): Max Weber, Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, hrsg. v. Johannes Winkelmann, Tübingen 1973
34. Weber (1973b): Max Weber, Der Sinn der „Wertfreiheit" der soziologischen und ökonomischen Wissenschaften (Originalausgabe 1917), in: ders., Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, hrsg. v. Johannes Winkelmann, Tübingen 1973, S. 489-540
35. Weber (1976): Max Weber, Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie, Tübingen [5]1976
36. Wohlrab-Sahr/Karstein/Schaumburg (2005): Monika Wohlrab-Sahr, Ute Karstein, Christine Schaumburg, „Ich würd' mir das offenlassen". Agnostische Spiritualität als Annäherung an die „große Transzendenz" eines Lebens nach dem Tode, Zeitschrift für Religionswissenschaft 13 (2005), S. 153-173

G. Auswahlbibliographie

Tod und toter Körper. Eine Auswahlbibliographie

Arnd T. May und Gereon Schäfer

1. J. S. Ach, M. Anderheiden, M. Quante, Ethik der Organtransplantation, Erlangen 2000
2. C. Ahrens, Öffentliche Leichnamssektion und Körperwelten im Lichte des zivilrechtlichen Persönlichkeitsschutzes – Neue Formen der Disposition über den Leichnam?, Gewerblicher Rechtsschutz und Urheberrecht 105 (2003), 10, S. 850-856
3. P. Ariès, Geschichte des Todes, München [5]1995
4. W. Artelt, Die ältesten Nachrichten über die Sektion menschlicher Leichen im Abendland, Berlin 1940
5. L. Aschoff, Über die Bedeutung der Leichenöffnungen und des Tierexperiments für die Volksgesundheit und die soziale Wohlfahrtspflege (Vortrag), Wissenschaft und werktätiges Volk (1926), S. 151-185
6. F. Bänzinger, T. Siegrist, Bewährungsprobe für den Kriminalisten. Der außergewöhnliche Todesfall als Gegenstand der Zusammenarbeit zwischen Arzt, Jurist und Ermittler, Kriminalistik 43 (1989), S. 252-255
7. H. Bankl, Der plötzliche Tod aus natürlicher Ursache, Johannes Paul I., in: ders., Viele Wege führten in die Ewigkeit. Schicksal und Ende außergewöhnlicher Persönlichkeiten, Wien 1990, S. 73-80
8. J. Baudrillard, Der symbolische Tausch und der Tod, München 1991
9. T. M. Bauer, D. Potratz, T. Göller et al., Qualitätskontrolle durch Autopsie. Wie häufig korrigiert der Obduktionsbefund die klinische Diagnose?, Deutsche Medizinische Wochenschrift 116 (1991), S. 801-807
10. Z. Bauman, Tod, Unsterblichkeit und andere Lebensstrategien, Frankfurt a. M. 1994
11. C. Bausewein, S. Roller, R. Voltz, Leitfaden Palliativmedizin, München 2004
12. I. B. Bayer-Garner, L. M. Fink, L. W. Lamps, Pathologists in a teaching institution assess the value of autopsy, Archives of Pathology and Laboratory Medicine 126 (2002), 4, p. 442-447
13. V. Becker, Die klinische Obduktion: Not und Notwendigkeit, Erlangen 1986
14. V. Becker, Wozu noch Obduktionen?, Deutsche Medizinische Wochenschrift 111 (1989), S. 1507-1510
15. V. Becker, Leiche, in: W. Korff, L. Beck, P. Mikat (Hrsg.), Lexikon der Bioethik, Bd. 2, Gütersloh 1998, S. 583 f.
16. V. Becker, S. Pollak, Obduktion, in: W. Korff, L. Beck, P. Mikat (Hrsg.), Lexikon der Bioethik, Bd. 2, Gütersloh 1998, S. 789-792
17. A. Bednarz, Den Tod überleben. Deuten und Handeln im Hinblick auf das Sterben eines anderen, Wiesbaden 2003
18. E. Benbow, Medical students' views on necropsies, Journal of Clinical Pathology 43 (1990), p. 969-976
19. E. Benbow, Ethics and necropsies, Journal of Clinical Pathology 46 (1993), p. 973

