36. Jahrgang | Nr. 131
1. Halbjahr 2022 | A 59349

diesseits

Das humanistische Magazin

diesseits.de

Zur Genom-Editierung von Embryonen
Medizinethiker Robert Ranisch im Interview

Die Paragrafen 218 und 219a StGB
Humanistisches zu Neuregelungen

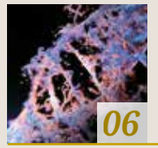
Ein Herz aus Schwein oder ein Herz für Tiere?
Im Spannungsfeld zwischen Medizin- und Tierethik

Medizin-ethik

Selbstbestimmung im Konflikt

Inhalt

Schwerpunktthemen



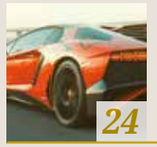
06 INTERVIEW
Genom-Editierung
Ein Eingriff in die Evolution des Menschen?
Robert Ranisch im Interview

10 BUCHAUSZUG
Triage
Ethische Kriterien der Priorisierung
Von Adriano Mannino

14 PHILOSOPHISCHER EXKURS
Ein Herz aus Schwein oder ein Herz für Tiere?
Im Spannungsfeld zwischen Medizin- und Tierethik
Von Kai Kiesow

18 ZUR DEBATTE
Das Beste für das Kind – das beste Kind?
Eine heikle Frage der PID
Von Franz Josef Wetz

20 INTERVIEW
Gesundheits-Apps
Autonomie in der Digitalmedizin
Regina Müller im Interview

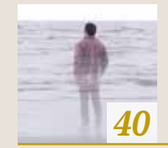


24 PHILOSOPHISCHER EXKURS
Selbstbestimmung ist nichts für Egoist*innen
Von Ralf Schöppner

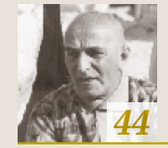
28 INTERVIEW
Hospizarbeit
»Erfahrung und ganz viel Empathie«
Franziska Matthies und Sabine Sebayang im Interview

32 ZUR DEBATTE
Alleingelassen und stigmatisiert bei Schwangerschaftsabbruch
Humanistisches zu Neuregelungen
Von Gita Neumann

36 ERFAHRUNGSBERICHT
»Der Tod kann eine Erlösung sein«
Von Käthe Nebel (mit Birger Hoyer)



40 ZUR DEBATTE
Würde bis zum Schluss
Zwischen Lebens- und Sterbehilfe
Von Erwin Kress



44 GESCHICHTE & GEGENWART
Julius Moses
Humanistischer Gesundheitspolitiker, Opfer des NS-Rassenwahns
Von Michael Schmidt

50 ZUR DEBATTE
Das Recht auf Selbstbestimmung des Lebensendes
Freiheit, Chance oder Herausforderung?
Von Michael A. Überall

Weitere Themen

04 Editorial

38 KOMMENTAR
Beschneidung von Jungen
Elternrecht oder strafbare Körperverletzung?
Von Holger Fehmel

48 ZUR DEBATTE
Zum Stellungnahme-verfahren des BMJ
§ 219a StGB wird abgeschafft
Von Christiane Friedrich und Gita Neumann

54 ZUR DEBATTE
Wissenschaftlich geboten … und ethisch auch!
Ein Plädoyer zum Impfen von Ingo Heise

58 INTERVIEW
Die Unabänderlichkeiten des Lebens gestalten
Sabine Schermele im Interview

60 REZENSION
»Du musst dein Schema ändern«
Von Ralf Schöppner

64 ZUR DEBATTE
Organspende
Ethische Fragen zwischen Leben und Tod
Von Jan Christian Petersen

62 ZUR DEBATTE
Das medizinisch Machbare ist nicht wertfrei
Von Gita Neumann

Fotos 06: Unsplash 8o_LMKpo8ug Sangharsh Lohakare; 10: Shutterstock 640131205 Superstar; 14: Unsplash fwafgfjc0f0 Benjamin Wiedemeyer; 18: Pixabay 1514192 Elena Kontoganni; 20: Unsplash tCOWMCBqf6A Luke Chesser; 24: Pexels 3422964 Abdulwahab Alawadh; 28: Konstantin Börner; 32: Shutterstock 1499265 44 Superstar; 36: Shutterstock 1477387019 Gorlov-KV;

40: Unsplash iEM5Sc8HB8 Qmir Hosseini; 44: Foto Moses: AdsD/FES (6-FOTA013741); 50: Flickr Creative Commons/Mehr Demokratie (CC BY-SA 2.0)

Impressum

Herausgeber (V.i.S.d.P.): Erwin Kress im Auftrag des Humanistischen Verbandes Deutschlands – Bundesverband, erwin.kress@humanismus.de

Redaktion: Lydia Skrabania, redaktion@diesseits.de

Layout: Alexander Paul, alex-grafik.de

Druck: Newprint blue GmbH, Berliner Str. 13–14, 10715 Berlin

Abonnent*innenservice: abo@diesseits.de

Redaktionsanschrift: *diesseits* – Das humanistische Magazin, c/o HVD Bundesverband, Wallstr. 61, 10179 Berlin, Tel.: 030 613904-61, E-Mail: info@diesseits.de, Web: diesseits.de

Bildnachweise: Alle in *diesseits* verwendeten Bilder wurden im Einklang mit den Bestimmungen der jeweiligen Rechteinhaber*innen verwendet. Sämtliche Rechte liegen bei den Urheber*innen.

Erscheinungsweise: *diesseits* erscheint halbjährlich als Doppelausgabe.

An dieser Ausgabe haben mitgewirkt: Holger Fehmel, Christiane Friedrich, Ingo Heise, Birger Hoyer, Kai Kiesow, Erwin Kress, Adriano Mannino, Käthe Nebel, Gita Neumann, Jan-Christian Petersen, Michael Schmidt, Ralf Schöppner, Michael A. Überall, Franz Josef Wetz. Beiträge von Gastautor*innen entsprechen nicht zwangsläufig der Meinung des Herausgebers. Die *diesseits*-Redaktion bemüht sich um geschlechtergerechte und inklusive Sprache. Auch unsere Gastautor*innen sind angehalten, hierauf Rücksicht zu nehmen, die Redaktion nimmt jedoch keine diesbezüglichen Änderungen an Originaltexten vor.

Spendenkonto: HVD Bundesverband, Bank für Sozialwirtschaft, IBAN: DE41 1002 0500 0003 3271 01, BIC: BFSWDE33BER.

Bankverbindung für die Abonnements: HVD Bundesverband, Bank für Sozialwirtschaft, IBAN: DE68 1002 0500 0003 3271 00, BIC: BFSWDE33BER.

Editorial

Liebe Humanist*innen,

wir befinden uns in einer Zeit, in der unsere Aufmerksamkeit, aber auch unsere Sorge und Verunsicherung seit Wochen und Monaten durch einen schrecklichen Krieg mitten in Europa gebunden sind. In einer Zeit, in der das Land zerrissen ist über Fragen und Bewertungen, was nun das Richtige zu tun sei. In einer Zeit, in der Intellektuelle, Wissenschaftler*innen, Kulturschaffende und eben auch Humanist*innen um eine gut begründete Position ringen.

Dabei ist das Feld maßgeblich geprägt von Unsicherheit und dem Gefühl, dass ganz gleich, wie wir entscheiden, wir uns mit dieser Entscheidung »schuldig machen«. Der Philosoph Julian Nida-Rümelin beschreibt es so: »Wir befinden uns auf einem sehr heiklen Grat. Es gibt die Möglichkeit des Absturzes auf beiden Seiten.«

Es fehlt nicht an Heftigkeit und Emotionalität in der Debatte, genauso wenig wie an Besserwisserei, Häme und moralischer Verurteilung, auf beiden Seiten des mutmaßlich besten Weges. Selten war zu erleben, dass sich auch politische Urteile und Haltungen mit so hoher Geschwindigkeit ändern, ja, ins Gegenteil verkehren. Auch dies mag angesichts einer völlig neuen Weltsituation seine Berechtigung haben. Was wir aber umso mehr benötigen, ist ein humanistischer Diskurs, der den Namen verdient und einen Kontrapunkt setzt, der gemeinsame Lern- und Suchbewegungen zulässt und statt einer erhitzten eine substanzielle, zuhörende, respektvolle Debatte prägt. Lassen Sie uns diesen Debattenraum an vielen Orten gestalten und die Stimme des Humanismus dort hörbar machen.

In zahlreichen weiteren Aspekten unseres Menschseins gibt es keine einfachen Antworten, kein Schwarz oder Weiß, Richtig oder Falsch. Mit Besonnenheit, Vernunft und Mitgefühl gilt es, schwierige ethische Fragen abzuwägen und sich Antworten zu nähern – die dennoch immer wieder hinterfragt werden können und auch sollen.

Diese Ausgabe der *diesseits* befasst sich mit existenziellen und komplexen Fragen der Medizinethik. Auch diese können nicht leicht(fertig) beantwortet werden. Welche ethischen Herausforderungen birgt die Genmanipulation von Embryonen? Wie können im Falle der Triage Menschenleben priorisiert werden? Und wie selbstbestimmt können wir – auch wenn wir jung und gesund sind – über unseren Tod entscheiden?

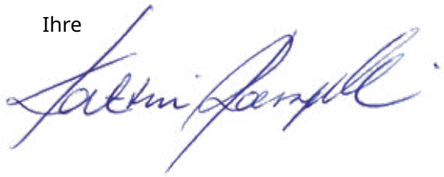
Foto Raczynski: Die Hoffotografen

Das vorliegende Heft spannt einen größeren inhaltlichen Bogen von Fragen der Präimplantationsdiagnostik über tierethische Herausforderungen in der Transplantationsmedizin bis hin zur Neuregelung der Sterbehilfe. Es ist ein im allerbesten humanistischen Sinne nachdenkliches Heft über die Kunst eines guten Lebens, die Kunst eines guten Sterbens und die ethischen Herausforderungen auf der Wegstrecke dazwischen.

Unser humanistisches Wertefundament zwingt uns in jeder einzelnen Frage zur Gründlichkeit des Durchdenkens und zur Offenheit für Widerspruch. In diesem Sinne: Wir wünschen Ihnen eine inspirierende Lektüre und freuen uns auf Ihre Anregungen und Ihr Feedback unter redaktion@diesseits.de.

Es grüßt Sie herzlich

Ihre



Katrin Raczynski

Vorstand des Humanistischen Verbandes Deutschlands – Bundesverband

Anzeige

Genom-Editierung
Ein Eingriff in die Evolution des Menschen?

Das Interview führte Lydia Skrabania

Im Jahr 2018 schlug der Fall des chinesischen Genforschers He Jianhui hohe Wellen, als dieser verkündete, er habe mittels Genom-Editierung das Erbgut von Babys manipuliert. Wann sind solche gentechnischen Eingriffe vertretbar – und wie kann man »unethische« Experimente in der Wissenschaftsgemeinschaft unterbinden? Wir haben mit **Robert Ranisch** über das fragwürdige Experiment und damit verbundene ethische Fragestellungen gesprochen – und darüber, wie Antworten gefunden werden können.

Herr Ranisch, seit einigen Jahren ist von der CRISPR/Cas-Methode zu hören. Was steckt hinter der sogenannten »Genschere« und was wird damit gemacht?

Bei Verfahren der Genom-Editierung wie CRISPR/Cas9 und anderen haben wir es mit komplexen molekularbiologischen Werkzeugen zu tun. Auch wenn Metaphern hier nicht ganz unproblematisch sind, wird ihre Funktion gerne mit der einer Schere verglichen. Unsere Gene codieren ja, was sich phänotypisch ausprägen kann, sei es eine Disposition für eine Augenfarbe oder eine bestimmte Erkrankung. Man kann mit diesen molekularbiologischen Werkzeugen nun in die genetische Ebene hineingehen und beispielsweise eine bestimmte Mutation auf diesem Strang von Basenpaaren finden, von der man weiß, dass sie mit einer Erkrankung assoziiert ist. Mit so einer »Genschere« kann man dort dann gezielt einen Schnitt setzen und Teile herausschneiden oder sie sogar durch andere Teile ersetzen.

Und die Genom-Editierung wird bereits in der Humanmedizin eingesetzt?

In der Medizin lassen sich grundsätzlich zwei Anwendungsszenarien unterscheiden. Zum einen die sogenannte somatische Gentherapie, das ist die Therapie an einem lebenden Patienten, der z.B. eine angeborene Blutkrankheit hat. Häufig lassen sich hier allenfalls Symptome lindern, aber eine Heilung ist kaum möglich. Mittels Genom-Editierung hofft man nun, den entsprechenden Gendefekt dauerhaft zu bekämpfen oder zu kompensieren. In den letzten fünf Jahren gab es hierzu vielversprechende klinische Studien. Allerdings ist das noch in der Entwicklung. Man hat da viel Hoffnung – und ich glaube, zum Teil auch gerechtfertigter Weise –, aber es ist eben noch »Work in Progress« und es gibt keine Garantie auf Erfolg.

Und das andere Anwendungsszenario für die Genom-Editierung?

Das sind die sogenannten Keimbahntherapien oder auch Keimbahneingriffe. Hier werden durch solche molekularbiologischen Werkzeuge nicht Patienten mit einer manifesten Erkrankung therapiert, sondern man behandelt sozusagen *präventiv* die Krankheit einer Person, die erst noch geboren wird – es geht also um die Heilung von zukünftigen Patienten.

Wie kann ich mir das vorstellen?

Angenommen, ein Kinderwunschpaar hat eine genetische Veranlagung – eine Erbkrankheit wie Sichelzellenanämie oder Mukoviszidose – und man weiß, dass die Nachkommen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit diese Krankheit ausprägen würden. Zumindest in der Theorie gibt es die Möglichkeit, dass man Verfahren der Genom-Editierung nutzt, um an einem Embryo – direkt nach oder unmittelbar mit der Befruchtung einer Eizelle – diesen Gendefekt zu korrigieren.

Das Ganze ist aber nicht mehr nur bloße Theorie, richtig? 2018 wurde bekannt, dass der chinesische Wissenschaftler He Jianhui genau solche Keimbahneingriffe an Embryonen vorgenommen hat.

Richtig. Schon im Jahr 2015 wurde von einem chinesischen Wissenschaftsteam erstmals eine Genom-Editierung an menschlichen Embryonen durchgeführt. Diese Embryonen waren aber nicht lebensfähig und es sollte auch keine Schwangerschaft herbeigeführt werden. He Jianhui hingegen hat solche, mithilfe der Genom-Editierung veränderten menschlichen Embryonen nun in den Mutterleib übertragen. Nach allem was wir wissen, wurden in der Folge drei Kinder geboren.

Was ist das Problematische dabei?

Das Heikle ist, dass solche gentechnischen Eingriffe an Embryonen sehr folgenreich sind – so folgenreich, dass diese genetischen Veränderungen auch vererbt werden können. Das ist die eigentliche Sprengkraft bei Keimbahneingriffen: dass von den erwünschten Wirkungen, aber auch den Nebenwirkungen, nicht nur eine Person betroffen ist, die es noch gar nicht gibt (und die auch gar nicht mitreden kann bei der Frage, ob sie sich das wünscht oder nicht), – sondern insbesondere auch, dass dadurch zukünftige Generationen genetisch beeinflusst werden können. Deshalb sprechen manche auch mit ein bisschen Pathos davon, dass dies ein Eingriff in die Evolution des Menschen sei. Die evolutionären Wege, wie sich Menschen entwickeln und genetisch verändern, sind damit zum unmittelbaren und direkten Objekt menschlicher Interventionsmöglichkeiten geworden.

Foto DNA: Unsplash 8o_LkMpo8ug Sanghansh Lohakare

Im Falle von He Jianhui gab es aber noch weitere kritische Punkte, richtig?

Dieses Experiment war in vielerlei Hinsicht dubios und es wurden ganz grundsätzliche forschungsethische Anforderungen missachtet. Meiner Ansicht nach war dort zudem ein sehr ausgeprägtes Ego, ein großes Geltungsbewusstsein und auch eine gewisse Hybris des Forschers im Spiel. He Jianhui wollte als Pionier in die Geschichte der Fortpflanzungsmedizin eingehen – als der, der die erste Genom-editierten Menschen der Welt »erschaffen« hat. Außerdem gab es bei diesen Versuchen sicherlich auch einige zweifelhafte kommerzielle Interessen. In diesem Fall liegt also einiges im Argen, aber das Augenscheinlichste ist: Die Zielsetzung von diesem Experiment war für die Nachkommen nutzlos.

Das Ziel war doch eine Resistenz gegenüber einer HIV-Erkrankung.

Genau. Es gibt eine natürlich vorkommende Mutation, von der man weiß, dass sie Träger gegen eine Variante des HI-Virus schützen kann. He Jianhui wollte diese Mutation mittels der Genom-Editierung künstlich in die Embryonen einbringen.

Und das war nutzlos?

Zumindest standen diese Experimente in keinem Verhältnis zu den Risiken. Es gibt wesentlich einfachere Möglichkeiten, um sich vor einer Ansteckung mit dem HI-Virus zu schützen. Und auch für HIV-positive Männer, wie He Jianhui sie für seine Experimente rekrutiert hat, gibt es Möglichkeiten der Familienplanung, ohne Frau und Kind dem Risiko einer Infektion auszusetzen. Zugleich waren die Eingriffe für die Nachkommen mit allerlei Risiken verbunden, die sich auch bei nachfolgenden Generationen manifestieren könnten. Im Allgemeinen gibt es nur sehr wenig Szenarien, in denen ein Keimbahneingriff alternativlos ist. Wenn Kinderwunschpaare Träger von einer Mutation sind, können sie in den meisten Fällen mit verfügbaren und sichereren Mitteln die Weitergabe der Krankheiten ausschließen, nämlich mittels künstlicher Befruchtung und anschließender Auswahl von Embryonen, die nicht von einer Krankheits-assoziierten Mutation betroffen sind. Warum also direkt Einfluss nehmen in die genetische Ausstattung eines Embryos?

Infolge des Experiments von He Jianhui sollen insgesamt drei genetisch manipulierte Kinder geboren worden sein, darunter Zwillingsmädchen mit den Pseudonymen »Nana« und »Lulu«.

Welche Risiken gibt es denn beim Einbringen dieser »Genscheren«?

Die Herausforderungen hier sind vielfältig. Wenn man diese kleinen, im Labor designten Werkzeuge zum Beispiel in einen frühen Embryo einbringt, kann es passieren, dass diese nicht nur dort eine Veränderung hervorrufen, wo man es gehofft hat, sondern auch an einer anderen Stelle. Tatsächlich passiert es nicht selten, dass man außerhalb des Zielbereichs noch einen Schnitt setzt oder einzelne Basen löscht. Und Veränderungen auf dieser genetischen Ebene können eben alles Mögliche bedeuten – zum Beispiel ein erhöhtes Risiko für Krebs für die betroffene Person.

Und es gibt noch weitere Unsicherheitsfaktoren. Stellen Sie sich einen Embryo wie eine kleine Himbeere vor, die sich aus der befruchteten Eizelle immer weiter ausdifferenziert. Hier müsste die Genom-Editierung in jeder einzelnen Zelle richtig erfolgen, ansonsten kommt es zu sogenannten Mosaiken, bei denen manche Zellen verändert sind, andere aber nicht. Es gibt Hinweise, dass auch die Kinder aus dem Experiment von He Jianhui von Mosaikbildungen betroffen sind. Das Problem ist, dass dies im Vorfeld kaum überprüfbar ist: Sie können schwer herausfinden, ob die Veränderung in jeder ausdifferenzierten Zelle erfolgreich war, wenn Sie den Embryo später noch übertragen wollen, denn dafür müsste man ihn quasi »zerpflücken«.

Verstehe. Man müsste jede einzelne Zelle des Embryos überprüfen – kann ihn dann also nicht mehr in den Mutterleib übertragen?

Exakt – und aus diesem Problem kommt man letztlich kaum raus. Wir haben also auf der einen Seiten eine risikobehaftete Technologie, auf der anderen Seiten den spürbaren Wunsch mancher Paare, sich auf solche Versuche einzulassen. Die Pointe ist: Der Haupttreiber für die Einwicklung

von Keimbahneingriffen ist die Hoffnung auf ein gesundes und auf ein genetisch verwandtes Kind. Selbst diejenigen Paare, für die risikoärmere Alternativen wie die Embryonenauswahl keine Option darstellt, könnten sich schließlich für eine Samen- oder Eizellspende oder für eine Adoption entscheiden; sie könnten auch von ihrem Kinderwunsch zurücktreten. Dann gäbe es diesen ganzen Konflikt nicht: Wenn sie die hochrisikoreiche Keimbahnintervention einfach sein ließen, würden die von den Risiken der Genom-Editierung betroffenen Kinder schließlich gar nicht erst gezeugt. Die Frage ist letztlich, wie hoch wir den Wunsch nach blutsverwandten Nachkommen hängen wollen. Und gewichten wir diesen höher als das Risiko, dem das Kind durch solch einen invasiven Eingriff ausgesetzt ist?

