

Die Ärzteprozesse der Nachkriegszeit aus medizin-ethischer Sicht

Prof. Dr. med. Richard Toellner

1. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine unmittelbaren Folgen
2. Das Versagen der deutschen Ärzteschaft vor der Euthanasie-Aktion
3. Wie konnte es dazu kommen?
 - a) Ein Prototyp: Otmar Freiherr von Verschuer als Rassenhygieniker
 - b) Der gut 1900 in Deutschland grassierende Biologismus, Sozialdarwinismus und die Rassenhygiene
4. Was müssen wir als Ärzte an unserer Geschichte lernen?

1. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen

Am 25. Oktober 1946 wurde in Nürnberg der Militärgerichtshof Nr. 1 aufgrund der allgemeinen Anordnung Nr. 68 des amerikanischen Militärgouverneurs für Deutschland errichtet, und noch am gleichen Tag reichte der Hauptanklagevertreter für Kriegsverbrechen eine Anklageschrift gegen 23 Personen (1 Ärztin, 19 Ärzte, 3 Nicht-Ärzte) ein, in der diese auf der Grundlage des Kontrollratsgesetzes Nr. 10 vom 20. Dezember 1945 des Kriegsverbrechens, des Verbrechens gegen die Menschlichkeit und der Mitgliedschaft in einer durch das Urteil des Internationalen Militärgerichtshofes für verbrecherisch erklärten Organisation angeklagt wurden. Damit war der Nürnberger Ärzteprozess eröffnet. Am 20. August 1947 wurde er nach 139 Gerichtstagen mit der Verkündung des Urteils abgeschlossen. Das Gericht verurteilte 7 Angeklagte zum Tode, 5 Angeklagte zu lebenslänglicher Haft, 2 Angeklagte zu 20 Jahren Haft, 1 Angeklagten zu 15 Jahren, einen weiteren zu 10 Jahren Haft und sprach 7 Beschuldigte von der Anklage frei.

Die Nürnberger Prozesse, das Verfahren gegen die Hauptkriegsverbrecher sowie die in amerikanischer Regie durchgeführten 12 Nachfolgeprozesse, von denen der Ärzteprozess der erste war, werfen eine Fülle von Fragen auf, die auch heute noch nach 60 Jahren nur ungenügend oder gar nicht bearbeitet sind.

Die historisch-kritische Aufarbeitung des Nürnberger Ärzteprozesses - so wünschenswert sie ist - kann und soll unser Thema nicht sein. Unser Interesse richtet sich darauf, dass im Nürnberger Ärzteprozess zum ersten Mal der Umfang der Verbrechen, das Ausmaß der Gräueltaten, die deutsche Ärzte an wehr- und hilflosen Menschen verübt hatten, sowie die Reichweite der menschenverachtenden Mordtaten unwidersprechlich vor der Weltöffentlichkeit in ihren Umrissen sichtbar wurden, auch da, wo die Verbrechen, weil von Deutschen an Deutschen verübt, nicht Gegenstand der Anklage des amerikanischen Militärgerichtshofes waren, wie im Falle der Aktion T4, der sogenannten Euthanasie-Aktion, durch die allein in ihrer offiziellen Phase (1939-1941) über 70.000 geistig und körperlich behinderte Menschen von Ärzten heimtückisch und grausam ermordet wurden, durch die methodisch und organisatorisch der Genozid, der Holocaust eingeübt wurde.

Weil die Gefahr wächst, den Holocaust in seiner historischen Einmaligkeit und Unvergleichlichkeit zu relativieren einerseits mit dem zeitlich größer werdenden Abstand, andererseits angesichts der großen Greuel unserer Zeitgeschichte vom stalinistischen Gulag bis zum menschenverachtenden Terror unserer Tage müssen wir uns seiner Geschichte stellen.

Zwei bohrende, immer wieder neu zu stellende Fragen sind: Was führte zum Holocaust? und was darf es seit dem Holocaust nie mehr geben? Diese Fragen müssen sich vor allem die Deutschen stellen, doch sie gehen alle an: die Völker, die Religionsgemeinschaften, die Staaten, die Gesellschaften, die Wissenschaften und in besonderer Weise die Medizin. Denn die moderne Medizin hat in Deutschland im Holocaust ihren tiefsten Sündenfall getan. Sie verkehrte ihren in einer langen europäischen Tradition uneingeschränkt gültigen, sie als Medizin konstituierenden ethischen Auftrag in sein Gegenteil: Statt gefährdetes menschliches Leben zu schützen, gab sie es preis, statt beschädigtes menschliches Leben wiederherzustellen, machte sie gesundes menschliches Leben krank, statt behindertes menschliches Leben zu bessern, tötete sie es. Wie konnte es dazu kommen? Welche Lehren hat die deutsche Medizin daraus gezogen? Diesen Fragen kann nicht ausweichen, wer über das Verhältnis der deutschen Ärzteschaft zum Nürnberger Ärzteprozess im Nachkriegsdeutschland nachdenkt.

Es gab wenige, die den Mut, die Klarheit des Blickes, die eindringliche Wortgewalt und die Glaubwürdigkeit hatten, als Deutsche den Deutschen im Zusammenbruch die Augen über ihre neue Wirklichkeit zu öffnen. In einem großartigen Wort zum Weihnachtsfest 1945 an die Deutschen, die vor 60 Jahren meinten, die dunkelste Epoche ihrer Geschichte erleiden zu müssen, und subjektiv in Verzweiflung, Hunger, Frost, Unbehaglichkeit und Hoffnungslosigkeit auch erlitten, hat Carlo Schmid seinen Landsleuten in der Stuttgarter Zeitung die Wahrheit gesagt. Ein nüchternes, eindringliches Bekenntnis der Schuld, das nicht schon, wie später das Stuttgarter Schuldbekenntnis der Evangelischen Kirchen durch sein falsches Pathos gefährdet war, sondern von der Überzeugung getragen wurde, die leider die wenigsten seiner Landsleute teilten, dass nur das uneingeschränkte Geständnis der eigenen Schuld "unseren Weg in die Nacht der Zukunft hell machen kann."

Der große Sozialdemokrat nennt das Grundübel, die Hauptschuld der Deutschen mit Namen: "Können wir denn bestreiten, dass all das, was den Nationalsozialismus und alles andere, das die Würde der Menschenwelt verkehrte, nur deswegen möglich wurde, weil wir uns alle an die falsche Lehre gewöhnt hatten, der Mensch sei nicht für sich ein Wert, sondern nur insoweit, als er für bestimmte - vor allem aus der Staatsraison geschöpfte - Zwecke tauglich sei. Weil wir uns nicht geschämt haben, in ihm ein 'Material' zu sehen, mit dem sich bauen lasse, eine Sache also und darum ein Wesen ohne eigenen Sinn, etwas nur Zweckdienliches? Dies sollten wir bedenken, dann werden wir die Schuld nicht bei dem jeweils 'anderen' suchen. Frei macht nur die Einsicht, dass die Schuld, die wir beim anderen suchen, unsere eigene ist."

Obwohl viele Deutsche in der aufgewühlten ersten Nachkriegszeit, im Schock des Zusammenbruchs bereit waren, innerlich anzunehmen, was Carlo Schmid ihnen zu sagen hatte, fanden die allerwenigsten die Kraft und den Mut, ihm öffentlich zuzustimmen. Sie schwiegen. Für die meisten von ihnen mag dieses Schweigen - nach innen und nach außen - überlebensnotwendig gewesen sein, aber es war ein verhängnisvolles Schweigen.

2. Das Versagen der deutschen Ärzteschaft vor der Euthanasie-Aktion

Von der sogenannten Aktion T4 wurden 5.000 hilflose Kinder erfasst, begutachtet, selektiert, verurteilt, ermordet: eingeschläfert, "abgespritzt" (Terminus technicus) oder dem Hungertod ausgesetzt durch Ärzte. Tötung, so sagt das Strafgesetz ist Mord, wenn sie "heimtückisch, grausam oder aus niederen Beweggründen" geschieht. 70.000 geistig und körperlich behinderte Menschen, Altersschwache, Kriegsinvalide darunter, insgesamt alles

"Volksgenossen", erfasst, verurteilt, ermordet durch Ärzte. Die Kranken über ihr Schicksal getäuscht, die Angehörigen auf die heuchlerischste und infamste Weise belogen. 70.000 bis zum offiziellen Ende der Aktion T4 (1939 bis 1941), wie viele Tote es noch in der inoffiziellen Fortführung der Euthanasie-Aktion bis Kriegsende wurde, wir wissen es nicht.

Wir wissen auch nicht, wie viele Ärzte sich gegen ihr ärztliches Gewissen zu Instrumenten der Machthaber machen, ihre ärztliche Kompetenz für ein zutiefst unärztliches Tun missbrauchen ließen. Wir wissen nur, dass ihre Zahl vielfach größer gewesen sein muss als die 350, die bisher immer genannt wird. Wir wissen, dass sie keine Psychopathen oder Teufel waren, obwohl sie an ihren Opfern teuflisch handelten. Sie waren bedeutende Gelehrte, hervorragende Wissenschaftler, angesehene Ärzte in hohen Rängen und leitenden Stellungen, anständige Bürger, liebevolle Familienväter, unter den jüngeren waren wohlherzogene, gebildete, intelligente, ehrgeizige, profilierte Leute, wie Mengele; unbedarfte kleinkarierte, höchst mittelmäßige dumpfe Naturen, angepasst in Denken und Verhalten, wie Mennecke. Kurz, das ganze Spektrum der Normalität in einer großen sozialen Gruppe, wie der Ärzteschaft, war vertreten und sie wussten alle, was sie taten.

Über Umfang, Ausmaß und die Einzelheiten der Durchführung der Untaten mochten Unklarheiten bestehen. Dass sie geschahen, konnte jeder Arzt wissen, wusste jeder Arzt zumindest im Fall der Euthanasie-Aktion. Wo war der Protest, wo der Widerstand? Ein Zeugnis: Als Landesbischof Wurm von Württemberg im Sommer 1940 bei Innenminister Frick gegen den "Massenmord an Kranken" protestierte, gelangte der vertraulich gedachte Brief in viele Hände und wirkte wie ein Signal zum Widerstand. Erhob sich Widerstand? So schrieb eine Ärztin an Wurm: "Wie sehr hat mich vor Wochen jene neue Untat von Seiten Machthaber belastet und umgetrieben. Ich glaubte anfangs, nicht weiter leben zu können, wenn ich nicht etwas dagegen unternehmen würde. Ich wollte die Ärzte zusammenfinden, die gleichen Sinnes waren. Ich dachte, wenn 50 % der Kollegen sich einsetzen, das müsste etwas ausrichten. 50 % war naiv. Aber auch 30, 10 und 1% war zu hoch gegriffen. Denn müsste man als ein Einzelner vorgehen... und dann war auch ich zu feige... Aber nun haben sie uns ein Vorbild geschaffen, wie man es machen kann, und es unterliegt keinem Zweifel mehr, dass ich auf meine Weise tun werde und können werde, was sein muss, wenn nicht das Leben unerträglich werden soll vor Scham über die eigene Feigheit." Doch der Widerstand blieb aus.

Eine Ärzteschaft, die Massenmord an Kranken als Normalität akzeptiert, ja in großen Teilen ausdrücklich als richtig, notwendig und gemeinschaftsdienlich bejaht, hat ihren Auftrag verraten, hat versagt, macht sich moralisch insgesamt schuldig unabhängig davon, wie viele ihrer Mitglieder an diesem Krankenmord konkret, mittelbar oder unmittelbar in juristisch zurechenbarer Weise schuldig waren.

Menschen sind Kinder ihrer Zeit, können sich nicht befreien aus den Denkstrukturen und Handlungsmustern der Welt, die sie umgibt, in die sie hineingewachsen, deren Teil sie sind. Wenn Menschen handelten, wie sie nach unseren Begriffen nicht handeln durften, weil sie Gefangene ihrer Umwelt waren, dann wird der Historiker sie nicht einfach verurteilen, weil es seine Pflicht ist, die Bedingungen der Möglichkeit ihres Handelns zu verstehen. Doch dies heißt noch lange nicht, dass er damit ihre Taten entschuldigt oder gar die Denkstrukturen und Handlungsmuster rechtfertigt, nach denen sie Unrecht taten. Die Täter vergehen, die einmal geschehenen Taten bleiben.

3. Wie konnte es dazu kommen?

a) Als Konkretion für das Gesagte möchte ich Ihnen nun in Otmar Freiherr von Verschuer exemplarisch einen Prototyp der Rassenhygiene vorstellen und damit eine erste Teilantwort auf die Frage geben: wie konnte es zum Holocaust kommen?

Otmar Freiherr von Verschuer war nach Eugen Fischer seit 1942 der zweite und zugleich letzte Direktor des Kaiser-Wilhelm-Institutes für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik in Berlin-Dahlem, das 1927 gegründet worden war. Seine Wissenschaft benannte er gleich nach dem Krieg um in "Humangenetik", weil er so ihre Affinität zur Rassenhygiene der Nationalsozialisten vergessen lassen wollte. Verschuers Persönlichkeit, sein Verhalten im Dritten Reich sowie sein verbissenes Schweigen nach dem Krieg dürfen für eine ganze Generation deutscher Universitätslehrer als exemplarisch gelten.

Seine Herkunft aus einer staatstreuen Adelsfamilie, sein Werdegang: Kriegsfreiwilliger, Student, Freikorps-Kämpfer, Promotion 1923, Habilitation 1927, Abteilungsleiter für menschliche Erblehre am neugegründeten Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik, 1935 Direktor des Instituts für Erbbiologie und Rassenhygiene an der Universität Frankfurt, 1942 Direktor des Kaiser-Wilhelm-Instituts, aus dem er stammte, Verfechter des "reinen Reiches der Wissenschaft", das frei gehalten werden müsse von "irgendwelchen politischen Einflüssen", in dem nur wissenschaftliche Objektivität und Qualifikation Geltung haben dürfe, zugleich überzeugter Propagandist des eugenischen Gedankens, seine großen intellektuellen Gaben, seine Zugehörigkeit zur Herrschaftsschicht seines Volkes, sein ausgeprägtes Bewusstsein für wohlanständiges Betragen, eine gewisse Weltläufigkeit, ja, dass er als protestantischer Christ der "Bekennenden Kirche" angehörte, hätten Herrn von Verschuer eine unabhängige, selbstbewusste, distanzierte Haltung und ein kritisches Urteil gegenüber der NS-Herrschaft erlaubt. Konservativ, deutsch-national, antidemokratisch, autoritär und elitär denkend, überzeugt von der geistig-kulturellen Überlegenheit und Sendung der Deutschen waren viele Seinesgleichen. Sie alle verstanden sich als unpolitische Menschen und meinten damit, nicht parteipolitisch gebunden.

Die überwältigende Mehrheit der Eliten in Verwaltung, Justiz, Wirtschaft, Kirche, Medizin und Wissenschaft verhielt sich jedoch wie Herr von Verschuer: nach 1933 die nationale Erhebung durch die nationalsozialistische Bewegung bejubelnd, im Kriege den deutschen Endsieg erhoffend, nach dem Kriege über alles schweigen.

Josef Mengele, der wohlerzogene, hochbegabte, gebildete Sohn aus gutem christkatholischen Hause wurde von Professor von Verschuer zum Doktor der Medizin promoviert und zu seinem Assistenten am Frankfurter Institut für Erbbiologie und Rassenhygiene gemacht. Verschuer schätzte den strebsamen, hilfswilligen, ehrgeizigen jungen vielversprechenden Mann mit den guten Umgangsformen so sehr, dass er ihn an das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Rassenhygiene nach Berlin mitnehmen wollte. Als Angehöriger der Waffen-SS wurde Mengele jedoch als Lagerarzt an das Konzentrationslager Auschwitz kommandiert. Das weitere ist bekannt. Der Name Mengele ist zum Inbegriff des Schreckens, zum Inbegriff für kalte, gefühllose, unmenschliche Grausamkeit, zum Inbegriff für zynischen Mord geworden, zum Inbegriff für den Tätertyp des Holocaust schlechthin. Sollte Verschuer von den Taten seines Schülers Mengele nichts gewusst haben? Nichts von der Wirklichkeit des Vernichtungslagers Auschwitz? Nach dem Kriege hat Verschuer - mehrfach zur Rechtfertigung gezwungen und zur Rede gestellt - immer ausdrücklich geleugnet, gewusst zu haben, worin die "Lazarett-Tätigkeit", wie er das nannte, seines Mitarbeiters wirklich bestand.

b) Der seit 1900 in Deutschland grassierende Biologismus, Sozialdarwinismus

Der Biologismus als Ersatzreligion der kritischen Intelligenz durchdrang seit 1900 in Deutschland breite Schichten des Volkes, in seiner Konsequenz fand die unselige Verbindung von Sozialdarwinismus und Eugenik in der Rassenhygiene statt. In der Weimarer Republik hatte sie vom linken zum rechten Spektrum der politischen Parteien quer durchs Zentrum Anhänger und Propagandisten. Der durch die Wissenschaft legitimierte Glaube an die Möglichkeit, ein gesundes, schönes starkes Volk zu züchten, wuchs und die Bereitschaft nahm zu, diesen Prozess durch negative Eugenik, durch Ausschaltung des "Erbkranken" von der Fortpflanzung, zu unterstützen und zugleich soziale Probleme durch die "Vernichtung lebensunwerten Lebens" zu lösen. Ab 1920 wurde das zuvor überwiegend populistisch behandelte Thema der Medizin zugeschrieben und von ihr besetzt. So war es kein Zufall, dass 1927 das Kaiser-Wilhelm-Institut für menschliche Erblehre, Anthropologie und Eugenik gegründet wurde und sich schnell internationale Renommee erwarb. Das Thema war weltweit aktuell. Unter dem Schlagwort: "Weg von der Individualhygiene, hin zur Sozialhygiene" drängte die Eugenik als praktische Wissenschaft (obwohl ihre wissenschaftlichen Grundlagen und Methoden durchaus umstritten waren) auf Anwendung. Die Nationalsozialisten brauchten 1933 den Entwurf für das Gesetz zur Verhütung "erbkranken Nachwuchses" nur aus der Schublade zu ziehen und drei kleine Korrekturen anbringen. Sie entschärften die Pflicht zum wissenschaftlichen Nachweis der Erbllichkeit des Leidens, erweiterten die Indikation zur Sterilisation (z.B. auf Klumpfußträger, was Goebbels wohl dazu gesagt hat?) und führten die Zwangssterilisation ein. Der erste Schritt zur Euthanasie war getan. Sie ernteten dennoch von allen Seiten ungeteilten Beifall. Nur die Katholische Kirche widersprach, klar und entschieden, in der Theorie; in der Praxis ihrer karitativen Einrichtungen musste sie, jetzt und später, wie andere Konzessionen machen und Kompromisse zu Lasten der Kranken eingehen.

Obwohl Antisemitismus, Biologismus, Sozialdarwinismus, Eugenik und Rassenhygiene keineswegs identisch waren oder unter der Marke "Rassismus" einfach subsumiert werden können, vielmehr sehr wohl unterschieden waren und zu verschiedenen Zeiten, auf einem unterschiedlichen Niveau, in verschiedenen Gruppen ganz eigentümliche und oft widersprüchliche Verbindungen eingehen konnten, so ist ihnen doch gemeinsam, dass sie den Boden bereiteten, auf dem Hitlers Saat aufgehen und gedeihen konnte. Der Weg zum Völkermord war vorgezeichnet. Medizinische Wissenschaften, Erblehre, Anthropologie und Eugenik, Psychiatrie und Sozialhygiene hatten Legitimationen und Methoden bereitgestellt, die nur noch für Hitlers Zwecke instrumentalisiert werden mussten.