20. N. Berdyaev, Death and immortality, in: Death as a speculative theme in religious, scientific and social thought, Reprint, New York 1977, p. 317-337
21. Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Vorbereitung einer gesetzlichen Regelung der Transplantation und Sektion, Bonn 1976
22. Berliner Sektionsgesetz. Gesetz zur Reglung des Sektionswesens, 18. Juni 1996, Amtsblatt Berlin, 2129-2
23. E. Bertram, M. Schwaiger, Zur Bedeutung der Autopsie für die Qualitätssicherung in der Medizin aus der Sicht des Klinikers, Die Medizinische Welt 31 (1980), S. 1339-1341
24. A. Bettmann, Der Scheintod, Med. Diss. München 1839
25. U. Bleyl, Klinische Fehlbeurteilung im Spiegel des Auftrags der Pathologie, in: A. W. Bauer (Hrsg.), Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Theoretische Konzepte – Klinische Probleme – Ärztliches Handeln, Heidelberg 1998, S. 87-101
26. M. Blum, T. Nesseler (Hrsg.), Tabu Tod, Freiburg i. Br. 1997
27. K. Blumenthal-Barby, N. Stefenelli, Aussagen von Medizinstudentinnen und -studenten über ihre Beziehungen zum Leichnam und zu Leichenteilen, in: N. Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 607-611
28. F. Böckle, Pietät oder Nächstenliebe? Zur sittlichen Bewertung der medizinischen Obduktion (Editorial), Der Pathologe 4 (1983), 4, S. 1-2
29. F. Böckle, Ethische Probleme der Organtransplantation, Arzt und Christ 35 (1989), S. 150-157
30. G. Bogusch, R. Graf, T. Schnalke (Hrsg.), Auf Leben und Tod. Beiträge zur Diskussion um die Ausstellung „Körperwelten", Darmstadt 2003 (= Schriften aus dem Berliner Medizinhistorischen Museum, 2)
31. J. Bondeson, Lebendig begraben. Geschichte einer Urangst, Hamburg 2002
32. H. Bonfadelli, Ärzte werden heute in den Medien viel stärker hinterfragt als früher, Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte – VSAO Journal 7 (2000), S. 10-13
33. K. Bosch, Kritische Betrachtungen zur ärztlichen Leichenschau, Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 59 (1967), S. 200-205
34. B. Brinkmann, A. Du Chesne, Die Misere der ärztlichen Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland, Die Medizinische Welt 44 (1993), S. 697-701
35. B. Brinkmann, S. Banaschak, H. Bratzke et al., Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland, Ergebnisse einer multizentrischen Studie (I u. II), Archiv für Kriminologie 199 (1997), S. 41-52, 65-74
36. B. Brinkmann, A. Du Chesne, B. Vennemann, Aktuelle Daten zur Obduktionsrate in Deutschland, Deutsche Medizinische Wochenschrift 127 (2002), S. 1-6
37. G. Brudermüller, M. E. Harck, P. W. Lücker (Hrsg.), Forschung am Menschen, Würzburg 2005
38. C. M. Brugger, H. Kühn, Sektion der menschlichen Leiche. Zur Entwicklung des Obduktionswesens aus medizinischer und rechtlicher Sicht, Stuttgart 1979

39. P. Brunner, A. Schilling, Zur Epidemiologie der Sektionsverweigerung, Der Pathologe 5 (1984), S. 235-237
40. A. Crusius, M. Dietel, W. Eisenmenger, D. Groß et al., Stellungnahme zur „Autopsie" vom 26.08.2005. Kurzfassung, Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), S. A3537-A3545 – Langfassung, www.baek.de/downloads/AutLang.pdf [01.06.2007]
41. R. Dettmeyer, B. Madea, Obduktionen. Unsichere und uneinheitliche Rechtslage, Deutsches Ärzteblatt 99 (2002), 36, S. A2311-A2314
42. Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht, Einbecker Empfehlungen zu Rechtsfragen der Obduktion, Medizinrecht 9 (1991), S. 76
43. K. J. Devers, The changing role of the autopsy. A social environmental perspective, Human Pathology 21 (1990), p. 145-153
44. I. Diamond, New approach needed to revive autopsy (Editorial), Archives of Pathology and Laboratory Medicine 120 (1996), p. 713
45. M. Dietel, Predictive molecular pathology and the development of targeted therapy, in: T. Ochiai, H. Shimada, M. Tagawa (Hrsg.), Gene Therapy 2007, Tokyo 2007, p. 66-76
46. M. B. Dietel, Die Weiterverwendung von behandlungsbedingt Gewonnenem, Aachen 2006
47. O. Döhner, Krankheitsbegriff, Gesundheitsverhalten und Einstellung zum Tod im 16. bis 18. Jahrhundert. Eine historisch-medizinsoziologische Untersuchung anhand von gedruckten Leichenpredigten, Frankfurt a. M., Bern, New York 1986
48. W. Doerr, Geleitwort, in: C. M. Brugger, H. Kühn, Sektion der menschlichen Leiche. Zur Entwicklung des Obduktionswesens aus medizinischer und rechtlicher Sicht, Stuttgart 1979, S. VII-VIII
49. M. Drews, „Ich bin oft ratlos." Über die Schwierigkeiten eines Arztes für Allgemeinmedizin beim Ausstellen eines Leichenschau-Scheins, Kriminalistik 41 (1987), S. 585-586
50. R. van Dülmen (Hrsg.), Entdeckung des Ich. Die Geschichte der Individualisierung vom Mittelalter bis zur Gegenwart, Köln 2001
51. J. Dufková, Rechtsfragen zur Durchführung von Verwaltungs- und klinischen Sektionen sowie Organentnahmen Verstorbener zu Transplantationszwecken bei entgegenstehendem Willen der Angehörigen, Hessisches Ärzteblatt 8 (1994), S. 232-234
52. J. Dufková, Die Zulässigkeit und Strafbarkeit der Organentnahme zu Transplantationszwecken im Vergleich zu klinischen Sektion, Medizinrecht 16 (1998), 7, S. 304-308
53. H. Ebeling (Hrsg.), Der Tod in der Moderne, Königstein 1979
54. M. Eberlein-Gonska, G. B. Baretton, Pathologie und Qualitätsmanagement – verwandte Seelen?! (Editorial), Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 98 (2004), S. 713 f.
55. W. U. Eckart, Neugierde ist stärker als alle Tabus. Die umstrittene Ausstellung „Körperwelten" von Günther von Hagens, Rhein-Neckar-Zeitung (1997), 270 vom 22./23.11., S. 22