Wie kommen wir hier gesellschaftlich – oder gar global – zu einer Antwort?

Das ist eine der Schlüsselfragen, die viele bioethische Diskussionen berührt. Wenn wir uns über Themen wie die Genom-Editierung unterhalten, dann heißt es zwar immer, dass diese Diskurse möglichst partizipativ, inklusiv und ergebnisoffen sein sollen. Aber das sind leider meist Lippenbekenntnisse, da fehlte eigentlich immer der letzte Schritt, nämlich: Wie kommen wir von Formaten der öffentlichen Beteiligung in verschiedenen Kulturen dazu, das in eine vernünftige politische Steuerung und Regulierung zu übersetzen? Ich glaube, das ist eines der größten Defizite bislang und hier ist viel Arbeit zu leisten. Wenn wir hier möglichst viele Akteure einbeziehen wollen, heißt das meiner Ansicht nach aber auch, dass wir die Vorstellung aufgeben müssen, zu einem globalen Konsens zu kommen – zumindest über Detailfragen. Ich denke, wir können uns auf einen Grundstock an moralischen Normen und Werten einigen: zum Beispiel, dass Grundsätze der Gerechtigkeit eingehalten werden sollten oder dass die Selbstbestimmung von Personen wichtig ist. Doch was bedeutet das im konkreten Fall? Ich glaube nicht, dass wir dazu einen Konsens finden können. Das haben auch die letzten Jahrzehnte Diskussion über Schwangerschaftsabbruch oder Stammzellenforschung gezeigt. Wir dürfen uns keinen Illusionen hingeben, dass wir nur lange genug miteinander reden müssen und dann finden wir eine Antwort, mit der wir alle leben können. Das wäre in pluralen Demokratien realitätsfremd. Aber das brauchen wir gar nicht groß bedauern, sondern wir müssen hier einen Modus finden, innerhalb von solchen moralischen Divergenzen zu vermitteln.

Wie könnte denn so ein Modus aussehen, der der Pluralität Raum bietet?

Ein Modus könnte sein, ähnlich wie nach den Experimenten 2018, dass die Wissenschaftsgemeinschaft auf ein Moratorium hinwirkt, also zumindest für den Moment gesagt wird: Wir werden verhindern, dass solche Entwicklungen in die Anwendung kommen – aus dem einfachen Grund, dass wir zu wenig wissen. Vielleicht kommen wir in einigen Jahren zu einem Punkt, an dem man sagt, es wurde ausreichend Grundlagenforschung betrieben und erste Studien könnten für gewisse Paare gerechtfertigt sein. Das Entscheidende ist, dass die internationale Wissenschaftsgemeinschaft zusammensteht. Wenn Personen aus diesem aktuell bestehenden Konsens ausscheren, dann sollte ihnen beispielsweise keine Möglichkeit gegeben werden, in Journalen prestigeträchtig zu publizieren. Das ist ein klassisches Steuerungselement in der Wissenschaft, damit wird ein wesentlicher Anreiz genommen, unverantwortliche Experimente überhaupt durchzuführen.

Vielen Dank für das Gespräch!

Robert Ranisch

Robert Ranisch (*1985) ist Juniorprofessor für medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Universität Potsdam, sowie Leiter der Forschungsstelle »Ethik der Genom-Editierung« am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Tübingen. Seine primären Forschungsbereiche sind Medizinethik und Digitalisierung, ethische und soziale Aspekte der Gentechnologie sowie klinische Ethikberatung und Forschungsethik.

Foto Babys: Pixabay 4327754 Bensonseye; Foto Ranisch: Friedhelm Albrecht, Universität Tübingen

Triage
Ethische Kriterien der Priorisierung

Wie können knappe medizinische Ressourcen gerecht verteilt werden? Seit Beginn der Corona-Pandemie wird darüber debattiert, welche ethischen und rechtlichen Auswahlkriterien bei der Behandlung von Patient*innen angewendet werden dürfen. Der Philosoph **Adriano Mannino** widmet sich dieser Thematik in seinem Buch »Wen rette ich – und wenn ja, wie viele? Über Triage und Verteilungsgerechtigkeit«. Wir veröffentlichen daraus mit freundlicher Genehmigung des Autors und des Reclam Verlages einen leicht editierten Auszug.

*Wir begegnen häufig der Situation, dass ein hohes Patientenaufkommen auf begrenzte medizinische Ressourcen trifft. Auch im Normalfall verfügen Krankenhäuser nur über eine begrenzte Anzahl an Ärzt*innen, Pflegekräften und stationären Betten, so dass die Patient*innen vor- beziehungsweise nachrangig behandelt werden müssen. Im Gegensatz zum Katastrophenfall können im Normalfall jedoch meist alle Patient*innen berücksichtigt werden.*

*Dies gilt allerdings nicht für alle Bereiche der Medizin: In der Transplantationsmedizin beispielsweise herrscht üblicherweise ein Mangel an Spenderorganen, so dass nicht alle Patient*innen versorgt bzw. gerettet werden können. Die Frage nach der ethisch vertretbaren Priorisierung knapper medizinischer Hilfeleistungen ist also keineswegs neu. Im Angesicht des drohenden Kollapses der Krankenhäuser durch eine nicht mehr bewältigbare Zahl von Covid-Intensivpatient*innen hat sich diese Frage dem öffentlichen Diskurs jedoch mit unerwarteter Dringlichkeit gestellt.*

*Während der ersten Welle (im April 2020) setzte sich der Journalist und Essayist Florian-Felix Weyh extensiv mit den möglichen Auswahlverfahren und -kriterien auseinander, die im Falle eines Massenandrangs an Patient*innen herangezogen werden könnten, und ließ verschiedene Expert*innen zu Wort kommen.[1] Die folgenden Ausführungen schließen an die von Weyh diskutierten Kontroversen an und stellen die gängigen Triage-Verfahren und -Kriterien zunächst im Überblick vor, um im Anschluss deren Legitimität zu diskutieren.*

Ein erstes Verfahren beruht auf dem Prinzip »First Come, First Served« (FCFS): *Die Patient*innen werden entsprechend der Abfolge ihrer Anmeldung behandelt; wer zuerst erscheint, ist zuerst an der Reihe. Im Gegensatz zur Katastrophenmedizin hat sich FCFS in der Normalmedizin umfassend etabliert. Wenn ausreichend Ressourcen vorhanden sind und der gesamte Bedarf gedeckt werden kann, ergibt dieses Kriterium unmittelbar Sinn. Denn unter der Voraussetzung, dass letztlich jede Person behandelt werden kann, liegt es nahe, ohne Verzug mit der Arbeit zu beginnen, sobald der erste Patient eintrifft.*

Adriano Mannino

Adriano Mannino ist Philosoph und Sozialunternehmer. Er leitet das Solon Center for Policy Innovation und forscht im Schnittbereich von Entscheidungstheorie, Ethik und politischer Theorie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

*Die Rechtswissenschaftlerin Elisa Hoven gibt jedoch zu bedenken, dass FCFS auf den Zufall abstelle, da der Zeitpunkt, zu dem sich die Patient*innen jeweils anmelden, zufällig sei.[2] Dieser Zufallsaspekt ist es jedoch, der häufig gerade als Stärke eines anderen Auswahlverfahrens angeführt wird, nämlich des* Losverfahrens. *Muss beispielsweise entschieden werden, wer von zwei oder mehr Personen das einzige noch verfügbare Beatmungsgerät erhält, teilt das Losverfahren jeder Person die gleiche Chance auf die medizinische Ressource zu. Das sei deshalb gerecht, meint der Strafrechtler Tonio Walter, weil wir mit dem Zufallsprinzip unabhängig von spezifischen Merkmalen der Person entscheiden.[3] Wenn die medizinische Ressource an sich schon nicht aufgeteilt werden kann [...], dann wenigstens die Chance darauf, die Ressource zu erhalten, was den gleichen Respekt ausdrücke, den wir einer jeden Person schulden.[4]*

[1] Florian-Felix Weyh, »Die Ärzte als tragische Helden«, in: *Deutschlandfunk Kultur,* 16.04.2020.
[2] Elisa Hoven, in: Weyh 2020.
[3] Tonio Walter, »Lasst das Los entscheiden!«, in: *Zeit Online,* 02.04.2020.
[4] Weyma Lübbe, Nonaggregationismus: Grundlagen der Allokationsethik, Paderborn 2015.

Foto Bett: Shutterstock 640131205 Superstar; Foto Mannino: Reclam Verlag

»Zu einem tragfähigen Umgang mit existenziellen Entscheidungssituationen können wir nur dann finden, wenn wir die ethische Debatte fortführen und dabei stets auch mit unserer eigenen Fehlbarkeit rechnen.«

[…] Sowohl FCFS als auch das Losverfahren schneiden jedoch dann schlecht ab, wenn bei Ressourcenknappheit (auch) möglichst viele Menschenleben *gerettet werden sollen.*

Gesetzt den Fall, eine Ärztin muss ein Beatmungsgerät entweder einem Covid-Patienten zuteilen, der mit Behandlung gute Heilungschancen hat, oder aber einem anderen Patienten, der wahrscheinlich auch dann sterben wird, wenn er das Beatmungsgerät erhält. Wird letzterer durch ein Losverfahren ausgewählt, werden wahrscheinlich beide Patienten sterben. Wird dagegen der erstere ausgewählt, stehen die Chancen gut, dass zumindest eine Person überlebt.

*Aus diesem Grund gewann das Kriterium der Heilungschance bzw. der kurzfristigen Erfolgsprognose besonders im Katastrophenkontext an Bedeutung. Nach einem bis heute gängigen Triage-Prozedere werden die Patient*innen entsprechend in vier Prioritätsgruppen eingeteilt:*

1. *Höchste Priorität kommt dabei jenen Patient*innen zu, die mit der Behandlung eine gute oder zumindest intakte Überlebenschance haben, ohne Behandlung jedoch fast sicher sterben werden.*
2. *Zweitrangig behandelt werden Patient*innen, die auch ohne Behandlung eine relativ gute Überlebenswahrscheinlichkeit haben, die mit Behandlung aber noch deutlich verbessert werden kann.*
3. *Zeitweilig nicht behandelt werden Patient*innen, die nur leichte Schäden aufweisen und auch ohne Behandlung eine gute Prognose haben, sowie*
4. *Patient*innen, die auch mit Behandlung höchstwahrscheinlich sterben werden.*

Dieses Verfahren soll sicherstellen, dass die medizinischen Ressourcen dort zum Einsatz kommen, wo sie am ehesten wirken werden, so dass die Anzahl der geretteten Leben maximiert wird.

Relativ zu einem vierten möglichen Priorisierungskriterium, nämlich der Anzahl der geretteten Lebensjahre, *ist jedoch auch das genannte Prozedere ineffizient. Haben beispielsweise eine 30-jährige und eine 85-jährige Patientin die gleiche kurzfristige Erfolgsprognose, teilt das Prozedere beide in dieselbe Prioritätsgruppe ein. Bei der 30-Jährigen können im Falle einer vollständigen Genesung aber noch 50 bis 60 Lebensjahre auf dem Spiel stehen, während der 85-Jährigen nur wenige Jahre oder Monate bleiben werden. Entsprechend haben sich manche Stimmen […] für die Berücksichtigung der verbleibenden Lebensjahre ausgesprochen. Auch europäische medizinische Gesellschaften […] haben dieses Kriterium in ihre Empfehlungen aufgenommen, als die erste Covid-Welle eine Triage erzwang. Weil das Kriterium – isoliert betrachtet – aber alte sowie junge vorerkrankte bzw. behinderte Menschen benachteiligt, ist es auf heftigen Widerspruch gestoßen. […] Ein fünftes Kriterium stellt die* Systemrelevanz *des jeweiligen Patienten dar: »Rettet die Retter!« Ist etwa das Leben einer Ärztin gefährdet, von deren Genesung bzw. Arbeit viele weitere Leben abhängen, erscheint ihre Priorisierung durchaus sinnvoll. Das Kriterium der Systemrelevanz ist also auch ein Effizienzkriterium: Die Rettung der Ärztin maximiert die Anzahl der insgesamt geretteten Leben […]. Zugleich kann die Priorisierung als Kompensation dafür verstanden werden, dass die Ärztin womöglich ihre Gesundheit riskiert, um andere zu retten. Personen, die unter hohem Risiko systemrelevante Arbeit leisten, konnten als Behandlungsgruppe allgemein priorisiert werden.*

*Bei existenziellen Entscheidungen, die von medizinischen Institutionen und ihren Vertreter*innen getroffen werden, sind letztlich auch Kriterien der Transparenz und Umsetzbarkeit von großer Bedeutung. Klare Kriterien dienen sowohl den Entscheidungsträger*innen als auch den Patient*innen und ihren Angehörigen, die sich vergewissern können, dass alles mit (ge)rechten Dingen zugeht. Ein transparentes System ermöglicht auch die öffentliche Diskussion und – gegebenenfalls – die Revision der Kriterien, sollten Gerechtigkeitsdefizite entdeckt werden.*

In der Transplantationsmedizin hat sich zur gerechten Verteilung der knappen Organe ein Punktesystem ausgebildet: Je mehr Punkte eine Patientin erreicht, desto höher ihr Platz auf der Warteliste. Die entsprechenden Kriterien sind transparent und werden gesetzlich geregelt, sind also auch demokratisch legitimiert. Ein Triage-Gesetz existiert dagegen nicht. Vom Beispiel der Organvergabe können wir ebenfalls lernen, dass Kriterien wie die fünf oben skizzierten sich nicht gegenseitig ausschließen müssen. Um in komplexen Entscheidungssituationen zu einem ethisch gerechtfertigten Urteil zu gelangen, sind in aller Regel mehrere Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Selbst wenn man in einem Katastrophenfall die Entscheidungsregeln notgedrungen auch simpel und gut praktikabel halten muss, bleibt es trotzdem wichtig, die Vielzahl und Vielfalt ethischer Kriterien nicht aus dem Blick zu verlieren und Unsicherheiten einzuräumen. Auch die teils massiven Meinungsverschiedenheiten zwischen Individuen, wissenschaftlichen Disziplinen, Institutionen und Staaten zeigen an, dass hier erhebliche ethische Unsicherheit besteht. In medizinethischen bzw. -rechtlichen Fragen liegen insbesondere die akademische Ethik, die Juristerei, die Gesundheitsökonomie und die Medizin oft im Meinungsstreit. Dasselbe gilt für die Gesetze verschiedener Staaten, die sich allesamt als demokratische Rechtsstaaten verstehen und bestrebt sind, medizinethische Fragen aus der Perspektive der Menschenwürde und der Grundrechte zu klären.

Diese Uneinigkeit und Unsicherheit gilt es anzuerkennen, ohne einem ungerechtfertigten Relativismus anheimzufallen, der ethische Reflexion subjektiviert. In den Naturwissenschaften etwa besteht in manchen Fragen auch große Uneinigkeit und Unsicherheit, ohne dass wir deshalb versucht wären, entsprechende Relativismen zu vertreten. Zu einem tragfähigen Umgang mit existenziellen Entscheidungssituationen können wir nur dann finden, wenn wir die ethische Debatte fortführen und dabei stets auch mit unserer eigenen Fehlbarkeit rechnen. Wo Fehlbarkeit besteht, können Fehler gemacht werden; und wo Fehler gemacht werden können, ist nicht alles subjektiv. Ethische Erkenntnis – d.h. Fehlerkorrektur – ist individuell und gesellschaftlich möglich, wenn auch nicht garantiert.

Erschienen bei Reclam, Ditzingen, 2021, 120 Seiten, € 6,–, ISBN: 9783159618418

Weiterlesen?

In »Wen rette ich – und wenn ja, wie viele?« behandelt Adriano Mannino die Triage aus medizinischer, ethischer, rechtlicher und gesundheitsökonomischer Perspektive. Die ethische Legitimität der Triage-Kriterien, deren Begründung sowie mögliche Gewichtung werden umfassend diskutiert. Anschließend wird die rechtliche Dimension dargestellt, vor allem in Hinblick auf das Alterskriterium und die Ex-Post-Triage, die nachträgliche Depriorisierung von Patient*innen. Das Schlusskapitel stellt die Fragen der Verteilungsgerechtigkeit in den gesellschaftlichen Zusammenhang einer Makro-Triage: Wie können Ressourcen in Krisen und Katastrophen global gerecht verteilt werden?

Ein Herz aus Schwein oder ein Herz für Tiere?

Im Spannungsfeld zwischen Medizin- und Tierethik

Von Kai Kiesow

Im Januar 2022 berichteten die Medien auf der ganzen Welt von der ersten erfolgreichen Transplantation eines Schweineherzens auf einen Menschen. Dieser medizinische Meilenstein kann Patienten auf den langen Wartelisten Hoffnung geben. Die Transplantation eines Schweineherzens auf den Amerikaner David Bennett rückte allerdings neben medizinethischen Fragestellungen auch tierethische Aspekte in den Blickpunkt. Im Kern geht es um die Frage: Ist es zu rechtfertigen, Tiere zum Zweck der Organproduktion zu züchten und zu töten? Ich denke, nein. Diese These ist begründet in der Abwägung der folgenden juristischen, medizinischen und ethischen Argumente.

Aus juristischer Sicht wäre in Deutschland die therapeutische Xenotransplantation (griech. xenos, fremd), also die Transplantation von tierischen Zellen, Geweben oder Organen auf den Menschen, in Übereinstimmung mit dem geltenden Tierschutzgesetz. Der Tierschutz ist zwar seit August 2002 als Staatsziel in Artikel 20a des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland verankert, das aktuelle Tierschutzgesetz regelt aber insbesondere das Halten und Töten von Tieren, Eingriffe an Tieren sowie Tierversuche. Geschützt werden Tiere dabei lediglich vor intrinsisch motivierter, grausamer Quälerei. Denn »[m]it Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer [...] einem Wirbeltier aus Rohheit erhebliche Schmerzen oder Leiden [...] zufügt [...]« (§ 17 Tierschutzgesetz). Diesen Regelungen des Tierschutzgesetzes wurde in der Änderung vom 19.06.2020 in § 1 folgender Grundsatz vorangestellt: »Zweck dieses Gesetzes ist es, aus der Verantwortung des Menschen für das Tier als Mitgeschöpf dessen Leben und Wohlbefinden zu schützen. Niemand darf einem Tier ohne vernünftigen Grund Schmerzen, Leiden oder Schäden zufügen.«

Foto Schwein: Unsplash fwafgjlc0f0 Benjamin Wiedemeyer

Was vernünftige Gründe sind, wird nicht vollumfänglich erklärt und eröffnet einen breiten Interpretationsspielraum. Aktuell sind durch diesen unbestimmten Rechtsbegriff Massentierhaltung und millionenfaches Töten von Tieren sowohl zur Fleischproduktion als auch in Tierversuchen gesetzlich legitimiert. Wenn in diesem Rechtsverständnis das Töten von Tieren zu den eben genannten Zwecken als vernünftiger Grund anerkannt ist, stellt die Rettung oder Verlängerung eines menschlichen Lebens durch die Transplantation eines tierischen Organs durchaus einen vernünftigen Grund dar. Natürlich unter der Voraussetzung einer entsprechenden Haltung der Spender-Tiere. Also doch ein Herz aus Schwein?

Auch wenn die Xenotransplantation in Deutschland im Einklang mit geltendem Tierschutzgesetz wäre, spricht zuallererst ein medizinisches Argument gegen einen breiten therapeutischen Einsatz: Aus medizinischer Sicht ist es fraglich, ob die therapeutische Xenotransplantation das Problem wird lösen können, für das sie eine Lösung sein soll: Die Knappheit an menschlichen Spenderorganen zu beheben. Allein in Deutschland warten knapp zehntausend Menschen auf ein Spenderorgan. Derzeit könnte die Xenotransplantation das Leben dieser Menschen lediglich um wenige Monate verlängern. Auch David Bennett verstarb knapp zwei Monate nach der Transplantation. Es ist zu bezweifeln, dass auf absehbare Zeit mit der Xenotransplantation vergleichbare Ergebnisse zu erzielen sein werden, wie mit der Transplantation menschlicher Organe. Hürden auf dem Weg sind vor allem die Abstoßungsreaktionen des menschlichen Immunsystems, die bereits von einer Mensch-auf-Mensch-Transplantation nur durch starke Medikation unterbunden werden können. Die physiologischen Unterschiede zwischen tierischen und menschlichen Organen vergrößern dieses Problem. Außerdem zu nennen ist das potenziell große Risiko von Zoonosen, also der Übertragung von Mikroorganismen und Viren vom Tier auf den Menschen.

