

Ärzte müssen am Schutz menschlichen Lebens von Anfang an festhalten – aus der Sicht eines Frauenarztes und ärztlichen Standesvertreters

Von Dr. Wolfgang Furch

Vortrag beim 15. Kooperationsseminar der Ärzte für das Leben e.V. mit der Hanns- Seidel- Stiftung
14. - 16. Mai 2010 im Bildungszentrum Kloster Banz, Bad Staffelstein

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

meine Ausführungen möchte ich mit einem Rückblick auf die Situation seit 1974 beginnen, dem Zeitpunkt der ersten Fristenlösung. Das erscheint mir vor allem deshalb notwendig, weil es kaum noch Zeitzeugen gibt, die in diesem Jahr sowohl als Klinikärzte als auch in der ärztlichen Berufspolitik tätig waren.

1971 war ich zum Oberarzt an einer großen Frauenklinik in Frankfurt/M ernannt worden, 1973 erfolgte die Wahl zum Landesvorsitzenden der Ärztegewerkschaft Marburger Bund, Landesverband Hessen und zum Delegierten des Ärzteparlaments in Hessen (Delegiertenversammlung), ab 1974 als Listenführer der stärksten

Gruppierung in dieser Versammlung. Auch dies ist ein wichtiges Detail, da ich mich in den kommenden Auseinandersetzungen um die Abtreibung der unbedingten Loyalität der MB-Delegierten sicher sein konnte.

1975 wurde vom BVerf.G die Fristenlösung als verfassungswidrig eingestuft und ab 1976 wurde die so genannte Indikationslösung zum Schwangerschaftsabbruch (medizinische, eugenische, kriminologische und die sog. Notlagenindikation) eingeführt. Diese Indikationen sollten von Ärzten festgestellt werden, was aber bei der letzteren mit ärztlichen Mitteln kaum möglich war.

Nie werde ich die morgendliche Klinikbesprechung aller 14 Ärzte der Abteilung vergessen, in der uns unser Chefarzt damit konfrontierte, dass wir als Angestellte eines Hauses unter städtischer Verantwortung uns dieser in einer demokratischen Abstimmung vollzogenen neuen gesetzlichen Lage stellen müssten. Er selbst werde keinen Druck in der einen oder anderen Richtung auf uns ausüben, aber das „Problem“ müsse dennoch gelöst werden. Sehr entschieden machte ich umgehend darauf aufmerksam, dass ich mich als hippokratischen Arzt verstünde und mich auch aus christlich-ethischer Verantwortung weigern würde, Abtreibungen durchzuführen – außer in der Situation, dass beide Leben sonst nicht rettbar seien (strenge med. Indikation). Auf der Stelle schlossen sich weitere vier Ärzte des Teams meiner Ansicht an. Ein Einzelner entschied sich dafür, immer dem Willen der Frau zu folgen, die ja ihre Situation am besten einschätzen könne. Die größte Gruppe wollte die drei erstgenannten Indikationen im Prinzip akzeptieren, nicht jedoch die sogenannte Notlagenindikation, die ihnen zu unklar war. Es wurde entschieden, dass der jeweils diensthabende Assistenzarzt und der Oberarzt mit der Antragsstellerin sprechen und am nächsten Morgen der Klinikkonferenz berichten sollten. Dort solle dann endgültig entschieden werden.

Mit der Zeit wurde diese vergleichsweise restriktive Position im Umkreis bekannt, und abtreibungswillige Frauen suchten eine andere Klinik, deren Ärzte anders entschieden hatten, auf. Dies alles erfolgte vor dem Hintergrund einer öffentlichen Diskriminierung der „unwilligen“ Ärzte durch militante Frauengruppen und andere linke politische Gruppierungen. Unsere Berufung auf den Hippokratischen Eid und die Berufsordnung wurde nicht akzeptiert.