56. A. P. F. Ehlers, Die Sektion zwischen individuell erklärter Einwilligung und Allgemeinen Geschäftsbedingungen in Krankenhausaufnahmeverträgen, Medizinrecht 9 (1991), 5, S. 227-230
57. Eine egoistische Gesellschaft? Leben zwischen Individualismus und Solidarität, Frankfurt a. M. 2004
58. Ein traditionsreiches Fach stellt sich neuen Herausforderungen. Interview mit Werner Schlake, Vorsitzender des Berufsverbands Deutscher Pathologen e.V., Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 98 (2004), S. 721-723
59. W. Eisenmenger, Probleme der retrospektiven Aufarbeitung letaler Krankheitsverläufe, in: B. Madea, U. J. Winter, M. Schwonzen et al. (Hrsg), Innere Medizin und Recht. Konfrontation – Kommunikation – Kooperation, Berlin 1996, S. 306-310
60. W. Eisenmenger, P. Betz, Die unendliche Geschichte, Münchner Medizinische Wochenschrift 136 (1994), S. 77-79
61. N. Elias, Über die Einsamkeit des Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt a. M. 1982
62. Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, Zwischenbericht Patientenverfügungen. Kurzfassung, Berlin 2004
63. Entwurf eines Gesetzes über Eingriffe an Verstorbenen zu Transplantationszwecken (Transplantationsgesetz), Bundesrats-Drucksache 395/78 v. 29.09.1978
64. A. Esser, Eine Ethik für Endliche. Kants Tugendlehre in der Gegenwart, Stuttgart 2004
65. E. Fink, Metaphysik und Tod, Stuttgart 1969
66. E. Fischer, Begegnungen mit Toten. Aus den Erinnerungen eines Anatomen, Freiburg i. Br. 1959
67. Fleddern an Omi, Der Spiegel (1993), 51, S. 9-12
68. S. Fluri, J.-O. Gebbers, Glanz, Sinn (und Elend?) der Autopsie, Schweizerisches Medizin-Forum 4 (2002), S. 79-83
69. B. Forster, H. G. Koch, Sektion, in: A. Eser, M. von Lutterotti, P. Sporken (Hrsg.), Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Darf die Medizin, was sie kann? Information und Orientierung, Freiburg i. Br. 1992, Sp. 1011-1021
70. J. G. Frazer, The Fear of the Dead in Primitive Religion, 3 Bde, London 1931-1936
71. J. Friemann, Obduktionsfrequenz fast auf Null-Linie, Gesellschaftspolitische Kommentare 43 (2002), Sonder-Nr. 3 (Pathologie), S. 10-12
72. P. Fritz, H. D. Wehner, Sinkende Obduktionszahlen – nur ein Problem der Kliniker?, unveröffentliches Typoskript 2005
73. W. Fuchs, Todesbilder in der modernen Gesellschaft, Frankfurt a. M. 1969
74. K. Gabriel, Religiöse Individualisierung oder Säkularisierung. Biographie und Gruppe als Bezugspunkte moderner Religiösität, Gütersloh 1996
75. J. Gaedke, J. Diefenbach, Handbuch des Friedhofs- und Bestattungsrechts, [8]2000
76. P. Gehring, Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens, Frankfurt a. M., New York 2006
77. P. Gehring, M. Rölli, M. Saborowski (Hrsg.), Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute, Darmstadt 2007

78. P. Geiger, „Leiche“, in: H. Bächtold-Stäubli (Hrsg.), Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens, Abteilung I, Aberglaube, Bd. V, Berlin, Leipzig 1932/33, Sp. 1024-1060
79. P. Geiger, „Leichenschändung“, in: H. Bächtold-Stäubli (Hrsg.), Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens, Abteilung I, Aberglaube, Bd. V, Berlin, Leipzig 1932/33, Sp. 1093-1094
80. P. Genkova, Individualismus/Kollektivismus und hilfreiches Verhalten. Interkultureller Vergleich zwischen Bulgarien und Deutschland, Frankfurt a. M. 2003
81. Geplündert ins Grab, Der Spiegel (1993), 49, S. 68-81
82. T. Gerst, Medizinische Obduktion. Aufklärung tut not, Deutsches Ärzteblatt 96 (1999), 51/52, S. A3281 f.
83. H. Geser, Virtuelle Gedenkstätten im World Wide Web, in: Stapferhaus Lenzburg (Hrsg.), Last Minute, Baden 1999, S. 228-239
84. B. Glaser, A. Straus, Awareness of Dying, Chicago 1965
85. G. Göckenjan, S. Dreßke, Wandlungen des Sterbens im Krankenhaus und die Konflikte zwischen Krankenrolle und Sterberolle, Österreichische Zeitschrift für Soziologie 27 (2002), S. 80-96
86. G. Gorer, Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain, New York 1965
87. J. Grede, „Plötzlich und unerwartet ...“ Eine schlimme Fehldiagnose oder: Wie verläßlich ist die ärztliche Leichenschau, Kriminalistik 41 (1987), S. 580-584
88. U. Grolik, Leichenschau und Leichenöffnung in rechtsvergleichender Sicht im deutschen Sprachraum, med. Diss. Köln 1995
89. D. Groß, Die Entstehung und Entwicklung der Leichenschau in Württemberg im Spiegel zeitgenössischer Quellen, Sudhoffs Archiv 81 (1997), S. 39-61
90. D. Groß, Die Behandlung des Scheintods in der Medizinalgesetzgebung des Königreichs Württemberg, Würzburger Medizinhistorische Mitteilungen 16 (1997), S. 15-33
91. D. Groß, Sektionen in Deutschland. Historische Wurzeln, gegenwärtiger Stellenwert und aktuelle ethische Probleme [The practise of autopsies in Germany. Historical roots, present role and ethical implications], Ethik in der Medizin 11 (1999), 3, S. 169-181
92. D. Groß, Rezente Mängel der Leichenschau und ihre historischen Ursachen. Eine medizinhistorische Analyse, Internationale Zeitschrift für Geschichte und Ethik der Naturwissenschaften, Technik und Medizin 8 (2000), 2, S. 103-115
93. D. Groß, Individualethik versus Sozialethik. Zu den Vorbehalten gegenüber der äußeren und inneren Leichenschau, in: D. Groß (Hrsg.), Zwischen Theorie und Praxis. Traditionelle und aktuelle Fragen zur Ethik in der Medizin, Würzburg 2000, S. 65-89
94. D. Groß, Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau in historischer und ethischer Sicht, Würzburg 2002
95. D. Groß, J. Steinmetzer, Obduktion, in: B. von Jagow, F. Steger (Hrsg.), Literatur und Medizin im europäischen Kontext. Ein Lexikon, Göttingen 2005, Sp. 577-581