Wie auch dafür das Feld in der Medizin bereitet war, zeigt eine zwar noch nicht erhärtete, doch sehr bedenkenswerte Hypothese der historischen Forschung. Sie besagt, das Sterilisations-, Euthanasie- und Genozidprogramm des Nationalsozialismus sei nur Teil eines Prozesses, der im 19. Jahrhundert mit der "Medikalisierung" der Gesellschaft begonnen, sich in der "Psychiatriierung" breiter Bevölkerungsschichten fortgesetzt und zur "Asylierung" der Gemeinschaftsunfähigen oder -schädlichen geführt habe. Die solcherart aus dem Kreis der "Tüchtigen" ausgesonderten "Untüchtigen" seien jedoch durch ihre Betreuung zu Lasten der "nützlichen Glieder" der Gesellschaft privilegiert gewesen, was weder den Rassenhygienikern und Eugenikern, die Tüchtigkeit durch Auslese wollten, noch den Sozialpolitikern, die sparen mussten, passen konnte. Die Verbindung von Rassenhygiene bzw. Eugenik und sozialer Frage habe sich so zwanglos hergestellt und da die Asylierung der Untüchtigen, ihre Aussonderung schon vollzogen gewesen sei und sie leicht erfassbar gemacht habe, sei der Schritt zu ihrer Vernichtung nur die logische Konsequenz gewesen. Endlösung der sozialen Frage durch die Medizin.

4. Was müssen wir als Ärzte an unserer Geschichte lernen?

In einer Gesellschaft, die sich als Leistungsgesellschaft versteht, in der Erfolg, Status, Stärke, Durchsetzungsvermögen etc. gefragt, gefordert sind und in hohem Ansehen stehen, in einer Gesellschaft, die Wettkampf, Konkurrenz, Auseinandersetzung fordert und fördert, kann es um den schwachen, behinderten, chronisch Kranken, arbeitsunfähigen Menschen nicht besonders gut bestellt sein. Er ist in Gefahr, nicht als Mensch, in seiner Würde, in seinem eigenen Wert, in seinem Lebenssinn und Lebensrecht, in seiner Persönlichkeit wahrgenommen zu werden, sondern allein als Teil des sozialen Problems, als Objekt der Sorge und Fürsorge, als Bestandteil einer Manövriermasse für die Gesundheits- und Sozialpolitik. Die Medizin, speziell die Anstaltspsychiatrie ist daher immer in Gefahr, sich primär als Instrument der Gesundheits- und Sozialpolitik zu verstehen - gerade weil sie es auch ist -, sich im Dienste des Allgemeinwohls zu sehen und nicht als Anwalt der ihr anvertrauten Menschen gegenüber den Ansprüchen der Gesellschaft. Die Medizin muss begreifen, dass sie dem Gemeinwohl gerade dadurch dient, dass sie das Wohl des einzelnen Menschen gegen die Interessen der Gemeinschaft verteidigt.

Prof. Dr. med. Richard Toellner
Wachendorferstr. 31, D-72108 Rottenburg a.N.

Vita

Richard Toellner wurde am 2. Januar 1930 in Werther/Westfalen geboren. Nach dem Studium der Medizin, evangelischen Theologie und Geschichte an den Universitäten Mainz und Tübingen war er von 1957 bis 1958 als Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes am Historischen Institut in Rom und arbeitete dort unter anderem im Vatikanischen Geheimarchiv. 1961 erfolgte seine Promotion zum Dr. med. in Tübingen, wo er zunächst am Leibniz-Kolleg und anschließend als wissenschaftlicher Assistent am Institut für Geschichte der Medizin an der dortigen Universität tätig war. Im Rahmen eines Habilitationsstipendiums der Deutschen Forschungsgemeinschaft habilitierte sich Toellner 1968 an der Medizinischen Fakultät der Universität Münster für das Fach Geschichte der Medizin.

Nach dreijähriger Tätigkeit am damaligen Institut für Geschichte der Medizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität wurde Prof. Toellner 1971 als Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin an die FU Berlin berufen. 1974 übernahm er als Nachfolger seines Lehrers Prof. Rothschild die Leitung des mittlerweile zum Institut für Theorie und Geschichte der Medizin erweiterten medizinhistorischen Instituts an der Universität Münster.

Hauptarbeitsgebiete von Prof. Toellner sind die Geschichte der Medizin als Wissenschaft in der Renaissance, in der Aufklärung, im 19. Jahrhundert und vor allem auch im Dritten Reich. Besonders intensiv hat er sich darüber hinaus mit Fragen der medizinischen Ethik beschäftigt. Toellner ist Gründungsmitglied der Ethik-Kommission der Universität Münster und war bis April 1998 Vorsitzender dieses Gremiums. Im Rahmen eines Symposiums wurde er danach feierlich verabschiedet.

Sein bundesweites Engagement in Wissenschaft und Forschung zeigt unter anderem seine Präsidenschaft in der Gesellschaft für Wissenschaftsgeschichte, seine über 20jährige Tätigkeit als Sachverständiger des Instituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen in Mainz, seine ebenso lange Mitgliedschaft im Wissenschaftlichen Senat der Lessing Akademie Wolfenbüttel sowie seine langjährige Arbeit als Sprecher der Deutsch-Niederländischen Medizinhistoriker-Treffen. Neben seiner Mitgliedschaft in zahlreichen nationalen und internationalen Fachgesellschaften hat sich Prof. Toellner auch über viele Jahre in der akademischen Selbstverwaltung der Universität Münster eingesetzt, sei es beispielsweise als Mitglied des Konvents, als Dekan des damaligen Fachbereichs Vorklinische und Theoretische Medizin oder auch als Vorsitzender des Organisationsausschusses zur Neuordnung der Medizinischen Fakultät.

Ärztliches Berufsethos – Grundlagen und aktuelle Entwicklungen (Zusammenfassung)

Prof. Dr. Otto P. Hornstein

Die Humanmedizin als ärztliche Heilkunde ist in ihrem anthropologischen Kern weit mehr als nur angewandte Naturwissenschaft. Ihre dank enormer biochemischer und technologischer Fortschritte erzielten Erfolge waren und sind in vieler Hinsicht erkenntnistheoretisch notwendig, wissenschaftliche innovativ und humanitär oft segensreich. Seit ihren hippokratisch-naturbezogenen Anfängen ist ihr „Gegenstand“, der kranke und leidende Mensch als eine sozio-psycho-somatische Einheit aufgefasst worden. Dies hat sich erst geändert, seit die Medizin – als bittere Konsequenz ihrer Fortschritte – in immer kleinere Teilgebiete und Subspezialitäten divergiert und damit dissoziiert ist. Andererseits wird mit permanenter Werbung uns als Gesellschaft und unseren Politikern als ihren Exponenten suggeriert, die neue „Biomedizin“ könne auf Grund unerschöpflicher Forschung eine regenerative Dauergesundheit produzieren, gleichsam ein biotechnokratisches Paradies auf Erden kreieren. Leider ist im Zuge dieses naiven säkularen Religionsersatzes – Kehrseite angemessener Fortschrittsgläubigkeit – die kostenintensive High-tech-Medizin in eine gigantische Fortschrittsfalle geraten, die in enormem Widerspruch zum früheren Selbstverständnis und tradierten Ethos der Ärzteschaft steht. Aber auch die Mediziner sind in ständiger Gefahr, statt eines Optimum ein Maximum an biotechnischen Leistungen anzustreben. Zugleich nährt die zunehmende Nähe von Medizin und Wissenschaft die Illusion, beide seien identisch.

Diese grundsätzlichen Überlegungen sind notwendig, um die enorme Kluft zwischen interpersonaler Beziehungsmedizin und technischer Zuteilungsmedizin zu erkennen. Um außerdem aus den grauenhaften humanitären Perversionen der NS-Medizin nicht nachträglich überheblich selbstgerechte, sondern selbstkritische ethische Schlüsse aus den heutigen Folgen zu ziehen, muss es unser redliches Bestreben sein, gerade die vorangehenden geistesgeschichtlichen Strömungen des 19. und frühen 20. Jahrhunderts als eugenischen und biologistischen Nährboden einer vermeintlichen „Ethik des Heilens“ zu durchschauen - statt sie zu ignorieren oder geistig zu verdrängen. Nicht plakatives kurzlebige Entsetzen, sondern nur heilsame ärztliche Gewissensforschung – die auch die scheinbar unbeteiligte Gesellschaft angeht – kann eine schrittweise, sublim modifizierte Wiederholung antihumanitärer Untaten verhindern. Eine Kollektivschuld der damaligen wie der heutigen breiten Ärzteschaft ist jedoch – vor allem im Hinblick auf die sozialetische Ambivalenz der menschlichen Wesensstruktur – abzulehnen. Kollektive Verurteilung wäre zudem kontraproduktiv, weil sie zusammen mit dem gefährdeten Selbstvertrauen der Ärzte auch das meist noch bestehende Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung zum Schaden für beide Seiten erschüttern und untergraben würde.

Der Hippokratische Eid – noch Grundlage des ärztlichen Ethos?

Die seit der Umbruchzeit von Aufklärung, Französischer Revolution und Säkularisation kontrovers diskutierte Frage eines ärztlichen Sonderethos hat im 19. Jahrhundert eine utilitaristische Richtung genommen, die seither im Diskurs über ethische Standespflichten dominiert und aktuell in höchst prekären Themen wie Euthanasie, Hilfe zur Selbsttötung, Präimplantationsdiagnostik nach künstlicher Eizellbefruchtung (In-vitro-Fertilisation), Legalisierung der Abtreibung nach „Beratungspflicht“, Organentnahme zur Transplantation nach Hirntod des Spenders, evtl. zuzulassende Genomanalyse zur Klärung oder zum Ausschluss von Krankenversicherungsleistungen, sowie embryonale Stammzellforschung oder Klonierungsexperimente für denkbare „therapeutische“ Zwecke kulminiert. Alle diese komplexen Aspekte ärztlichen Denkens, Handelns oder gar Sollens können mit der ethischen

Richtschnur des Hippokratischen Eides – inzwischen Grundlage moderner Gelöbnisversionen – kollidieren. Jedoch ist festzuhalten, dass dieser aus vorchristlich-antiker Zeit stammende Eid mehr als zwei Jahrtausende lang über kulturelle, soziale und religiöse Völkergrenzen hinweg eine hohe sittliche Gewissensverpflichtung für den Ärztestand geblieben ist, die dem humanitären Ziel, Kranke zu heilen, Leiden zu lindern und Leben möglichst zu erhalten, eine **unverzichtbare Basis** gegeben hat.

Die wesentlichen Teile des Eides sind: Feierliche Anrufung griechisch-antiker Heilgötter als Zeugen, partnerschaftliches Versprechen gegenüber Lehrern und Standeskollegen, sittliches Verhalten gegenüber den Patienten (zu denen gleichermaßen Frauen und Männer, Freie und Sklaven gehören!), unmissverständliche Beschwörung der Folgen von Wohl- oder Fehlverhalten. Lapidar wird der aktiven Sterbehilfe – seit dem 19. Jahrhundert in „Euthanasie“ umgemünzt – eine Absage erteilt, ebenso der Abtreibung. Hauptgedanke des Eides ist das Patientenwohl, von dessen altrömischer Kurzform „*Salus aegroti suprema lex*“ die moderne Diskussion um die Autonomie auch des kranken Menschen ihren frühesten Ausgang genommen hat. Die Frage, ob die voluntaristische Umformulierung („*Voluntas aegroti suprema lex*“) juristisch gerechtfertigt ist und ethischen Bestand haben kann, soll der Diskussion des Vortrags vorbehalten bleiben. Gleiches gilt für die andere wichtige Kurzform „*Primum nil nocere*“. Diese von der deutschen Nachkriegsjustiz zunächst sehr restriktiv gehandhabte Maxime scheint mittlerweile eher einer rechtspolitischen Gegentendenz – aus forschungspolitischem Kalkül ? – nachzugeben. Sehr konkret – und nicht nur tendenziell – ist jedenfalls die wirtschaftspolitisch direkte Einflussnahme der Verwaltungsinstanzen, vor allem der Krankenkassenverbände, auf den ökonomischen Handlungsrahmen der in Klinik und Praxis tätigen Ärzte aller Fachrichtungen.

Ärzte als „Leistungserbringer“, Patienten als „Kunden“ – eine tragische Perversion mit Folgen

Der Paradigmenwechsel vom freien, seiner fachlichen Kompetenz und Verantwortung verpflichteten, persönlich an eine amtlich festgelegte Gebührenordnung gebundenen Arzt zum betriebswirtschaftlich denken müssenden „Leistungserbringer“ in (noch) eigener Praxis oder im Krankenhaus hat auf das berufliche und ethische Selbstverständnis der Ärzteschaft enorme, in ihrer gesellschaftlichen Tragweite von den „Gesundheitspolitikern“ noch kaum erkannte negative Auswirkungen. Unser Medizinalsystem ist auf dem Weg zu einer **staatlich gesteuerten Zuteilungsmedizin**, der mit finanztechnischen Umverteilungen nicht mehr beizukommen ist, wie die politisch ungelöste „Gesundheitsreform“ allmählich auch der Bevölkerung deutlich macht. Denn einerseits ist der Warenkorb der möglichen medizinischen Leistungen immer größer geworden, andererseits hat das gesellschaftliche Anspruchsdenken – mit einem grotesk überladenen Gesundheitstraum, gipfelnd in dem vermeintlichen „Recht auf Gesundheit“ – irrationale Ausmaße erreicht. Mit großem Werbeaufwand und inzwischen politischen Zwängen werden verschiedene Rationalisierungsmaßnahmen ausprobiert: Sog. Disease-Management-Programme bzw. „Leitlinien“, Diagnosis-related-groups (DRG's, d.h. finanziell restriktive „Fallpauschalen“ pro Hauptdiagnose), sog. Integrierte Versorgung (durch Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Patientenversorgung). Sie haben für die Krankenkassen den Vorteil der Finanzhoheit und Verwaltungsmitsprache bei den Kliniken und - via Kassenarztsystem – bei den niedergelassenen Ärzten. Für die Ärzte in Klinik und Praxis aber bedeutet dies einen riesigen Zeitaufwand an PC-gestützter Bürokratie für Datenverwaltung und –transport, schematisierte, dem individuellen Erkrankungsfall nicht gemäße Dokumentationsarbeit („Papierkrieg“), die alle einer zwischenmenschlichen Beratung und Zuwendung am Krankenbett oder in der „Sprechstunde“ umso mehr fehlen. Viele frisch approbierte Ärzte/innen ziehen es daher vor, in ruhigere und besser bezahlte Sparten des

indirekten „Medical care management“ (Pharma-Industrie, medizinischer Dienst der Krankenkassen, informationstechnisches Controlling) auszuweichen, evtl. ein zusätzliches Kurzstudium in medizinspezifischer Betriebswirtschaft zu absolvieren, oder ins Ausland abzuwandern.

Der demographische Wandel – Verschmälerung der Basis durch Entjüngung (auch eine Folge dreißigjähriger Liberalisierung der Abtreibung), Verbreiterung der Spitze durch mittlere höhere Lebenserwartung – wird die **bioethischen Herausforderungen** an die Ärzteschaft noch dramatisch steigern. Künftig noch ärztliche Ethik oder „Management-Monetik“? Jedenfalls ist höchste Wachsamkeit, Mut zur schonungslosen Aufklärung der Gesellschaft, und unerschrockenes Festhalten an den – auch früher in schweren Zeiten bewährten – sittlichen Prinzipien ärztlichen Handelns und Entscheidens geboten. Was konkret heißt, dass kein Arzt/Ärztin (und keine Pflegeperson) gegen ihr Gewissen zu Tätigkeiten dienstrechtlich oder gesellschaftlich gezwungen werden darf, die gegen das Verbot der Tötung ungeborenen oder geborenen Lebens jeder Altersstufe verstoßen. Gerade die deutsche Ärzteschaft hat wegen der vor mehr als 60 Jahren geschehenen Menschenrechtsverletzungen eine besondere Verpflichtung kompromisslosen Schutzes für die Schwachen, also die Ungeborenen, die chronisch Leidenden und die Sterbenskranken. Diese Grundhaltung sollte anderen Staaten, die von einer vergleichbaren Last gnädig verschont geblieben sind, ein verantwortungsbewusstes Beispiel strikter ärztlicher Selbstverpflichtung sein – gegenüber geschichtsblinder Vergesslichkeit oder Fahrlässigkeit.

Prof. Dr. Otto P. Hornstein

Vita

Otto P. Hornstein, Dr. med., o. Professor (em.)

Danziger Str. 5, 91080 Uttenreuth

geb. am 22.1.1926 in München. 1944 Reifeprüfung Melanchthon-Gymnasium Nürnberg.
Kriegsdienst mit Gefangenschaft bis 1945. 1946-1950: Studium der Medizin an den
Universitäten Erlangen, Würzburg und München. Staatsexamen Dezember 1950 LMU
München.

1951: Promotion zum Dr. med. (magna cum laude) Universität Würzburg.

1951-1953: Pathologisch-anatomische Weiterbildung in Regensburg, Würzburg und Zürich.

Ende 1953-1958: Wissenschaftlicher Assistent Univ.-Hautklinik Würzburg.

1958 Facharzt für Dermatologie, Habilitation (Februar 1958), Erteilung der Lehrbefugnis für
Dermatologie und Venerologie, Ernennung zum Priv.-Doz. (Universität Würzburg).

1958-1962: Wiss. Assistent an der Univ.-Hautklinik Bonn, anschließend Europarat-
Stipendium für experim. Biologie (Universität Uppsala, Inst. f. Zoophysiologie).

1963-1967: Oberarzt und apl. Prof. (1964) an der Univ.-Hautklinik Düsseldorf.

Seit 1.5.1967: o. Prof. für Dermatologie u. Venerologie

Direktor der Dermatologischen Klinik der FAU Erlangen-Nürnberg.

1977 Ablehnung eines Rufes auf den Lehrstuhl für Dermatologie an der Universität Bonn.

1.4.1995 emeritiert.

Mitglied verschiedener nationaler medizinischer Fachgesellschaften (Dermatologie,
Pathologie, Rheumatologie), Ehrenmitglied mehrerer in- und ausländischer dermatologischer
Fachgesellschaften. Gründungs- und Ehrenmitglied der German-Japanese Society of
Dermatology. Mitherausgeber und wiss. Beirat mehrerer dermatologischer
Fachzeitschriften (bis 1995). Langjähriger Fachgutachter für DFG und Humboldt-
Gesellschaft. Mehrjähriges Mitglied (Vizepräsident) im Vorstand der Deutschen Dermatolog.
Gesellschaft.

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse (1993). Bayerischer Verdienstorden (1997).

Karl-Herxheimer-Medaille der Dtsch. Dermatol. Ges. für wissenschaftliche Leistungen (1997).

Arbeitsgebiete: Dermatologische Klinik und Histopathologie, Andrologie,
berufsbedingte Dermatosen, Krankheiten der Mundschleimhaut,
Dermatologie als diagnostischer Partner der Inneren Medizin.