Im Einzelfall könnte dank Xenotransplantation zwar die Wartezeit auf ein menschliches Organ lebensrettend überbrückt werden, die Patienten verschwinden aber nicht von der Warteliste. Der Mangel an menschlichen Spenderorganen würde dadurch nicht gelöst, sondern nur zeitlich verlagert.

Angenommen, diese medizinischen Hürden würden durch intensive Forschung überwunden und tierische Organe könnten in Zukunft im Menschen ebenso funktionsfähig sein, wie menschliche Spenderorgane. Diese Organe würden von Tieren stammen, die gentechnisch so verändert sind, dass sie salopp gesagt »homo-kompatibel« sind. Aus Gründen der Hygiene würden diese Tiere in Laborumgebung gehalten und schließlich getötet, sobald das Organ (oder die Organe) reif bzw. benötigt würden. Wäre es ethisch zu rechtfertigen, Tiere einzig zu diesem Zweck zu züchten?

Nein, das wäre es aus meiner Sicht nicht. Zur Begründung dieser These muss man nicht in die Tiefen der tierethischen Debatte eintauchen und den Versuch unternehmen, die tierethische Kernfrage nach dem moralischen Status der nicht-menschlichen Tiere zu beantworten. Es reicht aus, sich nur zwei Fragen zu stellen: Erstens, selbst wenn man die Haltung vertritt, im Verbrauch von Tieren zur Fleischproduktion, Tierversuchen oder therapeutischen Methoden läge kein ethisches Problem: Was, wenn man sich irrt? Und zweitens; angenommen, es gäbe gleichwertige oder bessere Alternativen zur therapeutischen Xenotransplantation: Sollten diese Alternativen dann nicht in jedem Fall präferiert werden?

Diese Alternativen gibt es:

Erstens ist das Potenzial an menschlichen Organspendern bei Weitem nicht ausgeschöpft: Laut den im Juli 2021 veröffentlichen Ergebnissen einer bundesweiten repräsentativen Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stehen mehr als achtzig Prozent der Befragten einer Organ- oder Gewebespende eher positiv gegenüber. Ob die 2020 im Rahmen der Neuregelung des Transplantationsgesetzes beschlossene Ausweitung des Informationsangebots inklusive niedrigschwelliger Online-Registrierung der Spendenbereitschaft diese Lücke bereits schließen oder signifikant verkleinern kann, wird sich zeigen. In derselben Umfrage haben 42 Prozent der Befragten angegeben, dass sie gerne mehr Informationen hätten und knapp Zweidrittel der Befragten war das Online-Register nicht bekannt. Allein durch eine bessere Informationskampagne sollte sich die Zahl der Spenderorgane demnach erhöhen lassen.

Zweitens gibt es vielversprechende Fortschritte bei der Züchtung von Organen im Labor, dem sogenannten Tissue Engineering. Bis zur therapeutischen Transplantation vollständiger Organe ist es zwar noch ein weiter Weg, aber Forschern der Universität Minnesota ist es bereits 2008 gelungen, ein neues, funktionsfähiges Herz aus einer mit den Herzzellen einer Ratte geimpften Organmatrix auszubilden. Das Tissue Engineering bietet darüber hinaus das Potenzial, das Problem der Organabstoßung zu lösen, indem das Ersatzorgan maßgeschneidert wird, da es mit den Zellen des wartenden Empfängers hergestellt werden kann. Das bedeutet eine spürbare Verbesserung der Lebensqualität Transplantierter gegenüber der jetzigen Situation oder gegenüber der Idee, gar ein tierisches Spenderorgan zu transplantieren.

Neben den Vorteilen der therapeutischen Organtransplantation zahlt das Tissue Engineering auf das langfristige Ziel der biomedizinischen Forschung ein: wenn möglich auf Tierversuche zu verzichten. Aktuell sind noch mehr als 85 Prozent der Tierversuche in Deutschland gesetzlich vorgeschrieben, vor allem bei der Zulassung neuer Medikamente. Aber die Branche hat sich dem 3R-Prinzip verschieben:

- *Replace:* Wo immer möglich, sollen Tierversuche durch andere Methoden ersetzt werden.
- *Reduce:* Wenn das nicht möglich ist, sind die Tests auf ein Mindestmaß zu reduzieren.
- *Refine:* Design des Tierversuchs derart, dass die Belastung (Leiden, Schmerzen, Schädigung) für die Versuchstiere minimal ist.

Das Tissue Engineering setzt direkt beim Replace-Prinzip an, denn gezüchtete Organe sind nicht nur als Transplantat geeignet, sondern auch, um neue Wirkstoffe gezielt an den betreffenden Organen und menschlichen Zellen zu testen und so Tierversuche in der Wirkstoffforschung zu ersetzen.

Man könnte gegen beide Alternativen einwenden, dass auch sie das Problem des Organmangels nicht zeitnah werden lösen können. Zum einen stagniert die Anzahl an Spenderorganen. Es gibt begründete Zweifel, ob es überhaupt gelingen kann, das Spenderpotenzial auf das notwendige Niveau zu heben. Zum anderen ist auch das Tissue Engineering noch weit davon entfernt, Organe in Serie zu produzieren und die Organknappheit zu lösen.

Quellen und vertiefende Literatur

Beckmann, J. P. et al. »Xenotransplantation von Zellen, Geweben oder Organen. Wissenschaftliche Entwicklungen und ethisch-rechtliche Implikationen« (2000)

Haniel, A. »Organe um jeden Preis? Zur Frage der Alternativen der postmortalen Organspende« *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 44, no. 1 (2000), 269–284

Nida-Rümelin, J., von der Pfordten, D. in »Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch« (2012), 514–567

Thurnherr, U. in »Handbuch Philosophie und Ethik: Band 2: Disziplinen und Themen« (2017), 273–282

Tierschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 18.05.2006 (BGBl. I S. 1206, 1313), *Gesetze im Internet*, abgerufen 13.04.2022

»Wissen, Einstellung und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende« *BZgA-Forschungsbericht* (2021)

Beide Einwände sind zutreffend, jedoch ist anzumerken, dass beide Alternativen einen vergleichbaren Reifegrad wie die zur therapeutischen Xenotransplantation haben. Im Vergleich zur knapp 100-jährigen Forschungsgeschichte der Xenotransplantation sind die Fortschritte im Tissue Engineering innerhalb der letzten zwanzig Jahre beachtlich – und auch die gesellschaftliche Debatte über eine Widerspruchsregelung wird wahrscheinlich weitergeführt, sollten die neuen Maßnahmen nicht greifen.

Wenn wir uns heute entscheiden sollten, für welchen Weg wir unsere Ressourcen einsetzen, plädiere ich im Sinne des effektiven Altruisten William MacAskill dafür, »Gutes besser [zu] tun« – diejenigen Alternativen zu fördern, die das medizinethische Problem der Organknappheit lösen können, ohne es durch ein tierethisches Problem zu ersetzen. Im Zweifel gilt: Besser ein Herz für Tiere als ein Herz aus Schwein.

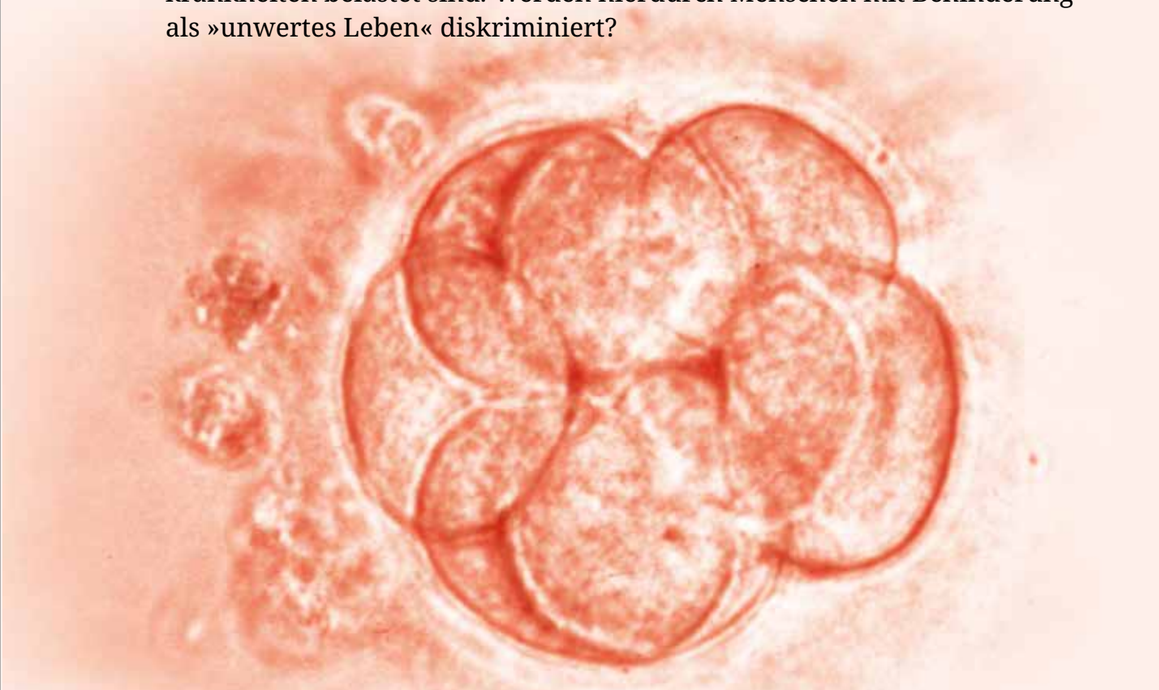
Foto Kiesow: Privat

Kai Kiesow (*1980) war in seiner Jugend bei der *Westfälischen Rundschau*, studierte später Chemieingenieurwesen und ist seit 2011 tätig bei BASF SE. Seit 2019 berufsbegleitend Exekutive-Master in Philosophie-Politik-Wirtschaft mit Schwerpunkt Angewandte Ethik an der LMU München.

Das Beste für das Kind – das beste Kind?
Eine heikle Frage der PID

Von Franz Josef Wetz

Die Präimplantationsdiagnostik ermöglicht die Auswahl gesunder Embryonen – und ein Aussortieren von solchen, die zum Beispiel mit potenziellen Erbkrankheiten belastet sind. Werden hierdurch Menschen mit Behinderung als »unwertes Leben« diskriminiert?



Präimplantationsdiagnostik (PID) ist inzwischen hierzulande dann erlaubt, wenn ein hohes Risiko für eine Erbkrankheit oder eine hohe Gefahr zu einer Fehl- oder Totgeburt besteht. Dennoch geht die Diskussion weiter, ob PID nicht allgemein zugelassen werden sollte. In dieser Diskussion geht es vorrangig um die Frage, ob eine Auswahl nur gesunder Embryonen, die extrakorporal im Reagenzglas erzeugt wurden, für die Einpflanzung in den weiblichen Körper getroffen werden darf oder ob damit eine ethische Grenze überschritten wird. Das Aussortieren von künstlich erzeugten Embryonen aufgrund bestimmter Erbanlagen wird seitens der Kritiker, die für eine vorbehaltlose Annahme der in der Petrischale befruchteten Eizellen plädieren, gerne als Selektion der Gesunden und Starken verurteilt – als unerträgliche Einteilung des menschlichen Daseins in lebenswert und nützlich einerseits, lebensunwert und unnütz andererseits. Hierdurch werde eine Selektion vorgenommen, die auch eine Diskriminierung behinderten Lebens darstellt. Tatsächlich stellt PID die Ärzte und Eltern vor die schwierige Entscheidung, menschliches Leben als nicht wünschenswert zu verwerfen oder nicht.

Nehmen wir nun einmal an, PID wäre hierzulande allgemein zulässig, dann gäbe es nicht nur die Gelegenheit, einen gesunden statt eines kranken Embryos auszuwählen, sondern natürlich auch die umgekehrte Möglichkeit, selbst wenn sie höchstwahrscheinlich fast niemand ergreifen möchte. Jedenfalls entscheiden sich praktisch alle künftigen Eltern in den Ländern, wo PID allgemein zugelassen ist, für einen gesunden Embryo. Allerdings gibt es auch Gegenbeispiele. Im Jahre 2008 hat erstmals ein gehörloses britisches Paar im Rahmen künstlicher Befruchtung einen auf Taubheit programmierten Embryo bewusst ausgewählt und dessen Implantation zur Austragung veranlasst. Das wirft die Frage auf: Machen sich Paare, die absichtlich einen Embryo mit genetischen Defekten auswählen, der Verletzung eines ethischen Anspruchs schuldig, erst recht wenn Embryonen ohne genetische Einschränkungen verfügbar sind? Gibt es im Rahmen von PID einen überzeugenden Einwand gegen die vorsätzliche Weitergabe genetischer Einschränkungen? Freilich möchten künftige Eltern eines künstlich erzeugten Embryos lediglich Krankheiten und Beeinträchtigungen von ihrem künftigen Kind abwenden, wenn sie sich für einen gesunden Embryo entscheiden. In Wahrheit jedoch vermeiden sie ein krankes oder beeinträchtigtes Kind und bringen statt dieses Kindes ein ganz anderes, gesundes Kind hervor. Sie verwerfen das eine Kind zugunsten eines anderen. Das kann man kritisieren.

Allerdings wird dem kranken oder beeinträchtigten Embryo durch diese Entscheidung nichts vorenthalten, weil der Embryo überhaupt noch nichts ist, dem etwas vorenthalten werden kann. Es ist unsinnig zu sagen, sein Interesse an Leben wird durch eine solche Wahl unerfüllt bleiben, weil es in diesem Entwicklungsstadium der befruchteten Eizelle noch gar kein Interesse und Empfinden gibt. Die Wahl der Eltern für den gesunden Embryo ist mithin weder schlecht für den kranken oder beeinträchtigten Embryo noch gut für den gesunden Embryo, weil beide noch gar nicht über Lebensinteresse verfügen. Die Wahl ist höchstwahrscheinlich erst einmal nur gut für die Eltern in dem Sinne, dass sie sich hierdurch vermutlich mit weniger Zukunftssorgen belasten. Jedenfalls gibt es in diesem Stadium noch kein Kindeswohl. Da also diese Embryonenselektion keinerlei Lebensinteresse durchkreuzt oder verletzt, sollten die Eltern, so scheint es, autonom zwischen gesundem und krankem Embryo entscheiden dürfen.

Hiergegen protestieren Behindertenverbände und andere Gegner der PID mit dem Argument, dass das Leben von Behinderten durch die Entscheidung gegen den kranken Embryo für weniger wertvoll und lebenswert erachtet werde. Sie sehen darin einen Beweis dafür, dass Behinderte in Ländern, wo PID allgemein zulässig ist, keineswegs als gleichwertig angesehen werden. Zum Schutz vor Diskriminierung sollte deshalb PID und damit die Möglichkeit der Embryonenselektion vom Zulässigen ausgeschlossen bleiben, meinen sie.

Genauer betrachtet, werden Beeinträchtigte und Kranke aber durch die Auswahl eines gesunden Embryos gar nicht herabgesetzt, sondern lediglich Behinderung und Krankheit als weniger wertvoll für uns Menschen als Gesundheit eingestuft. Wer möchte ernsthaft bestreiten, dass Gesundheit ein hohes Gut ist, dessen geflissentliche Vorenthaltung moralisch verurteilt werden sollte. Kranke und Beeinträchtigte verdienen uneingeschränkt Achtung und Unterstützung, Krankheit und Beeinträchtigung jedoch nicht! So gesehen ist die Auswahl eines gesunden Embryos geradezu moralische Pflicht und die gezielte Auswahl von Embryonen mit genetischen Defekten zu unterbinden. Die Sorge um das Wohl des heranwachsenden Kindes gebietet, diesem optimale Startbedingungen ins Leben zu geben. Das Beste für ein Kind ist somit tatsächlich das beste Kind – ein gesundes anstelle eines beeinträchtigten oder kranken, dem hierdurch nichts verweigert wird, weil noch nichts da ist, dem etwas verweigert werden könnte. Daraus folgt, dass bei Zulassung von PID die reproduktive Autonomie der Eltern so einzuschränken ist, dass die Auswahl eines kranken Embryos rechtlich verboten bleiben sollte. ●

Prof. Dr. Franz Josef Wetz (*1958) ist Philosoph und lehrt seit 1994 an der Pädagogischen Hochschule in Schwäbisch Gmünd. Er befasst sich u.a. mit Bioethik, Abschiedskultur oder Lebenssinn ohne Religion.

Foto Embryo: Pixabay 1514192 Elena Kontogianni; Foto Wetz: Privat

Gesundheits-Apps: Autonomie in der Digitalmedizin

Das Interview führte Birger Hoyer

Mobile Gesundheitstechnologien, Symptom-Checker-Apps oder Apps auf Rezept: Immer mehr digitale Gesundheitsanwendungen richten sich an Patient*innen und User*innen. Die Philosophin und Medizinethikerin **Regina Müller** beschäftigt sich mit ethischen Fragen der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Wir haben mit ihr über Autonomie in der Digitalmedizin und ihre Forschung zu Symptom-Checker-Apps gesprochen – und darüber, ob digitale Gesundheitsanwendungen die Selbstbestimmung eher stärken oder verringern.

Frau Müller, Selbstbestimmung ist ein zentraler humanistischer Wert. Alle Menschen haben das Recht, ihr Leben nach ihren eigenen ethischen und moralischen Überzeugungen zu gestalten. Wie wird Selbstbestimmung in der Medizinethik diskutiert?

In der Medizinethik sprechen wir häufig nicht von »Selbstbestimmung«, sondern von »Autonomie« als einem zentralen ethischen Konzept. Nach meinem Verständnis geht Autonomie über Selbstbestimmung hinaus. Selbstbestimmung wird in öffentlichen Debatten oft sehr individuell verstanden: Es geht darum, dass das Individuum selbst bestimmen kann, wie es lebt. Autonomie kann mehr umfassen, zum Beispiel auch moralische, ökonomische und politische Dimensionen oder relationale Aspekte. Umgangssprachlich wird darunter aber oft verkürzt verstanden, dass man die Fähigkeit hat, sein Leben nach den eigenen Wünschen, Werten und Motiven zu führen, und dabei nichts von außen vorgegeben wird. Dieses umgangssprachliche Verständnis – ein eher individualisiertes Verständnis von Autonomie – ist sehr stark in den medizinethischen Debatten vertreten. Die Autonomie zu respektieren, bedeutet in der Medizin, die Wünsche, Vorstellungen und Motive der Patient*innen zu respektieren. Dieses Prinzip ist in der medizinischen Praxis wichtig, weil es der wohlwollenden Bevormundung zum Beispiel durch Ärzt*innen entgegensteht. In der praktischen Umsetzung findet es sich im Konzept des »informed consent« (informiertes Einverständnis) wieder, wonach Patient*innen freiwillig und aufgeklärt einwilligen müssen, wenn medizinische Behandlungen oder Entscheidungen anstehen.

Als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Tübingen forschen Sie zu ethischen Aspekten von Gesundheits-Apps, die auf Algorithmen basieren. Was sind das für Apps?

Gesundheits-Apps sind Anwendungen für mobile Endgeräte, etwa Smartphones und Tablets, die generell zum Ziel haben, die Gesundheit ihrer Nutzer*innen zu fördern. Es gibt eine enorme Spannbreite an Gesundheits-Apps: von Wellness-Apps über Fitnesstracker bis hin zu Medizinischen Apps (Medical Apps). Im »CHECK. APP«-Projekt untersuchen wir eine ganz bestimmte Art von Gesundheits-Apps: Apps zur Symptomanalyse. Diese Symptom-Checker-Apps fokussieren nicht eine bestimmte Erkrankung, sondern sind für die Symptomanalyse verschiedener Erkrankungen konzipiert. Die Symptom-Checker-Apps, die wir untersuchen, richten sich an gesunde Nutzer*innen und Patient*innen, nicht an medizinisches Fachpersonal. Viele dieser Apps sind frei verfügbar, können im App-Store heruntergeladen und eigenhändig installiert werden. Zu Beginn werden ein paar allgemeine Parameter abgefragt, etwa Alter und Geschlecht. Dann können die Nutzer*innen ihre Symptome eingeben, zum Beispiel: Ich habe Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen.