Dort heißt es in §1,1: „Der ärztliche Beruf verlangt, dass der Arzt seine Aufgabe nach seinem Gewissen und nach den Geboten der ärztlichen Sitte erfüllt.“ Noch wichtiger in Satz 2 dieses Paragraphen: „Die Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, sowie Leiden zu lindern. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind und deren Befolgung er nicht verantworten kann“. Zusammengefasst heißt das, der Arzt ist ein Heiler und kein Helfer in allen Lebenslagen. Diese eigentlich achtenswerte Position wurde von den Abtreibungsbefürwortern in übelster Weise mit der Behauptung kolportiert, wir würden natürlich die Abtreibungen lieber für viel Geld zu Hause in der eigenen Küche erledigen.

Was die weitere Entwicklung in den Kliniken anging, so trat leider ein Effekt ein, den man erwarten musste: In einem größeren Teil der Kliniken übten die Chefs nun Druck auf die nachgeordneten Ärzte aus, Abtreibungen nach den vier Indikationen durchzuführen, ja mehr noch, in Bewerbergesprächen wurde die Erwartung ausgesprochen, dass man sich an Abtreibungen beteilige,

d.h. das gesetzlich zugesicherte Weigerungsrecht jedes Arztes, an solchen Handlungen teilnehmen zu müssen, wurde ihm „abgekauft“.

An dieser Stelle sei auch den mutigen Chefärzten die Ehre gegeben, die eine Mitwirkung an solche Praktiken verweigerten. So Dr. Schultze in Bremerhaven, der schließlich seine Stelle aufgeben musste, sowie Prof. Starck, in Nürnberg, der nach seiner Weigerung, später nach Eintritt in den Ruhestand, durch zwei Kollegen ersetzt wurde, die auf eine Stellenausschreibung hin kamen, in der die Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen zur Pflicht gemacht worden war. Auch Prof. Stoll in Mannheim gab dem Druck nicht nach. Aus seiner Klinik erschien bald eine Untersuchung über die Notlagenindikation, die im Prinzip eher als „Unbequemlichkeitsindikation“ zu bezeichnen sei, was ihm entsprechenden Ärger eintrug.

In dieser Situation versuchte die Landesärztekammer Hessen einen Sonderärztetag zu dieser Problematik anzuregen, der jedoch nicht zustande kam. Also wollte man wenigstens in Hessen etwas tun und alle zur Weiterbildung ermächtigten Frauenärzte zu einem Gespräch einladen, um zu diskutieren, wie man verhindern könne, dass in Zukunft überwiegend junge Kollegen in ständigem Konflikt mit der ärztlichen Ethik und der Berufsordnung stünden. Auch diese Initiative verlief leider im Sande. Allerdings ging der Druck auf die Abteilungen im weiteren Verlauf durch eine ganz andere Entwicklung zurück, indem diese Art der „Versorgung“ überwiegend in den ambulanten Sektor überging.

Der damalige Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Vilmar, scheiterte 1986 beim 89. Deutschen Ärztetag mit einer Vorlage zum so genannten „Blauen Papier“, dem Grundsatzprogramm der deutschen Ärzteschaft, mit der die Ärzte zum intensiven Schutz des ungeborenen Lebens angehalten werden sollten.

Das erinnert mich stark an ein späteres Ereignis nach der Wiedervereinigung. Der 93. Deutsche Ärztetag im Jahre 1990 in Würzburg hatte einen Ausschuss „Zur Problematik des Schwangerschaftsabbruchs“ eingerichtet, der paritätisch mit Ärztinnen und Ärzten aus den beiden damaligen deutschen Staaten besetzt worden war. In diesen Ausschuss wurde auch ich berufen. Immerhin waren sich alle Ausschussmitglieder darin einig, Möglichkeiten zu suchen, wie man die hohe Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen reduzieren könnte. Man war sich darüber klar, dass die Tötung ungeborenen menschlichen Lebens die schlechtest mögliche „Lösung“ eines Schwangerschaftskonfliktes ist und auf keinen Fall ein Instrument der Familienplanungsstrategie sein dürfe. Während beide Voten, das Mehrheits- und das Minderheitsvotum, bei der entscheidenden Rolle des zuerst von der Frau aufgesuchten Arztes und dessen einfühlsamer Beratung mit vorsichtigen Hinweisen auf eine bessere, lebenserhaltende Möglichkeit übereinstimmten, gingen die Meinungen bei der Frage, wie die Missbilligung des Abbruchs denn anders als durch Strafen möglich sein sollte, deutlich auseinander.