Veröffentlichungen: Erst- oder Co-Autor von über 600 Originalbeiträgen in
wissenschaftlichen Zeitschriften und Büchern. MV/V: Krankheiten der Mundschleimhaut und
Lippen (2. neubearb. Aufl. 1965, mit H. Schuermann u. A. Greither) Entzündliche und
systemische Reaktionen der Mundschleimhaut (1974), Klinik-integrierte
Rehabilitationstherapie von Ekzematikern (1978, mit E. Gutschmidt und B. Ummenhofer),
Veränderungen der Haut und Mundschleimhaut bei rheumatischen Erkrankungen (1. Aufl.
1980, mit französischer und spanischer Edition),
Dermatologische Aspekte rheumatoider Krankheiten (2. neubearb. Aufl. 1989),
Externe Therapie von Hautkrankheiten (1985, mit E. Nürnberg),
Das Spermiozytogramm (1987, mit C. Sigg),
Fortschritte der Mykologie (1991, mit W. Meinhof),
Virale und bakterielle Infektionskrankheiten der Haut (1993),
Erkrankungen des Mundes - interdisziplinäres Handbuch und Atlas (1996),
Hautkrankheiten und Hautpflege im Alter (2002).

Wie beginnt das menschliche Leben?

Prof. Dr. med. Josef Wissler, Klinik für Geburtshilfe Uni-Spital Zürich

Die Frage nach dem „Wie“ beginnt das menschliche Leben umfasst eine Vielzahl von Vorbedingungen, Eigenschaften und Fähigkeiten, welche den Beginn des menschlichen Lebens ausmachen. Im weitesten Sinne könnte man die Themenfrage als eine Schöpfungsgeschichte, wissenschaftstheoretisch als Evolutionsgeschichte des Menschen verstehen. Als Arzt und als Naturwissenschaftler möchte ich mich jedoch auf die biologischen Prozesse konzentrieren, welche den Lebensbeginn markieren, ohne die soziokulturellen Eigenheiten auszublenden, die an anderer Stellen eingehender besprochen werden. Ich bin mir bewusst, dass ich Ihnen mit den heute bekannten Fakten nur einen Teil der komplexen Realität und damit ein Modell vorstellen kann. Derartige biologische Modelle haben zu allen Zeiten unsere Vorstellungen vom Beginn des menschlichen Lebens geprägt, denken wir nur an den Diskurs zwischen Präformisten und Epigenetikern im 18. Jh., oder Ernst Haeckels Biogenetisches Grundgesetz in 19. Jh.

Die wesentliche Vorbedingung für die Entstehung des menschlichen Lebens ist die Reifung der Gameten, die Oo- und Spermiogenese aus den pluripotenten primordialen Keimzellen. Durch Löschen der elterlichen Prägung werden die Zellen auf die Meiose vorbereitet. Beim Mann beginnt die Reifung der Gameten und damit die Prägung mit zunehmendem Methylierungsgrad der DNA bereits vor der Geburt, während bei der Frau die Prägung erst nach der Geburt während des Stopps der Meiose I eintritt. Beim Mann wird die Meiose II, die Bildung einer haploiden Keimzelle bereits vor der morphologischen Ausreifung des Spermiums vollendet. Im Gegensatz dazu ist genetische Ausstattung der Eizelle, der Abschluss der Meiose II mit Bildung des zweiten Polkörpers, erst nach Penetration des Spermiums durch die Eihülle festgelegt. Dringt das Spermium in die Eizelle ein, bilden sich die beiden Vorkerne, die miteinander verschmelzen und so das genetische Programm des neu entstandenen menschlichen Lebens bilden. Bei diesem Rearrangement gibt es 2^{23} , 8,4 Millionen Möglichkeiten der Neuzusammensetzung der Chromosomen aus dem mütterlichen und väterlichen Chromosomenpool. Das erste Lebenszeichen, des neu entstandenen Menschen ist die erste Zellteilung. Deren Ausrichtung ist durch den Spermieintrittsort bestimmt. Bereits die zweite Teilung des Embryos erfolgt asymmetrisch, wobei jedoch alle Zellen mindestens bis zum Vier-Zellstadium noch Totipotenz aufweisen. Mit dem Verlust der Totipotenz nimmt auch der Methylierungsgrad der DNA ab, d.h. alle Gene stehen für die morphologische Neubildung des Embryos zur Verfügung. Jedoch bereits mit der Ausbildung einer Blastozyste nimmt der Methylierungsgrad der inneren Zellmasse wieder zu, es bilden sich die embryonalen epigenetischen Faktoren aus. Die Zellen der inneren Zellmasse sind pluripotent, d.h. sie sind in der Lage alle Organe des Menschen auszubilden mit Ausnahme der Plazenta.

6 bis 7 Tage nach der Befruchtung schlüpft die Blastozyste aus der Zona pellucida (hatching) und bereitet sich auf die Implantation vor. Diese gelingt nur durch eine optimale Abstimmung von Embryonalentwicklung und Ausreifung des Eibettes in der Gebärmutter (Embryo-maternal cross-talk), der auf hormoneller Ebene bereits unmittelbar nach der Befruchtung beginnt. Mit der Implantation schafft sich der Embryo Zugang zur mütterlichen Gefäßversorgung und sichert sich damit die Nährstoffzufuhr für die weitere Entwicklung. Nach einem bereits durch den Spermieintritt festgelegten Plan erfolgt nun die Längsachsenorientierung im Rahmen der Formgebung (Gastrulation, Ausbildung der drei Keimblätter). Als erstes Organsystem bildet sich zur Verteilung der akquirierten Nährstoffe das kardiovaskuläre System aus, was in der Pulsation des Herzens seinen Ausdruck findet, den wir vom 23. Tag nach der Befruchtung an, mittels Ultraschalluntersuchung nachweisen können. Parallel zur Entwicklung des Gefäßsystems differenziert sich das embryonale Zentralnervensystem, das 36 Tage nach der Befruchtung mit Körperachsenbewegungen erste

Funktionsäusserungen zeigt. Diese werden mit zunehmender Körperentwicklung immer komplexer. Ab dem 44. Tag nach der Befruchtung sind Bewegungen der Gliedmassen sichtbar. Die Gliedmassen zur Erkundung der Umgebung zeigen ein Längenwachstum, so dass sie sich ab dem 50 Tag post conceptionem gegenseitig berühren können.

Die Entstehung des individuellen menschlichen Lebens ist ein komplexer Prozess, der in der Individualgeschichte der Eltern begründet ist. Die erste Manifestation des individuellen menschlichen Lebens zeigt sich in der ersten Zellteilung. Somit begründet die Fusion der Vorkerne den Beginn des menschlichen Lebens. Zuvor ist dieses menschliche Leben nur eine potentielle Möglichkeit, danach ist es bereits real existent.

Der Umgang der modernen Medizin mit dem vorgeburtlichen Leben

Die stürmische Entwicklung der Reproduktionsmedizin hat in den vergangenen Jahrzehnten zum einen unser Verständnis über den Beginn des menschlichen Lebens deutlich erweitert, auf der anderen Seite jedoch auch eine Vielzahl von Eingriffsmöglichkeiten in den Ablauf des vorgeburtlichen Lebens eröffnet.

So hat die Technik der Eizellgewinnung und der in-vitro-Fertilisation, welche 1978 erstmals zur Geburt eines gesunden Kindes geführt hat, Einblicke in die frühesten Entwicklungsstadien des Menschen gewährt, lässt aber auch Manipulationen an den Gameten und der befruchteten Eizelle zu.

In meinem Referat möchte ich exemplarisch an den Beispielen Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), Präimplantationsdiagnostik (PID), Stammzellforschung, Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch den Stand der medizinischen Wissenschaft und der experimentellen und klinischen Praxis aufzeigen.

Zur Verbesserung der Schwangerschaftsraten und zur Behandlung der männlichen Infertilität wird heute die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) durchgeführt. Dabei wird eine Samenzelle, welche willkürlich oder gezielt nach dem Geschlechtschromosom ausgewählt wird, in die reife Eizelle injiziert. In den vergangenen Jahren sind jedoch Berichte über die Imprintingdefekte bei Kindern nach ICSI bekannt geworden.

Die Technik der ICSI ist Voraussetzung für die sogenannte Präimplantationsdiagnostik (PID). Dabei wird eine totipotente Zelle aus dem 4-8 Zellstadium herausgelöst und zyto- und/oder molekulargenetisch untersucht, um so genetische Auffälligkeiten des Embryos zu erkennen oder auszuschliessen. Zur Durchführung der Analysen wird derzeit meistens eine totipotente Zelle für diagnostische Zwecke verbraucht. Die genetische Analyse an Einzelzellen entspricht jedoch nicht dem Standard der Doppelbestimmungen, den wir ansonsten bei medizinischer Diagnostik verlangen, weshalb in den meisten Fällen eine vorgeburtliche Untersuchung zur Kontrolle empfohlen wird.

Die Erkenntnis, dass Zellen aus der inneren Zellmasse des menschlichen Embryos über Monate im Labor vermehrt werden können und danach in der Lage sind, sich in die verschiedensten Gewebe zu differenzieren, hat eine weltweite Debatte um die Gewinnung und die Einsatzmöglichkeiten embryonaler Stammzellen ausgelöst. Das Studium dieser Zellen sollte dazu dienen, Entwicklungsprozesse der frühen Differenzierung und Organentwicklung zu studieren und eine zelluläre Substitutionstherapie für häufige und schwere chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Alzheimer, Parkinson etc.) zu begründen. Die Prinzipien der Differenzierung und Organentwicklung werden an Tiermodellen umfassend studiert, während sich für das Erreichen des zweiten Zieles auch adulte Stammzellen eignen würden. Die Forschung mit embryonalen Stammzellen ist jedoch zu einem Geschäft geworden, in dem nur der Erfolg zählt, egal auf welchem Weg er erreicht wird, wie die aktuelle Diskussion um die Arbeiten des Koreaners Hwang zeigen.

Das Problem des Schwangerschaftsabbruchs ist nach den heftigen Debatten im Anschluss an die Wiedervereinigung Deutschlands und nach einem kurzen Aufflammen im Zusammenhang mit der Zulassung der Abtreibungspille RU 486 aus der öffentlichen Diskussion gelangt.

Tatsächlich wird aber die Beratungsregelung als Fristenregelung gehandhabt und die Fachgesellschaft bürdet den Fachärzten die Last des Abbruchs als Hilfe für die Frauen in Not auf. Anstoß scheint derzeit vor allem das Problem des Fetozids zu erregen, das politisch einer Lösung zugeführt werden soll. Eine Politik, die sich zwar eine flächendeckende Versorgung mit Abtreibungseinrichtungen vorschreiben lässt, selbst aber nicht bereit ist, eigene Beschlüsse zum Schutz des Ungeborenen umzusetzen, tut sich schwer, den Schutz des menschlichen Lebens glaubwürdig zu vertreten.

Immer dort wo der Mensch Mittel zum Zweck oder ihm Schaden zugefügt wird, sind die Grenzen des medizinischen Handelns überschritten. Ärzte dürfen sich nicht zum Handlanger von Ideologen, Politikern oder Businessmanagern machen, sondern müssen Diener ihrer Patienten sein.

Prof. Dr. med. Josef Wissner

Vita

Prof. Dr. med. Josef Wissner - geboren 12. März 1954 in Hindelang

Studium:

1973-1980 Studium der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München
1975-1980 Stipendiat des Cusanuswerks
1977/78 Studium an der Medical Faculty of the University of Glasgow

Wiss. Ausbildung:

1980 Promotion an der LMU München mit dem Thema: "Die Ontogenese der hydrostatischen Wasserpermeabilität des Ileums" mit "magna cum laude".
1993 Habilitation an der LMU München mit dem Thema "Die Embryogenese des Menschen in vivo mittels transvaginaler Sonographie".
2004 Titularprofessur an der Universität Zürich

Klinische Ausbildung:

1980-1986 Assistenzarzt an der Univ-Frauenklinik Homburg/Saar und am Klinikum Grosshadern der LMU München
1986-1994 Leiter des Bereichs Ultraschalldiagnostik an der Frauenklinik im Klinikum Großhadern der LMU München.
1994-1996 Gastdozent an der Klinik für Geburtshilfe der Universität Zürich
Seit 1996 Oberarzt an der Klinik für Geburtshilfe der Universität Zürich

Stipendium:

1990 Stipendium des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft zum Extended European Bioethics Course am Joseph and Rose Kennedy Institute of Ethics an der Georgetown University Washington.

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Pränatale Diagnostik fetaler Erkrankungen.
- Sonopathologie des Feten.
- Sonographie in der Embryonalperiode.
- Auswirkungen der pränatalen Diagnostik für ärztliches Handeln und gesellschaftliches Bewußtsein.
- Studium des kardiovaskulären Systems des Feten.

Lebensanfang und Lebensende – eine ethisch-philosophische Betrachtung

Prof. Dr. phil. Bernhard Schleißheimer

Wir leben und erleben immer im Hier und Jetzt, in der gegenwärtigen Situation. In Gedanken aber können wir uns in vergangene oder zukünftig mögliche Situationen versetzen. Unser Erinnern und unser Voraussehen stoßen dabei jedoch an absolute Grenzen: Jenes – unser Erinnern – beginnt mit wenigen unzusammenhängenden Bildern erst in der frühen Kindheit, dieses – unser Voraussehen – endet am unabwendbaren Los des Todes, der uns bevorsteht, wir wissen nicht wann, nicht wie, nicht, was dann sein wird. Unser Anfang und, was nach dem Ende unseres Erdenlebens sein wird, liegen für unser Vorstellen und Wissen im Dunkeln.

An den Grenzen unseres bewussten Erlebens kann uns klar werden, dass wir unser Existieren nicht uns selbst verdanken, dass es uns gegeben, dass es uns geliehen ist und dass wir deshalb wohl auch für unser Tun Verantwortung tragen.

Der Beginn unserer Erdenbürgerschaft als Glied einer Familie, einer Gemeinde, eines Staats, war unsere Geburt. Wir haben zwar keine Erinnerung an dieses wohl bedeutendste Ereignis unseres Lebens; Tag, Monat und Jahr sind aber amtlich dokumentiert. Wenn wir Einzelheiten wie Uhrzeit und besondere Umstände davon kennen, dann aus Erzählungen, etwa von Eltern oder Verwandten.

Die Geburt war unser Eintritt als eigenständiges Wesen in diese Welt; sie war aber nicht der Anfang unseres Lebens. Wir lebten schon, als wir geboren wurden, hatten bereits eine Entwicklung durchlaufen.

Menschliches Leben beginnt mit der Zeugung, verborgen und unauffällig im Schoß einer Frau. Es ist ein wunderbares Geheimnis, wie hier ein Menschenschicksal seinen Anfang nimmt: Aus der Vereinigung von Erbanlagen zweier Menschen entsteht ein neuer Mensch. Die Informationen, die hier neu gemischt und als Anlagen weitergegeben werden, kommen von weit her, aus grauer Vorzeit. Sie sind in den Lebenssituationen einer unabsehbaren Kette von Vorfahren, von Menschen und vormenschlichen Lebewesen, – einer Kette, die bis in die dunklen Anfänge des Lebens zurückreicht – ausgeprägt worden. Und dass jeweils aus genetischen Informationen zweier verschiedener Vererbungsstränge die Veranlagung des neuen menschlichen Lebens gebildet wird, verbürgt die unendliche Vielfalt von Möglichkeiten menschlicher Existenz und vermindert die Gefahr der Vereinseitigung und Degeneration. Wie furchtbar der Gedanke, dass der Mensch hier eingreifen und etwa durch Klonen oder andere Formen der genetischen Manipulation die weise Vorsorge des Schöpfers außer Kraft setzen könnte! (Allein der Gedanke an die Möglichkeit, dass ein gewissenloser Diktator sich auf diese Weise ein Heer völlig gleich veranlagter skrupelloser Henkersknechte heranzüchten lassen könnte, ist beängstigend!)

Die Natur ist Schauplatz der Schöpfung – einer permanenten Schöpfung. Allen Lebens Anfang verdankt sich letztlich ihr.

Schicksalhaft für das Menschenkind ist sein Anfang, schicksalhaft sind die erbbiologischen Voraussetzungen, mit denen es ins Leben tritt, schicksalhaft auch Zeit, Ort, Umstände, in die es geworfen ist.

Von Anbeginn, von der Zeugung an ist der werdende Mensch aber auch der Verantwortung von Menschen anvertraut.

Der Embryo wächst zwar geborgen und geschützt im Mutterleib heran, er ist jedoch nicht nur in seiner physischen, sondern auch in seiner psychischen Entwicklung abhängig, unmittelbar von der Mutter, mittelbar aber auch von der Mitwelt und Umwelt der Mutter. Von entscheidender Bedeutung für die Zukunft des heranwachsenden Menschenkindes ist schon in diesem Stadium, ob es bejaht und angenommen oder ob es abgelehnt wird, ob es mit Freude erwartet oder ob mit Angst und Abneigung seiner Geburt entgegengesehen wird. Wichtig für seine Entwicklung ist neben einer gesunden Lebensweise eine möglichst ausgewogene Gemütsverfassung der Mutter.

Man kann heute in einem verhältnismäßig frühen Entwicklungsstadium des Embryos feststellen, nicht nur welches Geschlecht er hat, sondern auch ob er gesund oder mit einer Krankheit oder Behinderung zur Welt kommen wird. Doch, darf man ihn töten, wenn zu erwarten ist, dass er nicht *unseren* Vorstellungen und Wünschen entspricht? Mit welchem Recht kann man behaupten, er sei noch kein vollwertiger Mensch und deshalb dürfe man über sein Leben verfügen? Ist die Festlegung einer Grenze, ab welchem Zeitpunkt, in welchem Entwicklungsstadium der Embryo Mensch ist, mit Wert und Würde des Menschen, nicht völlig willkürlich? Noch fragwürdiger ist die Abtötung von Embryonen aus irgendwelchen anderen Gründen, etwa zu wissenschaftlichen Zwecken oder aus wirtschaftlichen Gründen oder der Karriere, des Ansehens, der Bequemlichkeit oder sonst eines Grundes wegen. Wenn menschliches Leben von Anfang an *menschliches* Leben ist, dann hat es von Anfang an auch den besonderen Wert und die Würde der Person, dann darf es nicht mehr nur als Mittel zu irgend einem Zweck gebraucht werden, dann ist seine Tötung in jedem Stadium, in jedem Falle, moralisch verwerflich. Eine Ausnahme könnte sein, wenn beider Leben, das der Mutter und das des Kindes gefährdet ist und nur eines gerettet werden kann. Dann liegt die schwere Entscheidung ganz in der Verantwortung der Eltern und der Ärzte.

Seine Geburt versetzt das kleine Menschenwesen zunächst in eine gefährliche Krisensituation, in der sich entscheidet, ob es zu eigenständigem Leben fähig ist oder nicht. Aus der Geborgenheit im Mutterschoß stürzt es nun plötzlich in ein Chaos von neuen Lebensbedingungen, von Empfindungen und Anforderungen, in die es sich einpassen, in denen es sich allmählich zurecht finden muss.