Danach fragt die App ab: Wie stark sind die Schmerzen? Wie oft treten sie auf? Gibt es noch andere Symptome? Am Ende erhält man eine Liste möglicher Ursachen für die Symptome und oft auch eine Handlungsempfehlung, wie: in der nächsten Woche bitte zum Arzt gehen. Das heißt, Symptom-Checker-Apps haben generell zwei Funktionen: Sie liefern eine Symptomanalyse und darauf aufbauend eine Handlungsempfehlung.

Worin liegt der konkrete Nutzen solcher Gesundheits-Apps?

Die Hersteller*innen versprechen Verbesserungen sowohl für die individuellen Nutzer*innen bzw. Patient*innen als auch für das Gesundheitssystem. Mit Blick auf die Patient*innen wird behauptet, dass die Selbstbestimmung in Bezug auf die eigene Gesundheit gefördert wird, indem die Patient*innen besser informiert sind, sich mehr in Entscheidungen einbringen können, aktiver in die Prozesse eingebunden sind und mehr über sich selbst und ihre Symptome erfahren. Das sind die Versprechungen mit Blick auf die individuellen Nutzer*innen. Mit Blick auf das Gesundheitssystem wird versprochen, dass Kosten eingespart werden können, wenn die Patient*innen aktiver sind, vieles selbst übernehmen und dadurch das medizinische Fachpersonal und das Gesundheitssystem insgesamt entlastet wird.

Steigt durch solche Anwendungen die Gesundheitskompetenz der Patient*innen? Können Entscheidungen damit leichter getroffen werden?

Das können wir nicht allgemein sagen. Es gibt im Moment keine empirische Evidenz dafür, dass solche Apps die Kompetenzen der Patient*innen stärken würden. Stattdessen können die Apps Patient*innen auch verunsichern, beispielsweise

Foto Smartwatch: Unsplash rCOWMCbqf8A Luke Chesser

»Oft wissen die Nutzer*innen nicht, was mit ihren Daten passiert, wer sie sammelt und inwiefern sie ausgewertet oder weitergegeben werden.«

zu mehr Sorgen führen, weil sie beunruhigende Analysevorschläge und Handlungsempfehlungen ausgeben. Dies kann Unsicherheiten oder auch Gesundheitsängste verstärken. Was wiederum dazu führen kann, dass Patient*innen zu Ärzt*innen gehen, obwohl es nicht nötig wäre. Die Analysen und Handlungsempfehlungen der Apps sind oft risikoscheu. Das heißt, sie empfehlen eher zur Ärzt*in zu gehen als zu Hause zu bleiben, damit nichts passiert. Dies kann zu einer Mehrbelastung der Patient*innen und des Gesundheitssystems führen.

Wie sieht es mit dem Datenschutz aus? Wird das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung berücksichtigt, wonach jede*r Einzelne grundsätzlich selbst über die Weitergabe und Verwendung der personenbezogenen Daten bestimmen kann?

Der Datenschutz ist leider nicht immer gewährleistet, vor allem bei den kostenlosen und frei verfügbaren Apps. Oft wissen die Nutzer*innen nicht, was mit ihren Daten passiert, wer sie sammelt und inwiefern sie ausgewertet oder weitergegeben werden. Problematisch ist dabei, dass die Datenschutzbestimmungen und die entsprechenden Informationen oft sehr kompliziert formuliert sind. Man setzt dann schnell ein Häkchen, hat die Informationen aber vielleicht nicht gründlich gelesen. Wenn die Nutzer*innen aber nicht wissen, was mit ihren Daten passiert, steht das der Selbstbestimmung entgegen. Aus dieser Perspektive sollte daher sehr kritisch auf die Gesundheits-Apps geschaut werden.

Müssen die Patient*innen den Apps einfach vertrauen? Oder gibt es Regelungen zur Kontrolle?

Jene Apps, die frei und kostenlos auf dem Markt verfügbar sind, werden normalerweise nicht kontrolliert. In Deutschland wurden 2019 mit der Einführung des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) eingeführt, die sogenannten »Apps auf Rezept«. Eine solche App kann von Ärzt*innen und Physiotherapeut*innen verschrieben werden, die Kosten werden von den gesetzlichen und den meisten privaten Krankenkassen erstattet. Wenn eine App als DiGA gelten möchte, muss sie ein bestimmtes Prüfverfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) durchlaufen und wird – nach erfolgreicher Prüfung – im sogenannten DiGA-Verzeichnis gelistet. Bei den gelisteten Apps können die Nutzer*innen zumindest davon ausgehen, dass sie im Vorhinein zum Beispiel mit Blick auf Sicherheit, Leistungsfähigkeit und Datenschutz geprüft worden sind.

Können diese Apps denn Symptome besser einschätzen als Ärzt*innen?

Blicken wir noch einmal auf die Symptom-Checker-Apps. Die herstellenden Unternehmen versprechen zum Teil durchaus, dass diese Apps Symptome präziser analysieren könnten als Ärzt*innen. Es liegen mittlerweile auch einige Studien vor, die die Diagnosestellungen von Ärzt*innen mit denen von Apps vergleichen, aber hier ist Vorsicht angebracht, denn es sind momentan sehr wenige Studien, die noch dazu viele Verknappungen aufweisen. Ich denke zudem nicht, dass es zielführend ist, Mediziner*innen mit Apps zu vergleichen. Es wäre meiner Ansicht nach viel aussichtsreicher, Mediziner*innen und Apps nicht gegeneinander auszuspielen, sondern als gegenseitige Ergänzung anzusehen und sich darauf zu fokussieren, wie Ärzt*innen mit solchen Apps in Zukunft gut zusammenarbeiten können.

Wie verändern sich die Beziehungen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen, wenn solche Apps dazwischengeschaltet werden?

Es kann das Verhältnis verbessern, wenn Patient*innen besser informiert sind und aktiver in Entscheidungen einbezogen werden. Dieses Potenzial sollte genutzt werden. Allerdings müssen die Ärzt*innen dementsprechend aufgeklärt sein: Welche Apps gibt es überhaupt? Welche Apps möchte ich als Ärzt*in vielleicht empfehlen? Es reicht nicht aus, nur die Patient*innen zu betrachten, auch die Ärzt*innen müssen in den Blick genommen werden. Um Apps gut in die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen zu integrieren, müssen beide die Kompetenzen haben, die Informationen und die digitalen Technologien zu verstehen und einzuordnen.

Foto Müller: Katrin Freund; Foto Hoyer: Graham Hains

Fördern Symptom-Checker-Apps die Selbstbestimmung der Patient*innen oder stehen sie dem eher entgegen?

Empirisch können wir das derzeit nicht beurteilen. Es gibt Argumente, die dafür und solche, die dagegensprechen. Die Apps können helfen, dass Nutzer*innen bzw. Patient*innen mehr in Prozesse einbezogen werden, sich aktiver an Entscheidungen beteiligen und ihr Gesundheitsverhalten sowie ihre Einstellungen dahingehend vielleicht optimieren. Aber die Apps können auch verunsichern, Gesundheitsängste auslösen, zu Mehrbelastungen, vielleicht auch zu Optimierungsdruck führen. Hinzu kommen noch Risiken bezüglich des Datenschutzes. Eine allgemeine Aussage ist daher schwierig, vielmehr kommt es auf eine individuelle Einordnung an: Wer nutzt welche App in welchem Kontext? Bestärkt die App die jeweilige Patient*in, weil diese jetzt besser informiert ist? Oder ist es vielleicht eine Patient*in, die viele Ängste hat und deren Sorgen durch die App Nutzung eher verstärkt werden? Wieder andere Patient*innen schämen sich vielleicht oder haben Angst vor einem Arztbesuch. Wenn diese Patient*innen eine mobile Variante nutzen können, fühlen sie sich vielleicht eher gestärkt. Die Beispiele zeigen uns weder die vollständige Ablehnung von Apps noch deren uneingeschränkte Anwendung an, sondern dass eine individuelle Einordnung entscheidend bleibt.

Können Gesundheits-Apps einem Versorgungsmangel entgegenwirken oder wird die Ökonomisierung des Gesundheitssystems dadurch eventuell verstärkt?

Es gibt in Deutschland und in den westlichen EU-Ländern immer mehr chronisch kranke und auch immer mehr ältere Menschen. Viele strukturschwache Regionen haben zudem keine gut ausgebaute medizinische Infrastruktur. Hier könnten mobile Anwendungen wie Apps Abhilfe schaffen. Sie haben das Potenzial, viele Menschen jederzeit und ortsunabhängig zu erreichen. Gleichzeitig könnten die Apps Ungerechtigkeiten fördern, etwa weil die Technik nur für Menschen mit ausreichend finanziellen und technischen Ressourcen verfügbar ist oder nur in bestimmten Gebieten auf der Welt. Zudem, Stichwort Ökonomisierung des Gesundheitswesens, ist das Feld, in dem wir uns mit den Gesundheits-Apps bewegen, das Feld der mobilen Gesundheitstechnologien (mHealth), ein sehr stark wachsender Markt mit vielen unterschiedlichen ökonomischen Interessen im Hintergrund. Diese Punkte sollten bei einer verantwortlichen Implementierung und Nutzung der Apps im Blick behalten werden.

Vielen Dank für das Gespräch!

»Um Apps gut in die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen zu integrieren, müssen beide die Kompetenzen haben, die Informationen und die digitalen Technologien zu verstehen und einzuordnen.«

Regina Müller

Regina Müller ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Eberhard Karls Universität Tübingen. Dort untersucht sie im Projekt »CHECK.APP« am Beispiel von Gesundheits-Apps ethische Aspekte der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Birger Hoyer (*1980) studierte Germanistik und Soziologie. Er arbeitet als freier Lektor, Redakteur sowie Literatur- und Veranstaltungsmanager in Berlin. Seit 2021 ist er für den HVD Bundesverband in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit tätig.

Selbstbestimmung ist nichts für Egoist*innen

Von Ralf Schöppner

Selbstbestimmung ist ein dialogischer und sozialer Begriff. Heroische Ansprüche individueller Unabhängigkeit passen nicht zu einem modernen Humanismus. Dies wird selbst noch bei der Frage eines selbstbestimmten Sterbens deutlich.

Das schnelle Auto ist in Deutschland zum Symbol für einen verqueren Freiheitsbegriff geworden, der vor allem die eigene Freiheit meint, die Verantwortung für die Auswirkungen des eigenen Handelns jedoch ausklammert.

Foto Auto: Pexels 3422964 Abdulwahab Alawadh

Im Kern ist der moderne Humanismus ein Zweikomponentenkleber: Selbstbestimmung und Verantwortung. Die eine hält nicht ohne die andere. Beginnt man mit der einen Komponente, so landet man schnell bei der zweiten. Verantwortung ist eine ethisch-politische Grundhaltung, die im Interesse eines gemeinsamen Guten zu kooperativer Praxis bereit ist. Sie ist Verantwortung für sich selbst, für andere Menschen und Lebewesen, für Gemeinwesen und Natur. Sie kann zur Last werden und dann brauche ich Entlastung von Verantwortung, die ich selbst empfinde oder die andere mir zuweisen wollen. Die Übernahme von Verantwortung muss also in wesentlichen Teilen auch eine selbstbestimmte sein. Wenn ich nachfolgend hier jetzt von der Komponente Selbstbestimmung ausgehe, so werde ich am Ende auch bei Verantwortung landen. In einem angereicherten humanistischen Verständnis von Selbstbestimmung stößt man auf dialogische, soziale, ethische und politische Aspekte. Humanistische Selbstbestimmung gründet nicht in der Borniertheit eines heroischen Selbst, das bestens über sich Bescheid weiß und souverän alleine klarkommt. Ihr »Selbst« ist nicht der trübe Tümpel eines vermeintlich wahren und unabhängigen eigenen Wesens, sondern der herausfordernde Strom von Bedürfnissen, Präferenzen und Reflexionen, die sich in der Ausgesetztheit an andere und im Dialog mit ihnen bilden, reiben und verändern.

Selbstbestimmung hat anthropologische und praktische Voraussetzungen. Sie ist undenkbar ohne eine minimale positive Anthropologie von menschlichen Freiheits- und Gestaltungsspielräumen. Praktisch wird sie begünstigt durch politisch-juristische Rahmenbedingungen mit Rechtsstaatlichkeit, Menschenrechten und Demokratie, durch eine ökonomische Grundsicherung der Lebensnotwendigkeiten und durch Bildungschancen, um sie zu lernen. Letzteres ist ein erster Grund, warum sie nichts für Egoist*innen ist: Sie ist erlernbar nur im sozialen Austausch mit anderen.

Selbstbestimmung gründet darin, dass wir die eigenen Wünsche und Bedürfnisse für etwas Wichtiges halten und nicht von anderen vorgeschrieben haben wollen, wie wir zu leben haben. Dies führt aber oftmals zu ihrer Verwechselung mit Willkürfreiheit: immer tun und lassen zu können, was man möchte. Doch schon die alltägliche Erfahrung oder z.B. diejenige in Bildungsveranstaltungen zum Thema Selbstbestimmung zeigt eine eigentümliche empirische Selbstverständlichkeit: Die meisten Menschen billigen in konfliktiven Situationen auch den anderen wie automatisch das Recht auf Selbstbestimmung zu, sie suchen kreative Kompromisse und nehmen sich selbst zurück. Und so stelle man sich demgegenüber eine Person vor, die sagt: »Ich bin für Selbstbestimmung, aber nur für meine eigene.« Sicher gibt es auch solche Personen, wie es ja alles Mögliche gibt, aber sie dürften putzig wirken, denn ihr Standpunkt ist im sozialen Leben nicht vermittelbar. Ein zweiter Grund dafür, warum Selbstbestimmung nichts für Egoist*innen ist: Sie kann sinnvoll nur im sozialen – und natürlich konfliktträchtigen – Austausch mit anderen gelebt werden.

> »Scheitern, Misslingen, Rücksicht und Liebe sind Bestandteile eines selbstbestimmten Lebens.«

Weitere Gründe: Selbstbestimmung wäre gar nicht möglich, wenn uns die anderen nicht »lassen« und unsere Bestrebungen anerkennen würden, sodass wir immer auch auf dialogische Aushandlung angewiesen sind. Dazu gehört dann auch, etwas aus Liebe, Verbundenheit, Pflicht oder Verantwortung zu tun oder zu lassen, weil es in erster Linie für die andere oder den anderen wichtig ist. Die Möglichkeit des selbstbestimmten Eingehens von Verpflichtungen z.B. in Beziehungen oder im Beruf, an die man sich dann auch hält, gehört zu einem humanistischen Verständnis von Selbstbestimmung und sie wird in der alltäglichen Praxis auch vielfach realisiert. Ebenso können wir selbstbestimmt Prozesse kollektiver Selbstbestimmung eingehen und tun auch dies in unserer Alltagspraxis, wenn wir Mehrheitsentscheide bei Wahl- oder Abstimmungsergebnissen – mehr oder weniger zähneknirschend – akzeptieren, obgleich sie nicht unserem Votum entsprechen. Und nicht zuletzt zeigt die ethische und politische Alltagspraxis auch, dass Menschen Verantwortung übernehmen für die Selbstbestimmung der anderen sowie für die dafür notwendigen politisch-gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Muss der Staat selbstbestimmtes Sterben ermöglichen – auch für junge und gesunde Menschen? Diese Frage stellt der Schriftsteller und Jurist Ferdinand von Schirach in seinem Theaterstück »Gott«. Hier zu sehen ist eine Szene der Aufführung im Staatstheater Karlsruhe im Oktober 2021.

Foto Theater: Thorsten Wulff

Es ist also unsere Praxis, die zeigt, dass Selbstbestimmung nichts für Egoist*innen ist. Die Praxis ist aber keine Idylle sozialer und dialogischer Selbstbestimmung. Denn selbstverständlich gibt es genauso auch das Gegenteil und allzu oft misslingen die besten Vorhaben. Wir schweben nicht losgelöst und ungebunden in Entscheidungsfreiräumen, sondern stecken mitten in den Bedingungen und Anforderungen des Lebens. Selbstbestimmung ist ein gradueller Begriff, wir leben in dynamischen Mischverhältnissen von Selbst- und Fremdbestimmung. Manchmal wissen wir gar nicht, was wir selber eigentlich wollen, ob unsere vorhandenen Wünsche wirklich unsere eigenen Wünsche sind und nicht etwa erlernte, angewöhnte, von anderen bzw. gesellschaftlich nahegelegte oder oktroyierte. Manchmal tun wir etwas und zweifeln hinterher daran, dass wir es selbstbestimmt getan haben. Und oft genug machen wir auch Dinge, die wir selber gar nicht wollen, wir machen sie – gerne oder ungerne – für andere oder weil wir nicht anders können. Scheitern, Misslingen, Rücksicht und Liebe sind Bestandteile eines selbstbestimmten Lebens. Zu einem modernen Humanismus gehört die leichte melancholische Einfärbung eines »trotz allem«: Trotz aller dazugehöriger Herausforderungen, Hindernisse und Misserfolge ist es kaum denkbar, auf den Anspruch eines – so weit wie eben möglich – selbstbestimmten Lebens zu verzichten.

Dies wird bei »harten« Themen besonders plastisch. Das Bundesverfassungsgericht hat 2020 in seiner Urteilsbegründung zur Annullierung des § 217 StGB (Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe) völlig zu Recht das Recht auf selbstbestimmtes Sterben in den Mittelpunkt der Debatte gestellt. Wer kann sich auch anmaßen, über den Sterbewunsch eines Menschen zu befinden, für den sein Leben unerträglich ist? Die evangelischen Theologen Huber und Dabrock kritisierten in der *FAZ* den so klugen wie mutigen Vorstoß einiger evangelischer Kolleg*innen, den professionellen assistierten Suizid in kirchlichen Einrichtungen nicht prinzipiell zu verweigern. Ein Argument war wie stets, man dürfe Selbstbestimmung nicht ohne Fürsorge denken. Wer aber macht das überhaupt? Und wie kommen die beiden Würdenträger darauf, nur sie täten es nicht? Auch wenn manch säkulare Organisation oder manch ein Sterbehilfeverein gelegentlich etwas einseitig und rustikal rüberkommt, hoffe ich doch, es ist nicht nur der Humanistische Verband, der Selbstbestimmung und nichtpaternalistische Fürsorge zusammen denkt. Suizidprävention sollte ein allen gemeinsames Anliegen sein: Man lebt nur einmal und es immer traurig, wenn ein Mensch seinem Leben nichts mehr abgewinnen kann. Und mein Sterbewunsch ist doch nur dann ein wirklich selbstbestimmter, wenn ich mir sicher sein kann, dass es mein eigener Wunsch ist und ich alle zur Entscheidungsfindung notwendigen Kenntnisse habe. Der fürsorgliche Austausch mit anderen über Unterstützungs- und Hilfsoptionen – die mir vielleicht auch wieder Perspektiven aufzeigen – und über die Authentizität und Dauerhaftigkeit meines Sterbewunsches kann mich gerade bei der Ausübung meines Rechts auf Selbstbestimmung stärken, wenn es dabei darum geht, das aus meiner Sicht für mich Richtige zu finden. Der Wunsch, ausschließen zu wollen, dass mein Sterbewunsch nicht Resultat familiären bzw. oder gesellschaftlichen Drucks oder nur temporär ist, kann nicht nur mein Wunsch sein, sondern auch derjenige anderer, mir naher oder ferner Menschen. Sie können in Ausübung ihrer eigenen Selbstbestimmung im Dialog ethische Verantwortung übernehmen für meine Selbstbestimmung und sich auch politisch engagieren für eine gesetzliche Regelung, die die Ausübung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben so ermöglicht, dass ich dabei in meinem Sinne unterstützt und umsorgt werde. Es kann zugespitzte Fälle geben, wie ihn z.B. von Schirach in seinem Theaterstück »Gott« konstruiert: Ein gesunder, aber auf Grund des Todes seiner Frau lebensmüder Großvater wünscht Suizidhilfe. Man kann sich dazu vorstellen, dass seine beiden im Stück nicht zu Wort kommenden Enkelkinder ihn gerne bei sich behalten wollen. Aber selbst in so einem Fall, wo die Selbstbestimmung anderer mitbetroffen ist, muss bei allem fürsorglichen Dialog über alternative Perspektiven die Entscheidungshoheit letztendlich beim Großvater bleiben.

Anzeige

Hospizarbeit »Erfahrung und ganz viel Empathie«

Das Interview führte Lydia Skrabania

Hospize begleiten schwer Erkrankte und Menschen in der letzten Phase ihres Lebens. Wie sieht der Alltag aus, wenn der Tod allgegenwärtiger Begleiter ist? **Sabine Sebayang** und **Franziska Matthies,** die zusammen die Abteilung Humanistische Hospize des HVD Berlin-Brandenburg leiten, erzählen, warum Hospize auch ein Ort des Lachens sind, wie medizinisch-ethische Entscheidungen in der Hospizarbeit getroffen werden und weshalb der Tod niemals Routine ist.