Das im wesentlichen von mir formulierte Minderheitsvotum lautete in dieser Frage wie folgt:“ In Anbetracht der Tatsache, dass Frauen im Schwangerschaftskonflikt sehr häufig unter großer Bedrängnis durch Partner oder andere Dritte handeln, ist das Hauptaugenmerk strafrechtlicher Regelungen auf das Umfeld der Schwangeren, also auf die Nötigung zum Schwangerschaftsabbruch zu richten. Der Hauptansatzpunkt muss sein, möglichst viele Frauen (und ihre Kinder) vor diesem körperlich und seelisch belastenden Eingriff zu bewahren. In Anbetracht der Tatsache, dass die Verfassung das menschliche Leben als Höchstwert und Basis aller anderen Menschenrechte betrachtet, kann auf eine Kennzeichnung nicht lebensnotwendiger Schwangerschaftsabbrüche nicht verzichtet werden, unbeschadet einer strafrechtlichen Regelung. Dabei muss die Ärzteschaft auf einer größeren Rechtssicherheit bestehen, wobei die besondere Verpflichtung des ärztlichen Berufsstandes im Gelöbnis und in §5 der Berufsordnung, jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegen zu bringen, und die Pflicht, auch das ungeborene Leben grundsätzlich zu erhalten, glaubwürdig zu respektieren und in die Überlegungen zu einer Reform des Abtreibungsrechts mit einzubeziehen ist. Der Staat kommt nicht umhin, die so genannten „gerechtfertigten“ Fälle des Schwangerschaftsabbruchs von den von der Rechtsordnung missbilligten (BVerf.G vom 25.02.75) klar zu unterscheiden und in letzteren Fällen auch rechtliche Sanktionen einzusetzen.“

Diesem Votum folgte der 94. Deutsche Ärztetag mit 162 gegen 59 Stimmen bei 4 Enthaltungen nicht.

Ehe ich auf die fortschreitende Erosion der Berufsordnung in dieser Frage, vorangetrieben durch linke und liberale Kräfte unter den Delegierten, näher eingehe, bin ich Ihnen noch einige Bemerkungen dazu schuldig, wie mein eigener beruflicher Weg unter dem Zeichen dieser permanenten ethischen Herausforderung weiterging. Gab es denn die Möglichkeit eines alternativen Weges, selbst in einem öffentlich-rechtlichen Krankenhaus? Ja, es gab ihn, aber er erforderte viel Einsatz und auch Geschick.

Nach einer Reihe von gescheiterten Bewerbungen, darunter auch diejenige an einem evangelischen Krankenhaus in Speyer, deren Vorstand auf Abtreibungen aufgrund aller vier Indikationen bestand (dokumentiert im Buch von Dr. Ernst: Alarm um die Abtreibung), wurde ich schließlich als Chefarzt einer städtischen Klinik mit 48 Betten berufen. Dort wurden 100-150 Schwangerschaftsabbrüche pro Jahr durchgeführt, was mir zunächst nicht bekannt war.