Im Unterschied zu neugeborenen Tieren ist der Menschensäugling weder Nestflüchter noch Nesthocker (Adolf Portmann¹). Er ist zwar völlig auf Pflege und Umsorgung angewiesen, aber er findet sich mit offenen, wachen Sinnen in einer Welt, die noch unstrukturiert, fremd und beängstigend auf ihn einströmt. Was er für das Zurechtfinden und sich Behaupten darin mitbringt, sind im wesentlichen offene Anlagen, kaum naturgegebene verhaltenssteuernde Instinkte. Diese Anlagen müssen erst ausgebildet werden zu Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen. Das beginnt in dieser frühesten Phase der Kindheit in den Beziehungen zu den Personen und mit Hilfe der Personen, die den Säugling umsorgen, pflegen, überhaupt häufig

¹ Vgl. A. Portmann: Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen. Basel/Stuttgart³1969

mit ihm in Kontakt stehen. Normalerweise sind das vor allem die Eltern, Geschwister, Großeltern.

Das erste Lebensjahr ist *die* Zeit, die der Mensch, wenn man ihn mit den Säugetieren vergleicht, eigentlich noch im Mutterleibe verbringen müsste². Er wird gleichsam im »Schoße« der menschlichen Gemeinschaft, im Normalfall in einer Familie, »ausgetragen«. Im »Sozialuterus« der Primärgruppe erwirbt das Menschenkind alle menschlichen, sozialen Kompetenzen. Haltungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für das Leben in der menschlichen Gesellschaft unentbehrlich sind, werden vorwiegend in dieser ersten Lebens- und Erlebensphase nach der Geburt ausgebildet. In diese Zeit fallen so wichtige Errungenschaften wie z. B. das Erlernen der aufrechten Körperhaltung, der eigentlichen Wortsprache und der Eintritt in die Sphäre des technischen Denkens und Handelns³.

In dieser Frühphase werden Gemüt und Beziehungsfähigkeit entwickelt und muss vor allem ein Urvertrauen entstehen, das grundlegend ist für das Vertrauen zu Mitmenschen, zur Welt und zur eigenen Person, sowie auch zu Gott im religiösen Glauben. Das Grundvertrauen ist eine Haltung, die sich durch gleichartige oder ähnliche Einzelerfahrungen oder Erlebnisse, vor allem durch Erfahrung von Geborgenheit in der Mitwelt und Umwelt und von deren Verlässlichkeit, in der frühen Kindheit herausbildet. Ob es in dieser entscheidenden Entwicklungsphase zustande kommt, hängt wesentlich vom Verhalten der Bezugspersonen ab. Sein Zustandekommen ist schicksalhaft für das weitere Leben.

Die Verantwortung der Mitwelt, normalerweise der Eltern, für das Gelingen des künftigen Lebens des Kleinkindes ist also riesengroß. Hans Jonas hat sie in seinem Buch »Das Prinzip Verantwortung« damit begründet, dass das Neugeborene durch sein bloßes Dasein und Atmen ein Soll an die Mitwelt richte, sich seiner anzunehmen⁴. Und er hat die elterliche Verantwortung als einzige natürliche Verantwortung bezeichnet, die deshalb auch von keiner vorherigen Zustimmung abhängig, sowie unwiderruflich, unkündbar und global sei⁵. Die Eltern sind von Natur aus verantwortlich für die Zukunft ihrer Kinder. Mitverantwortlich dafür und damit für die Zukunft der Menschheit sind auch die anderen Menschen, sind alle Erwachsenen. Man sollte sich dessen bewusst sein, wann und wo immer man Kindern begegnet.

Mit dem Älter- und Reiferwerden der Kinder gewinnen Freunde, Idole, gesellschaftliche Gruppen mehr und mehr Einfluss auf sie. Die Verantwortlichkeit der Eltern für sie vermindert sich damit zwar; sie hört aber nie ganz auf. Der reife und mündige Mensch ist schließlich vor allem *selbst* verantwortlich für sein Leben.

Seit der Antike wird die Lebenszeit des Menschen in »Lebensalter« eingeteilt, in Kindheit, Jugendzeit, Erwachsenenalter und Greisenalter. Die Kindheit ist das erste Lebensalter. Man hat es meist vor allem als Vorstufe und Vorbereitungsstufe des Erwachsenenalters verstanden: die Kinder galten als noch unfertige, unvollkommene Erwachsene. So wurden in der Kunst z. B. Kinder oft wie kleine Erwachsene dargestellt. Auch heute sind wir drauf und dran, in der Kindheit fast ausschließlich nur eine Vorbereitungszeit für das Erwachsenenalter zu sehen:

² A. Portmann, a.a.O., S. 58 u. S.89

³ Vgl. ebd.

⁴ Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. Insel-Verl., (Frankfurt am Main 1979, S. 235

⁵ A. a. O., S. 178

Die Kinder sollen möglichst früh spezielles Wissen, sowie entsprechende Fähigkeiten und Fertigkeiten erwerben, damit sie frühzeitig als nützliche Faktoren in das Arbeits- und Wirtschaftssystem eingegliedert werden können. Dabei besteht die Gefahr, dass diese wichtige Lebensphase nicht mehr ausgelebt werden kann und ein kindgemäßes Leben nicht mehr möglich ist. Abgesehen davon, dass auch eine gediegene, dem jeweiligen Alter entsprechende Allgemeinbildung zu kurz kommt.

Die Kindheit ist aber andererseits auch nicht ein paradiesischer Zustand, der Vollkommenheit und totalen Unschuld, aus welchem der reifer werdende Mensch dann heraus- und herabfällt. So haben sie manche Schriftsteller, z. B. Rousseau oder Dostojewskij, gesehen.

Beide Verständnisweisen der Kindheit enthalten zwar Richtiges; aber keine gilt allein und ausschließlich: Die Kindheit ist sicher auch Vorstufe und Vorbereitungsstufe für das Erwachsenenalter, und Kinder sind, solange sie wirklich kindlich sind, zweifellos in mancher Hinsicht auch besser, unschuldiger als Erwachsene, vor allem vertrauensfähiger und wahrhaftiger: Sie verstecken sich noch nicht hinter Masken. Beide Male wird die Kindheit aber nur von ihrem Verhältnis zum Erwachsenenalter her verstanden.

Die Kindheit darf jedoch nicht nur im Verhältnis zum Erwachsenenalter gesehen werden. Sie hat – wie jedes Lebensalter – auch ihren eigenen Sinn, den auszuleben und zu erfüllen wir den Kindern Zeit und Gelegenheit geben müssen. Kinder leben in ihrer eigenen Welt, in ihren eigenen Geschichten. Wir müssen ihnen dafür Zeit lassen.

Alles endliche Sein hat seine Zeit. Leben ist ein zeitlicher Prozess, auch jedes menschliche Leben. Auch unser Leben hat seine Zeit – *ist* Zeit, Zeit, die uns gegeben, die uns geliehen ist, – endliche Zeit. Sie läuft ab, auf ein Ende zu, sie vermindert sich von Anfang an mit jedem Augenblick. Wann sie zu Ende ist, wieviel Zeit jedem von uns gegeben ist, wissen wir nicht. Das Ende, der Tod droht in jedem Augenblick. Soviel aber ist gewiss: Je älter wir werden, desto kürzer ist die Frist, die uns günstigen Falles noch bleibt; denn die Lebenskraft der Organismen erschöpft sich, ihre Lebenszeit schwindet und endet. Auch unsere Lebenszeit ist begrenzt, hat ein absehbares Ende. Die ärztliche Kunst konnte und kann zwar die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen verlängern; aber sie wird damit wohl bald an eine endgültige Grenze kommen.

Was wir abstrakt als Zeit erfassen, bedeutet konkret Veränderung, steten Wandel. Wir bleiben uns nicht gleich im Verlauf unserer Lebenszeit. Wir verändern uns stetig: Wir werden älter, wir altern von Anfang an.

Das Altern ist ein vielschichtiges Phänomen, es betrifft nicht nur die äußere Erscheinung, den Organismus, sondern auch die seelische Verfassung, den Charakter, die ganze Persönlichkeit.

Mit dem Altwerden ändert sich auch das Verhältnis zur Zeit: Am Anfang ist das ganze Leben Zukunft, am Ende wird es nur noch Vergangenheit sein. Zukunft schwindet, Vergangenheit wächst im Laufe des Lebens. Die Jugend, die das Leben im wesentlichen noch vor sich hat, ist zukunftsorientiert. Die Alten, deren Erwartungshorizont geschwunden und deren Lebensgeschichte gewachsen ist, leben rückwärts gewandt, mehr und mehr in Geschichten aus ihrem vergangenen Leben.

Dem Neugeborenen scheint ein schier unendliches Feld von Zukunftsmöglichkeiten offen zu stehen. Mit dem Älterwerden, mit jeder Schicksalsfügung, die uns auf *einen* bestimmten Weg drängt, sind uns *andere* Wege versperrt. Mit jeder wichtigen Entscheidung, mit der wir uns auf *eine* Zukunftsmöglichkeit festlegen, fallen *andere* Möglichkeiten weg. So verengt sich das Feld der Möglichkeiten im Laufe des Lebens. Am Ende bleibt keine mehr, nur noch die Gewissheit des Todes und die Frage, wann und wie er uns schließlich ereilen wird.

Unser Leben verläuft keineswegs geradlinig aufwärts von einem bescheidenen Anfang im Zustand völligen Angewiesenseins auf Pflege, Umsorgung und Schutz hinauf zum Gipfel eines selbständigen, kraftvollen, erfüllten, erfolgreichen Lebens, um *dort* zu enden, sondern unsere Lebensbahn krümmt sich zu einem Bogen und führt uns, anfangs fast unmerklich, dann aber immer steiler, zurück in einen Zustand wiederum der Schwäche, der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, des Angewiesenseins auf andere. Der Sinn unseres irdischen Lebens liegt demnach nicht nur in einer erfolgreichen Karriere, in Leistung und Ruhm. Auch der Abstieg, das Loslassen, das wieder Schwachwerden, auch das Leiden und der Tod gehören zum Leben – und auch das Scheitern (daran kann uns ein Blick auf das Kreuz immer wieder erinnern!).

Wie die demographischen Statistiken zeigen, geht die Entwicklung bei uns dahin, dass die Alten, Arbeitsunfähigen, Pflegebedürftigen immer mehr, die Jüngeren, Arbeitsfähigen immer weniger werden. In einer Zeit, die einerseits ganz auf Effektivität und Nutzen, andererseits auf Wohlstand und Lustgewinn setzt könnten bei dieser Entwicklung leicht wieder inhumane Ideen aufkommen. Man sollte dagegen zweierlei bedenken:

Erstens: Jeder alte Mensch, gleich in welcher geistigen und körperlichen Verfassung, ist *eine besondere, einzigartige Gestalt des Menschseins*, geprägt von einer ganz persönlichen Lebensgeschichte, der das Zusammenwirken eines individuellen Schicksals und persönlicher Freiheit ihren je besonderen Verlauf und besonderen Sinn gegeben haben.

Das menschliche Leben ist von seinem Anfang im Mutterleib bis zu seinem Ende im Tod eingeflochten in ein Netz von Beziehungen. Kein Mensch lebt für sich allein – kann für sich allein leben. Alle sind wir in vielfacher Weise von einander abhängig, auf einander angewiesen. Alle tragen wir für einander Verantwortung – mehr oder weniger, je nach dem, wie nah wir uns sind, in welchem Verhältnis wir zu einander stehen und was uns möglich ist. Wir sind Glieder einer Solidargemeinschaft, unabhängig davon, ob uns das gefällt, ob wir damit einverstanden sind oder nicht. Angewiesen auf die Gemeinschaft, auf Solidarität sind vor allem die Kinder, die Behinderten und die Alten. Alle noch Jüngeren und Gesunden sind mitverantwortlich dafür, dass die Behinderten und Alten ein Leben ihrem unverlierbaren Wert und ihrer personalen Würde gemäß führen und zu Ende führen können. Und wenn die Würde einer Person verletzt wird, wird in ihr die Würde des Menschen überhaupt verletzt.

Jedes Lebensalter hat seinen *eigenen* Sinn und dient zugleich der Vorbereitung auf das folgende. In der Kindheit und Jugend überwiegt in der Regel eine Hinorientierung auf die Zukunft. Die jungen Leute sollen und wollen erwachsen werden und müssen deshalb einen großen Teil ihrer Zeit der Vorbereitung auf das Erwachsenenalter widmen. Den Erwachsenen hingegen fällt es meist schwer an das Greisenalter zu denken und sich darauf einzustellen. Dabei ist das Alter wohl *die* Phase eines normalen Lebenslaufs, die anzunehmen und zu bejahen am schwersten fällt. Man sollte sich frühzeitig darauf vorbereiten und sich überlegen,

wie man auch diesen Lebensabschnitt sinnvoll gestalten kann. In früheren Zeiten war das wohl meist weniger problematisch, da die Alten in der Großfamilie blieben und dort noch ihren Platz und ihre Aufgaben hatten. In unserer Zeit, die ganz auf Wachstum und Fortschritt, permanente Innovation und Tempo setzt, sind vor allem die leistungsfähigen Jüngeren gefragt. Viele alte Leute haben keine Aufgabe mehr in der Gesellschaft, sie werden zu nichts mehr gebraucht, sie müssen sich für vergessen halten.

Zur Tragik alter Leute gehört es auch, dass nach und nach die etwa gleichaltrigen Verwandten, Freunde, Berufskollegen und Bekannten wegsterben. Die Jüngeren haben kaum Zeit für sie. Neue Beziehungen mit Gleichaltrigen anzuknüpfen, fällt ihnen schwer, gelingt oft nicht. Sie vereinsamen.

Das Alter wird für diejenigen zum bloßen Übel, die sich mit den damit verbundenen Einschränkungen, Beschwerden und Mühsalen nicht abfinden wollen. Es *muss* aber keineswegs so sein. Man kann es durchaus sinnvoll leben. Vor allem muss man es annehmen. Es ist der Herbst des Lebens, der seine eigene Schönheit haben kann, wie der Herbst im Jahreslauf. Es kann eine Zeit der Ernte sein, in der man sammeln und weitergeben kann, was man sich in vielen Jahren erworben hat, an Erfahrung, an Wissen und Können.

Das Alter ist vor allem eine Zeit des Loslassens und der Besinnung auf das Wesentliche. Es ist die Zeit, Rückschau zu halten auf das Leben und zu sehen, was gelungen ist, was man hätte besser machen können, wo man gefehlt hat. Es ist vor allem die Zeit, zu danken für alles Gute und Schöne, das man erleben durfte, für alle wesentlichen Begegnungen, die einem weitergeholfen haben, für alle Fügungen die unsere Torheiten letztendlich doch noch zum Guten gewendet haben, für Hilfe und Gnade, die uns zuteil geworden sind. Es ist die Zeit an das nahe Ende zu denken, sich vorzubereiten auf den nahen Tod.

„So ist“, wie Romano Guardini einmal in einer Rundfunkansprache gesagt hat, „auch das Alter eine eigene Gestalt, deren Sinn wohl durch das Wort »Weisheit« bestimmt werden kann.“⁶

Alle Organismen altern und verenden schließlich. Höhere Lebewesen empfinden Todesangst bei Lebensgefahr. Wir Menschen wissen, dass wir sterben müssen.

Aber, was wissen wir wirklich vom Tode? – Wir wissen z. B., dass unser Tod, wie das Verenden aller Lebewesen, sinnvoll ist; denn die Generation, welche bereits für Nachwuchs gesorgt hat, muss durch ihr Sterben Platz machen für die nachwachsenden Generationen. Der Generationenwechsel ist überdies auch für die Weiterentwicklung des Lebens notwendig. Er ermöglicht nämlich eine Neuanpassung an die sich dauernd ändernden Lebensbedingungen. Jede junge Generation bringt wieder neue Möglichkeiten mit und hat wieder neue Chancen.

Das ist sicher eine zutreffende Erklärung für das Verenden aller Lebewesen. Aber, so richtig und lehrreich sie ist, sie kann uns persönlich kaum Hilfe oder Trost geben hinsichtlich des Todes unserer Lieben und unseres je eigenen Todes. Wir sind ja nicht nur ein beliebiges Exemplar der biologischen Art „Mensch“ und auch nicht bloß ein Glied der menschlichen

⁶ Die Lebensalter. Ihre ethische und pädagogische Bedeutung. Werkbund-Verlag, Würzburg (1959), S. 84

Gesellschaft; wir sind Personen, denen es um ihr je eigenes Sein, um das je eigene Schicksal, um das je eigene Leben und Sterben geht.

Der Arzt kann wohl an Symptomen den Eintritt des leiblichen Todes feststellen. Doch, was im Bewusstsein eines sterbenden Menschen wirklich vorgeht, kann niemand von außen sehen. Was da zu welchem Zeitpunkt sich ereignet, weiß keiner, der noch lebt. Mit keiner wissenschaftlichen Methode ist zu klären, wie die bzw. der Sterbende selbst den Tod erlebt und was dann geschieht. Das bleibt für die Lebenden ein Geheimnis.

Vor Jahren erregten „Interviews mit Sterbenden“, die von der Schweizer Ärztin Kuebler-Ross u.a. veröffentlicht wurden, großes Aufsehen. Das Geheimnis des Todes schien dadurch wenigstens etwas gelüftet zu sein. Bei genauer Betrachtung jedoch stellen sich solche Versuche als problematisch heraus. Vor allem kann man dagegen einwenden, dass die Befragten, die schon tot zu sein schienen und dann wieder zum Leben erwachten, die Schwelle des Todes eben doch noch nicht wirklich überschritten hatten.

Die modernen Wissenschaften können uns nicht helfen, mit dem Tod „fertig“ zu werden.

Das Denken an den Tod ist den meisten von uns kein angenehmer Gedanke. Nur selten kommt es vor, dass jemand den Tod ersehnt, herbeiwünscht, z. B. in schwerer, vielleicht schmerzhafter Krankheit, wenn keine Hoffnung auf Genesung mehr besteht, oder in einer anderen ausweglosen Lage.

Meistens aber besteht Furcht vor dem Tode.

Im alltäglichen Leben neigen wir denn auch dazu, den Gedanken an den Tod möglichst zu verdrängen. Wir leben lieber so, als ob er nicht oder wenigstens noch lange nicht käme. Zur Kunst des Lebens, wie sie die antiken Epikureer schon lehrten, gehörte es, immer wieder zu denken: „Solange ich bin ist der Tod nicht. Wenn der Tod ist, bin ich nicht mehr.“ Also habe ich nichts zu befürchten. Diese Devise passt sehr gut auch in die Spaßgesellschaft heute.

In Zeiten ungewöhnlicher Gefahren, z. B. im Krieg, oder auch in schwerer Krankheit, bei Unfällen, auch wenn man alt wird, gelingt es nicht mehr so leicht, den Gedanken an den Tod zu verdrängen, den Tod zu ignorieren. Er bringt sich selbst nachdrücklich in Erinnerung. Todesangst kann aber jederzeit, auch mitten im Leben über uns kommen. Sie befällt uns jäh bei drohender Lebensgefahr.

Wer nicht den Tod mitbedenkt, denkt vom Leben nicht richtig, gibt sich einer Illusion, einer Täuschung hin und wird in absehbarer Zeit enttäuscht. Deshalb betet der Psalmist: „Herr lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, damit wir weise werden“ (Ps.90,12)

Wie jeder Mensch das Recht hat, seiner Menschenwürde gemäß zu leben, so hat auch jeder Mensch das Recht auf ein seiner Würde entsprechendes Sterben. Zum Problem wird der Anspruch auf einen würdevollen Tod, wenn das Sterben eines Menschen, der im Koma liegt und nach menschlichem Ermessen nicht mehr daraus erwachen wird, mittels technischer Hilfsmittel hinausgezögert wird. Es mag allerdings oft sehr schwer für Ärzte und Angehörige sein, in einem solchen Fall die verantwortbare Entscheidung zu treffen.