96. K. Händel, Leichenschau und gerichtliche Leichenöffnung aus der Sicht der Rechtspflege, Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 62 (1968), S. 80-83.
97. G. von Hagens, Gruselleichen, Gestaltplastinate und Bestattungszwang, in: F. J. Wetz, B. Tag (Hrsg.), Schöne neue Körperwelten. Der Streit um die Ausstellung, Stuttgart 2001, S. 40-84
98. A. Hahn, Tod, Sterben und der Glaube an ein Weiterleben in soziologischer Sicht, Sozialwissenschaftliche Informationen 29 (2000), 2, S. 75-87
99. B. Hefer, M. Wenning, Bestattungsgesetz NRW, Rheinisches Ärzteblatt (2006), 7, S. 18-20
100. B. Hefer, M. Wenning, Todesbescheinigung NRW, Rheinisches Ärzteblatt (2006), 8, S. 18-20
101. B. Hefer, M. Wenning, Liquidation der Leichenschau nach GOÄ, Rheinisches Ärzteblatt (2006), 9, S. 15-18
102. K. Higgins, Death and the Skeleton, in: J. Malpas, R. C. Solomon (Hrsg.), Death and Philosophy, London, New York 2004, p. 39-49
103. R. B. Hill, R. E. Anderson, The evolving purposes of the autopsy. Twenty-first-century values from an eighteenth-century procedure, Perspectives in Biology and Medicine 32 (1989) p. 223-233
104. H. Hinas, Zwischen Nichts und Ewigkeit, Göttingen 1987
105. J. Hoff, J. in der Schmitten (Hrsg.), Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium, Berlin 1994
106. H. R. Hoffmann, Die klinische Leichenöffnung als rechtliche und ärztlich-ethische Frage, Öffentlicher Gesundheitsdienst 12 (1950/51), S. 20-29
107. A. E. Imhof, Die Lebenszeit. Vom aufgeschobenen Tod und von der Kunst des Lebens, München 1988
108. F. A. Graf von Ingelheim, Zur geschichtlichen Entwicklung der ärztlichen Leichenschaubestimmungen in Deutschland, Med. Diss. Marburg 1981
109. V. Jankelevitch, Der Tod, Frankfurt a. M. 2005
110. J. Jessen, R. Voigt, Bibliographie der Autobiographien, Bd. 4: Deutsche Ärzte, München 1996
111. J. C. Joerden, Menschenleben. Ethische Grund- und Grenzfragen des Medizinrechts, Stuttgart 2003
112. K.-P. Jörns, Organtransplantation. Eine Anfrage an unser Verständnis von Sterben, Tod und Auferstehung, Berliner Theologische Zeitschrift 9 (1992), S. 15-39
113. S. Kalupner, Die Grenzen der Individualisierung. Handlungstheoretische Grundlagen einer Zeitdiagnose, Frankfurt a. M. 2003
114. F. Kambartel, Über die Gelassenheit. Zum vernünftigen Umgang mit dem Unverfügbaren, in: ders., Philosophie der humanen Welt, Frankfurt a. M. 1989, S. 90-99
115. Katechismus der Katholischen Kirche, München 1993
116. P. Keller, Probleme der Organtransplantation, Zeitschrift für Evangelische Ethik 23 (1979), S. 144-154
117. S. Kierkegaard, An einem Grabe, in: ders., Erbauliche Reden 1843-44, Band II, Düsseldorf 1952, S. 173-205

118. S. Kierkegaard, Die Krankheit zum Tode. Furcht und Zittern, Frankfurt a. M. 1959 (Originalausgabe 1849)
119. U. Kim, Individualism and collectivism. Theory, methods and applications, Thousand Oaks 1995
120. T. Kimpel, Über Leichenschau und Leichenöffnung, Archiv für Kriminologie 179 (1988), S. 45-56
121. S. Knell, Endliche Lebenszeit. Evaluative und begriffliche Überlegungen, in: T. Rentsch (Hrsg.), Die Einheit der Vernunft, Paderborn 2005
122. H. Knoblauch, Berichte aus dem Jenseits, Freiburg 1999
123. H. Knoblauch, Fokussierte Ethnographie, Sozialer Sinn 1 (2001), S. 123-141
124. H. Knoblauch, B. Schnettler, H.-G. Soeffner, Die Sinnprovinz des Jenseits und die Kultivierung des Todes, in: H. Knoblauch und H.-G. Soeffner (Hrsg.), Todesnähe. Interdisziplinäre Beiträge zu einem außergewöhnlichen Phänomen, Konstanz 1999, S. 271-292
125. H. Knoblauch, A. Zingerle (Hrsg.), Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens, Berlin 2005
126. U. H. J. Körtner, G. Virt, Die Lebenden und die Toten, Ethische Gesichtspunkte des Umgangs mit dem Leichnam, Zeitschrift für Medizinische Ethik 45 (1999), S. 33-43
127. E. Koops, Obduktions- und Transplantationsrecht in der bisherigen Bundesrepublik Deutschland, in: M. Oehmichen, W. Klose, R. Wegener (Hrsg.), Rechtsmedizin in Deutschland – Ost und West, Lübeck 1991, S. 69-75
128. C. Kopetzki, Der menschliche Leichnam im privaten und öffentlichen Recht Österreichs und der BRD, in: N. Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 862-872
129. B. Kretschmer, Der Grab- und Leichenfrevel als strafwürdige Missetat, Baden-Baden 2002
130. Kreuze im Totenschein, Der Spiegel (1993), 43, S. 102-105
131. P. Krietsch, M. Dietel, Pathologisch-Anatomisches Cabinet. Vom Virchow-Museum zum Berliner Medizinhistorischen Museum in der Charité, Berlin 1996
132. E. Kübler-Ross, On Death and Dying, New York 1969
133. K. Lammer, Den Tod begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung, Neukirchen-Vluyn ^{4}2003
134. K. Lammer, Trauer verstehen. Formen – Erklärungen – Hilfen, Neukirchen-Vluyn 2004
135. P. L. Landsberg, Die Erfahrung des Todes, Frankfurt a. M. 1973
136. E. E. Lau, Tod im Krankenhaus, Soziologische Aspekte des Sterbens in Institutionen, Köln 1975
137. A. Lugli, M. Anabitare, J. H. Beer, Effect of simple interventions on necropsy rate when active informed consent is required, The Lancet 354 (1999), p. 1391
138. G. D. Lundberg, Attitudes toward autopsy and organ donation in Sweden and the United States, Journal of the American Medical Association (1994), p. 317
139. H. Luther, Tod und Praxis. Die Toten als Herausforderung kirchlichen Handelns. Eine Rede, Zeitschrift für Theologie und Kirche 88 (1991), S. 407-426