Der alternative Weg: Vorbedingungen und Voraussetzungen :

1. Im Bewerbungsgespräch sagte ich einen besonders intensiven Gesprächs- und Betreuungseinsatz für Frauen im Schwangerschaftskonflikt zu. Mit Beschwerden etwa über verweigerte Schwangerschaftsabbrüche werde man nicht rechnen müssen.
2. Ich führte intensive Gespräche mit den niedergelassenen Kollegen.
3. Es gab einen Krankenhausträger, der sich nicht unbedingt mit weiteren Abtreibungen profilieren wollte, da zumal die Geburtenrate schon schlecht genug war.
4. Es gab außerdem eine Assistentschaft, die ohne Druck von oben, wie früher, lieber keine Abbrüche durchführen wollte. Da die Anforderung von Abtreibungen über meine geb.-gyn. Kassenpraxis im Hause lief, konnte ich ausführlich beraten und auch Hilfe vermitteln. Schwierige Situationen wurden in der Klinikkonferenz besprochen, in der jeder Arzt ein Weigerungsrecht besitzt. Ein ablehnender Bescheid wurde der Patientinnen unter Hinweis auf die Rechtslage und den für uns bindenden Hippokratischen Eid mitgeteilt, was auch meist mit Verständnis angenommen wurde.
5. Mit mir aus der Stammklinik war ein 1. Oberarzt mit gleicher hippokratischer Überzeugung und guten organisatorischen Fähigkeiten gekommen.
6. Wir hatten einen kooperativen Krankenhaus-Dezernenten und nicht zuletzt
7. empfand ich eine deutliche göttliche Fügung und Führung. Wir konnten vielen Frauen nachhaltig helfen, aber nicht durch Abtreibung. In Zahlen ausgedrückt sah die Entwicklung so aus: Bei meinem Amtsantritt hatte die Klinik lediglich 200-250 Entbindungen im Jahr zu verzeichnen sowie 150 Abtreibungen. Im Jahr meines Ausscheidens gab es 920 Geburten und keine Abtreibung mehr.

Nun möchte ich mich dem innerärztlichen Kampf um die Berufsordnung zuwenden. Auf vielen Deutschen Ärztetagen wurden Debatten zwischen linken Ärztegruppierungen wie den „Demokratischen Ärzten“, deren Mitgliederschwerpunkt in Hessen lag, und denjenigen Ärzten ausgefochten, die die oben zitierten ethischen Grundsätze ärztlicher Berufsausübung verteidigten. Besonders deutlich wurde dies bei dem 91. Deutschen Ärztetag 1988 in Frankfurt/M., der nur knapp an einem Eklat vorbeischrämte.

Es ging dabei um die Präambel der Berufsordnung, das so genannte *Genfer Gelöbnis*: „Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden“.

Eine fast gleichzeitig mit dem Ärztetag stattfindende Tagung des Weltärztebundes beabsichtigte auf Antrag der Amerikaner die Formulierung „von der Empfängnis an“ durch „vom Beginn an“, also einen interpretierbaren Text, zu ersetzen, um so ihre abtreibenden Ärzte „aus der Schusslinie“ zu nehmen. Die demokratischen Ärzte forderten nun, diese neue Formulierung zu übernehmen. Als 1986 gewählter Vizepräsident hatte ich mit unserem damaligen hessischen Präsidenten, der die deutsche Ärzteschaft dort vertrat, dieses Problem vorbesprochen und wusste, dass er eine entschiedene Gegenposition vertreten würde, was auch geschah. Es konnte also schon deswegen nicht infrage kommen, in Hessen mit einer Hauruck-Aktion vollendete Tatsachen zu schaffen.

Meine Wortmeldung dazu fiel zunächst dem Abschluss des Tagesordnungspunktes zum Opfer. Eine kurze Absprache unter unseren Delegierten ergab, dass diese – immerhin als Gastgeber des Ärztetages – aus dem Sitzungssaal ausziehen würden, wenn ich als Delegierter nicht die Gelegenheit zu einer Erklärung erhielt. Dies geschah dann am nächsten Morgen und brachte den Antrag mit großer Mehrheit vom Tisch.