Andererseits missversteht die Menschenwürde oder verwechselt sie mit dem Stolz, wer sich vorzeitig das Leben nimmt oder nehmen lässt, weil er Leiden und Pflegebedürftigkeit für entwürdigend hält. Auch Leiden und Bedürftigkeit gehören zum Leben. Und unsere Lebenszeit, was sie uns auch bringen mag, ist uns gegeben, anvertraut. Wir sind dafür verantwortlich.

Der Tod beendet unser Erdenleben. Er reißt uns heraus aus der uns vertraut und lieb gewordenen Welt. Was aber ist dann? Was geschieht mit uns im Tode? Erwartet uns ein neues, ein glücklicheres Leben? Oder stürzen wir in den dunklen Abgrund des Nichts? – Ein Wissen oder eine Vorstellung davon, was nach dem Tode sein wird, haben wir nicht. Wissenschaft und Philosophie sind angesichts des Todes ratlos. Hoffnung gibt uns allein die christliche Frohbotschaft. Sie stellt das, was uns jenseits des Todes erwartet, im Bild des himmlischen Gastmahls dar. Das königliche Gastmahl ist nicht nur die Hochform menschlicher Gemeinschaft, sondern auch Inbegriff des freudvollen Genusses alles Guten und Schönen. Ein wunderbares Bild für die ewige Glückseligkeit, die uns im Jenseits verheißen ist!

Über die Schwelle des Todes vermag letztendlich nur ein absolutes Vertrauen zutragen, – das Vertrauen auf den Ewigen, in dessen Ewigkeit unsere Zeit mit allem Zeitlichen aufgehoben sein wird.

Vita

Bernhard Schleißheimer

Dr. phil., emeritierter Universitätsprofessor für Philosophie, Katholische Universität Eichstätt
Jg. 1922. Nach Schule, Krieg und Kriegsgefangenschaft in der Sowjetunion

Abiturientenlehrgang für Spätheimkehrer an der Lehrerbildungsanstalt Eichstätt (1949);

anschließend Schuldienst im Landkreis Rosenheim und in München.

Studium, Promotion (1959) und Habilitation für Philosophie (1969/70) an der
Ludwig-Maximilians-Universität München.

Dozent (1962), Lehrstuhlvertreter (1965),

Professor (1970) für Philosophie an der Pädagogischen Hochschule Eichstätt (1972

Kirchliche Gesamthochschule, 1980 Katholische Universität).

Rektor der Pädagogischen Hochschule Eichstätt (1970 - 1972);

Vizepräsident der Kirchlichen Gesamthochschule Eichstätt (1977 – 1979).

Seit 1987 emeritiert.

Bundesverdienstkreuz (1986); päpstlicher Silvesterorden (2002).

Verw., 5 Kinder, 11 Enkelkinder, 1 Urenkel.

Arbeitsschwerpunkte: Wissen und Glauben; Anthropologie und Kulturphilosophie;
philosophische Grundlagen der Pädagogik; in den letzten Jahren vor allem Ethik.

Neue Veröffentlichungen zu Themen aus den genannten Arbeitsbereichen.

Zum Thema des Vortrags: **Ethik heute. Eine Antwort auf die Frage nach dem guten Leben.**
Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg (2003)

Der Embryo und die Würde des Menschen aus juristischer Sicht

(Thesenartige Kurzfassung des Referats)

Rainer Beckmann

Der Rechtsstatus des Embryos bestimmt sich vorrangig nach Art. 1 GG: „Die Würde des Menschen ist unantastbar“. Subjekt der Menschenwürdegarantie ist der Mensch. Daher ist die Frage zu beantworten, ob der Embryo „Mensch“ im Sinne dieser Verfassungsbestimmung ist.

I. Der Embryo - ein Mensch

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts kommt auch dem ungeborenen Kind Menschenwürde zu. Voraussetzung für die Anerkennung der Menschenwürde ist das Vorhandensein einer individuellen („Nichtteilbarkeit“) [1], von genetischer Identität [2] geprägten menschlichen [3] Entwicklung. Diese Kriterien [1] - [3] erfüllt der Embryo von Anfang an, ab der Verschmelzung der Vorkerne.

Die hiergegen vorgebrachten Einwände, wie

- die Möglichkeit der Mehrlingsbildung,
- eine „Vervollständigung des Entwicklungsprogramms“ (Nüsslein-Volhardt),
- eine „Zäsurwirkung“ der Nidation,
- die hohe Absterbequote im Frühstadium der Entwicklung und
- gewisse spezifische Umstände der Klonierungstechnik

sind weder entwicklungsbiologisch noch juristisch von entscheidender Bedeutung. Daher ist der menschliche Embryo als Mensch im Sinne von Art. 1 Abs. 1 GG anzusehen.

II. Reichweite des Menschenwürde-Schutzes

Wann die „Würde des Menschen“ verletzt ist, wird primär negativ, also von der Verletzungshandlung her bestimmt. Die hierzu gebräuchliche „Objekt“-Formel („*Die Menschenwürde ist getroffen, wenn der konkrete Mensch zum Objekt, zu einem bloßen Mittel, zur vertretbaren Größe herabgewürdigt wird*“.) ist nach wie vor geeignet, Menschenwürdeverletzungen zu charakterisieren. Auch die in der juristischen Literatur verschiedentlich dargelegten „Schutzdimensionen“ der Menschenwürde (Schutz der körperlichen Integrität; Schutz der materiellen Lebensgrundlage, Gewährleistung elementarer Rechtsgleichheit) sprechen eindeutig dafür, dass die *Tötung von Menschen* grundsätzlich als Menschenwürdeverletzung anzusehen ist.

Da es jedoch *gerechtfertigte* Tötungshandlungen gibt, ist der *unantastbare* Schutzbereich der Menschenwürde vom *einschränkbaren* (Art. 2 Abs. 2 S. 3 GG) Schutzbereich des Rechts auf Leben abzugrenzen. Im Ergebnis sind *nicht legitimierbare* Tötungshandlungen gleichzeitig als Menschenwürdeverletzungen anzusehen (Teil-Identität zwischen dem Schutzbereich von Art. 1 und 2 Abs. 2 S. 1 GG). Nach den allgemeinen Kriterien für die Rechtfertigung von Tötungshandlungen (Vergleich mit „anerkannten“ Rechtfertigungsgründen wie Notwehr, finaler Rettungsschutz, Wehrpflicht, vitaler Indikation ...) ist nicht ersichtlich, wie die Tötung von menschlichen Embryonen zu Diagnose-, Forschungs- oder Therapiezielen gerechtfertigt werden könnte.

Die Tötung menschlicher Embryonen verstößt daher gegen die Menschenwürde und das Recht auf Leben.

Rainer Beckmann

Patientenwürde und Arztpflichten aus juristischer Sicht

(Thesenartige Kurzfassung des Referats)

Rainer Beckmann

Die Frage nach der Patientenwürde und den Arztpflichten stellt sich besonders vor dem Hintergrund der Sterbehilfedebatte. Was ist Inhalt der „Patientenwürde“ und wie kann sie geachtet werden? Welche Pflichten hat der Arzt am Ende des Lebens?

I. Patientenwürde und „Sterbehilfe“

„Patientenwürde“ ist in erster Linie Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG). Auch der kranke Mensch hat Anspruch auf Achtung seiner Würde und darf im Krankenhausbetrieb nicht zum Objekt degradiert werden. Er bleibt bis zuletzt ein Subjekt mit fundamentalen Rechten und - soweit möglich - Entscheidungsträger in Bezug auf die medizinische Behandlung.

Die Achtung des Selbstbestimmungsrechts ist ein wesentlicher Teil der Achtung der Menschenwürde; sie ist aber mit dieser nicht identisch. Auch solche Menschen, die zur Ausübung von Selbstbestimmung nicht (mehr) fähig sind, haben eine unantastbare Würde. Selbstbestimmung hat einen Würdekern, ist aber nicht grenzenlos. Der Wunsch, zu sterben, verpflichtet niemanden, zu töten oder bei einer (Selbst-)Tötung mitzuwirken. Wer sich selbst tötet, verwirklicht kein Recht, sondern zerschneidet jede rechtliche Bindung. Er handelt außerhalb der Sphäre des Rechts.

Verfassungsrechtlich hat der Todeswunsch primär seinen Anknüpfungspunkt im Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG). Wer lebensrettende Eingriffe in seinen Körper verbietet, kann hierdurch den Tod herbeiführen. Eine Pflicht, sich behandeln zu lassen, ist abzulehnen. In der Regel sind Behandlungsverzichtserklärungen aber keine „Selbstmord“-Verfügungen, sondern entsprechen einer Kapitulation vor dem Unvermeidlichen.

Auswirkungen verfassungsrechtlicher Vorgaben, ausgehend von der Menschenwürde des Patienten, auf die Probleme der Sterbehilfe sind:

- Anspruch auf menschenwürdige Behandlung
- Anspruch auf staatlichen Schutz vor Tötung (einschl. Schutz vor gesellschaftlichem und individuellem Druck, der durch Freigabe der Tötung auf Verlangen entstehen kann)
- kein Anspruch auf „Selbsttötungshilfe“ durch Dritte; keine Pflicht zur (Mitleids-) Tötung
- Unzulässigkeit von Einschränkungen des freiwilligen Behandlungsverzichts („passive Sterbehilfe“)
- Anspruch auf effektive Schmerzbehandlung (Straflosigkeit der „indirekten Sterbehilfe“); i.d.R. *Verpflichtung* zur Schmerzbehandlung.

II. Arztpflichten und „Sterbehilfe“

Achtung des Rechts

Auch bei unterschiedlichen Auffassungen über Fragen der Sterbehilfe muss sich der Arzt an die geltenden (straf- und zivil-)rechtlichen Regelungen halten.

Achtung des Patientenwillens

- Wandel des Grundsatzes „salus aegroti suprema lex“ zu „voluntas aegroti suprema lex“?
- Die Achtung des Patientenwillens folgt schon aus der zivilrechtlichen Verpflichtungskraft des Arztvertrages.
- Es gibt kein eigenständiges Behandlungsrecht des Arztes ohne/gegen den Willen des Patienten (Ausnahmen: Notfälle, psychisch Kranke).

- Strafrechtliche Garantenpflicht: Der Arzt ist grundsätzlich Garant für die Lebenserhaltung. Das Unterlassen der möglichen Lebenserhaltung führt i.d.R. zur Strafbarkeit wegen Tötung durch Unterlassen bzw. unterlassener Hilfeleistung.
- Die alte BGH-Rechtsprechung im Fall Wittig (BGHSt. 32, 375) - Pflicht zur Lebensrettung trotz Selbsttötungsabsicht nach Eintritt der Bewusstlosigkeit - ist kaum haltbar. M.E. entfällt bei ernsthaftem und freiverantwortlichem Suizidversuch die Garantenpflicht hins. § 211; außerdem ist kein „Unglücksfall“ i.S.v. § 323 c StGB gegeben.

Spezifisch ärztliche Pflichten

- sorgfältige Diagnose/Indikationsstellung
- Information und Aufklärung des Patienten
- Behandlung lege artis

Die angemessene Erfüllung der spezifischen ärztlichen Pflichten setzt voraus, dass der Arzt aktuelle Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Schmerz- und Symptomlinderung besitzt. Eine Weiterbildung im Bereich Palliativmedizin ist allgemein zu empfehlen. Es besteht (s. oben) weder eine Verpflichtung, zu töten, noch zur Mitwirkung an einer Selbsttötung. Ersteres ist strafrechtlich, Letzteres nach dem Standesrecht unzulässig.

Rainer Beckmann

Vita

Rainer Beckmann
Weißdornweg 1
D-97084 Würzburg
Tel. 0931/35 99 49 0
Fax 0931/20 56 90 1
e-mail: mail@rainerbeckmann.de

Angaben zur Person

Geburtsjahr 1961. Verheiratet seit 1985; vier Kinder.

Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Würzburg.

1991/1992 wissenschaftlicher Mitarbeiter eines Bundestagsabgeordneten in Bonn.

1992 - 1995 Staatsanwalt in Nürnberg und Würzburg.

1995 - 1997 Referent für Strafrecht und öffentliches Recht in der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.

1997 bis 2000 Staatsanwalt in Würzburg.

seit 2000 Richter am Amtsgericht Kitzingen.

Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin

Stellvertretender Vorsitzender der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e. V. (Köln).

Schriftleiter der „Zeitschrift für Lebensrecht“.

2000 - 2002 sachverständiges Mitglied der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages
„Recht und Ethik der modernen Medizin“.

2003 - 2005 sachverständiges Mitglied der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages
„Ethik und Recht der modernen Medizin“.

Zahlreiche Veröffentlichungen und Vorträge zu rechtspolitischen und bioethischen Fragen.

Aktuelle Buchveröffentlichungen:

Rainer Beckmann/Mechthild Löhr: Der Status des Embryos, Verlag Johann Wilhelm Naumann, Würzburg 2003.

Rainer Beckmann/Mechthild Löhr/Julia Schätzle: Sterben in Würde, Sinus-Verlag, Krefeld, 2004.

Körperlich- seelische Folgen nach vorgeburtlicher Kindstötung

Prof. Dr. med. Ingolf Schmid-Tannwald

Nach der Lektüre des Buches „Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen“⁷ blieb für den Arzt Linus Geisler „die gespenstische Gewissheit, wie nah sich „Vernichten“ und „Heilen“ in der Medizin manchmal sind“. Und der Rezensent fügte hinzu: „Diese Gewissheit nur einer historisch abgeschlossenen Epoche zuzuordnen, könnte sich als trügerisch erweisen“.⁸

Tatsächlich stellte der Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) mit Blick auf die rd. 130 000 gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche pro Jahr in unserem Land (Dunkelziffer ca. 250 000) fest: „Ja, selbst die Last des Tötens nimmt das Fach – ein singulärer Vorgang in der ärztlichen Tätigkeit – auf seine Schultern: aus Verständnis und Hilfsbereitschaft für die Frauen“ und fuhr in gespenstischer Rhetorik fort: „wer mag schon vorherzusagen, ob nicht eine fernere Zukunft auch uns als "willige Vollstrecker" eines Zeitgeistes, eines als anmaßend empfundenen Individualismus betrachten wird, so wie man heute auf jene Ärzte blickt, die vor 60 Jahren die Vollstrecker von Eugenik, Rassenhygiene und NS-Wahn gewesen sind.“^{9 10}

Damit ist bestätigt: Das Töten Ungeborener im Fachgebiet der Frauenheilkunde ist seit Jahren Bestandteil eines völlig verfehlten Verständnisses von ärztlicher Hilfe, das zudem auf andere Ärzte Druck macht, denn wer nicht mit schultert ist kein guter Frauenarzt und handelt unkollegial.

Begründungs- und Beschwichtigungsstrategien

In dieser Situation, in der wir alle genug wissen, um nicht mehr wissen zu wollen, bedienen wir uns - kollektiv oder individuell – gewisser *Begründungs- und Beschwichtigungsstrategien*. Sie unterscheiden sich kaum von jenen, mit denen sich die Angeklagten in Nürnberg zu rechtfertigen suchten.¹¹ Auch wir sprechen den ungeborenen Opfern ihr Mensch- oder Personsein ab, wenn wir sie als „Proteine mit Programm“¹², als „Schwangerschaftsgewebe“¹³ oder als „werdende Menschen“ bezeichnen. Das Wesen des Eingriffs reden wir schön, leugnen, verschweigen und verdrängen es, wenn wir vom Recht der Frau auf „reproduktive Gesundheit“ sprechen, von „Geburtenkontrolle“, dem „medikamentösen“ Abbruch oder überhaupt nur von der „Überalterung“ unserer Gesellschaft oder vom „demographischen Faktor“.

So wird aus dem „Recht auf reproduktive Selbstbestimmung“¹⁴ eine unproblematische Lösung, die für die Frauen gesundheitlich weniger riskant sei als eine normale Geburt und Berichte über körperlich-seelische Folgen nach Abtreibungen, das sog. Post-Abortion-Syndrom, oder ein erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit, Depressionen und Brustkrebs, worüber die Frauen vor dem Eingriff aufgeklärt werden sollen, kann man als Erfindung der

⁷ Ebbinghaus A., K. Dörner: Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen. Berlin, 2001

⁸ Geisler L.: Eine herrliche Welt erschaffen – Beklemmend: Ein Sammelband zu den Visionen der NS- Medizin. Frankfurter Rundschau, 09.04.2001 (www.linusgeisler.de/artikel/0104fr_ebbinghaus.html)

⁹ <http://www.aerzte-fuer-das-leben.de/cgi-bin/discus/discus.cgi>

¹⁰ Kindermann K.G.: Nun los, Frauenheilkunde. Der Frauenarzt 41, 2000, 661

¹¹ Dörner K. : „Ich darf nicht denken.“ Das medizinische Selbstverständnis der Angeklagten. In: „Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen.“ Hrsg.: Ebbinghaus A. und Dörner K. Aufbau Verlag, 2001, 331-357

¹² Unschuld P.: Von der Triebfeder zum Getriebenen. Bayerischen Ärzteblatt 11/2005, S. 739

¹³ z.B.: <http://www.gesundheitpro.de/A050829ANONIO13645>

¹⁴ <http://www.svss-uspda.ch/de/facts/psychisch.htm#Schweizer>

Abtreibungsgegner darstellen.^{15 16} Wie auch sollte ein instrumenteller Eingriff von wenigen Minuten in örtlicher Betäubung solche Auswirkungen hervorrufen können?

Diese Darstellung des Eingriffes unterschlägt, dass die oftmals mehr oder weniger erzwungene und absichtsvoll ins Werk gesetzte Tötung des Ungeborenen in der Regel am Ende eines schweren Beziehungskonfliktes steht. Nicht die starren Instrumente, sondern die Gefühle von Horror, Schrecken, Hilflosigkeit etc. können die Frau traumatisieren und gesundheitlichen Folgen auslösen.¹⁷

Zerbrechen der Beziehung und Tötung des Ungeborenen als Trauma für die Frau
Frau und Mann haben nämlich in der Regel in ihrer alltäglichen Lebenswelt¹⁸ aus ihren je individuellen Wirklichkeiten eine einzigartige *gemeinsame* (mikrosoziale) Wirklichkeit aufgebaut und verschiedene Stufen der emotionalen Annäherung und Intimität bewältigt, in der u.a. die gemeinsame Sexualität und Verhütung institutionalisiert wurde.¹⁹ Durch den sich zuerst der Frau ankündigenden neuen Menschen stellen sich für sie „andere Umstände“ ein, d.h. die eigene und damit die gemeinsame Wirklichkeit des Paares erhält eine ganz neue Dimension. Sie wird dauerhaft und „härter“; aus Frau und Mann werden Mutter und Vater, Großeltern etc.²⁰ Diese Entwicklung ist nur noch durch die Beseitigung des Ungeborenen abzuwenden. In solchen Konfliktsituationen wird die gesamte bisherige und zukünftige Beziehung in Frage gestellt und es kann die bisherige Welt zusammenbrechen, was von der Frau als „intensive Bedrohung des eigenen Lebens, der Gesundheit und körperlichen Integrität“ und damit - wie andere Ursachen - als Trauma erlebt werden kann.