140. B. Madea, Aufgaben und Bedeutung der Leichenschau, Fortschritte der Medizin 113 (1995), S. 189-191, 227-229, 247-249, 265 f.
141. B. Madea (Hrsg), Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen – Praktische Durchführung – Problemlösungen, Berlin 1999
142. A.-H. Maehle, „Ob es auch anatomische Belustigungen gäbe". Ein Disput über die Ästhetik der Leichenpräparation im 18. Jahrhundert, Würzburger Medizinhistorische Mitteilungen 6 (1988), S. 89-109
143. A. Manzai, Hirntod, Herztod, ganz tot? Von der Macht der Medizin und der Bedeutung der Sterblichkeit für das Leben, Frankfurt 2000
144. W. Mattig, Die ärztliche Leichenschau in Recht und Ethik, in: J. C. Joerden (Hrsg.), Der Mensch und seine Behandlung in der Medizin. Bloß ein Mittel zum Zweck?, Berlin 1999, S. 317-326
145. S. J. McPhee, Maximizing the benefits of autopsy for clinicians and families. What needs to be done, Archives of Pathology and Laboratory Medicine 120 (1996), p. 743-748
146. Medizin. Im Grenzland des Todes, Der Spiegel (1997), 10, S. 228-239
147. A. Mende, Einstellung zur Sektion im Kontext persönlicher Vorstellungen von Sterben und Tod. Eine Befragung von Studenten der Medizin im vorklinischen und klinischen Abschnitt sowie Studenten der Rechtswissenschaft, Soziologie und Zahnmedizin, Med. Diss. Leipzig 1999
148. A. Mende, W. Laubach, Th. Friedrich, Einstellungen zur Sektion bei Studierenden der Medizin, Soziologie und Rechtswissenschaften, Deutsche Medizinische Wochenschrift 126 (2001), S. 1191-1196
149. D. Metter, Ärztliche Leichenschau und Dunkelziffer bei unnatürlichen Todesfällen, Kriminalistik 32 (1978), S. 155-157
150. H. Moch, W. Wegmann, M. J. Mihatsch, Autopsie und moderne Medizin, Praxis – Schweizerische Rundschau für Medizin 88 (1999), S. 861-867
151. D. Modelmog, Todesursachen sowie Häufigkeit pathologisch-anatomischer Befundkomplexe und Diagnosen einer mittelgroßen Stadt bei fast 100-prozentiger Obduktionsquote: eine Obduktionsanalyse unter Einbeziehung histologischer Untersuchungen zum gegenwärtigen Stellenwert der Pathologie (Görlitzer Studie 1986/87), Egelsbach 1993
152. D. Modelmog, S. Rahlenbeck, D. Trichopoulos, Accuracy of death certificates. A population-based, complete-coverage, one-year autopsy study in East Germany, Cancer Causes & Control 3 (1992), 6, p. 541-546
153. K. D. Mörike, Geschichte der Tübinger Anatomie, Tübingen 1988, S. 143-152
154. H. J. Mohr, Medizinische und legislatorische Probleme der inneren Leichenschau, Der Pathologe 2 (1981), S. 134-143
155. W. Müller, N. Bocter, Beitrag zur Abschätzung der Aussagekraft der amtlichen Todesursachenstatistik. Eine empirische Untersuchung zur Verbesserung der Validität, Stuttgart 1990
156. T. Nagel, Death, in: ders., Moral Questions, Cambridge 1979, S. 1-10
157. A. Nassehi, S. Brüggen, I. Saake, Beratung zum Tode. Eine neue ars moriendi?, Berliner Journal für Soziologie 12 (2002), 1, S. 63-85