Anders war das leider bei der Auseinandersetzung um den §5 der Berufsordnung, der ursprünglich nur lautete: „Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das keimende Leben zu erhalten.“ Später wurde eingefügt: „der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen“, der ja schon mit dem ersten Satz kollidiert. Später kam noch ein 3. Satz hinzu: „Der Arzt kann nicht gegen sein Gewissen gezwungen werden, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken.“ Das war gut so, doch leider folgte dann später noch eine Ergänzung, von linken und liberalen Gruppen durchgesetzt: „oder ihn zu unterlassen“. Damit wurde ein unärztliches Verhalten in den Rang einer achtenswerten Gewissensentscheidung erhoben, obwohl dieses doch niemals die Tötung eines unschuldigen Menschen „gebieten“ kann. Eine schlimme Konterkarierung der Präambel!

Nachdem später auch eine Formulierung, die gewerbsmäßige Abtreibungshandlungen in der BO verbieten sollte, keine Aufnahme fand, bietet diese endgültig keine Handhabe mehr, um gegen abtreibende Ärzte wegen Verletzung der Berufsordnung vorzugehen.

Man muss nun leider konstatieren, dass das Fachgebiet der Frauenheilkunde, gerade in der Hochschulmedizin, die Rolle des unter bestimmten Umständen tötenden Arztes mehr oder weniger akzeptiert hat. Das wurde sicher durch die über die medizinische Indikation stattfindenden Spätabtreibungen teilweise lebensfähiger Kinder mit durch die Pränataldiagnostik entdeckten Fehlbildungen gefördert, die überwiegend ja an Unikliniken stattfinden. Den absoluten ethischen Tiefpunkt dieser Entwicklung markiert Prof. Kindermann, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und Ordinarius in München, in einer Rede mit folgender Formulierung unter der Überschrift „Nun los, Frauenheilkunde!“ (Der Frauenarzt 41, 2000, 661): „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.“

In der Tat, das ist einmalig, dass ein Mediziner, der „nicht zum Leben bestimmte Kinder“ selektiert, sich zum Herrn über Leben und Tod aufspielt und somit zum „gefährlichsten Menschen im Staat“ (Hufeland) mutiert und in einer seltsamen Selbstinszenierung auch noch Beifall erwartet. Das ist schon grotesk. Er richtet den Berufsstand zugrunde, und das als Hochschullehrer! Aus der Geschichte nichts gelernt und so zur Karikatur geworden.

Die schwere seelische Belastung der Frauen (PASS) nach Abbruch kommt ihm gar nicht in den Blick. Jede Lösung, die diese qualvolle, oft lebenslang bestehende Belastung vermeidet, ist einer Abtreibung immer vorzuziehen. So handhabt es mein Kollege Dr. Wisser, Oberarzt mit pränataler Diagnostik und Beratung an der Uni-Klinik in Zürich, der uns ja in einem Vortrag sein Konzept vorstellte, das praktisch nie zu einer aktiven frühkindlichen Tötung führe.

Es gibt hier noch ein bedrückendes Problem, nämlich die nicht so seltene falsche Diagnose einer schweren Behinderung mit Abbruchempfehlung. In meinem erweiterten Familienkreis wurde bei zwei jungen Frauen von niedergelassenen Kollegen eine schwere Fehlbildung der Kinder diagnostiziert, überwiegend wegen des sonographischen Befundes, der dann in beiden Fällen vom DEGUM II-Spezialisten bestätigt wurde. Da beide den dringend empfohlenen Schwangerschaftsabbruch aus christlicher Verantwortung ablehnten, blieben die vollständig gesund geborenen Kinder am Leben. Leider fand die nötige Rückkoppelung zu den beiden Ärzten dann nicht statt.