Ergebnisse der Traumaforschung

Bei traumatischen Ereignissen, so wurde es anschaulich formuliert, „zerbricht die spätere Erinnerung wie ein Puzzle in Stücke“, wobei die einzelnen Teile visueller (innere Bilder oder Abläufe), affektiver (Gefühle der Hilflosigkeit, Traumen etc.), taktiler (Tasterinnerungen), olfaktorischer (Geruchserinnerungen) und auditiver Art sind. Die traumatische Erinnerung kann als überwiegend körperliche Erinnerung gespeichert und so der üblichen, verbal zentrierten Psychotherapie unzugänglich sein. Wenn die Traumageschichte in einzelne, überwiegend nicht sprachlich ausdrückbare Teile zerfallen ist, wird sie unerreichbar, da die „innerlich repräsentierte zusammenhängende Geschichte des Ereignisses – der narrative Kanal– oft fehlt, oder sie ist völlig emotionslos“.²¹

Traumatisierte durchleben das Geschehene in Alpträumen und Rückblenden erneut, sie haben Schlafstörungen, fühlen sich isoliert und sich selbst entfremdet. Die Symptome können so ausgeprägt und langandauernd sein, dass sie die Fähigkeit beeinträchtigen, das alltägliche Leben zu bewältigen. Auch können Traumatisierte über das Erlebte nicht sprechen; das Trauma als Ursache der Gesundheitsstörungen bleibt unerkannt und lässt sich daher leicht von der Umgebung leugnen.

Erst angesichts der gesundheitlichen Folgen bei rd. 1 Mio. (Vietnam-) Kriegsveteranen hat sich seit ca. 1970 eine moderne Streß- und Traumaforschung etabliert und neue Erkenntnisse über die Grundlagen und Zusammenhänge bei der Entstehung von

¹⁵ Thorp J.M., K.E. Hartmann et al.: Long-Term Physical and Psychological Health Consequences of Induced Abortion: Review of the Evidence. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 58, 2002, 67-79

¹⁶ <http://www.svss-uspda.ch/de/facts/psychisch.htm#Schweizer>

¹⁷ Bradshaw Z., P. Slade: The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review* 23 (2003) 929-958

¹⁸ Schütz A.: *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt: e.Einl.in d.verstehende Soziologie*.2.Aufl. Frankfurt, 1981

¹⁹ Lenz K.: *Soziologie der Zweierbeziehung: eine Einführung*. Opladen/Wiesbaden, 1998

²⁰ Berger P.L., Th.Luckmann: *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. Frankfurt/M, 2000, 17.Aufl.

²¹ http://72.14.207.104/search?q=cache:5H0L1a2AXbUJ:www.gfk-institut.ch/pdf/pub_traumatage.pdf+limbisches+system+ptsd&hl=de

Traumata erbracht, die auch zu einer Neuordnung der Klassifikation der psychiatrischen Erkrankungen führte. Körperliche und seelische Folgen als „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F 43) erscheinen im Kapitel V der internationalen *Klassifikation der Diagnosen in der Medizin (ICD-10)* unter „Psychischen und Verhaltensstörungen“ (F00-F99), Untergruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48).

Die als Post- Abortion- Syndrom beschriebenen körperlich-seelischen Folgen lassen sich hier einordnen, was allerdings die Anerkennung der vorgeburtlichen Kindstötung als mögliches Trauma in der Medizin voraussetzt; dann werden die Gesellschaft und Politik folgen müssen.

Dem *neurobiologische Erklärungsansatz* zufolge kann es bereits während der Traumatisierung zu kurz- und langfristigen Funktions-, aber auch Strukturveränderungen im Bereich des limbischen Systems kommen mit neuroendokrinen Störungen der Hypothalamus-Hypophysen- Nebennierenrindendachse, einer gesteigerten noradrenergen Aktivität mit erhöhtem peripherem Katecholamin- Metabolitenspiegel sowie einer Fehlsteuerung des Systems endogener Opiate.²² Die funktionellen Veränderungen im Gehirn lassen sich beim Lebenden in modernen bildgebenden Verfahren (PET, SPECT, fMRI) nachweisen; ebenso morphologische Veränderungen an Gehirnpräparaten.^{23 24}

Fazit: Solange das Wesen des Schwangerschaftsabbruches in der Medizin und in der Gesellschaft verdrängt und die Möglichkeit einer Traumatisierung der Frauen durch den Eingriff nicht anerkannt ist, verlieren die Frauen nicht nur ihre Kinder, sondern es bleiben unbehandelt auch ihre seelischen und körperlichen Leiden. Weil aber das Verdrängte bekanntlich in fernerer Zukunft wiederkommt, müssen wir uns freimütig mit dem Wesen der Abtreibung auseinandersetzen.

Dazu gehört zu allererst eine wahrhaftige Benennung des Geschehens auch wenn dies Schmerzen und Abwehr hervorruft.

Prof. Dr. med. Ingolf Schmid-Tannwald

²² Schwarz M.: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. In: Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Hrsg.: Gaebel W., F. Müller-Spahn. Stuttgart, 2002, S. 514

²³ Bremner J.D.: The Lasting Effects of Psychological Trauma on Memory and the Hippocampus. www.lawandpsychiatry.com/html/hippocampus.htm

²⁴ National Center for Post-Traumatic Stress Disorder: Functional Brain Imaging in PTSD http://www.ncptsd.va.gov/facts/specific/fs_brain_imaging.html

Vita

Prof. Dr. med. Ingolf Schmid-Tannwald

Zum Autor: Jahrg. 1944, verh., 2 Kinder, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, apl. Professor und Oberarzt sowie langjähriger Leiter der Familienplanungsstelle an der Frauenklinik im Klinikum Großhadern der LMU- München.
1998 Wechsel in den Arbeitsbereich „Theoretische Medizin“
Seit 1994 Vorsitzender der Ärzte für das Leben e.V.

Bücher: (Herausgeberschaft):

Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Kohlhammer, 1983 (mit A. Urdze);

Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Eine repräsentative Studie im Auftrag der BZgA. Köln, 2003 (mit N. Kluge unter Mitarb. von G. Dahmen, P. Eiblmeier, D. Lehr u. R. Osthoff);

Gestern „lebensunwert“ – heute „unzumutbar“. Wiederholt sich die Geschichte doch?
Zuckschwerdt, 2000, 2.Aufl.;

Vorgeburtliche Medizin– zwischen Heilungsauftrag und Selektion. Zuckschwerdt, 2001 (mit M. Overdick-Gulden).

Anschrift: Prof. Dr. med. Ingolf Schmid-Tannwald, Frauenklinik der LMU München im Klinikum Grosshadern, Marchioninistr. 15, 81377 München. Tel.: 089 7095-4696;
ingolf.schmid-tannwald@med.uni-muenchen.de

Zwischen Wegschauern und Widerstand: Ethisch-politische Überlegungen zum Lebensschutz in der pluralistischen Demokratie

Prof. Dr. Karl Graf Ballestrem

1. Pluralismus und liberaler Rechtsstaat:

Die politische Integration pluralistischer Gesellschaften ist die historische Errungenschaft des liberalen Rechtsstaats. Dieser Staat beansprucht das Monopol physischer Gewalt (Max Weber), um den Frieden in der Gesellschaft zu wahren und die Schwachen vor der Gewalt der Starken zu schützen. Sofern er den Lebensschutz der Schwächsten effektiv aufgibt, handelt er nicht nur systemwidrig, sondern verwandelt sich in gewissem Sinne in einen Unrechtsstaat.

2. Pluralismus, Dialog und Grenzen der Verständigung

Tatsache ist, dass auch vernünftige Menschen in grundlegenden Fragen des Zusammenlebens, wie etwa den Fragen des Lebensschutzes, unterschiedliche Überzeugungen haben können. Wie geht man mit dieser Tatsache um? Eine Strategie besteht darin, solche Fragen zu tabuisieren, an bestehende Kompromisse nicht zu rühren, um die Gesellschaft keiner Zerreißprobe auszusetzen. Hier wird für eine andere Strategie plädiert: für geduldige Dialoge, um die Möglichkeiten und Grenzen der Verständigung auszuloten. Denn Konsens in Grundfragen ist die Voraussetzung jeder politischen Gemeinschaft.

3. Opposition, Enthaltung und ziviler Ungehorsam

Hier geht es um die Frage nach den Rechten und Pflichten von Menschen, die unter (nach ihrer Auffassung) ungerechten Gesetzen zu leben haben. Konkret um die Rechte und Pflichten von Katholiken, die unter liberalen Abtreibungsgesetzen zu leben haben. Im Zentrum der Diskussion steht das, was Johannes Paul II. in *Evangelium vitae* 73 und 74 zu dieser Frage schreibt. Ein Recht auf zivilen Ungehorsam wird unter bestimmten Umständen angenommen.

Karl Graf Ballestrem
Kathol. Universität Eichstätt

Vita

Prof. Dr. Karl Graf Ballestrem
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Tel.: 08421/ 93- 1497
Email: karl.ballestrem@ku-eichstaett.de

Biographie

Geboren 1939 in Dresden,
Student der Philosophie und Sovietologie in Fribourg/Schweiz (1958-59; 1960-1965) und Rom (1959-60),
Promotion zum Dr. Phil, Fribourg 1965 (Betreuer: J.M. Bochenski),
Assistent Professor am Rosary College, Chicago (1966) und an der University of Notre Dame (1967-71),
Wissenschaftlicher Assistent am Geschwister-Scholl-Institut für Politikwissenschaft der Ludwig- Maximilians- Universität München (LMU)(1971-1976),
Habilitation am Fachbereich Sozialwissenschaften der LMU (1976),
Lehrstuhlvertreter am Geschwister- Scholl- Institut der LMU 1977-1984),
Inhaber des Lehrstuhls für Politikwissenschaft II an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt seit 04/01/1984),
Professor an der Hochschule für Politik in München (seit 1984).

Forschung und Lehre

Ideengeschichte (besonders 16th-20th century),
Politische Philosophie,
Politische Ethik.

Publikationen (Auswahl)

(Hrsg. zus. Mit V. Gerhardt, H. Ottmann, M.P. Thompson): Politisches Denken. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft zur Erforschung des Politischen Denkens - Erscheint jährlich. Stuttgart/Weimar (Metzler) 1991 (1992)ff.
Aporien der Totalitarismus-Theorie. In: V. Gerhardt u.a. (Hrsg.): Politisches Denken. Jahrbuch 1991. Stuttgart/Weimar (Metzler) 1992, 50-67. - (Tschechisch in Stredni Europa Heft 7, Bd. 22 (1992), 35-48. - Russisch in Voprosy Filosofii 1992, 5, 16-28.)
Carl Schmitt und der Nationalsozialismus. Ein Problem der Theorie oder des Charakters? In: O.W. Gabriel u.a. (Hrsg.): Der demokratische Verfassungsstaat . Theorie, Geschichte, Probleme. München (Oldenbourg) 1992, 115-132.
(Hrsg.): Naturrecht und Politik. Berlin (Duncker u. Humblot) Februar 1993.
(Hrsg. zus. mit B. Sutor): Probleme der internationalen Gerechtigkeit. München (Oldenbourg) März 1993.
Der Totalitarismus in Osteuropa und seine Folgen - eine theoretische Betrachtung. - In: Gerhard Lehbruch (Hrsg.): Einigung und Zerfall. Opladen (Leske und Budrich) 1995, 117-125.
Wer ist unser Nächster? Mitgliedschaften und Grenzen als Probleme distributiver Gerechtigkeit. In: Karl Graf Ballestrem u.a. (Hrsg.): Sozialethik und Politische Bildung. Festschrift für Bernhard Sutor, Paderborn (Ferdinand Schöningh) 1995.
Liberalismus und Demokratie. In: Karl Graf Ballestrem u. Henning Ottmann (Hrsg.): Theorie und Praxis. Festschrift für Nikolaus Lobkowicz. Berlin (Duncker u. Humblot) 1996.
Auf dem Weg zur Weltrepublik? Überlegungen im Anschluß an Kants Schrift "Zum ewigen Frieden". In: Theo Stammen, Heinrich Oberreuter u. Paul Mikat (Hrsg.): Politik - Bildung - Religion. Festschrift für Hans Maier. Paderborn (Ferdinand Schöningh) 1996.
Adam Smith. München (Beck) 2001.
(Hrsg.): Internationale Gerechtigkeit. Opladen (Leske & Budrich

Impuls: Verantwortung LEBEN

„Gedankliche Anstöße – anstößige Gedanken“ zum Beginn menschlicher Existenz

Prof. Dr. Antonellus Elsässer

1. „Jedes Kind ist ein Liebesgedanke Gottes!“ – Diese Aussage klingt fromm. Aber trifft sie auch zu auf ein Kind, das von seinen Eltern ausdrücklich nicht gewollt, in einer sündigen Begegnung oder gar durch ein Gewaltverbrechen gezeugt wurde? Klingt sie tröstlich für den Betroffenen – oder muss er nicht vorwurfsvoll dagegen fragen: „Was ist das für ein Gott, der mir in seiner Liebe ein solches Schicksal zugedacht hat?“ Wäre es nicht zutreffender und tröstlicher, davon zu sprechen, dass Gott sein unbedingtes „Ja“ sagt zu jedem Menschen – völlig unabhängig von dessen Entstehungs- und Lebensgeschichte?
2. „Jedes Kind ist ein Segen!“ – Dieses Motto der diesjährigen „Woche für das Leben“ könnte leicht negative Assoziationen an die Zeit wecken, da im negativen Sinn vom „Kindersegen“ die Rede war. Ist es deshalb nicht mit Vorsicht zu gebrauchen, zumal die katholische Kirche seit dem Zweiten Vatikanum (1962-65) offiziell von „Familienplanung“ und „Verantworteter Elternschaft“, d. h. vom Recht und der Pflicht der Eheleute spricht, vor ihrem eigenen Gewissen zu entscheiden, wie vielen Kindern und zu welchem Zeitpunkt sie ihnen das Leben schenken wollen?
3. „In unserer heutigen Situation ist es unverantwortliche, ein Kind in die Welt zu setzen!“ – Zweifellos erfordert die Entscheidung für ein Kind höchste Verantwortlichkeit. Ob aber jede gegenteilige Entscheidung tatsächlich aus Verantwortungsbewusstsein getroffen wird? Ob die persönliche Werteinstellung, die eigenen Ansprüche an das Leben wie auch die jeweilige Solidaritätsbereitschaft gegenüber der Gemeinschaft dabei nicht auch eine entscheidende Rolle spielen?
4. „Es gibt kein Recht auf ein Kind – schon gar nicht auf ein gesundes Kind!“ – Würde man ein solches Recht konstatieren, würde das Kind zum „einklagbaren Rechtsobjekt“. Aus Respekt vor seiner Menschenwürde muss es aber „um seiner selbst willen“ und nicht zur Erfüllung „fremdnütziger Zwecke“ gewollt sein. Wie verträgt sich damit aber im Einzelfall der Wunsch der Eltern, sich als Mutter oder Vater selbst zu verwirklichen, den Familiennamen zu tradieren oder das Familienerbe zu wahren?
5. „Immer mehr Ehepaare bleiben ungewollt kinderlos. Bildet die In-vitro-Fertilisation ein ethisch zulässiges Therapie-Verfahren?“ – Das Lehramt der Kirche lehnt die IVF v. a. deshalb grundsätzlich ab, weil dabei „die von Gott bestimmte unlösbare Verknüpfung der beiden Sinngehalte – liebende Vereinigung und Fortpflanzung – vom Menschen eigenmächtig aufgelöst werden“. – Eine Reihe von Moraltheologen hält sich jedoch für zulässig unter der Bedingung, dass die Keimzellen von den Ehepaaren stammen und alle befruchteten Eizellen in den Uterus der biologischen Mutter transferiert werden. – Sollte das Problem nicht offen diskutiert werden, anstatt die weithin praktizierte IVF einfach stillschweigend zu tolerieren?
6. Hinsichtlich der Schwangerschafts-Vorsorge-Maßnahmen reklamieren viele Eltern ein „Recht auf Nichtwissen“ für sich und pochen auf eine „ungestörte Schwangerschaft“. – Eine solche Haltung der Eltern ist durchaus verständlich. Haben sie aber nicht doch noch mehr Verantwortung gegenüber dem Kind und für dessen gesundheitliches Wohlergehen? Müssen sie sich später ggf. nicht doch den berechtigten Vorwurf von Seiten des Kindes gefallen

lassen, sie hätten möglicherweise „positive Möglichkeiten“ der frühzeitigen Erkennung und Heilung von Krankheit und Behinderung versäumt?

7. „Eltern können gar nicht anders, als grundsätzlich stellvertretend für ihre Kinder Entscheidungen zu treffen.“ – Diese Notwendigkeit ist unbestritten. Die Frage jedoch, ob die Eltern dabei immer die geforderte Verantwortung wahrnehmen, wenn sie ein Kind „planen“, die Familiengröße an der gängigen bundesdeutschen Vorstellung von je einem Mädchen und einem Buben ausrichten, den Kindern Mode- oder Phantasienamen geben, die Schul- und Berufsausbildung weniger den kindlichen Begabungen als vielmehr den eigenen ehrgeizigen Plänen entsprechend auswählen, den Kindern frag- und kritiklos die eigenen Wertvorstellungen tradieren...?

8. „Selbstverständlich sind wir während des ganzen Lebens, insbesondere aber bei der Erziehung der Kinder oder bei der Pflege der Kranken und Älteren auf fremde Hilfe angewiesen!“ – Die Frage bleibt aber, ob wir nicht doch die eigene Verantwortung zu sehr abschieben und von wildfremden Menschen gegen Bezahlung das verlangen, was wir selber zu leisten nicht imstande oder willens sind?

9. „In der Extremsituation von Sterben und Tod sagen wir zwar: 'Gott rufe den Menschen heim'!“ Bestimmen wir Menschen aber in Wirklichkeit nicht doch zumeist selber den Zeitpunkt des Heimgangs mit unseren medizinisch-technischen Möglichkeiten? Nicht umsonst betonen wir heute auch „das Recht auf einen menschenwürdigen Tod“; denn tatsächlich besteht die Gefahr, dass in vielen Fällen nicht „das Leben erhalten“, sondern „das Sterben verhindert“ wird.

10. Der daraus sich ergebende „Appell an den Mut zur Verantwortung“ richtet sich sowohl an die Angehörigen wie auch an die Mediziner: den einen obliegt es, mitmenschlichen Sterbebeistand zu leisten und doch rechtzeitig loszulassen – die anderen haben die Pflicht, alles sinnvollen Therapiemaßnahmen zu ergreifen, ggf. aber auch verantwortungsbewusst die Möglichkeiten der bloßen Schmerzbekämpfung und des Behandlungsverzichts, also der indirekten und passiven Sterbehilfe, wahrzunehmen.