158. A. Nassehi, I. Saake, Kontexturen des Todes. Eine Neubestimmung soziologischer Thanatologie, in: H. Knoblauch, A. Zingerle (Hrsg.), Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens, Berlin 2005, S. 32-54
159. National Conference of Commissioners on Uniform State Laws, Anatomical gift act. Approved by the American Bar Association at its meeting at Philadelphia, Pennsylvania 07.08.1968, Chicago 1968
160. J.-Y. Nau, Necropsies in France, The Lancet 343 (1994), p. 785
161. „Nicht immer ein Beil im Kopf", Stern, 29.12.1987, S. 121
162. Obduktionen – Teil der Qualitätssicherung in der Medizin. Welches Maß ist erforderlich?, Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin (2000), 5, S. 37 f.
163. M. Oehmichen, W. Klose, R. Wegener (Hrsg.), Rechtsmedizin in Deutschland – Ost und West, Lübeck 1991
164. S. O'Grady, Death of the teaching autopsy, British Medical Journal 327 (2003), p. 802 f.
165. Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD, Bonn 1990 (= Gemeinsame Texte, 1)
166. J. Pantel, Die Institutionalisierung der Pathologischen Anatomie an den deutschsprachigen Universitäten im 19. Jahrhundert. Von der Idee einer naturwissenschaftlichen Medizin zur Gestalt eines neuen Faches, Med. Diss. Heidelberg 1989
167. D. Parkinson, Autopsies, Surgical Neurology 52 (1999), p. 100-102
168. M. Patschek, Die Entwicklung der Leichenschau in Deutschland, Med. Diss. Marburg 1938
169. E. D. Pellegrino, Some ethical reflections on the obligation of pathologists, hospitals, families and society, Archives of Pathology and Laboratory Medicine 120 (1996), p. 739-742
170. D. W. Penner, Cost effectiveness of the autopsy in maintaining and improving the standard of patient care, American Journal of Clinical Pathology 69 (1978), p. 250-252
171. C. N. Petri, Decrease in the frequency of autopsies in Denmark after the introduction of a new autopsy act, Quality Assurance in Health Care 5 (1993), 4, p. 315-318
172. T. Peuker, C. Schulz, Der über Leichen geht. Gunther von Hagens und seine „Körperwelten", Berlin 2004
173. R. Pichlmayr, M. Honecker, G. Wolfslast, Organtransplantation, in: A. Eser, M. von Lutterotti, P. Sporken (Hrsg.), Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Darf die Medizin, was sie kann? Information und Orientierung, Freiburg i. Br. 1992, Sp. 758-774
174. C.-R. Prüll, Aus der Geschichte der pathologisch-anatomischen Sektion, in: N. Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 569-579
175. C.-R. Prüll, Die Sektion in Ländern mit erforderlicher Zustimmung Hinterbliebener. Das Beispiel Deutschland, in: N. Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 584-595

176. C.-R. Prüll, Der Umgang mit der menschlichen Leiche. Die historische Perspektive, in: H.-K. Wellmer, G. Bockenheimer-Lucius (Hrsg.), Zum Umgang mit der Leiche in der Medizin, Lübeck 2000, S. 59-69
177. R. V. Putz, Der Leichnam in der Anatomie, Zeitschrift für medizinische Ethik 45 (1999), S. 27-32
178. R. Rabl, Wertung der Sektionen im Wandel der Zeiten. Eine kulturgeschichtliche Betrachtung, Virchows Archiv für Pathologische Anatomie 321 (1952), S. 142-162
179. R. Richardson, Death, Dissection, and the Destitute, London u. a. 1989
180. S. Rixen, Lebensschutz am Lebensende. Das Grundrecht auf Leben und die Hirntodkonzeption, Berlin 1999
181. J. F. Rosenberg, Thinking Clearly about Death, Englewood Cliffs 1983
182. S. Rosenbaum, How to be Dead and Not Care. A Defense of Epiricus, in: J. Donnelly (Hrsg.), Language, Metaphysics and Death, New York 1994
183. M. Sanner, Attitudes towards organ donation and transplantation. A model for understanding reactions to medical procedures after death, Social Science & Medicine 38 (1994), p. 1141-1152
184. P. Saukko, Medicolegal investigative system and sudden death in Scandinavia, Nippon Hoigaku Zasshi 49 (1995), p. 458-465
185. T. Schlich, Transplantation. Geschichte, Medizin, Ethik der Organverpflanzung, München 1998
186. T. Schlich, C. Wiesemann (Hrsg.), Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung, Frankfurt a. M. 2001
187. S. Schmidt, Consent for autopsies, Journal of the American Medical Association 250 (1983), p. 1161-1164
188. G. Schmied, Das Schlagwort vom verdrängten Tod. Zu einem Fehlurteil über die Moderne, Universitas 4 (1991), S. 328-338
189. I. Schmied, H. Knoblauch, B. Schnettler, Todesnäheerfahrungen in Ost- und Westdeutschland. Eine empirische Untersuchung, in: H. Knoblauch, H.-G. Soeffner (Hrsg.), Todesnähe. Interdisziplinäre Zugänge zu einem außergewöhnlichen Phänomen, Konstanz 1999, S. 217-250
190. T. Schnalke, Veröffentlichte Körperwelten. Möglichkeiten und Grenzen einer Medizin im Museum, Zeitschrift für Medizinische Ethik 45 (1999), S. 15-26
191. A. R. Schned, R. P. Mogielnicki, M. E. Stauffer, A comprehensive quality assessment program on the autopsy service, American Journal of Clinical Pathology 86 (1986), p. 133-138
192. G. Schneider, Über den Anblick des eröffneten Leichnams, in: R. Winau, H. P. Rosemeier (Hrsg.), Tod und Sterben, Berlin, New York 1984, S. 188-201
193. W. Schneider, „So tot wie nötig – so lebendig wie möglich!“ Sterben und Tod in der fortgeschrittenen Moderne. Eine Diskursanalyse der öffentlichen Diskussion um den Hirntod in Deutschland, Münster 1999
194. E. Schockenhoff, Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriss, Mainz 1993
195. E. Schockenhoff, Vom Leben vor und nach dem Tod. Wie reagiert die Theologie auf die Herausforderungen von Naturwissenschaft und Medizin?, in: M. Blum, T. Nesseler (Hrsg.), Tabu Tod, Freiburg i. Br. 1997, S. 69-85