Nun noch einige Worte zu der misslichen Situation der niedergelassenen Frauenärzte. Die „Kind als Schaden“-Rechtsprechung des 6. Senats des BGH und die damit verbundene umfassende Haftung für „übersehene kindliche Fehlbildungen“ führen bei einem Teil der Ärzteschaft zu einer Art diagnostischem Automatismus ab dem 35. Lebensjahr der Frauen, ohne sich lange mit einer ausführlichen vorherigen Beratung aufzuhalten. So wurde es auch in einer Sendung in 3sat von Patientinnen beklagt. Die Streitereien über die Pränataldiagnostik mit den Patientinnen lässt viele in Desinteresse verfallen. Aber auch die anderen, einfühlsam beratenden Kollegen gibt es noch. Einer davon, der kürzlich in den Ruhestand trat, sagte mir: „Man muss persönliche Grenzen dessen setzen, was man tut und was nicht, das geht immer noch. Es sind heute nur noch wir Frauenärzte, die das Vorrecht haben, Menschenleben retten zu können.“

Was ihn besonders erfreute: Am Tag der Praxisaufgabe kamen drei Patientinnen zu ihm, die ihm unter Tränen dafür dankten, dass er ihre Kinder gerettet hatte. Was ihn aber auf jeden Fall zur Praxisaufgabe motiviert hätte, ist das neue Gentechnikgesetz mit seinem ausufernden Beratungs- und Dokumentationszwang, das den Praxen nun auch noch aufgezwungen werde, selbstverständlich ohne jede Vergütung.

Verlassen wir nun mein eigenes Fachgebiet, das als erstes von der bestürzenden Veränderung des hippokratischen Arztbildes erfasst wurde und zumindest in großen Teilen die Abtreibung als gegeben und letztlich unabänderlich betrachtet. Nun kommt das Lebensende in den Blick, wie es Prof. Erhardt (Marburg) es bei Beginn der Abtreibungsgesetzgebung voraussagte: „Eine

Lockerung des strafrechtlichen Schutzes ungeborenen menschlichen Lebens führt fast zwangsläufig zur Frage nach der Schutzwürdigkeit verlöschenden menschlichen Lebens.“

Er war übrigens der einzige Psychiater, der bei der Vorladung der deutschen Ordinarien zu einer Besprechung über den Umgang mit psychisch Kranken durch den damaligen Reichskommissar für das Gesundheitswesen einer möglichen Tötungslösung entschieden widersprach. Trotz aller Warnungen der Ärzte, insbesondere von Palliativ-Medizineren etwa von Prof. Christoph Student und Thomas Klie, die den so genannten „Freiburger Appell: Cave Patientenverfügung“ als Warnung verfasst hatten, wurde mit dem Stünker-Entwurf, die schlechteste aller möglichen Lösungen zur Patientenverfügung beschlossen, die nun ohne Reichweitenbegrenzung bei jedem Krankheitsbild anwendbar ist.

Damit ist die eherne hippokratische Verpflichtung des „nil nocere“, dem Patienten niemals zu schaden, in größter Gefahr. Ausgerechnet in der größten Not zeigt der Patient dem Arzt die rote Karte. Eindrucksvoll war für mich in diesem Zusammenhang der Leserbrief eines Kollegen im Deutschen Ärzteblatt. Er schrieb etwa sinngemäß: „Nach dieser schlimmen Entscheidung des deutschen Parlaments habe ich mich hingesezt und eine Patientenverfügung geschrieben, in der ich bei schwerer Krankheit und der Unfähigkeit zu kommunizieren verlange, dass alles, was die Medizin zu diesem Zeitpunkt zu bieten hat, eingesetzt wird, um mein Leben zu erhalten. Ich verlange von meinen Kollegen, dass sie sich ihrer Verpflichtung als hippokratische Ärzte zum Lebenserhalt würdig erweisen und warne sie vor den Folgen, sollten sie sich nicht daran halten.“

Sehr richtig weist der Freiburger Appell darauf hin, dass mit diesen Verfügungen die Gefahr besteht, dass bei bestimmten Krankheitsbildern Vorstellungen von lebensunwertem Leben assoziiert werden. Das heißt, hier beginnt möglicherweise eine Diskussion über den Wert menschlichen Lebens, ein Urteil, zu dem kein Mensch fähig sein kann. Dieses Leben hat Würde, aber niemals einen Wert. Diese Diskussion kann eine gefährliche Wirkung auf die Moral der Gesellschaft entfalten: Es erscheint dann möglicherweise nicht mehr eindeutig, ein Leben mit schwerer Krankheit und Behinderung z. B. unter den Bedingungen eines apallischen Syndroms (Wachkoma) leben zu wollen. Die häufig zu hörende Redewendung: „Ach, ich möchte niemandem zur Last fallen“, kann dann möglicherweise zum Nennwert werden.