Foto Hospiz: Konstantin Börner; Foto Sebayang: Die Hoffotografen; Foto Matthies: Die Hoffotografen

Frau Matthies, wie kann ich mir die Arbeit und den Alltag in einem Hospiz vorstellen?

Matthies: Einen »normalen« Tagesablauf gibt es im Erwachsenenhospiz nicht in dem Sinne. Man darf sich das nicht vorstellen wie im Pflegeheim oder im Krankenhaus. Die Menschen, die zu uns kommen, bestimmen ihren Tagesablauf selbstständig, so gut und so lange es geht. Menschen gehen ja in ein Hospiz, um zu sterben – oder, um die letzten Tage zu leben. Wir sind dabei nur die Unterstützer. Die Gäste, die zu uns kommen, sind relativ aufgeräumt und wissen, wo die Reise hingeht. Aber für die Angehörigen ist es oft etwas anderes. Es ist also auch unsere Aufgabe, sie zu unterstützen, sie aufzufangen und es für sie irgendwie erträglicher zu machen.

Was können Sie denn tun, um die Angehörigen zu unterstützen?

Matthies: Wir haben als einziges Hospiz in Berlin eine Psychoonkologin, das ist, wie ich finde, eine ganz wichtige Maßnahme für die Angehörigen. Oft sind es auch einfach Kleinigkeiten, die wir tun können: mit am Bett sitzen, mit den Angehörigen sprechen. Unsere Wohnküche ist ein sehr guter Ort, um ins Gespräch zu kommen. Und oft sind die Angehörigen erleichtert, wenn sie mitbekommen: In diesem Haus wird ja auch gelacht. Man muss einfach offen, ehrlich und zugewandt sein.

Frau Sebayang, wie unterscheidet sich die Arbeit im Kinderhospiz vom Erwachsenenhospiz?

Sebayang: Der große Unterschied ist, dass Kinderhospize nicht erst am Ende des Lebens zuständig werden, sondern ab Diagnosestellung einer lebensverkürzenden Erkrankung. Die Lebenserwartung ist hier aber nicht begrenzt auf Tage, Wochen oder Monate, sondern kann auch auf Jahre begrenzt sein. Wir begleiten die Familien ab Diagnosestellung – und auch über den Tod des erkrankten Kindes hinaus.

Und wie sieht diese Begleitung aus?

Sebayang: In der Kinderhospizarbeit begleiten wir immer die gesamte Familie. Gerade stationäre Kinderhospize sind dafür da, den Familien Entlastung anzubieten. Sie können also auch mehrmals im Jahr kommen und die Angebote nutzen, um dann gestärkt nach Hause zu gehen und wieder den Alltag zu bestreiten. Zum Alltag gehören eben auch immer wieder Krankheitskrisen, Notfälle, Krankenhauseinweisungen. Es geht auch viel um Krankheitsverarbeitung: Eltern müssen verarbeiten, dass ihr Kind vor ihnen sterben wird, dass ihr Kind zunehmend krank und bedürftig wird. Und daneben gibt es natürlich auch die Geschwister, die das auch alles erleben müssen. Die kriegen in der Kinderhospizarbeit einen großen Fokus, denn das sind die, die überleben, die bleiben müssen und die gesund in die Welt gehen sollen. Daher gibt es viel Präventionsarbeit, psychosoziale Angebote und sehr viel Anleitung zur Selbsthilfe.

Sabine Sebayang

Sabine Sebayang (*1965) arbeitete zunächst als Kinderkrankenschwester in der Kinderonkologie, seit 20 Jahren ist sie im Kinderhospiz- und Palliativbereich tätig. Seit 2018 ist sie beim HVD Berlin-Brandenburg tätig, zunächst Bereichsleitung für die Hospizangebote, seit 2021 Leitung der Abteilung Humanistische Hospize.

Franziska Matthies

Franziska Matthies (*1971) arbeitete viele Jahre als Krankenschwester im Intensivbereich, seit 2009 ist sie in der Hospizarbeit tätig und absolvierte daneben ein Studium zur Fachwirtin im Sozial- und Gesundheitswesen. Ab 2015 Pflegedienstleitung beim HVD Berlin-Brandenburg, seit 2021 stellvertretende Leitung der Abteilung Humanistische Hospize.

Es geht also um eine Begleitung dieses Prozesses und auch viel um Entscheidungsfindung – da kommt man natürlich auch zu ethischen Fragestellungen.

Können Sie dazu ein Beispiel geben?

Sebayang: Das Kind verschluckt sich, weil es keine Zungenmotorik mehr hat – legen wir dann einen Schlauch in den Bauch oder lassen wir es sein? Die Lunge arbeitet nicht mehr richtig – schließen wir eine Beatmungsmaschine an oder lassen wir es sein? So etwas entscheidet man natürlich nicht in einer Viertelstunde, sondern über Wochen, Monate und Jahre immer wieder im Gespräch. Eltern wollen in der Regel alles tun, um ihr Kind bei sich zu behalten. Es wird irgendwann schwierig, wenn es darum geht, das Kind gehen zu lassen. Man muss also immer wieder hinschauen und fragen: Sind diese Maßnahmen jetzt noch gut fürs Kind? Das ist ein Prozess, denn am Ende müssen die Eltern mit ihrer Entscheidung leben.

Wie gehen Sie in der Kinderhospizarbeit mit dem Thema Tod um?

Sebayang: Das Thema Tod ist immer dabei. Manchmal kommt es ganz plötzlich, weil von einem Kind ein toter Marienkäfer draußen im Garten gefunden wird. Dann wird innegehalten oder drüber geredet – und dann geht das Leben weiter. Im Grunde ist die Hospizarbeit ganz viel Normalität. Das Leben steht mehr im Vordergrund als der Tod. Hier liegt aber noch ein weiterer großer Unterschied zur Erwachsenenhospizarbeit: Wir machen sehr viel länger Trauerbegleitung. Manche Familien nutzen die Angebote über viele Jahre.

> »Im Grunde ist die Hospizarbeit ganz viel Normalität. Das Leben steht mehr im Vordergrund als der Tod.«

Im Kinderhospiz geht es also um Lebensbegleitung, um die Aufrechterhaltung von Lebensqualität. In ein Erwachsenenhospiz kommt ein Mensch aber zum Sterben. Wie werden dort Entscheidungen über medizinische Maßnahmen getroffen, Frau Matthies?

Matthies: Selbstbestimmung spielt eine große Rolle. Wenn ein Gast zum Beispiel nichts mehr essen will, dann ist das eben so. Wir werden trotzdem Nahrung anbieten, aber natürlich niemanden zwingen. Wenn der Gast länger bei uns war und wir ihn und seine Wünsche gut kennen, dann können wir das ganz gut einschätzen. Es gibt aber auch Gäste, die in einem so schlechten Zustand zu uns kommen, dass das Sterben nur eine Sache von wenigen Tagen oder sogar Stunden ist. Und die kennen wir dann natürlich nicht, da brauchen wir die Angehörigen. Manchmal gibt es aber auch die nicht. Dann versuchen wir, bei unseren Entscheidungen, gerade in der präfinalen Phase, von uns und unseren Erfahrungen auszugehen: Was würden wir jetzt gut finden? Das ist Erfahrung und ganz viel Empathie. Die Menschen kommen ja, um diesen Weg zu gehen. Sie vertrauen uns, das muss man sich bewusst machen. Es gibt natürlich auch Fallbesprechungen, in denen man sich im Team austauscht: Was kann man dem Gast Gutes tun? Und in bestimmten Fällen spricht man mit der Ärztin. Wir können aber nur beratend tätig werden, wir sind die Vermittler zwischen Patient und Arzt.

Ich kann mir denken, dass jeder Mensch, der in einem Hospiz arbeitet, seine Strategien im Umgang mit dem Sterben gefunden hat. Trotzdem ist es sicherlich nicht leicht, wenn ein Gast stirbt, oder?

Matthies: Im Team wird sich viel ausgetauscht, darüber stärkt man sich gegenseitig. Aber der Tod ist niemals Routine, auch wenn man das vielleicht denken könnte. Jeder Tod ist anders, jeder Sterbende ist anders – und jeder geht auch anders damit um. Aber wenn die Menschen zu uns ins Hospiz kommen, wissen sie es und wir wissen es auch: Die Medizin hat hier ihre Grenzen, der Weg ist unumkehrbar. Wir begleiten sie dann auf diesem Weg, ermöglichen es, diese letzte Zeit zu nutzen – und das ist ja etwas sehr Schönes, eine wunderschöne Arbeit. Man muss natürlich eine gesunde Einstellung zum Leben und zum Tod haben.

Kann man sich diese Einstellung erarbeiten?

Sebayang: Ich denke schon, dass man manche Dinge lernen kann. Diese Grundhaltung, von der Franziska sprach, das Menschliche und die Empathie, das sollte gegeben sein. Aber der Umgang mit Leben und Tod kann sich auch entwickeln. Ich habe ja als Lebensretterin angefangen und dann gemerkt: Wir können nicht jedes Kind heilen. Als ich jünger war, war ich bei jedem Kind, das gestorben ist, wirklich verzweifelt und habe sogar überlegt, ob ich den Beruf wechseln soll und Erzieherin werde. Bei mir war das ein Prozess hin zur Lebensbegleiterin. Ich akzeptiere, dass nicht jeder Mensch geheilt werden kann. Aber ich kann dieses Leben begleiten und so vieles tun, das ist etwas sehr Schönes.

Haben Sie beide vielen Dank für das Interview!

Foto Hospiz: Konstantin Börner

Hospiz LudwigPark

Das Hospiz LudwigPark besteht seit 2009 und ist ein stationäres Erwachsenenhospiz. Es bietet palliativmedizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung und Begleitung für schwerkranke Menschen sowie Sterbe- und Trauerbegleitung für Betroffene und ihre Angehörigen an.

Berliner Herz

Das Kinderhospiz Berliner Herz ist das bundesweit erste seiner Art, das sowohl die voll- als auch die teilstationäre Aufnahme für lebensverkürzend erkrankte Kinder, Jugendliche und Erwachsene im Alter von 0 bis 27 Jahren und ihre Familien ermöglicht.

Hospize sind auf Spenden angewiesen. Unterstützen Sie die Arbeit der humanistischen Hospize mit Ihrer Spende:

LudwigPark
Bank für Sozialwirtschaft
BIC: BFSWDE33BER
IBAN: DE39100205000003136435

Berliner Herz
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE43100205000003136460
BIC: BFSWDE33BER
Betreff: stationäres Kinderhospiz Berliner Herz

Alleingelassen und stigmatisiert bei Schwangerschaftsabbruch

Humanistisches zu Neuregelungen

Von Gita Neumann

Die medizinische Versorgungslage für ungewollt Schwangere hat sich dramatisch verschlechtert. Dazu beigetragen hat der im § 218 StGB verabsolutierte »Schutz des ungeborenen menschlichen Lebens«. Eine humanistische Weltanschauung lehnt diesen ab, zumal wenn er sich auf millimeterkleine Embryonen bezieht.

Bekanntermaßen erweist es sich in vielen Regionen Deutschlands, vor allem im überwiegend katholischen Süden, als schwer bis unmöglich, eine Schwangerschaft ohne »Hindernislauf« abbrechen zu lassen. Doch die Versorgungslage ist oft noch schlechter als allgemein angenommen. Wurden 2003 noch etwa 2.050 Meldestellen (vorwiegend Praxen) erfasst, die entsprechende Eingriffe anboten, waren es Ende 2020 nur noch gut 1.100.

Immer gravierender werdende Mangelsituation

Dies erklärte Christian Albring, Präsident des Berufsverbands der Frauenärzte, im Deutschlandfunk so: Vermehrt hätten sich Abtreibungsgegner*innen mit »Gehsteigbelästigungen« in bedrohlicher Weise postiert. Sie zeigten außerdem informierende Ärzt*innen wegen angeblichen Verstoßes gegen das Werbeverbot im § 219a StGB an und schüchterten sie damit ein. Die bislang praktizierenden – und politisch pro Frauenrechte sozialisierten – Gynäkolog*innen wären nach und nach in Rente gegangen. Für die nachfolgenden Generationen sei das Thema wenig relevant – zumal es im Medizinstudium kaum behandelt wird. Die private Vergütung für diese »Sonderleistung« befindet sich im mittleren dreistelligen Bereich, ist also nicht üppig. Hat eine Frau nur ein Monatseinkommen unter 1.250 Euro, besteht Anspruch auf Kostenübernahme. Dies ist (neben zahlreichen weiteren Bestimmungen) im Schwangerschaftskonfliktgesetz geregelt.

Erschütternd sind Erlebnisberichte von Frauen, die eine Schwangerschaft abgebrochen haben, welche das Netzwerk von *Correctiv.Lokal* aufgezeichnet und im März 2022 veröffentlicht hat. Nach einer (nicht repräsentativen) Befragung von etwa 1.500 Betroffenen in ganz Deutschland klagten viele Frauen, sich stigmatisierend behandelt oder alleingelassen gefühlt zu haben. Jede vierte gab Probleme bei der medizinischen Versorgung an: etwa fließbandmäßige Abfertigung, schwerwiegende Komplikationen, fehlende Aufklärung, verweigerte Schmerzmittel.

Als zumindest mitverantwortlich gilt die deutsche Strafrechtsregelung von 1995. Sie stellt das in Gesetz gegossene, bis heute nicht revidierte Votum des Bundesverfassungsgerichtes zum Schwangerschaftsabbruch dar. Karlsruhe hatte – wie bereits 1974 die Fristenlösung unter der Brandt-Regierung – 1993 das gesamtdeutsche Gesetz mit Orientierung an der DDR-Regelung wieder für nichtig erklärt. Diese beiden frauenrechtlich orientierten Modelle entsprachen den heute in den meisten europäischen Ländern geltenden Fristen- bzw. liberalen Indikationsregelungen. In Deutschland wurden sie jedoch zweimal nach kirchlichen und konservativen Empörungsstürmen höchstrichterlich wieder gekippt. Der schließlich errungene faule Kompromiss von 1995 wird als »Beratungsmodell« bezeichnet: Es ist keine bedingungslos straffreie Frist für einen selbstgewählten Schwangerschaftsabbruch vorgesehen, weil damit das angeblich von Beginn an zu wahrende vorgeburtliche Lebensrecht unberücksichtigt bliebe.

Würdeschutz früher Embryonen – Strafbarkeitsparadoxie seit 1995

Seit gut einem Vierteljahrhundert gilt im gesamtdeutschen Strafrecht in § 218 wieder für jede eben im Uterus eingenistete (lediglich mehrfach geteilte) Eizelle ein grundsätzliches Lebensrecht. Demnach soll dieses nicht etwa erst einem Fötus im späten Entwicklungsstadium zukommen, wenn er im siebten Monat auch schon außerhalb des Mutterleibes lebensfähig wäre. In Abwägung mit dem Frauenselbstbestimmungsrecht ist zu berücksichtigen, dass erst fortschreitende Phasen des vorgeburtlichen Werdens eine zunehmende Schutzwürdigkeit bedeuten. Im § 218 StGB wird jedoch zunächst jeder (!) Schwangerschaftsabbruch unter Strafe bis zu Freiheitsentzug von drei Jahren gestellt.

Foto Patientin: Shutterstock 1499265 44 Superstar

57%
der Kliniken (öff. Träger) führen keine Abbrüche nach regulärer Beratungsregelung durch

100.000
straffreie Abbrüche pro Jahr in Deutschland*

95%
Abbrüche innerhalb 12 Wochen (verpflichtende Konsultation; 3 Tage Wartezeit)*

1.100
Meldestellen 2020 im Vergleich zu noch 2.050 im Jahr 2010

1.000
an deutschen Frauen in den Niederlanden vorgenommene Eingriffe (bis zur 22. Woche)*

35%
der Kliniken, die Abbrüche anbieten, gaben keine Informationen zu den angewandten Methoden preis

*Werte gerundet
Quelle: *Correctiv.Lokal* (correctiv.org/schwerpunkte/schwangerschaftsabbruch)

Diese verabsolutierte, christlich motivierte Unantastbarkeit eines embryonalen »Zellhäufchens« wird vom Humanistischen Verband strikt abgelehnt. Ein Würdeschutz bereits für die befruchtete Eizelle widerspricht nicht nur einer säkularen Weltanschauung, sondern heute einem allgemein verbreiteten Menschenbild sowie medizin- und bioethischen Verständnis.

Die Kriminalisierung im § 218 StGB verfestigt das gesellschaftliche Tabu und die Stigmatisierung ungewollt Schwangerer; die reproduktiven Selbstbestimmungsrechte werden quasi durch eine Austragungspflicht ersetzt. Allerdings sind dann im 218a StGB Ausnahmeregelungen aufgeführt. Danach wird – paradoxerweise bei fortbestehender Rechtswidrigkeit (!) – von Strafe abgesehen: nämlich innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen bei verpflichtender Konsultation einer Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle mit anschließend dreitägiger Wartezeit. Laut statistischem Bundesamt betreffen diese »Normalfälle« gut 95 Prozent aller Abbrüche. Zudem sind im § 218a zwei Indikationen aufgeführt – neben der kriminologischen (Vergewaltigung) vor allem die medizinische (Gesundheitsgefährdung der Frau). Dann wird ein Schwangerschaftsabbruch ohne Beratungspflicht von den Krankenkassen bezahlt und ist bis zum Eintritt der Geburtswehen (!) auch nicht rechtswidrig. Insofern würde – eine weitere heuchlerisch geprägte Paradoxie – sogar für einen normal hochentwickelten Fötus quasi ein geringerer Lebensschutz gelten als für eine eben eingenistete Eizelle.

Dokumentation in Zahlen

Lange war es um den § 218 StGB relativ ruhig geblieben. Ein Grund dürfte sein, dass auf Basis des § 218a statistisch registriert (bei bestehender Dunkelziffer) jährlich rund 100.000 Abbrüche straffrei vorgenommen werden. Davon erfolgen gut 4.000 späte Abbrüche für die Betroffenen kostenfrei aufgrund der Indikationsregelung. Hinzu kommen jährlich weit über 1.000 an deutschen Frauen in den Niederlanden vorgenommene Eingriffe, die dort bis zur 22. Schwangerschaftswoche problemlos möglich sind. Die Zahl der sehr späten Abbrüche ab dem sechsten Monat gemäß Indikation wird hierzulande auf rund 500 jährlich geschätzt.

Von den etwa 1.900 deutschen Krankenhäusern führen konfessionelle in aller Regel keine oder kaum Schwangerschaftsabbrüche durch, da sie spezifischen kirchlichen Loyalitätspflichten unterliegen. Eine detaillierte Recherche von *Correctiv.Lokal* mit der Transparenzinitiative *FragDenStaat* fokussierte sich auf die 309 öffentlichen Krankenhäuser mit Gynäkologie-Abteilung. Denn diese wären als Teil der staatlichen Gesundheitsversorgung eigentlich besonders verpflichtet, regionale Versorgungslücken zu schließen. Die aufwändig durchgeführte Datenabfrage zeigt einen gewaltigen Missstand auch bei den Kliniken in öffentlicher Trägerschaft: Von diesen gaben 57 Prozent an, grundsätzlich keine Abbrüche nach regulärer Beratungsregelung durchzuführen (sondern allenfalls nach medizinischer Indikation), weitere verweigerten jede Auskunft. Als Grund gilt etwa, ein »babyfreundliches« Haus zu sein – oder es schwingt die Sorge vor einer aufgeheizten Stimmung mit. Den »Spitzenplatz« nehmen die (in öffentlicher Hand befindlichen!) 83 Gynäkologie-Stationen in Bayern ein, von denen 26 ausschließlich bei gravierender Gesundheitsgefährdung der Frau einen Abbruch vornehmen würden und lediglich 9 in regulären Normalfällen.