11. Mit diesem Appell ist keinesfalls die Bejahung der aktiven Sterbehilfe gemeint. Dennoch muss nachdenklich stimmen (1) die Behauptung des früheren Bundesverfassungsgerichts-Präsidenten Zeidler, in dieser Frage sei „infolge der Einflussnahme der Kirchen eine Insel der Inhumanität entstanden“, (2) das Erschrecken des früheren Präsidenten der Max-Planck-Gesellschaft Hubert Markl vor dem „Geist erbarmungsloser Moral und zugleich des rechtlichen Zwangs auf betroffene Einzelne im Dienste vermeintlicher Gemeinschaftsinteressen“ sowie dessen Sorge, „der Einzelne müsse sein Schicksal als Exempel für andere tragen“ und gleichsam als Feigenblatt dafür herhalten, dass die Gesellschaft ihre weiße Weste wahren könne; und (3) schließlich die Tatsache, dass sich mittlerweile 64 Prozent der westdeutschen und gar 80 Prozent der ostdeutschen Bevölkerung für die straffreie „Tötung auf Verlangen“ ausgesprochen haben.

12. Die Benennung dieser letzten Äußerungen und Zahlen dürfen aber keinesfalls im Sinne einer Befürwortung der aktiven Sterbehilfe verstanden werden. Sie sind – wie die gesamten Ausführungen – lediglich als „gedankliche Anstöße oder anstößige Gedanken“ zum Thema „Verantwortung LEBEN“ zu begreifen.

Vita

Prof. Dr. theol. Antonellus Elsässer

- geboren: 1930 in Heilbronn-Kirchhausen
- Theologie-Studium: 1951 – 1956 in München
- Priesterweihe: 1956 in München
- Seminar-Präfekt: 1957 – 1959 in Bamberg
- Kaplan: 1959 – 1962 in München
- Promotions-Studium: 1962 – 1967 in München
- Promotion: 1967 in München
- Dozent f. Moraltheologie: 1967 – 1972 a. Phil.-Theol. HS München
- Professor f. Moraltheologie: 1969 – 1999 a.d. Kath. Universität Eichstätt
- Mitglied d. Interdisziplinären Arbeitsgruppe „Lebenspende“ 1990 – 1999
- Gründungsmitglied d. „Deutschen Akademie f. Transplantationsmedizin“ seit 1999
- Vizepräsident und Schatzkanzler der „Deutschen Akademie f. Tr.medizin“ 1999 – 2004
- Pfarradministrator: seit 1982 in Preith bei Eichstätt
- Arbeitsschwerpunkte: Bioethik
- Veröffentlichungen: zu Themen wie Organtransplantation – Gentechnologie –
Gesundheit und Krankheit – Sterben und Tod - Tierversuche

Klinische Intensiv- und Palliativmedizin – was können, was dürfen Ärzte für Schwerstkranke tun?

Dr. med. Rainer Schäfer

Einführung

Die technischen Möglichkeiten der modernen Medizin haben uns in den letzten Jahrzehnten fundamentale Änderungen in unserem Leben erreichen lassen. Inzwischen verdoppelt sich etwa alle fünf Jahre das medizinische Wissen. Mit Hilfe aufwändiger Verfahren scheint es ein Leichtes, die Lebenszeit des Einzelnen zu verlängern. In der Intensivmedizin können Organe und Organfunktionen über sehr lange Zeit – ja beinahe über eine beliebige Spanne – überbrückt werden und viele früher lebensbedrohliche Krankheiten und Verletzungen haben ihren Schrecken völlig verloren. So versprechen uns beispielsweise die Biotechnologie und das „tissue engineering“, das gezielte Anzüchten kranken oder zerstörten Gewebes, völlig neue Lebensperspektiven.

Die verschiedenen Gesichter der modernen Medizin

Könnten wir angesichts dieser Entwicklung der Zukunft nicht gelassen entgegen sehen? Durchaus, sähen wir uns nicht allein durch die demographische Entwicklung mit einer größeren Zahl multimorbider alter Menschen, mit mehr inkurablen Tumorerkrankungen und einer wachsenden Menge dementer Menschen konfrontiert, die bislang nicht tatsächlich von diesem Fortschritt profitieren. Im Gegenteil, sie geraten eher auf das „medizinische Abstellgleis“, fallen durch die Maschen einer schwerpunktmäßig auf die kurative Seite ausgerichtete Behandlungsstrategie. Die „Krankheit Sterben“ scheint (noch) nicht medizinisch überwindbar zu sein.

Jedoch haben die je nach Krankengeschichte mehr oder weniger starke medizinische Manipulierbarkeit des Sterbeprozesses und in gewissen Grenzen auch des Todeszeitpunktes vielfach zu erheblichen Unsicherheiten und Ängsten geführt. Phillip Aries spricht von der in diesem Zusammenhang von der „Medikalisierung“ des Todes. Die Möglichkeiten und Grenzen der Intensivmedizin werden teilweise mit stark negativen Konnotationen belegt. Die „kalte, seelenlose Apparatemedizin“, der man vorwirft, den Patienten als willenloses Objekt eines medizinisch-industriellen Komplexes zu missbrauchen, ist eine derartige Kritik. Dem gegenüber gibt es paradoxerweise nicht wenige Menschen, insbesondere Angehörige, die glauben, dass für Schwerstkranke, zum Beispiel mit einem Wachkoma oder einer dementiellen Erkrankung, zu wenig getan würde und dass man solche Patienten häufig zu früh aufgeben würde. Es existieren also Befürchtungen in zweifacher Hinsicht: einmal vor **zuviel**, zum anderen vor **zuwenig** Einsatz in der Medizin – Ein Manövrieren zwischen Skylla und Charybdis? Wer legt das richtige, das menschliche Maß fest?

Intensiv- und Palliativmedizin befassen sich beide mit extremen Lebens- und Krankheits-situationen. Beschreiben sie nicht eine Dichotomie der modernen Medizin, wie sie bereits Aristoteles für menschliche Beziehungen insgesamt festgestellt hat?

Einerseits nämlich das technisch herstellende Handeln und auf der anderen Seite das ausdrückende Handeln, das zwischenmenschlichen Gefühlen und Empfindungen Ausdruck verleiht. In der heutigen Zeit könnte man es vielleicht beschreiben als die kaum überbrückbar scheinenden Gegensätze zwischen einer high- tech (Intensiv-)Medizin mit maximalem Geräteinsatz auf der einen und einer zuwendungsorientierten high- touch (Palliativ-)Medizin auf der anderen Seite.

Grundlagen medizinischer Entscheidungen

Aber sind es wirklich solche Gegenpole? Gibt es Auswege aus diesem Dilemma?
Wer entscheidet wann und wie wird entschieden? Wer legt wann die Grenzen fest?
Sind die Fundamente der Entscheidungen nicht identisch?

Hierzu müssen die Grunddimensionen ärztlicher Entscheidungen betrachtet werden. Es lassen sich immer drei Teilaspekte unterscheiden: eine medizinische, eine ethische und eine juristische Komponente. Am leichtesten fallen den Behandelnden die Entscheidungen in der Regel bei medizinischen Prozeduren. Die wissenschaftlich orientierte Ausbildung ist seit Jahrzehnten randvoll ausgefüllt mit der Vermittlung von Faktenwissen über aktuelle Diagnostik- und Therapieverfahren. Natürlich ist eine exakte Diagnostik die Voraussetzung einer zielführenden Therapie. Aber bei beiden muss daneben unbedingt noch die Prognose und die eigene fachliche Erfahrung mit einfließen. Das hat bereits Hippokrates vor ca. 2500 Jahren erkannt: „Es ist das Beste, wenn ein Arzt sich in der Prognose übt. Die Therapie wird er am richtigsten vornehmen, wenn er aus dem gegenwärtigen Stand der Krankheit deren künftigen Verlauf vorhersagt.“

Das sollte unter anderem dazu führen, dass bei unheilbaren Erkrankungen das Sterben eines Patienten nicht mehr als bloße Systemstörung aufgefasst wird, die es mit allen Mitteln zu verhindern gilt. Hier ist es dringend notwendig, einen längst überfälligen Paradigmenwechsel herbeizuführen, um einen würdelosen therapeutischen Aktionismus am Lebensende, um sinnlose quälende Maßnahmen und bloße (Behandlungs-)Symbolik zu verhindern.

Die große „Kunst“ der modernen (Intensiv-)Medizin ist es, die Intensitätsstufe der Therapie adäquat auszuwählen und der Situation anzupassen. Jede dieser Stufen (z.B. Arzneimittelgaben, Dialyse, Beatmung, Reanimation und vieles andere mehr) hat ihre ganz spezielle Indikation und auch ihre jeweilige Grenze. Entscheidend wichtig in diesem Kontext ist die Bestimmung des Therapiezieles. So kann es beispielsweise notwendig sein bei einem weit fortgeschrittenen inkurablen Leiden, den Schwerpunkt auf Schmerz- und Symptomkontrolle, das heißt auf rein palliativmedizinische, lindernde Maßnahmen zu legen, statt nichtvorhandene kurative Optionen vorzugaukeln. Therapiezieländerung bedeutet dabei nicht „therapeutischer Nihilismus“ - auch nicht auf einer hochgerüsteten Intensivstation. Sätze wie „Wir können nichts mehr für Sie tun“ oder „Die Krankheit ist austherapiert“ sollten endgültig der Vergangenheit angehören. Bis zum letzten Atemzug, bis zum letzten Herzschlag gibt es ärztlichen Beistand und menschliche Zuwendung - bisweilen muss man sich nur darauf rückbesinnen. Mit diesem Verständnis ist eine Therapiebegrenzung eben keine hilflose Kapitulation, sondern eine von Verantwortung getragene, mit allen Beteiligten abgestimmte und den Bedürfnissen des Patienten entsprechende ärztliche Entscheidung. D. Yalom zitiert in seinem eindrucksvollen Buch „Die Reise mit Paula“ eine Krebspatientin: „Was ist bloß mit den Ärzten los? Warum begreifen sie nicht die Bedeutung ihrer schieren Gegenwart? Warum können sie nicht erkennen, dass gerade der Augenblick, in dem sie sonst nichts mehr zu bieten haben, der Augenblick ist, in dem man sie am nötigsten hat?“

Die Bedeutung der ethischen Reflexion

Neben der rein medizinischen Komponente einer ärztlichen Entscheidung spielt der ethische Kontext eine nicht minder wichtige Rolle. Zugegebenermaßen ist das Handwerkszeug der Mediziner hier deutlich dürftiger ausgebildet. Ethische Reflexionen und Konfliktlösungsmodelle wurden in der bisherigen Ausbildung nur marginal gestreift, die Unsicherheiten sind entsprechend groß. Medizinische Kompetenz impliziert nicht automatisch auch eine Zuständigkeit in ethischen Fragen. Die Grundlage jeder ärztlichen und auch pflegerischen Entscheidung sowohl in der Intensiv- wie auch in der Palliativmedizin sollte die Erkenntnis

sein, das nicht das technisch Machbare das Wesentliche ist, sondern das jeweilig medizinisch Notwendige bzw. Sinnvolle **und** das ethisch Vertretbare. Ethische Reflexion darf dabei aber nicht zum beliebigen Surrogat längst getroffener Entscheidungen verkommen, insofern ist der richtige Zeitpunkt essentiell. Wünsche, Ziele, individueller Lebenssinn, Wertevorstellungen und krankheitsbezogene Lebensqualität sind wichtige Entscheidungsparameter, die nur durch intensive Kommunikation mit dem kranken Menschen und/oder seinen Angehörigen ermittelt werden können. Bei der Beurteilung der Lebensqualität geht es aber absolut nur um die Perspektiven des Betroffenen und nicht um die der Angehörigen oder gar des Behandlungsteams. Die beiden Letzteren können sich sehr stark von denen des Patienten unterscheiden. Ärzte neigen häufig dazu, ihre Vorstellungen unkritisch auf die Kranken zu übertragen. Allein die Verlängerung der Lebenszeit als Qualitätsmaßstab – vielleicht noch erkaufte unter extrem belastenden Nebenwirkungen einer Therapie – tritt zunehmend in den Hintergrund. Die von Beauchamps und Childress vor einigen Jahren formulierte Prinzipienethik bietet meines Erachtens ein probates Rüstzeug für das Herangehen an ethische Probleme und Konflikte sowohl in der Intensiv- wie auch der Palliativmedizin. Es werden hier vier grundlegende ethische Prinzipien unterschieden: Autonomie, Wohltun (Nutzen), Nichtschaden und Gerechtigkeit.

Die Autonomie, die Möglichkeit zur Selbstbestimmung, ist ein wesentlicher Teil der personalen Identität eines Menschen und bereits für Kant war sie ein unabdingbares Fundament der Würde. War in der Medizin über sehr lange Zeit der ärztliche Paternalismus absolut vorherrschend, so nimmt in den letzten Jahren die Selbstbestimmung des Patienten eine immer größere Bedeutung ein. Idealerweise sollte das Selbstbestimmungsrecht seine praktische Umsetzung in der Ausgestaltung eines „informed consent“, des informierten Einverständnisses eines Patienten, in eine vorgeschlagene medizinische Maßnahme finden. Viele sehen es als ein wesentliches Ziel der Medizin, Autonomie zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen. Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung – letztmals 2004 aktualisiert – betonen ebenfalls ausdrücklich das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung. Nicht zuletzt ist das wachsende Interesse der Menschen an Voraus-(Patienten-)verfügungen – als einer Art prospektiver Autonomie – Ausdruck dafür, auch in Situationen eingeschränkter Möglichkeiten der eigenen Willensäußerung, selbst noch Einfluss auf elementare Entscheidungen zu nehmen. Die Bundesärztekammer sieht solche Vorausfestlegungen ebenfalls als wertvolle Quelle zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens bei Nichteinwilligungsfähigen und damit als wichtige Hilfe für Entscheidungen der Therapeuten in Zweifelsfällen. Damit wird allen Ärzten nahe gelegt, die Patientenverfügungen zu beachten.

Die Prinzipien des Nutzens (*salus aegroti suprema lex esto*) und des Nichtschadens (*primum nihil nocere*) sind uralte ärztliche Tugenden, wobei sich trefflich darüber streiten lässt, ob sie in einer hierarchischen Ordnung zueinander stehen. Wahrscheinlich ist es sinnvoller im Individualfall, erst nach Abwägung aller Argumente, eine Gewichtung vorzunehmen. Das ermöglicht Interpretationsspielräume für die Besonderheiten jedes einzelnen Problems. Die (Verteilungs-)gerechtigkeit der (endlichen) medizinischen Mittel war bislang in unserer Gesellschaft ein eher am Rande diskutiertes Thema, wird aber sicher unter wachsendem ökonomischen Druck im Gesundheitswesen an Bedeutung gewinnen. Gerade deshalb ist es jetzt schon unumgänglich durch solide medizinische Erfahrung und beständige ethische Reflexion der zu treffenden Entscheidungen, einen effizienten Gegenpol zu einer mehr oder weniger willkürlich begrenzenden Ökonomie in der Zukunft zu setzen.

Das juristische Korsett

Für weitreichende intensiv- oder palliativmedizinische Entscheidungen ist nicht zuletzt die genaue Kenntnis der aktuellen juristischen Rahmenbedingungen unbedingt erforderlich. Das betrifft sowohl die gesetzlichen Grundlagen der Stellvertreterregelung, dem notwendigen Einschalten des Vormundschaftsgerichtes wie auch die Sterbehilfeproblematik.

Es überrascht, dass noch vor wenigen Jahren (2001) bei einer Umfrage 49% der deutschen Ärzte das Abstellen der künstlichen Beatmung bei einem Intensivpatienten als aktive – und damit gesetzlich verbotene – Sterbehilfe betrachteten. Natürlich kann, wenn es medizinisch sinnlos ist, eine einmal begonnene Beatmungstherapie abgesetzt werden. Dies trifft dann formal den Tatbestand der straffreien - „passiven Sterbehilfe“, wobei ich auf die Problematik dieser eher unscharfen Begrifflichkeiten hier nicht näher eingehen will. Die zitierte Befragung beweist aber das große Dilemma, das beim Abbruch einer einmal begonnenen Therapie besteht. Es erscheint viel leichter, eine Maßnahme überhaupt nicht erst zu beginnen, denn sie einzustellen. Handlungstheoretisch besteht allerdings kein Unterschied, weil in beiden Fällen eine medizinisch sinnlose Maßnahme zugrunde liegt – auch wenn das Beenden als „aktiver Schritt“ empfunden wird. Nicht sehr viel leichter wird die Bewertung einer medizinischen Maßnahme als eine – auch nicht durch eine Strafe bedrohte - „indirekte Sterbehilfe“, wenn dabei die Verkürzung des Lebens als mögliche Nebenwirkung einer indizierten Therapie billigend in Kauf genommen wird (z.B. bei einer hochpotenten Schmerztherapie). Die philosophisch-ethische Legitimation erhält diese Form der Sterbehilfe durch die dem Kirchenvater Augustinus` zu geschriebene „Doktrin des Doppeleffektes“. Aufgrund eigener langjähriger Erfahrungen auf diesem Gebiet glaube ich aber, dass diese Problematik deutlich überschätzt wird und bei lege artis durchgeführter Therapie und Dokumentation eher eine marginale Erscheinung ist.

Nur, wenn bereits Mediziner mit der hochkomplexen Sterbehilfeproblematik und deren Terminologie Schwierigkeiten haben, um wie viel mehr muss es einem Laien schwer fallen, eine klare Unterscheidung zu erkennen und zu bewerten.

Nicht wesentlich leichter gestaltet sich wegen einer fehlenden eindeutigen Rechtslage die derzeitige **juristische** Bewertung von Patientenverfügungen und deren Gültigkeit. Nicht eindeutige, eher verwirrende oder für Mediziner beinahe kryptisch zu lesende Gerichtsurteile zu dieser Thematik haben mehr Fragen aufgeworfen, denn sie zu klären.

Notwendige Veränderungen

Intensiv- und Palliativmedizin sind sich gegenseitig ergänzende Säulen unseres Medizinbetriebes. Beide umfassen jeweils sehr schwierige Grenzsituationen menschlichen Lebens. Was Ärzte in beiden Disziplinen tun können und dürfen ist in einem Handlungsrahmen vorgegeben, der sich zunehmend von einem rein naturwissenschaftlich beherrschten Konzept wieder zu einem ganzheitlichen Menschenbild verschiebt, das mehr ethisch-philosophische und auch soziale Elemente mit einbezieht. Vielleicht ist die von Müller-Busch geforderte fachübergreifende neue „medizinische Anthropologie“ ein richtiger Schritt in diese Richtung. Hier können die Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Palliativmedizin einen wichtigen Beitrag für die „Durchdringung“ der anderen medizinischen Teilbereiche leisten.