Zumindest alle kurativen Fachgebiete werden so in den antihippokratischen Sog hineingezogen und sind in keiner Weise darauf vorbereitet. Treten Standespolitiker wie der Präsident der Bundesärztekammer, Hoppe, oder sein Stellvertreter, Montgomery, die glasklare hippokratische Positionen vertreten, irgendwann ab, dann besteht die Gefahr, dass sie keine entsprechend qualifizierten, eindeutig hippokratisch orientierten Nachfolger mehr finden. Insofern ist das Wirken von Ärzten für das Leben von größter Bedeutung, denn es muss unbedingt eine mahnende Stimme geben, die zur Zeit oder zur Unzeit zu hören ist.

Diese Entwicklung kann uns auch der Tötung auf Verlangen näher bringen. Dann wären die meist einstimmig verabschiedeten Entschließungen des Deutschen Ärztetages zur Euthanasie, die immer wieder erneuert wurden, kaum mehr so klar möglich wie diejenige des 99. Deutschen Ärztetages 1996 in Köln, die lautete: „Seit der Entschließung des Deutschen Ärztetages im vergangenen Jahr hat die Entwicklung der Praxis und gesetzlichen Regelung der Euthanasie in den Niederlanden, die damaligen Befürchtungen bestätigt. Sterbehilfe bei potenziell reversiblen psychischen Leidenszuständen wurden ebenso wie die Tötung schwer behinderter Neugeborener oder komatöser Patienten zum Bestandteil ärztlichen Handelns. Die niederländische Regierung plant nun einen Gesetzentwurf zur völligen Legalisierung der Euthanasie noch in diesem Jahr.“

Auch in unserem Land nimmt die Diskussion über die Legalisierung der Tötung auf Verlangen an Schärfe zu. Eine Tötungshandlung aber unterscheidet sich im Sinngehalt und dem inneren Empfinden nach grundlegend von dem Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungen über ein sinnvolles Maß hinaus. Die Diskussion über eine Begrenzung intensivmedizinischer Maßnahmen am Ende des Lebens darf nicht dazu benutzt werden, diesen Unterschied, der zum Kern des ärztlichen Selbstverständnisses gehört, zu verwischen.

Der Deutsche Ärztetag bekräftigt daher erneut die entschiedene Ablehnung ärztlicher Euthanasiemaßnahmen: „Nicht aktive Euthanasie, sondern der rückhaltslose Schutz chronisch kranker, behinderter und pflegebedürftiger Patienten sowie die adäquate menschliche und medizinische Begleitung Sterbender sind ärztliche Aufgabe und Verpflichtung.“

Vielleicht sollte man die Ärzteschaft, aber auch die Gesellschaft mit ihren entsprechenden Anforderungen wieder einmal darauf hinweisen, welchen Horror ein tötender Arzt darstellt. In unvergleichlicher Weise hat dies der berühmte Christoph Wilhelm Hufeland, Arzt des preußischen Königs sowie Goethes und Schillers, 1836 in seinen „Anleitungen zur medicinischen Praxis“ beschrieben: „Das Leben der Menschen zu erhalten und womöglich zu verlängern ist das höchste Ziel

der Heilkunst, und jeder Arzt hat geschworen, nichts zu tun, wodurch das Leben eines Menschen verkürzt werden könnte. Der Arzt soll und darf nichts anderes tun als Leben zu erhalten, ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn nichts an. Und maß er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staat. Denn ist einmal diese Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Notwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweise Progressionen, um den Unwert und folglich die Unnötigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden.“