196. H. Schott, Der Leichnam in medizinhistorischer Sicht, Zeitschrift für Medizinische Ethik 45 (1999), S. 3-14
197. M. Schroer, Moderne Gesellschaft und Individualisierung, Hagen ³2004
198. H. Schünemann, Die Rechte am menschlichen Körper, Frankfurt a. M. 1985
199. B. N. Schumacher, Der Tod in der Philosophie der Gegenwart, Darmstadt 2004
200. E.-W. Schwarze, J. Pawlitschko, Autopsie in Deutschland, Deutsches Ärzteblatt 100 (2003), 43, S. A2802-A2808
201. W. Schwerd, Kritische Bemerkungen zur Leichenschau, Bundesgesundheitsblatt 8 (1965), S. 365-368
202. K. G. Shojania, E. C. Burton, K. M. McDonald, Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time. A systematic review, Journal of the American Medical Association 289 (2003), p. 2849-2856
203. H. J. Smith, Slow death of autopsy, Human Pathology 15 (1984), p. 198 f.
204. O. Solbrig, Leichen- und Leichenbestattungswesen, in: H. Fielitz, E. Margulies, K. Dörner et al., Krankenhauswesen, Bäder und Kurorte, Irrenwesen, Leichenwesen, Berlin 1928, S. 154-232
205. W. Spann, Der Ermittler als Anwalt des Verstorbenen. Leichenschau und polizeiliche Nachforschungen, Kriminalistik 41 (1987), S. 586-588 und 606-608
206. N. Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998
207. N. Stefenelli, A. Kugi, U. Wintersperger et al., Auswirkungen der Begegnung von Medizinstudenten und Krankenhausärzten mit dem menschlichen Leichnam, Der Pathologe 14 (1993), S. 341-345
208. M. H. Stellpflug, Der strafrechtliche Schutz des menschlichen Leichnams, Frankfurt a. M. 1996
209. B. Stentenbach, Der strafrechtliche Schutz der Leiche, Diss. Köln 1992
210. G. Stockinger, „Lotsen der Therapie", Der Spiegel (1997), 46, S. 208-212
211. I. Stoessel, Scheintod und Todesangst. Äußerungsformen der Angst in ihren geschichtlichen Wandlungen (17. und 20. Jahrhundert), Köln 1983 (= Kölner medizinhistorische Beiträge, 39)
212. P. Stosiek, Aktuelle Bedeutung der klinischen Autopsie, Ärzteblatt Sachsen (2002), 2, S. 52-55
213. H. W. Strätz, Zivilrechtliche Aspekte der Rechtsstellung des Toten unter besonderer Berücksichtigung der Transplantationen, Paderborn 1971
214. H. W. Strätz, „Bestattung", in: W. Korff, L. Beck, P. Mikat (Hrsg.), Lexikon der Bioethik, Bd. 1, Gütersloh 1998, S. 338-341
215. U. Streckeisen, Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie, Opladen 2001
216. B. Stricker, Wandel des Arztbildes in der Öffentlichkeit. Fiktion oder Realität?, VSAO-Journal 7 (2000), S. 4-9
217. K. Stukenbrock, „Der zerstückelte Cörper". Zur Sozialgeschichte der anatomischen Sektion in der frühen Neuzeit (1650-1800), Stuttgart 2001 (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, 16)

218. D. Sudnow, Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung, Frankfurt a. M. 1973
219. B. Tag, Zum Umgang mit der Leiche. Rechtliche Aspekte der dauernden Konservierung menschlicher Körper- und Körperteile durch die Plastination, Medizinrecht 16 (1998), 9, S. 387-394
220. B. Tag, Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis. Eine arztstrafrechtliche Untersuchung, Berlin 2000
221. B. Tag, Gedanken zur Zulässigkeit von Sektionen, in: B.-R. Kern, E. Wadle, K.-P. Schroeder (Hrsg.), Humaniora. Medizin – Recht – Geschichte, Festschrift Adolf Laufs, Berlin 2006, S. 1079-1105
222. J. Taupitz, Das Recht im Tod. Freie Verfügbarkeit der Leiche? Rechtliche und ethische Probleme der Nutzung des Körpers Verstorbener, Dortmund 1996
223. J. Taupitz, Um Leben und Tod. Die Diskussion um ein Transplantationsgesetz, Juristische Schulung (1997), 3, S. 203-208
224. K. Teige, D. Gerlach, ‚Scheintod' oder nur auf dem Schein tot?, Medizinische Welt 49 (1975) S. 167-169
225. H. Thomsen, G. Schewe, Ärztliche Leichenschau. Probleme im ärztlichen Bereich, bei Ermittlungsbehörden und bei landesrechtlichen Regelungen, Archiv für Kriminologie 193 (1993), S. 79-89
226. E. Trube-Becker, Leichenschauschein und Todesursachenstatistik, Versicherungsmedizin 43 (1991), S. 37-41
227. … und ruhe in Frieden, Annäherung an eine Kultur der Obduktion. 16. Workshop Medizinethik, 01.03.2003, St.-Joseph-Krankenhaus, Berlin-Tempelhof 2003
228. R. P. Vance, An unintentional irony. The autopsy in modern medicine and society, Human Pathology 21 (1990), p. 136-144
229. Verweigerung der Obduktion aus religiösen Gründen, Das Warnkreuz – Zeitschrift für Sicherheit und Gesundheit in Verkehrsunternehmen (1993), 3, S. 18
230. G. Virt, U. Körtner, Pietät und Nächstenliebe. Ein christlich-ökumenischer Beitrag zum Umgang mit dem menschlichen Leichnam, in: N. Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien, Köln, Weimar 1998, S. 919-923
231. E. Vogl, Der Scheintod. Eine medizingeschichtliche Studie, Med. Diss. München 1986
232. H. Waider, B. Madea, Zur ärztlichen und rechtlichen Problematik bei mehrfacher Todesbescheinigung, Archiv für Kriminologie 190 (1988), S. 176-182
233. R. Walter, Die Leichenschau und das Sektionswesen. Grundzüge der Entwicklung von ihren Anfängen bis zu den Bemühungen um eine einheitliche Gesetzgebung, Med. Diss. Düsseldorf 1971
234. T. Walter, Modern Death. Taboo or not Taboo?, Sociology 25 (1991), 2, S. 293-310
235. T. Walter, The Revival of Death, London 1994
236. J. R. Webster, D. Derman, J. Kopin et al., Obtaining permission for an autopsy. Its importance for patients and physicians, The American Journal of Medicine 86 (1989), p. 325 f.