Dr. Rainer Schäfer

Weiterführende Literatur

1. Aries, Phillip Geschichte des Todes, München: Deutscher Taschenbuchverlag 1982
2. Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Hrsg. Wiesing Urban, Reclam Verlag; Stuttgart 2004
3. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt, 2004
4. Müller-Busch H. Chr. Palliativmedizin im 21. Jahrhundert – Was tun? Was unterlassen? Zeitschr. für Palliativmedizin 2000; 1: 8-16
5. SAMW: Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten; Schweiz. Ärztezeitung 1995; 76: 1223-1225
6. Schäfer R., Schuhmann G. (Hrsg.) Muss das alles noch sein? Wege zur ethischen Entscheidungsfindung am Krankenbett, Würzburg: Verlag Königshausen u. Neumann 2005
7. Weber M, Stiehl M. u.a.: Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation; Deutsches Ärzteblatt 2001;98 : 3184-3188
8. Beauchamps TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York, Oxford: Univ. Press 1994

Vita

Dr. med. Rainer Schäfer

geb. am 17.02.1957, verheiratet, 2 Töchter mit 21 und 15 Jahren

fachliche Ausbildung:

von 1976 bis 1982 Studium der Humanmedizin in Würzburg
1982 bis 1987 Weiterbildung zum Arzt für Anaesthesiologie an der Universität Würzburg
1985 Promotion mit notfallmedizinischem Thema
1988 Mitarbeit in der Schmerzambulanz der Univ. Klinik Würzburg
ab 1989 Aufbau eines konsiliarischen Schmerzdienstes im Krankenhaus Juliusspital Würzburg
ab 1997 Oberarzt an der Anaesthesie-Abteilung im Juliusspital
seit 1997 ehrenamtlicher Chefarzt des Bayer. Roten Kreuzes Unterfranken
ab 2000 Aufbau einer palliativmedizinischen Abteilung am Krankenhaus Juliusspital
seit 2000 spezielle Fortbildung in „Palliativ care für Ärzte“
seit 2002 Chefarzt der Abteilung für Anaesthesie, Intensivmedizin und Palliativmedizin am Juliusspital in Würzburg
seit 2001 intensive Vortragstätigkeit über palliativmedizinische und schmerztherapeutische Themen
seit 2003 Mitglied der Expertengruppe „Palliativmedizin“ im Bayerischen Sozialministerium
seit 2004 Lehrbeauftragter für „Palliativmedizin“ an der Univ. Würzburg
seit 01/2005 Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ und Mitglied der Prüfungskommission an der Bayer. Landesärztekammer

Publikationen:

„Untersuchung der praktischen Fähigkeiten bei der Erstversorgung von Notfällen“ Bundesanstalt für Straßenwesen 1986
„Praktische Erste-Hilfe Kenntnisse“ Anaesth. und Intensivmed. 1987
„Gastrointestinale Probleme in der Palliativmedizin“ Krankenpflegejournal 2002
„Therapie chronischer Schmerzen“ Zeitschrift des Kathol. Berufsverbandes für Krankenpflege 2003
„Palliativmedizin als Alternative zur aktiven Sterbehilfe“ Zeitschrift „Debatte“ der Kathol. Akademie Bayern 2004
Mitherausgeber des Buches „Muß das alles noch sein?“ Wege zur ethischen Entscheidungsfindung am Krankenbett, Verlag Königshausen und Neumann 2005

Erfahrungen in der Betreuung und Begleitung Sterbender aus einer Hospiz-Station

Stephanie Lindemann

Palliativstation Würzburg

Was bedeutet Palliativpflege/Palliativbetreuung?

die Würde und den Willen des Patienten an oberste Stelle setzen

Menschen zu pflegen und zu betreuen, die mit einer schweren Erkrankung auf die Station kommen und an quälenden Symptomen leiden, mit dem Ziel den Patienten gelindert wieder zu entlassen, ihn aber wieder aufzunehmen, wenn er sich „verschlechtert“

den Menschen ganzheitlich wahrnehmen und auch seine Angehörigen miteinbeziehen

Angehörigenbetreuung

kreative und unkonventionelle Pflegemaßnahmen einzusetzen, wenn diese erforderlich sind
interdisziplinäre Zusammenarbeit

Teamarbeit

Was tun wir, dass der Patient auch wirklich die „Hauptperson“ ist?

Ausstattung der Station wohnlich gestalten (Stationsfotos werden eingefügt)

den Patienten willkommen heißen (Gesten)

Aufnahmegespräch gemeinsam führen mit Patient, Angehörigen, Arzt und Pflegekraft (nicht nur den „Aufnahmekatalog“ abfragen)

individuelle Abläufe anbieten, z. B. keine festen Essenszeiten

Pflegemaßnahmen auf die Bedürfnisse des Patienten abstimmen (wann und ob überhaupt)

der Patient sucht sich oft Ort/Zeit und Person für Gespräche aus, dann nicht auf später oder andere Person verweisen

nicht die Diagnostik in den Vordergrund stellen, aber auch nicht außer acht lassen, wenn sinnvoll für den Patienten

Was heißt eigentlich die Würde des Patienten in der Pflege zu beachten?

den Patienten wahrnehmen und ernst nehmen, sich auf ihn einlassen, sich Zeit nehmen
Grundsätzliches nicht voraussetzen, sondern fragen, ob der Patient z. B. erst frühstücken oder sich zuerst waschen möchte

Patienten nicht unbedeckt liegen oder sitzen lassen o. ä.

Tür zu bei Maßnahmen

Patienten Ruhe gönnen, Zeit und Raum lassen für Angehörige

Patienten angemessen ansprechen (Herr/Frau)

Umgang mit sterbenden Menschen auf der Palliativstation

Wann ist ein Patient sterbend?

Diese Frage ist nicht wirklich zu beantworten. Sie wird uns oft von Angehörigen gestellt („Wie lange dauert es denn noch?“).

Je mehr Erfahrungen wir auf der Station machen, desto vorsichtiger werden wir mit unseren Aussagen, bzw. Prognosen.

Wir können den Sterbezeitpunkt nicht voraussagen und nicht beeinflussen, aber wir können die Zeit bis zum Versterben nutzen.

Nicht unbedingt im Sinne von „etwas tun“, sondern mit folgenden Möglichkeiten:

„einfach“ da sein (Patient bei Angst/Atemnot usw. nicht allein lassen, im Sterben dazu setzen), setzt natürlich einen höheren Stellenschlüssel voraus

Angehörigengespräche führen, oft ist der Angehörige „arbeitsintensiver“ als der Patient selbst, Kaffee/Essen anbieten
den Seelsorger hinzuziehen
wenn Pflegemaßnahmen ergriffen werden sollen, immer abwägen, ob der Patient von dieser Maßnahme mehr Nutzen hat, oder ob es ihn zusätzlich anstrengt
regelmäßig lindernde Medikamente verabreichen, um sicher zu gehen, dass der Patient nicht leidet

Reaktionen von Angehörigen, wenn „ihr“ Mensch im Sterben liegt

der Angehörige lässt sich von uns „begleiten“
der Angehörige fordert aktive Sterbehilfe für den Patienten
der Angehörige fordert „alles“ zu tun, dass der Patient nicht stirbt, geht bis zu Reanimationsversuchen der Angehörigen
Vorwürfe/Wut/Aggression/Verzweiflung/Hilflosigkeit

Umgang mit Verstorbenen und ihren Angehörigen

Die Würde des Menschen endet nicht mit seinem Versterben!

Wenn der Patient verstorben ist, geben wir den Angehörigen erst einmal Zeit mit dem gerade Verstorbenen, bieten aber immer unsere Anwesenheit an.

Dann richten wir den Patienten, wenn gewünscht zusammen mit den Angehörigen her, ziehen ihm was gewünscht ist an.

Danach haben die Angehörigen Zeit sich zu verabschieden. Oft dauert das einen Tag bzw. mehrere Stunden.

Der Verstorbene wird, wenn möglich auf der Station vom Bestatter abgeholt, je nach Wetter bzw. Erkrankung.

Vor das Zimmer wird eine Schale mit einer Kerze aufgestellt, zum Gedenken, es gibt ein Abschiedsbuch, in das die Angehörigen einen Eintrag machen können.

Alle acht Wochen wird eine Gedenkfeier für die Verstorbenen der Palliativstation vom Pfarrer und dem Team gehalten, zu der die Angehörigen eingeladen werden.

Stephanie Lindemann

Vita

Stephanie Lindemann

Abschluss Mittlere Reife in Schleswig

1988 – 89 FSJ auf einer chirurgischen Station in Flensburg

1989 – 92 Ausbildung zur Krankenschwester in Flensburg

Beginn Arbeitsverhältnis im Juliusspital in Würzburg dort:

7 ½ Jahre Unfallchirurgie

¾ Jahr Gastroenterologie, während dieser Zeit 3 Wochen Hospitation auf der Palliativstation der Barmherzigen Brüder in München

¼ Jahr Neurologie

Wechsel auf die Palliativstation im Juliusspital ab Eröffnung der Station

Übernahme der stellvertretenden Stationsleitung auf der Palliativstation, außerdem Beginn von Unterrichtseinheiten als freie Referentin in der Palliativakademie des Juliusspitals

2002 „Palliative Care“ und Hospizarbeit“ Basiskurs in Ingolstadt

2004 01.01.04 Übernahme der Stationsleitung auf der Palliativstation, außerdem Mitarbeit bei Vorträgen, bzw. Durchführung dieser

2005 Zur Stationsarbeit teils freie Referententätigkeit extern

Stephanie Lindemann, Schiestlstr. 13 b, 97080 Würzburg, Telefon: 0931 285807

Impuls: Früher lebten wir 40 und ewig, heute werden wir 90

Dr. Lorenz Gadiant

Gut leben, gut sterben

Unsere Tagung soll nicht enden, ohne dass wir innehalten zu einer kurzen Besinnung. Was wir im Verlauf dieses Nachmittags aus unterschiedlichen Gesichtswinkeln bedachten und diskutierten, rührt ans Mark der eigenen Existenz und nimmt mehr in Anspruch als nur unser *berufliches* Interesse. Die Frage nach dem, was „menschwürdiges Sterben“ und was eine ethisch zu verantwortende Sterbebegleitung bedeutet und erforderlich macht, geht uns als *ganze* Menschen an trifft uns mitten ins Herz! Denn wir sind sterbliche Lebewesen, die (im Unterschied zu allen anderen Lebewesen) um die eigene Sterblichkeit wissen und sich über das eigene Sterben Gedanken machen (sollen).

1. Jeder lebt auf seine Weise, und jeder stirbt auf seine Weise. Trotzdem halten wir nicht jede Weise des Lebens und des Sterbens für gleichwertig. So wie wir eine gute Lebensweise von einer schlechten unterscheiden, so werten wir auch Sterbevorgänge und sagen: „so möchte ich auch einmal sterben!“ – „so möchte ich nicht sterben!“ Aber was bedeutet „gut Sterben“? Was stelle ich mir unter einer „guten Sterbestunde“ vor?

Seien wir ehrlich: die durch die moderne Apparatedizin real gewordene Möglichkeit, z.B. aufgrund einer Blutung im Stammhirn auf Jahre vollkommen regungslos dazuliegen bei klarem Bewusstsein, dieser vor einigen Monaten in der „Zeit“ (Nr. 44 vom 27. Oktober 2005) detailliert ausgeführte qualvolle Zustand des „locked-in-Syndroms“, des „Eingeschlossenseins“ in den eigenen Körper, ist eine Schreckensvision, angesichts derer jeder sagen wird: „so möchte ich nicht sterben, ein solches Sterben darf man keinem wünschen“. Und nur ein kleiner Schritt ist es zum Gedanken, so ein Zustand sei unzumutbar – sowohl für den unter Qualen auf den Tod Wartenden wie auch für seine Angehörigen, die das hilflos und ohnmächtig mit ansehen müssen – und rechtfertige die Herbeiführung des „erlösenden“ Endes.

Wir haben an diesem Nachmittag argumentative Hilfestellungen bekommen, mittels derer wir die Verführungskraft, die lügenhafte Strategie, die sich hinter diesem Ansinnen verbirgt, durchschauen und offen legen können. Aber ein jeder und eine jede unter uns tut gut daran, angesichts dieser möglichst konkret vorgestellten Extremsituation die eigentliche Kernfrage in diesem Problemzusammenhang *an sich selber* zu richten und in klar begründeter Entschiedenheit zu beantworten: „*Warum ist mir es moralisch verwehrt*, als Sterbender in einer solchen Extremlage die eigene Tötung zu verlangen oder als hilflos Dabeistehender die an mich gerichtete Aufforderung des Sterbenden ‚beende meine Qualen, töte mich!‘ zu erfüllen?“

Die Bitte „töte mich!“ mag zwar Ausdruck einer freien Selbstverfügung sein, aber sie stellt als solche nur noch den nackten Widerspruch mit sich selbst dar und mutet darüber hinaus demjenigen, an den sie gerichtet ist, noch zu, diesen Selbstwiderspruch zu *vollziehen*. Eine solche Bitte „respektieren“ wäre kein Akt des Respekts vor dem, der die Bitte an mich stellt: Die Auslöschung eines Freiheitssubjektes unter dem Vorwand, damit gerade dessen freie Letztverfügung zu respektieren, wäre ein Akt der Absurdität, wäre lügenhaft und zynische Verhöhnung der Menschenwürde: ein Angriff gegen Würde des Bittenden wie gegen die Würde dessen, an den die Tötungsbitte gerichtet ist!

Nicht nur habe ich deshalb kein Recht, mich auf das mir zugemutete „Töten auf Verlangen“ einzulassen; sondern ich habe auch kein Recht, selber, als Sterbender, von einem andern meine Tötung zu verlangen. In diesem bedrückenden Zusammenhang wird deutlich, warum

von der „Unantastbarkeit“ der Menschenwürde die Rede ist. Der Begriff der unbedingt zu achtenden Menschenwürde setzt der Willkür Schranken. Gerade *aufgrund* meiner unantastbaren (in diesem Sinn „unbedingten“) Würde habe ich kein schrankenloses Verfügungsrecht über mich selbst (geschweige denn über ein anderes Würde-Wesen); bin ich mir selber unantastbar, „heilig“: dem eigenen Zugriff entzogen. Mir selbst zu eigen gegeben, gehöre ich dennoch nicht mir selber. Darin besteht meine Menschenwürde.

Robert Spaemann (in seinem „Plädoyer für die Achtung des Lebens“) machte in diesem Kontext noch auf eine andere schwerwiegende Konsequenz aufmerksam: Wäre das Verlangen der eigenen Tötung ein Recht, dann wäre es „unvermeidlich, dass aus diesem Recht eine Pflicht wird. Wenn er (sc. der Mensch) dieses Recht hat, dann hat er die volle Verantwortung für alle Kosten und Entbehungen, die seine Mitmenschen aufbringen, um ihn zu pflegen. ... Welcher sensible Mensch wird nicht unter solchen Umständen eine moralische Pflicht empfinden, der stummen Geste zu folgen, die ihm sagt: ‚Da ist der Ausgang!‘. Die rechtliche Möglichkeit der Tötung auf Verlangen produziert ebendieses Verlangen.“ Wieder zeigt sich das Lügenhafte des „Euthanasie“-Gedankens: Was unter dem Vorwand einer uneingeschränkt freien Selbstverfügung als Recht eingefordert wird, entpuppt sich als Würgegriff eines ungeheuren Psychodrucks, der auch noch die letzten Freiräume des Leidenden und Pflegebedürftigen besetzt und zunichte macht.

2. Sich selbst zu eigen gegeben, gehört der Mensch dennoch nicht sich selbst; genau das macht seine unantastbare, unbedingt zu achtende Würde aus. Ist das nicht ebenfalls ein Widerspruch? Nein, das hat nur den Anschein eines Widerspruchs. In diesem scheinbaren Paradox zeigt sich vielmehr, dass uns eine unbedingt zu achtende Würde von einem absolut „Würdigen“ *zuerkannt* worden ist, weshalb uns Menschen geboten ist, einander in dieser geschenkten Würde unbedingt *anzuerkennen* – auch und gerade in einer Extremsituation wie die vorhin geschilderte. Hinter dem etwas blass und abgegriffen wirkenden Begriff „Menschenwürde“ steht eine Wirklichkeit, die alles andere als blass ist: die Wirklichkeit einer unbedingten und unwiderruflichen Zusage des Schöpfers an sein Geschöpf: „Du sollst sein! Es ist gut, dass es dich gibt – es ist bedingungslos gut, d.h. was auch immer die Bedingungen sein mögen, unter denen du lebst – es ist unwiderruflich gut, d.h. solange gilt diese Zusage, wie ich selber bin: ewig!“ Als Wesen unbedingt zu achtender Würde bin ich, ist jeder Mensch Träger eines göttlich-unbedingten Ja-Wortes. Dieser geschenkten Würde entsprechend leben heißt: ins Ja Gottes einstimmen und mitbejahen, was er bejaht.

Gottes Ja-Wort in Person ist Jesus Christus. In der „Sprache“ unserer hilflosen, todbedrohten Existenz, von der Krippe bis zum Kreuz, vollzog er im Letzten nichts anders als diese Bejahung, und zwar in zweifacher Bewegung: von Gott her zu uns, seinen Geschöpfen, und von uns aus hin zu Gott, seinem Vater. So schreibt Paulus in seinem 2. Brief an die Korinther (1,19-20): „Gottes Sohn Jesus Christus ... ist nicht als Ja und Nein zugleich gekommen; in ihm ist das Ja verwirklicht. Er ist das Ja zu allem, was Gott verheißen hat.“ Die in jedem Menschen angelegte Hoffnung auf ein letztes Gut-Sein der Welt im Ganzen und jeder persönlichen Existenz in ihr hat in seinem Leben, Sterben und Auferstehen ihre feste Bodenhaftung und ihren unentbehrlichen Nährboden.

Ohne solche Bodenhaftung in Christus erlahmt die Spannkraft dieser guten Hoffnung; wird die Versuchung zum Nein-Sagen, zum vorzeitigen, d.h. eigenmächtigen Beenden einer leidvollen Situation übermächtig.

Das in Gott verwurzelte Hoffnungsleben ist „inchoatio vitae aeternae – Eröffnung des ewigen Lebens“; ist „erlöstes Dasein“, gelöst von den Stricken der Angst, die uns weismachen will, im Tod sei alles der sinnlos machenden Vernichtung preisgeben. Das in uns bereits keimende ewige Leben befähigt zum Loslassen von aller angstbesetzten Eigenmächtigkeit und bewegt dazu hin, sich immer umgreifender dem zu überlassen, der allein Herr ist über Leben und Tod. Darin besteht das gute Leben und das gute Sterben: nicht „für sich selber leben und für

sich selber sterben“ zu wollen – um wieder ein Wort des heiligen Paulus (Röm 14,8) aufzugreifen –, sondern für Christus den Herrn, der selber in keinem Moment seines irdischen Daseins für sich, sondern zur Verherrlichung seines Vaters für uns gelebt und gelitten hat. Lebend und sterbend Gott gehören wollen und – allem sinnlos Scheinenden zum Trotz – mit ihm bejahen, was er auf ewig bejaht: das heißt menschenwürdig leben und menschenwürdig sterben.

Diese gläubige Hoffnungsperspektive befähigt zu einem wirklichen Realismus. Denn in ihr wird das Bedrückende von Leid und Tod nicht ausgeklammert, sondern als Teil des Lebens ins Auge gefasst und integriert. Sie lässt sich von der gefährlichen (weil dem Euthanasieprojekt Nahrung gebenden) Illusion einer medizinischen Lebensverlängerungspraxis um jeden Preis nicht blenden. Sie macht dazu bereit, die Zeit anzunehmen, in der es gilt, vom Irdischen Abschied zu nehmen. Sie inspiriert zum Loslassen: zu einem Leben und Sterben in gottgeschenkter Würde.

Vita

Dr. theol. Lorenz Gadiant

geb. 1959 in Luzern;

1979-85 Studium der Theologie und Kirchenmusik in Luzern;

1986 Priesterweihe; 1986-90 Vikar in Basel;

1997 Promotion in katholischer Dogmatik an der LMU München;

1997-2002 Kaplan an St. Peter in München;

seit 2002 Spiritual im Priesterseminar Eichstätt.