Humanistische Positionierung: Betroffenen mit Sofortmaßnahmen helfen

Eine mit fachlicher Unterstützung (vor allem durch den Ethik-Professor Hartmut Kreß, Experte für Reproduktionsmedizin) abgestimmte und zur Diskussion gestellte Positionierung des Humanistischen Verbandes kann wie folgt zusammengefasst werden:

In Übereinstimmung mit der Pro-Choice-Bewegung (»für Wahlfreiheit«) darf keine Frau zur Austragung eines Ungeborenen gedrängt werden und müssen die Selbstbestimmungsrechte von Schwangeren den Ausgangspunkt für eine Neuregelung bilden. Jedoch dürfen dabei die Stadien der vorgeburtlichen Entwicklung nicht unberücksichtigt bleiben. Je später der Schwangerschaftsabbruch, desto weiter hat der entwickelte Fötus die Schwelle zur Schmerzempfindlichkeit, Gehirnentwicklung und schließlich (frühgeburtlichen) Lebensfähigkeit überschritten. Anzustreben ist eine Fristenlösung (statt, wie radikal gefordert, einer zu erbringenden Gesundheitsleistung mit völliger Freigabe – das hieße bis zum 9. Monat). Die herkömmliche 12-Wochenfrist sollte auf etwa 16 Wochen (ab Befruchtung) erweitert werden, zu denken wäre auch an einen Zeitraum von bis zu 20 Wochen, in dem keine verpflichtende Beratung zu gelten hätte. Auch weiterhin sollten Ärzt*innen bei ernsthaften Gewissensvorbehalten nicht zu einem Abbruch gezwungen werden können mit dem Hinweis, dieser wäre doch ein medizinischer Eingriff wie jeder andere.

> »Die Kriminalisierung im § 218 StGB verfestigt das gesellschaftliche Tabu und die Stigmatisierung ungewollt Schwangerer.«

Laut Ampelkoalitionsvertrag soll der § 219a (Werbung) jetzt abgeschafft und auch anderen Einschüchterungsmaßnahmen entgegengewirkt werden – eine Streichung des § 218 StGB ist ausdrücklich nicht vorgesehen. Die betroffenen Frauen sind in dieser Situation aber nicht länger allein zu lassen. Als Sofortmaßnahmen muss strukturpolitisch sichergestellt werden, dass Schwangerschaftsabbrüche gemäß heute verfügbarer Methoden und bestmöglicher Standards flächendeckend in Anspruch zu nehmen sind. Vorrangig ist die Aufnahme dieser ärztlichen Aufgabe in die professionelle Aus- und Weiterbildung und Forschung. Eine weitgehende Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist anzustreben. Kliniken mit Versorgungsauftrag sind dazu zu verpflichten, hinreichend Angebote vorzuhalten und müssten andernfalls mit Einbußen bei den staatlichen Finanzleistungen rechnen. Als Vorbilder gelten zudem Länder wie die Niederlande, Schweden oder England wegen früher Abbruchsmöglichkeiten mit Medikamenten zu Hause, Sexualaufklärung und günstig verfügbarer Verhütungsmittel.

Mittelfristig ist eine konkrete, grundlegend neue Gesamtregelung auf den Weg zu bringen. Fristen- und Indikationsmodelle wären in Sondergesetzen regelbar. In Deutschland käme dazu etwa eine Umstrukturierung des bestehenden Schwangerschaftskonfliktgesetzes in Frage. ●

Foto Neumann: Die Hoffotografen

Gita Neumann (geb. 1952) ist Dipl.-Psychologin, Sozialwissenschaftlerin und Philosophin und Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM, Göttingen). Sie publiziert u.a. zu Patientenautonomie, Religions- und Weltanschauungsfragen, Lebens- und Sterbehilfe. E-Mail: gita.neumann@humanismus.de.

»Der Tod kann eine Erlösung sein«

Von Käthe Nebel, aufgezeichnet von Birger Hoyer

Die 1930 geborene Oldenburgerin Käthe Nebel ist Mitglied im HVD Niedersachsen. Im Ortsverband Oldenburg setzt sich die Humanistin seit Langem aktiv für Selbstbestimmung am Lebensende ein. Wie sie zu ihrem Engagement für Sterbehilfe gekommen ist, schildert sie in diesem eindrücklichen Erfahrungsbericht einer Sterbebegleitung.

Als ich Rentnerin wurde, wollte ich mich mehr mit dem Tod auseinandersetzen und besuchte 1998 einen Kurs zur ehrenamtlichen Sterbebegleitung beim ambulanten Hospizdienst. Als man meine Daten aufnahm, habe ich gesagt: »Bitte notieren Sie, dass ich erklärte Atheistin bin. Ich kann also nicht beten und fromme Lieder singen an einem Sterbebett. Aber ich kann natürlich mit dem sterbenden Menschen so reden, wie wir alle reden.« Man muss einen Sterbenden ansprechen, man muss seine Hand nehmen und etwas Nettes sagen, damit er merkt, dass er nicht allein ist.

Eines Nachmittags bekam ich einen Anruf vom Hospizdienst. Sie fragten, ob ich sofort ins Klinikum kommen könnte, da sei eine Sterbende, die Beistand bräuchte. Ich sagte sofort zu und radelte zum Krankenhaus. Schon auf dem Flur hörte ich schreckliche Schreie. Wie die Klagelaute eines gefolterten Menschen. So drastisch hatte ich das noch nicht erlebt. Ich wusste gar nicht, dass ein Mensch ohne Atem zu holen so ununterbrochen schreien kann.

Mit neu aufgetretenem Blasenkrebs hatte man die Leidende sofort ins Krankenhaus gefahren. In der Hoffnung, dass man ihr dort genug Morphium gab, damit sie die Schmerzen nicht mehr spürte. Sie war über den Handrücken an zwei Pumpen angeschlossen, die das Betäubungsmittel in ihre Blutbahn gaben, aber sie schrie trotzdem. Ich konnte das nicht verstehen, weil ich bisher immer erlebt hatte, dass bereits eine Morphiumspritze dem Menschen die Schmerzen nimmt. Dann hält er es aus und muss nicht so entsetzlich leiden.

Jetzt saß ich bei der Frau und nahm ihre Hand. Ich dachte, über die Berührung und das Streicheln würde sie mitkriegen, dass da jemand an ihrem Bett war und Anteil nahm an ihrem Leiden. Ich sprach auch zu ihr, aber sie war so beschäftigt mit ihrer Qual, dass sie mich nicht wahrnahm. Ich wurde langsam ganz verzweifelt, sie tat mir ja ungeheuer leid. Ich dachte: Wie soll ich denn hier helfen? Ob ich da bin oder nicht, die Frau leidet und schreit. Ich habe dagesessen und immer wieder den Versuch unternommen, die Frau anzusprechen und sie abzulenken, aber es war unmöglich. Sie nahm nur ihren Schmerz wahr.

Als eine Ärztin das Zimmer betrat, sagte ich zu ihr: »Können Sie ihr nicht mehr Morphium geben, damit sie nicht so leiden muss? Die Dosis reicht anscheinend nicht.« Sie antwortete: »Nein, dann stirbt sie ja!« Das ist mir noch in Erinnerung: »Dann stirbt sie ja!« Mein erster Gedanke war: Sterben ist doch auch Erlösung. Denn dann leidet man nicht mehr. Wenn man sowieso sterben muss, warum unter Schmerzen? Die Frau schrie unverändert weiter. Ich dachte: Sie stirbt sowieso an ihrem Krebs. Dann stirbt sie eben ein paar Minuten oder eine Stunde oder halbe Stunde vorher. Ich wurde richtig wütend. Aber was sollte ich denn machen? Ich konnte die Frau auch nicht verlassen und einfach gehen.

Ich bin Atheistin, ich glaube nicht an Gott, aber ich dachte dann: Wenn es einen Gott gibt, dann muss er sich jetzt aber gerührt fühlen. Dann muss er ihr endlich das Leben nehmen, damit sie erlöst ist von dieser Quälerei. Ich hatte es gerade zu Ende gedacht, da war sie still. Sie war tot. Ich konnte es nicht fassen. Ich dachte: Käthe, was hast du denn jetzt gemacht? Ist das ein Gottesbeweis? Gibt es so etwas? Das kann ich nicht glauben. Doch so einfach bin ich nicht umzustimmen: Es war der reine Zufall. Sie war endlich gestorben. Ich atmete tief durch und dachte: Sie hat es geschafft. Endlich ist sie erlöst. Ich habe ihre Hand genommen und mir in Gedanken gesagt: Was ist das ein Glück, dass die arme Frau es endlich geschafft hat und endlich Ruhe hat von der Qual! Auf dem Flur kam mir eine Schwester entgegen. Wir fielen uns in die Arme und sagten nichts, aber wir wussten beide, was wir dachten: Der Tod kann eine Erlösung sein. Ich habe das Ganze nie vergessen können.

Später habe ich diese Geschichte auf einer Fortbildung erzählt und gefragt, warum man ihr nicht helfen konnte. Die erste Reaktion war ein ganz großes und, wie ich das Gefühl hatte, betretenes Schweigen. Dann sagte ein Arzt mit leiser Stimme: »Wir können nicht alle Schmerzen nehmen, wir können nicht allen helfen.« Mehr sagte er dazu nicht. Es war ein Tabuthema. Dann habe ich mir gesagt: Mir kann es auch mal so gehen, dass ich einen so fürchterlichen Krebs kriege, und man kann mir die Schmerzen nicht mehr nehmen. Was würde ich mir für einen Ausgang wünschen? Ich würde mir wünschen, fünf Minuten mit einem Arzt allein zu sein und zu ihm zu sagen: »Geben Sie mir mal so viel, dass ich das schnell hinter mich bringe.«

Auch in der Gruppe der Ehrenamtlichen tauschten wir uns regelmäßig aus, und ich schilderte die Geschichte. Alle waren ganz bedrückt, manche sagten: »Ja, so was gibt es.« Dann sagte ich: »Was wäre denn, wenn die Ärztin ihr mehr Morphium gegeben hätte, denn sie wäre ja sowieso gestorben?« Die Antwort war: »Käthe, wie kannst du so reden! Gott gibt das Leben und Gott nimmt das Leben, wir dürfen das niemals tun.« Das hat mich so empört. Daraufhin habe ich angefangen, mich einzuarbeiten und mich mehr mit dem Thema Sterbehilfe zu beschäftigen. Die Menschen müssen darüber sprechen und Informationen einholen können, um dieses jahrhundertelange Tabuthema aufzulösen. Ich habe auch Veranstaltungen organisiert und viel mit den Menschen gesprochen. Ich finde es wichtig, dass darüber nicht einfach geschwiegen wird.

Foto Bank: Shutterstock 147738709 Gorlov-KV

Beschneidung von Jungen
Elternrecht oder strafbare Körperverletzung?

Von Holger Fehmel

Im Mai 2012 fällte das Landgericht Köln ein wegweisendes Urteil: Erstmals wurde die nicht-medizinisch indizierte Beschneidung von minderjährigen Jungen als strafbare Körperverletzung bewertet. Wie steht es zehn Jahre nach dem »Kölner Beschneidungsurteil«?

Zu meinen frühesten Kindheitserinnerungen gehört meine Beschneidung. Ich war etwa drei Jahre alt, als bei mir eine Phimose, eine Vorhautverengung, diagnostiziert wurde. Das hieß damals: Vorhaut ab. Seitdem bin ich beschnitten. Eine Sache, die mich zeitlebens beschäftigt hat. Öffentlich geredet habe ich darüber jedoch nie, obwohl ich niemals glücklich mit diesem ungebetenen Eingriff war. Dies war so, bis mich das »Kölner Beschneidungsurteil« aufhorchen ließ. War doch die Jungenbeschneidung, anders als z.B. in den USA, hierzulande kein großes Thema. Sie galt als kleiner, harmloser Eingriff, der nicht im Entferntesten mit der im öffentlichen Bewusstsein seit einigen Jahren (zu Recht) als grausames Ritual geächteten Genitalverstümmelung von Mädchen verglichen werden könne. Für Juden und Muslime gilt sie zudem als zentrales Element ihrer religiösen Praxis.

Nun hatte ein deutsches Gericht die Beschneidung erstmals als das eingestuft, was sie meiner Ansicht nach ist: eine nicht zu rechtfertigende Körperverletzung. Auf das Urteil folgte eine kurze, aber emotional geführte Debatte, denn gerade jüdische und muslimische Verbände sahen durch die Rechtsprechung Religionsfreiheit und elterliches Erziehungsrecht gefährdet.

»Die Mehrheit der in Deutschland Beschnittenen hat keinen religiösen Hintergrund, sondern wurde aus ›medizinischen Gründen‹ beschnitten.«

Im Ergebnis wurde ein Gesetz, § 1631d, ins Bürgerliche Gesetzbuch eingefügt, der die nichtmedizinische Beschneidung von Jungen ausdrücklich als elterliches Erziehungsrecht definierte. Dieses Gesetz sah sich allerdings von Anfang an heftiger Kritik ausgesetzt. So steht es aus kinderrechtlicher Perspektive in einem bemerkenswerten Gegensatz zum gesetzgeberischen Trend der letzten Jahrzehnte, Kinder als eigenständige Rechtspersonen und nicht als de-facto-Eigentum der Eltern zu begreifen.

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens die medizinischen und ethischen Aspekte bei der Beurteilung der Beschneidung deutlich zu kurz kamen. Denn die Beschneidung ist auch bei Jungen keine Bagatelle. Mit der Vorhaut wird hochempfindsames, für die sexuelle Stimulation wichtiges Gewebe entfernt. Zudem wird die Eichel, eigentlich ein inneres Organ, dauerhaft freigelegt, was unweigerlich zu deren Keratinisierung und Desensibilisierung führt. Viele Beschnittene berichten nicht zuletzt deswegen über massive physische und psychische Probleme, die sich negativ auf ihr Sexualleben auswirken.

Aber immerhin: Das »Beschneidungsurteil« und die darauffolgende Debatte ermutigten auch viele betroffene Männer hierzulande, erstmals öffentlich über die Folgen ihrer Beschneidung zu reden. Mehr und mehr gingen an die Öffentlichkeit, unter Überwindung größter Hemmungen und Scham, um ihre Probleme damit zu thematisieren. Auch Mediziner, die sich intensiver mit der Materie befassten, meldeten sich zunehmend zu Wort. Dabei drang auch zunehmend ins öffentliche Bewusstsein, dass die Beschneidung, auch in Deutschland, kein Phänomen ist, dass in erster Linie religiöse Minderheiten wie Juden oder Muslime betrifft. Groben Schätzungen zufolge sind etwa 10–15 Prozent aller in Deutschland lebenden Jungen und Männer beschnitten. Wenn man bedenkt, dass nur ca. 5 Prozent der deutschen Bevölkerung Muslime und etwa 0,15 Prozent jüdischer Herkunft sind, wird deutlich, dass die Mehrheit der hierzulande Beschnittenen keinen religiösen Hintergrund hat, sondern aus »medizinischen Gründen« beschnitten wurde.

Allerdings ist auch eine Beschneidung aus medizinischen Gründen nach heutigem medizinischen Stand nur in seltenen Fällen wirklich notwendig. Denn im Gegensatz zu früher vorherrschenden Auffassungen gilt eine Verengung der Vorhaut im Kindesalter nicht als pathologisch, sondern als physiologischer Normalzustand, der bis zum Ende der Pubertät bei ausbleibenden konkreten Beschwerden nicht behandlungsbedürftig ist. Die meisten »medizinisch« beschnittenen Jungen sind Opfer überholter medizinischer Ansichten und eines Gesundheitssystems, das Operationen begünstigt und konservative Behandlungsmethoden vernachlässigt.

Andererseits hat sich aber gerade in diesem Bereich in den letzten Jahren einiges bewegt. Die nicht nachlassende Debatte hat ein allmähliches Umdenken eingeleitet, das erste Früchte trägt. So setzt sich die neue Leitlinie »Phimose und Paraphimose bei Kindern und Jugendlichen« (2021) der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie erstmals ausführlich mit der Funktion der Vorhaut für die Sexualität des Mannes sowie den physischen und psychischen bzw. psychosexuellen Folgen der Beschneidung auseinander und empfiehlt, wo immer möglich, eine vorhauterhaltende Behandlungsmethode. Insgesamt sind hier ermutigende Fortschritte zu verzeichnen, und es bleibt zu hoffen, dass dieser Trend anhält und Eltern und Mediziner für die langfristigen Folgen und Probleme, die eine Beschneidung für den Betroffenen mit sich bringen kann, sensibilisiert werden. ●

Holger Fehmel (*1972) ist Rechtsanwalt in Osnabrück und Mitglied des HVD Niedersachsen. Er engagiert sich als Betroffener seit Jahren in der Beschneidungsdebatte im Sinne der Kinderrechte und des Intaktivismus, d.h. für das Recht auf intakte Genitalien.

Foto Fehmel: Privat; Foto Skalpell: Flickr Creative Commons/Brett Jordan (CC BY 2.0)

Würde bis zum Schluss
Zwischen Lebens- und Sterbehilfe

Von Erwin Kress

Warum beschäftigen wir Humanist*innen uns immer wieder mit dem Thema Suizidhilfe? Schließlich ist die Zahl der Menschen, die mit fremder Hilfe aus dem Leben scheiden, bei uns recht klein. Die drei in Deutschland tätigen Suizidhilfeorganisationen haben nach eigenen Angaben 2021 knapp 350 Menschen bei der Selbsttötung geholfen oder Hilfe vermittelt. Das sind weniger als 1 Promille der insgesamt Gestorbenen. Selbst wenn doppelt sovielen Menschen von Ärzten und Anderen unbekannterweise beim Suizid geholfen wurde, wäre das Promille gerade voll.

Von den Vereinigungen der Palliativmediziner und vielen Psychotherapeuten hören wir: »Niemand muss aus medizinischen, auch psychischen Gründen heutzutage sein Leben vorzeitig beenden.« Und in der Tat sind ja in den letzten Jahren große Anstrengungen im Bereich der Palliativversorgung gemacht worden.

Ohne Zweifel gibt es zwischen Schwangerschaft und dem uns alle betreffenden Tod noch viele andere Themen, um die Humanist*innen sich kümmern könnten und sollten. Dennoch hat sich der Humanistische Verband seit seiner Gründung immer wieder mit dem Thema Autonomie am Lebensende beschäftigt. Er hat Erklärungen verabschiedet und Gesetzentwürfe erarbeitet, es wurden Artikel und Bücher geschrieben und es wurde in der praktischen Arbeit, in den Hospizen und der Pflege- und Seniorenbetreuung Menschen ganz allgemein Hilfe beim Sterben geleistet. Suizidhilfe ist nur ein kleiner Teil davon. Diese Praxis, so unterentwickelt sie noch ist, unterscheidet unseren Ansatz von anderen Organisationen, die nur Suizidbeihilfe anbieten, eventuell gekoppelt mit Patientenverfügungen. Hierin mag auch die Ursache von Differenzen liegen, die es in Detailfragen gibt. Dazu gehört die Frage, ob Suizidhilfsmittel quasi auf Antrag vom Staat bereitgestellt werden sollen, ein Abholschein für ein tödliches Barbiturat also. Hierhin gehört auch die Frage, ob sich Menschen, die von anderen eine Hilfe bei der Selbsttötung erwarten, einer Beratung unterziehen müssen.

Bleiben wir zunächst bei der Sterbehilfe allgemein. Sterbehilfe ist nicht mit Suizidhilfe oder Tötung auf Verlangen gleichzusetzen. Dafür ist der Begriff viel zu tief. Bei Sterbehilfe geht es, auch aus humanistischer Sicht, um Hilfe für Menschen, die vor ihrem Lebensende stehen. Das Leben zu verlieren ist für die Menschen gewöhnlich eine zutiefst schmerzliche und traurige Angelegenheit.

Sterbehilfe ist mehr als rein medizinische Hilfe. Sie ist vornehmlich Hilfe bei der geistig-seelischen Verabschiedung, dem Aufarbeiten des eigenen Lebens und dem Prozess der Trennung von der sozialen Umgebung und von dieser Welt.

Der sterbende Mensch soll nicht alleine bleiben. Er brauche Gesprächspartner, sagte Udo Schlaudraff im Deutschen Ethikrat, »mindestens einen, der ihm hilft, mit der Ambivalenz von Todesangst und Todessehnsucht fertig zu werden, die beide in ihm sind. Die Lust zu leben und die Last, so leben zu müssen, wie es jetzt nun einmal nicht anders sein kann, kämpfen miteinander«.[1]

Wenn Menschen über ihr Lebensende nachdenken, dann liegen ihnen zwei Wünsche nahe: Sie möchten gerne medizinisch gut versorgt, möglichst zuhause in ihrem sozialen Umfeld sterben und sie möchten, wenn das Leben nicht mehr erträglich ist, Hilfe bei einer selbstgewählten Lebensbeendigung bekommen können.

Die medizinische Versorgung hat sich für die letzten Generationen massiv verbessert, stationäre und ambulante Hospizdienste haben zugenommen, ebenso die Angebote der Palliativmedizin. Wir wissen jedoch, dass die Versorgung und der Zugang dazu nicht für alle Sterbenden ausreicht. Dies bleibt weiter eine gesellschaftliche Herausforderung. Insbesondere für ausreichende Pflege und Zuwendung am Lebensende stellen wir nicht genügend Mittel bereit. Dies hat natürlich auch Auswirkungen auf Suizide und Suizidwünsche.