Dann gerät auch die hochgeschätzte Patientenautonomie in Gefahr, wenn nämlich die Freiwilligkeit in Fremdbestimmung und Lebensverkürzung ohne ausdrückliche Bitte des Kranken umschlägt, so geschehen in Holland (Remmelink Rapport 1991, veröffentlicht in „The Lancet“. Zitat: Bei 129.000 Todesfällen in Holland gab es 2300 Fälle von aktiver Euthanasie durch Verabreichung einer tödlichen Droge durch einen Arzt auf Wunsch des Patienten. Hinzu kam eine Vielzahl von lebensverkürzenden Handlungen durch den Arzt, nämlich 1000 Fälle, in denen eine Lebensverkürzung durch Ärzte betrieben worden war und davon in 12000 Fällen ohne ausdrückliche Bitte des Kranken! Deklariert wurde letzteres Vorgehen als „normale ärztliche Praxis“. Zitiert aus: Dr. W. Furch: Das Problem der Euthanasie, Hessisches Ärzteblatt, 55. Jg (1994) Nr. 3 S. 70-73). Hier entsteht eine gefährliche Situation: Die Abtreibungsgeneration hinterlässt durch die seit 1975 fehlenden etwa 8 Millionen Kinder eine riesige Finanzierungslücke im Rentensystem und in der Gesundheitsvorsorge. Man spricht deshalb schon vom „Altenberg“.

Erschreckend realistisch zeigt Carl Henning Wijkmark in seiner Broschüre „Der moderne Tod – vom Ende der Humanität“ (Gemini-Verlag Berlin) am Beispiel einer fiktiven Projektgruppe des Schwedischen Sozialministeriums auf, wie man erreichen könnte, dass die Bereitschaft alter Menschen zur freiwilligen Euthanasie gesteigert werden könnte: „Ich will hier zunächst unverbindlich versuchen eine denkbare Lösung zu skizzieren. Mein Ausgangspunkt ist folgende einfache Fragestellung: Wie kann die Gesellschaft innerhalb der betreffenden Gruppen eine Nachfrage nach Euthanasie schaffen und damit den Weg für eine neue Gesetzgebung bereiten? Oder in einem früheren Stadium: wie die Todesbereitschaft vergrößern, die Bereitwilligkeit unserer Zielgruppe, das Leben zu lassen?“ (S.4) Später wird es schnell konkreter: „Ich glaube, dass das Problem auf solchen Wegen gelöst werden muss. Vermittelt durch den Gemeinschaftsgeist, an dem wir arbeiten, erreicht die Botschaft so allmählich die Alten: Du hast Dein Leben gehabt, Du hast das Deine getan, wir hoffen, Du bist zufrieden. Auf alle Fälle vielen Dank. Und solltest Du Deinerseits der Gesellschaft danken wollen für das, was sie für Dich getan hat, so weißt Du ja, was Du tun kannst. Nicht? O doch. Genau das. Es ist einfach wie das Einschlafen nach einem langen Arbeitstag. Ruf die Sozialverwaltung an und lass dich mit der Altenzentrale verbinden. Wir erwarten Dich, Du bist uns willkommen. Warte nicht zu lange! Der Sprecher fährt fort: Das Zwangsmoment muss natürlich mit modernen Informationsmethoden bagatellisiert werden (eigene Bemerkung, die Alten stellen die Wählermehrheit!) ... Denken Sie an die 60 Milliarden Steuermittel, die jedes Jahr für Langzeitpflege und Renten draufgehen. Sie würden Export und Beschäftigung retten.“ (S.40 und 41).

Meine Abschlussformulierung lautet also: Ärzte müssen am Schutz menschlichen Lebens von Anfang an festhalten, da das Arzt-Patienten-Verhältnis durch den tötenden Arzt zerstört würde und dieser dadurch „zum gefährlichsten Menschen im Staat würde“ (Hufeland).