237. E. Weiher, Auf ein Wort. Der Umgang mit dem Leichnam in der Anatomie. Für ein umfassendes Lernen in der Mediziner-Ausbildung, Zeitschrift für medizinische Ethik 46 (2000), S. 37-43
238. H. K. Wellmer, G. Bockenheimer-Lucius (Hrsg.), Zum Umgang mit der Leiche in der Medizin, Lübeck 2000 (= Research in Legal Medicine, 23)
239. F. J. Wetz, B. Tag (Hrsg.), Schöne neue Körperwelten. Der Streit um die Ausstellung, Stuttgart 2001
240. S. Wille, Das Recht des Staates zur postmortalen Organentnahme, Medizinrecht 25 (2007), 2, S. 91-94
241. B. Williams, Probleme des Selbst, Stuttgart 1978
242. C. Wittekind, T. Gradistanac, Das älteste Werkzeug der Qualitätssicherung – die Obduktion – stirbt aus?, Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 98 (2004), S. 715-720
243. J. Wittkowski, Fragebogeninventar zur mehrdimensionalen Erfassung des Erlebens gegenüber Sterben und Tod (FIMEST). Handanweisung, Göttingen 1996
244. M. Wohlrab-Sahr, U. Karstein, C. Schaumburg, „Ich würd' mir das offenlassen". Agnostische Spiritualität als Annäherung an die „große Transzendenz" eines Lebens nach dem Tode, Zeitschrift für Religionswissenschaft 13 (2005), S. 153-173
245. H.-B. Wuermeling, Zeichen des Todes und ärztliche Leichenschau. Forensische Gesichtspunkte, Zeitschrift für Allgemeinmedizin – Der Landarzt 47 (1971), S. 1258-1260
246. 10.000 Euro wären ein Einstieg, Der Spiegel (2002), 50, S. 178-180

Anschriften der Autorinnen und Autoren

Dr. med. Gisela Bockenheimer-Lucius
Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7
D-60590 Frankfurt am Main

Priv.-Doz. Dr. phil. Iris Därmann
Institut für Kulturtheorie
Universität Lüneburg
Scharnhorststraße 1
D-21335 Lüneburg

Univ.-Prof. Dr. med. Manfred Dietel
Institut für Pathologie
Charité Berlin
Campus Mitte, Rudolf-Virchow-Haus, Charitéplatz 1
D-10117 Berlin

Univ.-Prof. Dr. med. Richard Dirnhofer
Institut für Rechtsmedizin
Universität Bern
Bühlstrasse 20
CH-3012 Bern

Univ.-Prof. Dr. jur. Gunnar Duttge
Institut für Kriminalwissenschaften
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 6
D-37073 Göttingen

Univ.-Prof. Dr. phil. Andrea Esser
Institut für Philosophie
Philipps-Universität Marburg
Wilhelm-Röpke-Straße 6
D-35032 Marburg

Univ.-Prof. Dr. phil. Petra Gehring
Institut für Philosophie
Technische Universität Darmstadt
Residenzschloss
D-64283 Darmstadt

Univ.-Prof. Dr. phil. Dr. med. Dr. med. dent. Dominik Groß
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
RWTH Aachen
MTI II, Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Univ.-Prof. Dr. jur. Jan C. Joerden
Lehrstuhl für Strafrecht und Rechtsphilosophie
Europa Universität Viadrina
Große Scharrnstraße 59
D-15230 Frankfurt (Oder)

Univ.-Prof. Dr. phil. Hubert Knoblauch
Institut für Soziologie
Technische Universität Berlin
Franklinstraße 28/29
D-10587 Berlin

Dr. phil. Arnd T. May
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
RWTH Aachen
MTI II, Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Pfarrer Matthias Mißfeldt
Knappschaftskrankenhaus Dortmund Brackel
Wieckesweg 27
D-44309 Dortmund

Dr. med. dent. Gereon Schäfer
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
RWTH Aachen
MTI II, Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Heinz Schott
Medizinhistorisches Institut
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25
D-53105 Bonn

Univ.-Prof. Dr. phil. Hans-Georg Soeffner
Lehrstuhl für Kultur-, Wissens- und Religionssoziologie
Universität Konstanz
Fach D 35
D-78457 Konstanz

Jan Steinmetzer, M.A.
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
RWTH Aachen
MTI II, Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

Univ.-Prof. Dr. jur. Brigitte Tag
Institut für Rechtswissenschaften
Universität Zürich
Freiestrasse 15
CH-8032 Zürich