Suizid als fraglicher Lösungsansatz

In Deutschland nehmen sich jährlich etwa 9.000 Mitmenschen selbst ihr Leben. Dahinter stecken noch einmal ca. 100.000 Suizidversuche. Mindestens 40 Prozent der erfolgten Selbsttötungen werden von Menschen im Rentenalter begangen.

Foto Strand: Unsplash iEM545c8HBk Omid Hosseini

»Was wir brauchen, ist ein klares Regelwerk außerhalb des Strafgesetzbuches, das insbesondere für Ärzte handhabbar ist.«

2009 ging die Berliner Charité in einer Studie den häufigsten Gründen für einen Suizid im Alter nach. Die Motive lagen meist in schweren Erkrankungen, chronischen Schmerzen, Angst vor Abschiebung in ein Heim oder in dem Gefühl, reine Kostenverursacher zu sein. Die Untersuchung verweist auf ein vielgestaltiges gesellschaftliches und gesundheitspolitisches Problem, das eigentlich in Suizidpräventionsprogrammen Berücksichtigung finden müsste.

2002 hat die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) mit Unterstützung von Ministerien, Verbänden und Fachgesellschaften ein Nationales Suizidpräventionsprogramm formuliert. Den Präventionsprogrammen zur Reduzierung der Zahl der Suizidversuche und tatsächlich erfolgreichen Suiziden stehen nach Ansicht der Fachleute in der Praxis noch zu viele Hemmnisse entgegen. Hinhören und Anteilnahme wären gegenüber gefährdeten Personen sehr wichtig. Beides kostet Zeit und damit Geld, z. B. in Arztpraxen, Pflegeheimen und Krankenhäusern.

Der Schweizer Rechtsanwalt Frank Petermann geht bei seinen Überlegungen zu einer wirksamen Suizidprävention von folgender Betrachtung aus: »Suizid ist ein Lösungsansatz unter vielen, ein logischer und universeller, meist jedoch nicht der beste und zufolge seiner Irreversibilität ein tragischer. Im Tierreich unbekannt, darf er als etwas Humanes, dem mit Bewusstsein ausgestatteten Menschen Vorbehaltenes bezeichnet werden.«[2]

Petermann moniert jedoch: »Praktisch alle Institutionen und Fachpersonen, welche Menschen mit suizidalen Absichten Hilfe anbieten, lehnten jedoch bisher Suizid als Weg der Problemlösung kategorisch ab und sind nicht bereit, diese Ablehnung zu hinterfragen. [...] Wer einem Suizid grundsätzlich nicht zustimmen kann, wird aber als Berater nicht ernst genommen und somit auch nicht aufgesucht. [...] Der Therapeut muss sich in Bezug auf religiöse, moralische, soziale und weltanschauliche Werte neutral verhalten, will er seinem Klienten ein echter Spiegel sein.«

Für die Schweiz schlug Petermann einen neuen Lösungsansatz in Form eines Gesetzes vor, »welches vertrauenerweckende Beratungsstellen für Menschen mit Suizidwunsch vorsieht, welche Alternativen zu ihrem Sterbewunsch aufzuzeigen vermögen«. Petermann dachte dabei an alle Menschen, die sich mit Suizidabsichten tragen. Im Hinblick auf die Menschen, die Suizidhilfe suchen, hat unser Verband für die Bundesrepublik seit langem die Einrichtung öffentlich finanzierter Suizidkonfliktberatungsstellen gefordert. Diese Forderung ist auch zentral in unserem Entwurf eines Suizidhilfekonfliktgesetzes von 2020 und findet sich wieder in Gesetzesinitiativen im Deutschen Bundestag, die bald beraten werden sollen.

Entscheidend bei solchen Beratungen ist, dass sie das Selbstbestimmungsrecht der urteilsfähigen Person achtet, sie muss eben auch einen Suizidwunsch akzeptieren. Dies gilt, wenn sich zeigt, dass das Problem des Suizidwilligen nicht auf andere Weise gelöst werden kann oder wenn die ratsuchende Person trotz Alternativen über einen längeren Zeitraum an ihrem Sterbewunsch festhält. Die Beratung zielt auf ein besseres Weiterleben hin, nicht auf den Tod. Sie schließt diesen jedoch nicht aus. Wenn es nur darum ginge, dem Suizidwilligen zu seinem Ende zu verhelfen, bräuchte es keine Beratung.

In Ländern, in denen Beihilfe zur Selbsttötung oder gar Tötung auf Verlangen eine offenere und längere Tradition hat, zeigt sich, dass prozentual mehr Menschen diesen Weg der Lebensbeendigung wählen, insbesondere in fortgeschrittenem Krankheitsstadium. In der Schweiz gehen jährlich ca. 1,5 Prozent der Todesfälle auf Suizidhilfe zurück, in den Niederlanden über 4 Prozent der Sterbefälle auf Tötung durch Ärzte nach dem Willen des Patienten. Auch in Deutschland werden wir mit einer Zunahme von Selbsttötungen zu rechnen haben, nachdem das Bundesverfassungsgericht vor zwei Jahren den Versuch gekippt hat, Ärzten und Suizidhilfeorganisationen die Beihilfe zum Suizid zu verunmöglichen. Hochgerechnet auf Schweizer Verhältnisse wären dies irgendwann Tausende assistierte Suizide pro Jahr. Diese Entwicklung mag man bedauern, man

Sterbefälle durch Suizid, 1980–2019.

Seit den 1980er Jahren hat sich die Zahl der Suizide in Deutschland nahezu halbiert. Allerdings steigen die Suizidraten mit voranschreitendem Alter deutlich an: Bis zum Alter von 45 Jahren liegen sie noch unter dem Bundesdurchschnitt, bis zum 70. Lebensjahr erhöhen sie sich auf rund 16 je 100.000. In der Altersgruppe der über 85-Jährigen steigen sie dann weiter auf über 34 je 100.000.

Grafik: Statista; Foto Kress: Evelin Frerk

kann sie aber auch als Ergebnis einer sich ändernden Haltung der Menschen zum Tod betrachten, die Himmel und Hölle hinter sich lässt.

Noch in diesem Jahr sollen neue gesetzliche Regelungen zum Suizidhilfekomplex erlassen werden. Drei Gesetzesinitiativen aus den Reihen des Bundestages liegen dazu bereits vor. Wir haben den Bundestagsabgeordneten dazu sieben Orientierungspunkte mit auf den Wege gegeben. Zu hoffen ist, dass es nicht zu einer Neuauflage des alten § 217 StGB in leicht modifizierter Form kommt. Was wir brauchen, ist ein klares Regelwerk außerhalb des Strafgesetzbuches, das insbesondere für Ärzte handhabbar ist. Denn natürlich ist es für alle Patienten wünschenswert, dass sie zwischen einer Hilfe durch Ärzte ihres Vertrauens oder Suizidhilfeorganisationen wählen können, wobei dies auch eine Frage der finanziellen Mittel ist. Für den Fall, dass der eigenständige Weg in den Tod eben nicht auszuschließen ist, benötigen wir verständnisvolle Hilfe, am besten durch auch in dieser Frage fürsorgliche Ärzte.

Unabhängig von der konkreten gesetzlichen Regelung zeichnet sich ab, dass der Staat Beratungsstellen einrichtet, die Menschen mit Suizidgedanken offenstehen sollen. Ergebnisoffen müssen solche Stellen qualifiziert den Wunsch hinterfragen und Alternativen aufzeigen können. Dabei kann es nicht um eine Zwangsberatung gehen. Das wäre absurd und könnte Menschen mit Suizidgedanken von Beratungsstellen fernhalten. Andererseits ist völlig klar, dass ein Mensch, der Hilfe zu einem geplanten Suizid bei anderen Menschen sucht, kaum um eine Befragung und wohlwollende Beratung herumkommt. Denn wer Hilfe leisten soll, muss seine Handlung mit seinem Gewissen vereinbaren und ggf. gegenüber Klägern verantworten können. Da wird in einem langjährigen Arzt-Patientenverhältnis aber kein besonderes Gutachten zur Freiwillensfähigkeit erforderlich sein.

Eine humanistische Position zu einer guten Lebensbeendigung wird sich aber nicht in einer Suizidhilfepraxis verlieren. Wir können diese Frage aber auch nicht einfach der Medizin überlassen. Wir müssen der Frage nachgehen, wie das Leben trotz aller Widrigkeiten ein sozial eingebettetes und medizinisch erträgliches Ende finden kann, bei dem sich die Frage nach einer abrupten Lebensbeendigung nicht stellt. Wir suchen die Kunst eines guten Sterbens. ●

1 Schlaudraff, Udo: Wie wir sterben – Hoffnungen und Ängste. In: »Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende«, Berlin 2006, S. 28.

2 Petermann, Frank: Selbstbestimmungsrecht als Ausgangspunkt. In: *NZZ*, 20.11.2004.

Erwin Kress (*1948) ist Diplom-Physiker und war sieben Jahre Präsident des HVD Nordrhein-Westfalen. Seit 2018 ist er Vorstandssprecher des HVD Bundesverbandes sowie Herausgeber von *diesseits*.

Julius Moses Humanistischer Gesundheitspolitiker, Opfer des NS-Rassenwahns

Von Michael Schmidt

Am 24. September 2022 jährt sich der 80. Todestag von Julius Moses. Er starb im KZ Theresienstadt. Moses war Arzt, sozialdemokratischer Politiker, Mitglied des Reichstages und einer der profiliertesten Gesundheitspolitiker in der Weimarer Republik. Er vertrat humanistische Positionen in der Medizin- und Sozialpolitik. Auch sein Einsatz für ein humanes Strafrecht, für die Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und eine Wissenschaft, die auf einen gesellschaftlichen Nutzen zielt, belegt seine humanistische Überzeugung.

Foto Moses: AdsD/FES (6/FOTA013741); Foto Stolperstein: Wikimedia Commons/Erstino (CC BY-SA 4.0)

Moses, 1868 als Sohn eines jüdischen Schneiders in Posen geboren, studiert in Greifswald Medizin. Ab 1893 – mit einer kurzen Unterbrechung – lebt er in Berlin und beginnt dort ab 1902 verstärkt publizistisch und politisch aktiv zu werden. Zunächst, in seiner »jüdischen Phase«, wie er sie in der Rückschau selbst bezeichnet, betätigt er sich in jüdischen Organisationen im Sinne der jüdischen Emanzipationsbewegung. Im Zentrum seiner Aktivitäten steht der Kampf gegen den, bereits im deutschen Kaiserreich stark verbreiteten, Antisemitismus. Schließlich kommt er zu dem Schluss, dass die Sozialdemokratie die einzige politische Kraft ist, die ebenfalls konsequent dagegen einsteht. Nach Jahren der Suche nach seiner politischen Zugehörigkeit führt ihn sein Weg über die linksliberale »Demokratische Vereinigung« etwa 1910 in die SPD. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass sowohl der bürgerlich dominierte »Central-Verein deutscher Staatsbürger jüdischen Glaubens« als auch die Liberalen ihr Klasseninteresse über den Kampf gegen den Antisemitismus stellen. So unterstützen sie bei Stichwahlen zum Reichstag eher konservative, antisemitische Kandidaten als sozialdemokratische.

Im religiösen Sinne hat für Moses sein Judentum wenig Bedeutung, jedoch hat er eine positive persönliche Einstellung zu seinem kulturellen jüdischen Erbe. Er steht zu seiner jüdischen Identität. Den Einsatz für die Belange der Juden will er nicht den »jüdischen Pfaffen« überlassen. Der Kampf gegen Antisemitismus bleibt weiterhin eins seiner wichtigsten Anliegen. In seiner Biographie im Reichstagshandbuch bezeichnet er sich bewusst als Jude, weist aber gleichzeitig auf seine 1910 erschienene, heute nicht mehr auffindbare, Schrift »Wider die Pfaffen« hin. Noch vor dem Ersten Weltkrieg wird er Mitglied in einem sozialdemokratischen Feuerbestattungsverein, was für religiöse Juden ein Tabu war. Mit großer Wahrscheinlichkeit handelte es sich um den 1905 gegründeten Verein der Freidenker für Feuerbestattung, der zu den Vorläuferorganisationen des HVD gehört.

Sein Engagement für die SPD verändert auch sein Privatleben. 1913 lernt er Elfriede Nemitz, die Tochter der sozialdemokratischen Politikerin Anna Nemitz, kennen und lieben. Da Gertrud Moritz, mit der er seit 1896 verheiratet ist, nicht in die Scheidung einwilligt, lebt er unverheiratet mit Elfriede Nemitz zusammen.

Diese Gruppenaufnahme von Julius Moses (links) und den beiden SPD-Reichstagsmitgliedern Georg Simon und Richard Lipinski (rechts) entstand 1925 anlässlich des Kongresses der Sozialistischen Arbeiter-Internationale in Marseille.

Ende des Jahres 1912 organisiert Julius Moses zusammen mit dem Sexualreformer Magnus Hirschfeld und anderen eine Vortragsreihe, die sich an Arbeiter*innen wendet und Aufklärung zu sexuellen Fragen sowie über Verhütungsmaßnahmen anbietet. Religiöse und konservative Kreise fühlen sich davon provoziert und erwirken, dass Frauen der Besuch dieser Veranstaltungen untersagt wird und die Inhalte beschränkt werden. Auch mit der eigenen Partei gerät er in diesen Fragen in Konflikt. Moses setzt sich für Geburtenkontrolle ein, weil er als Arzt in einem Arbeiterviertel mit den dortigen schlechten sozialen Bedingungen und den daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen konfrontiert ist: Er sieht, dass unter diesen Bedingungen ein Mehr an Kindern das Elend vergrößert.

Der Rückgang der Geburtenrate in den Arbeitervierteln war schon einige Jahre zuvor zu beobachten gewesen, nun machen konservative Kreise die SPD direkt dafür verantwortlich und sehen Deutschlands Weltgeltung in Gefahr. Der Parteivorstand der SPD erklärt daraufhin, dass auch er im nationalen Interesse an einer Steigerung der Geburtenrate interessiert sei. Auch die Parteilinke teilt dieses Ziel. Sie argumentiert, dass die Zunahme der Anzahl der Proletarier den Sieg des Sozialismus beschleunigen werde. Die »Gebärstreikdebatte« in der SPD beginnt, in deren Verlauf Parteiführung und Linke erkennen müssen, dass sie an den Bedürfnissen sehr vieler Mitglieder vorbei argumentieren. Diese macht es fassungslos, dass ihre Partei, ebenso wie konservative Kreise, Militärs und die katholische Kirche, gegen Geburtenkontrolle argumentiert.

Als Kriegsgegner gerät Moses auch in der Frage der Haltung zum Ersten Weltkrieg in Opposition zur Parteilinie. Entsprechend gehört er 1917 zu den Gründungsmitgliedern der USPD und wird einer ihrer führenden Köpfe. Er zieht in deren Vorstand und 1920 in den Reichstag ein.

Nachdem sich im Herbst 1920 eine Mehrheit in der USPD für den Beitritt zu KPD entschieden hat, kehrt er 1922 wie die meisten verbliebenen Mitglieder der USPD in die SPD zurück. Auch dort gehört er dem Parteivorstand an. Er prägt die sozialdemokratische Sozial- und Gesundheitspolitik entscheidend. Sein Credo ist, dass Gesundheits- und Sozialpolitik untrennbar verbunden seien. Auch auf dem Gebiet der Wissenschaftspolitik und Forschungsförderung ist er aktiv.

Als Reichstagsabgeordneter, der er bis 1932 bleibt, entwickelt Moses zahlreiche Initiativen, die er u.a. in der von ihm herausgegebenen Zeitschrift *Der Kassenarzt* propagiert. Diese lösen heftige Debatten mit konservativen ärztlichen Standesvertretern aus. So wirbt Moses nachdrücklich für den Ausbau der sozialen Krankenversicherung und eine vorbeugende Gesundheitspflege. Daneben setzt er sich für eine starke Rolle des Hausarztes bei der gesundheitlichen Versorgung und Betreuung ein. Er kritisiert eine Medizin, die sich auf das Verabreichen von Medikamenten und das Operieren beschränkt, der es an Mitgefühl und sozialer Verantwortung mangelt und in der die Einkommen und Standesinteressen der Ärzte die entscheidende Rolle spielen. 1931 macht er in einer Denkschrift auf die gesundheitlichen Folgen der Langzeitarbeitslosigkeit aufmerksam. Alle diese Probleme sind bis heute aktuell.

Als Mitglied des Reichsgesundheitsrats wendet er sich gegen die Eugenik, die damals auch in ansonsten fortschrittlichen Kreisen viele Anhänger hatte. Zudem warnt Moses vor der ärztlichen »Experimentierwut am Menschen« und deckt mehrfach skandalöse Praktiken von Versuchen mit Menschen auf. Weitreichende Verbote gab es damals nicht, sie entstanden erst als Lehre aus den Verbrechen der NS-Medizin. Diese Verbrechen sieht Moses bereits im Februar 1932 voraus: »Der Arzt als Vernichter, der Arzt als Mörder!!«, beschreibt er die nationalsozialistische Programmatik für den Gesundheitssektor. Heftig kritisiert er die »Konstruktion höherer und niederer Menschenarten« in der NS-Ideologie. In großer Klarheit weist er auf die drohenden Gefahren einer nationalsozialistischen Machtübernahme vor allem für die Juden hin. Sein Biograph Holger Böning bezeichnet ihn deshalb als »Prophet des Schreckens«. Immer wieder ist Moses Anfeindungen sowohl durch rechtsextreme als auch durch konservative Politiker, Publizisten und Ärztevertreter ausgesetzt.

Während der NS-Zeit erlebt er Diskriminierung und Verfolgung. Bereits Ende März 1933 wird seine Zeitschrift *Der Kassenarzt* verboten. Er ist nun ohne regelmäßiges Einkommen und auf die Unterstützung durch seinen Bruder und einen Sohn angewiesen. Aufgrund der Nürnberger Gesetze muss er 1935 aus der gemeinsamen Wohnung mit seiner Lebensgefährtin ausziehen. Er bleibt dennoch in Deutschland, wohl auch, weil seine Lebensgefährtin und deren Familie sowie seine sozialdemokratischen Freund*innen zu ihm halten. Dazu gehören Prominente wie Paul Löbe, Reichstagspräsident von 1925 bis 1932 und Louise Schröder, die 1947 Oberbürgermeisterin von Berlin wird. Zu seinem 70. Geburtstag am 2. Juli 1938 stellen sich über 50 Gratulant*innen ein. Seine Lebensgefährtin und der gemeinsame Sohn können nicht dazu gehören, da sie zu ihrer Sicherheit offiziell keinen Kontakt mehr zu ihm haben. Treffen finden nur noch heimlich statt. Mit der Einführung des Judensterns wird auch das noch erschwert. Sie können sich nun nicht mehr gemeinsam öffentlich zeigen.

Aufgrund der Ausgrenzung in der NS-Zeit auf das Jüdischsein reduziert, gewinnt sein Judentum für ihn wieder eine größere Bedeutung. Er besucht Synagogen, feiert mit jüdischen Freund*innen jüdische Feste, tut dies jedoch nicht im religiösen Sinne, sondern betrachtet es eher als »jüdisches Brauchtum und Volkstum«.

Im Juli 1942 deportieren ihn die NS-Machthaber nach Theresienstadt, wo er bald darauf an Hunger und Entkräftung verstirbt. Sein Grab befindet sich dort. In Berlin erinnert ein Stolperstein vor seiner langjährigen Wohnung am Bundesratsufer an ihn.

Michael Schmidt ist Diplom-Politologe und arbeitete bis zu seinem Ruhestand in der Abteilung Bildung des HVD Berlin-Brandenburg. Er war u.a. Projektleiter der Ausstellung »Humanisten im Fokus – Zerstörte Vielfalt«.

Foto Moses: AdsD/FES (6/FOTA016883); Foto Schmidt: Arik-Platzek

Zum Stellungnahmeverfahren des BMJ **§ 219a StGB wird abgeschafft**

Von Christiane Friedrich und Gita Neumann

Das ursprünglich aus dem Jahr 1933 stammende »Werbeverbot für den Schwangerschaftsabbruch« verbietet die Aufklärung durch Ärzt*innen zu ihren Angeboten verschiedener Methoden, Abläufe und Kosten von Schwangerschaftsabbrüchen. »Lebensschützer*innen« nutzen dies bislang aus, um Gynäkolog*innen einzuschüchtern. Der umstrittene § 219a StGB soll laut Regierungsvorhaben nun komplett abgeschafft werden.

Foto Demo: Flickr Creative Commons/Bündnis für sexuelle Selbstbestimmung/Sabrina Gröschke (CC BY-NC-ND 2.0)

Der Fall von Kristina Hänel, die aufgrund des Paragrafen 219a strafrechtlich verurteilt wurde, hat in den vergangenen Jahren großes mediales Aufsehen erregt und den § 219a einer breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht. Der Hintergrund: Die Gießener Allgemeinmedizinerin Hänel hatte auf ihrer Internetseite sachlich über die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in ihrer Praxis informiert. Abtreibungsgegner*innen hatten Hänel sowie viele weitere ihrer Kolleg*innen aufgrund solcher »Werbung« mit Strafanzeigen überzogen.

Nun soll der Strafrechtsparagraf 219a also ersatzlos gestrichen werden. Das Bundesministerium der Justiz (BMJ) hatte hierzu einen entsprechenden Gesetzentwurf erarbeitet und verschiedenen Interessenverbänden im Februar 2022 angeboten, am Stellungnahmeverfahren teilzunehmen. Berücksichtigt wurden hierbei neben juristischen, frauenpolitischen und ärztlichen Organisationen die beiden christlichen Kirchen mit ihren zahlreichen Untergruppierungen und – als einer der wenigen dezidiert säkularen Vertreter – der HVD Bundesverband. Der Gesetzentwurf sowie sämtliche Stellungnahmen sind auf der Internetseite des BMJ nachzulesen.

In seiner mit Expertenunterstützung abgestimmten Positionierung begrüßt der HVD Bundesverband die schon lange von säkularen und frauenrechtlichen Initiativen geforderte Streichung von § 219a als längst überfällig. Dies könne jedoch nur der erste Schritt sein auf dem Weg, das Thema Schwangerschaftsabbruch einer umfassenden Neuregelung zuzuführen.

In der HVD-Stellungnahme für das BMJ heißt es als Quintessenz:

»Aktuell bedarf es in Deutschland aufgrund der neueren rechtswissenschaftlichen und bioethischen Diskussionen unseres Erachtens einer grundlegenden Reform. Zu überwinden ist dabei die fragliche Voraussetzung einer quasi verabsolutierten »Schutzpflicht für das ungeborene Leben«. Der Referentenentwurf geht jedoch davon aus, dass auf eben dieser [bei Abschaffung von § 219a StGB] unbedingt zu beharren sei und betont dies an mehreren Stellen. Wir bewerten eine solche unhinterfragte Voraussetzung im Begründungsteil als eine ebenso bedauernswerte wie überflüssige Selbstbeschränkung.«

Insbesondere aus den Kirchen wurde harsche Kritik an einer möglichen Abschaffung von § 219a StGB laut. Deren Fixierung auf den Erhalt ausgerechnet dieses Paragrafen gegen ärztliche Information ist – wenngleich wenig überraschend – schwer verständlich. Denn auf Grundlage des Bundesverfassungsurteils aus den 1990er Jahren hängt der verabsolutierte Embryonenschutz, für den sich die Kirchenvertreter*innen einsetzen, stattdessen ja vom Strafrechtsparagrafen 218 ab.

In ihrem Antwortschreiben an das BMJ macht die evangelische Kirche (EKD) in knapper Form deutlich, man gehe davon aus, dass außer »sachgemäßer Informationen über den Schwangerschaftsabbruch weiterhin Werbung dafür untersagt bleibt […] und den anspruchsvollen Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts zum Schutz des ungeborenen Lebens Rechnung getragen wird.« Die katholische Kirche betont, dass sie Schwangerschaftsabbrüche grundsätzlich ablehne und dazu das bestehende Strafrecht mit § 218 ff. als nicht ausreichend ansähe. Sie würde es als mühsam erzielten Kompromiss akzeptieren, wobei allerdings der § 219a unantastbar als Baustein dazugehöre.

Auch die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd), mit fast 400.000 Mitgliedern einer der größten Frauenorganisationen hierzulande, macht sich entschieden für die Bewahrung des § 219a stark. Laut Stellungnahme der kfd wird in der Abschaffung von 219a »ein erster Schritt zur Aufhebung eines gesellschaftlichen Konsenses« gesehen. Dieser hätte bisher den verfassungsrechtlich abgesicherten »bestmöglichen Schutz des ungeborenen Lebens bieten können«. Die Befürworter*innen der Reform nähmen »eine mögliche Spaltung unserer Gesellschaft in Fragen des Schwangerschaftsabbruchs in Kauf.« Doch auch nach Streichung des § 219a wird es keine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung für Schwangerschaftsabbrüche geben, da diese allein schon nach den Berufsordnungen der Ärzt*innen verboten ist.

Der Widerstand der Kirchen mit der Union an ihrer Seite ist bereits gegen die Abschaffung des isoliert dastehenden § 219a unübersehbar massiv – wohl als Warnung für weitergehende Reformbemühungen, die dann auch den § 218 betreffen könnten.

Der Humanistische Verband Deutschlands wird in dieser und anderen Reformdebatten weiter auf sein Spezifikum hinsichtlich Praxisorientierung und konkreter wissensfundierter Lösungsansätze setzen. Es bleibt zu hoffen, dass neben radikalen Polarisierungen auch die vermeintliche Zuständigkeit der Kirchen für das »Moralische« zunehmend in den Hintergrund treten wird.

Das Recht auf Selbstbestimmung des Lebensendes

Freiheit, Chance oder Herausforderung?

Von Michael A. Überall

Im Februar 2020 kippte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) den Paragraf 217 StGB (»Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung«). In der Begründung des wegweisenden Urteils ging es jedoch noch weit über den eigentlichen Auftrag, nämlich die Prüfung der Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes, hinaus. Gesellschaft und Gesetzgeber sind nunmehr herausgefordert, sich mit einer Thematik auseinanderzusetzen, mit der sich beide schwertun: mit der eigenen Endlichkeit, einem kollektiv und individuell lange Zeit verdrängten, letztlich aber dann doch jeden Einzelnen betreffenden Ereignis.

Foto Gericht: Flickr Creative Commons/Mehr Demokratie (CC BY-SA 2.0)

In der Auseinandersetzung mit der Selbstbestimmung des Lebensendes prallen nicht nur konträre traditionelle gesellschaftliche Einstellungen, divergierende religiöse Ansichten, philosophische Fragestellungen sowie ethische, medizinische und vor allem natürlich auch juristische Ansichten aufeinander. Es geht hierbei auch um Aspekte wie Individualität und kollektive Verantwortung, die die dringend notwendige Diskussion um den richtigen Umgang mit den Fragen nach Zeitpunkt und Art der eigenen Sterblichkeit mitunter derart überlagern und emotionalisieren, dass viele Menschen auch weiterhin das tun, was sie schon immer getan haben: sich der notwendigen Teilhabe verweigern und hoffen, dass dieser Krug doch bitte an ihnen vorübergehen möge.

Dies kommt nicht von ungefähr und fällt letztlich auch leicht, weil es dem Menschen dabei hilft, das evolutionäre Paradoxon seiner individuellen Existenz – das Fehlen einer rationalen Handlungsstrategie für den letzten Schritt im vollen Bewusstsein der eigenen Endlichkeit – zu verdrängen und die Verantwortung hierüber an den Zufall (das Schicksal?) bzw. das gesellschaftliche Kollektiv abzugeben.

Aber was, wenn auch das Kollektiv an dieser Aufgabe scheitert? Was, wenn die Gesellschaft unter dem Einfluss religiöser, ethischer, medizinischer und juristischer Strömungen pro forma zwar einwandfreie Detaillösungen anbietet und immer neue Strategien entwickelt, um Erkrankungen zu verhindern, vorzubeugen und zu behandeln, nur um dann letzten Endes doch an der Unausweichlichkeit des Todes und der mit der geforderten Selbstbestimmung verbundenen gesamtgesellschaftlichen Herausforderung zu zerbrechen?

Fehlausrichtung der Medizin?

Warum pfuschen wir der Natur tagtäglich mit allem, was wir können und haben, ins Handwerk und beeinflussen künstlich den natürlichen Verlauf von Krankheiten und Unfällen, nur um am Ende – also dann, wenn es zu dem entscheidenden Akt kommt, der einer medizinischen Hilfe bedürfte – die Hände in den Schoß zu legen und uns auf das Begleiten des unabwendbar schicksalhaften Verlaufs zu beschränken?

Vielleicht erklärt sich dieses Dilemma durch eine der grundsätzlichen (Fehl-)Ausrichtungen der modernen Medizin: Diese definiert sich vor allem darüber, was sie alles gegen Dinge tun kann, die das Leben eines Menschen qualitativ beeinträchtigen oder quantitativ bedrohen – doch nur sehr wenig für die Dinge, die ein gutes Leben ausmachen. Die Absurdität einer auf die Behandlung des faktisch eingetretenen Schadens fokussierenden Medizin wird den Herausforderungen des 21. Jahrhunderts schon lange nicht mehr gerecht. Gesetzliche Krankenversicherungen, die die Übernahme präventiv wirkender Gesundheitsmaßnahmen verweigern und sich diesbezüglich hinter pseudorationalisierenden Nutzenanalysen verstecken, verkennen die entscheidenden Aufgaben der Gesundheitsfürsorge unserer Zeit.

Ein gutes, ein gehaltvolles, ein lustvolles und bejahendes Leben ist eben sehr viel mehr als nur die Abwesenheit von körperlicher Krankheit und seelischem Leid; es ist nicht nur die objektivierbare Aneinanderreihung und Sammlung von Lebenszeit, krankheits- und beschwerdefreien Tagen und die Erfüllung individueller, familiärer, beruflicher oder gesellschaftlicher Erwartungen, sondern ergibt sich einzig und allein als das subjektive Ergebnis einer individuellen Bilanzierung.

In den Ausführungen zum Urteil gegen den § 217 hat das BVerfG genau dieses Recht auf Individualität unterstrichen und verdeutlicht, dass das Ergebnis einer derartigen Bilanzierung von Dritten auch dann zu akzeptieren ist, wenn es negativ ausfällt und (rational bzw. objektiv) nicht nachvollzogen werden kann. Das, was das Leben in der Summe all seiner Komponenten letztlich ausmacht, das, was wir als lebenswert empfinden, all das definiert sich ausschließlich aus der jeweiligen subjektiven Sicht des Einzelnen. Es bedarf keiner kritischen Begutachtung, keiner gesellschaftlichen, religiösen oder wie auch immer sonst gearteten Billigung, sondern ausschließlich der Toleranz und der Achtung der Entscheidungen Einzelner.

Eine Entscheidung trifft man immer

Gesellschaft und Gesetzgeber sind also gefordert, die für solche individuellen Entscheidungen notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. Und jeder einzelne Mensch ist gefordert, für sich zu klären, welchen Weg er wie und wann gehen bzw. ob er die Gestaltung seines Lebensendes aktiv mitgestalten oder passiv erdulden möchte. Der individuellen Auseinandersetzung mit dieser Frage kann (und darf) man sich, mehr oder weniger lange entziehen. Letztendlich trifft man jedoch auch mit dieser passiven Haltung eine Entscheidung, die genauso zu akzeptieren ist, wie die hinsichtlich des Wunsches nach einer aktiv(er)en Einflussnahme auf Zeitpunkt und Umstand des eigenen Ablebens.

Dame Cicely Saunders, die »Grande Dame der Palliativmedizin«, hat mit Ihrer Forderung »dem Leben nicht mehr Tage, sondern den Tagen mehr Leben zu geben« für diese subjektive Bilanzierung eine entscheidende Hilfestellung gegeben. Leider wird dieser Anspruch gerade in der modernen Palliativmedizin auf die Linderung von krankheitsbedingtem körperlichem Leid und objektivierbarem Siechtum reduziert, wohingegen Würde, Selbstbestimmung und Autonomie als individuell entscheidende Faktoren von körperlicher und seelischer Lebensqualität vernachlässigt bzw. im palliativmedizinischen Kontext gerne relativiert werden.

Viele der mit der Lebensendphase verbundenen Symptome und Beschwerden können heute schmerz- und palliativmedizinisch gelindert und die mit der Lebensendlichkeit verbundenen Ängste rationalisiert bzw. spirituell begleitet werden. Doch würdevoll ist das Sterben nur in den wenigsten Fällen – zumindest aus Sicht Betroffener. Warum der Mensch sich anmaßt, das mit fortgeschrittener Krankheit verbundene Leid bei seinen tierischen Weggefährten durch die Gnade eines medikamentös induzierten »Einschläferns« zu lindern, sich selbst aber dem launischen Schicksal des natürlichen Verlaufs aussetzt, lässt sich in unserem sonst recht liberal aufgestellten Land nur durch die traditionell starke Einflussnahme christlicher Religionen erklären.

»Jeder einzelne Mensch ist gefordert, für sich zu klären, ob er die Gestaltung seines Lebensendes aktiv mitgestalten oder passiv erdulden möchte.«

Selbst- vs. Fremdbestimmung

Zunehmend wird in Deutschland der Wunsch nach einem selbstbestimmten Lebensende bei Palliativpatienten in der unmittelbaren Lebensendphase und zum Teil auch bei Menschen mit einer absehbar lebenslimitierenden, aber akut noch nicht lebensbedrohlichen Erkrankung, gesellschaftlich diskutiert. Doch entsprechende Überlegungen von anderweitig nicht lebensbedrohlich (aber eben auch unbehandelbar) chronisch kranken oder gar gesunden Menschen werden in der Gesellschaft unverändert nicht akzeptiert, im Gegenteil: Betroffenen wird angesichts derartiger Vorstellungen gerne eine psychiatrische Störung mit entsprechender Einschränkung der freien Verantwortlichkeit und unzureichender Einsicht in die Tragweite ihrer Entscheidung unterstellt.

Dabei hat das BVerfG in seinem wegweisenden Urteil vom Februar 2020 auch exakt zu diesem Punkt Stellung bezogen und formuliert, »dass ein umfassendes Recht auf selbstbestimmtes Sterben […] in jeder Phase der menschlichen Existenz« besteht und »dieses Recht nicht auf fremddefinierte Situationen, wie schwere und unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen, beschränkt sein« darf.

In diesem Kontext ist das Wort »selbstbestimmt« zentral, denn der Gesetzgeber wird vom BVerfG »berechtigt sicherzustellen, dass die Entscheidung zum Suizid ernsthaft und dauerhaft ist sowie frei und autonom getroffen wird«, um Fremdeinwirkung auszuschließen und der Gefahr der Fremdbestimmung des Wertes eines Lebens (insbesondere hinsichtlich der hier besonderen geschichtlichen Verantwortung Deutschlands) einen notwendigen Riegel vorzuschieben.

Vor diesem Hintergrund eröffnen sich durch das Urteil des BVerfG für viele Menschen mit schwerwiegenden, kurativ nicht behandelbaren chronischen Erkrankungen und entsprechenden Einschränkungen der körperlichen wie seelischen Lebensqualität sowie schweren Einschränkungen der aktiven Teilhabe am privaten, beruflichen, gesellschaftlichen und sozialen Leben nun durchaus neue Perspektiven auf das Ergebnis ihrer individuellen Lebensbilanzierung zu antworten.

»Ein gutes, gehaltvolles, ein lustvolles und bejahendes Leben ist eben sehr viel mehr als nur die Abwesenheit von körperlicher Krankheit und seelischem Leid«

Debatte um Selbstbestimmung erfordert breite(re) Teilhabe

Angesichts der fundamentalen Bedeutung der durch das Urteil des BVerfG so prominent ins Bewusstsein gerückten Selbstbestimmungsdebatte verwundert die geringe aktive Teilhabe derjenigen, die es betrifft: der allgemeinen Öffentlichkeit. Statt breiter, offener gesellschaftlicher Diskussionen erleben wir Stellvertreterdebatten zwischen Angehörigen verschiedener Professionen. Juristen, Ethiker, Mediziner, Politiker, Geistliche, Polizisten und viele andere mehr melden sich zu Wort und geben kund, wie aus dieser oder jener Sicht die vom BVerfG geforderte Verpflichtung aller staatlichen Gewalt zu Achtung und Schutz der Selbstbestimmung (auch über den Tod hinaus) als Ausdruck der unantastbaren Menschenwürde entsprechend § 1 des Grundgesetzes verstanden und formal ausgestaltet werden müsse.

Verschiedene Entwürfe und Vorschläge werden derzeit als Grundlage für ein neues Gesetzgebungsverfahren diskutiert. Keiner von ihnen wird die notwendige aktive Teilhabe aller Teile der Gesellschaft und den wichtigen Diskurs ersetzen, den es in Familien und Beziehungen mit Verwandten, Freunden und Bekannten offen zu führen gilt – wenn wir die sich aus dem Urteil des BVerfG ergebenden Forderungen ernst nehmen wollen.

Foto Überall: Alois Müller/Avoxa Mediengruppe

PD Dr. med. Michael A. Überall (*1963) studierte Humanmedizin, Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin sowie Habilitation mit Schwerpunkt Neuropädiatrie und Spezielle Schmerzmedizin. Er ist Präsident der Deutschen Schmerzliga und Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin.

Wissenschaftlich geboten … und ethisch auch!

Ein Plädoyer von Ingo Heise

Warum Impfen für Humanist*innen eine Selbstverständlichkeit sein sollte.

Ausgerechnet das Land der beiden mRNA-Impfstoffentwickler*innnen Özlem Türeci und Uğur Şahin ist ein Land der Impfmuffel? Die Impfskepsis ist vom Standpunkt des praktischen Humanismus, der sowohl auf kritischem, rationalem Denken als auch auf Empathie und Solidarität beruht, unbegreiflich.

Zunächst einmal zum Aspekt der Wissenschaft, der Rationalität. Humanist*innen verbindet die Leidenschaft für das wissenschaftliche Erforschen der Welt. Neugier und kritisches Denken erweitern den Horizont der Menschheit und jedes einzelnen Menschen. Integraler Bestandteil des Humanismus ist daher die Orientierung am jeweiligen bestgesicherten Wissen der Zeit, ist das Bemühen, Entscheidungen aus den verfügbaren evidenzbasierten wissenschaftlichen Erkenntnissen abzuleiten. Und zur Impffrage besagt der wissenschaftliche Konsens eindeutig: Impfen schützt! – sowohl den einzelnen Geimpften als auch die Gesellschaft.

Ja, der Impfstoff wurde in Rekordzeit entwickelt. Und doch gab es keinen Rabatt in Sicherheitsfragen vor der Zulassung. Darüber hinaus gab es noch nie Impfstoffe, deren Sicherheit und Nebenwirkungen so sorgfältig beobachtet wurden wie die Corona-Impfstoffe. Schlicht, weil noch nie so viele Menschen in so kurzer Zeit geimpft wurden. Das schafft eine nie dagewesene statistische Evidenz, um auch seltenste Nebenwirkungen überhaupt zu entdecken. Nein, Langzeitfolgen sind nicht zu befürchten. Was sich nicht binnen sechs Wochen nach der Impfung zeigt, zeigt sich auch nicht sechs Monate, geschweige denn sechs Jahre nach der Impfung.

Ja, Geimpfte können sich trotz Impfung infizieren, können trotz Impfung erkranken, können trotz Impfung andere anstecken. Doch die Viruslast ist bei infizierten Geimpften deutlich niedriger, der Krankheitsverlauf milder. In Abwandlung von Bill Clinton möchte man ausrufen: It's the statistic, stupid! – Das macht es vielleicht auch so abstrakt. Für manche leider zu abstrakt? Doch die Impfung schützt, die Zahlen sind eindeutig. Tragische Ausnahmen gibt es, aber sie fallen im Vergleich nicht ins Gewicht. Die Statistik schlägt die Anekdote.

All das sollte inzwischen hinlänglich bekannt und allgemein anerkannt sein, ist es aber nicht. Obwohl anerkannte, seriöse Wissenschaftler*innen und Wissenschaftsvermittler*innen wie Sandra Ciesek, Christian Drosten, Mai Thi Nguyen-Kim oder Harald Lesch alle notwendigen Informationen aktuell und gut verständlich bereitstellen, folgen andere doch lieber den verworrenen Thesen von Schiffmann, Wodarg, Bhakdi und Co.

> »Die Freiheit des Einzelnen endet dort, wo Freiheit und körperliche Unversehrtheit anderer betroffen sind.«

Dieser ernüchternde Befund führt uns zu einer wichtigen Erkenntnis: Zur kritischen Rationalität, die nicht nur Humanist*innen für sich in Anspruch nehmen, gehört in der praktischen Umsetzung heutzutage in besonderem Maße die Medienkompetenz. Es ist erstaunlich, wie viele und welche Menschen diesbezüglich ein erschreckendes Defizit aufweisen. In der Pandemiebekämpfung fällt uns diese mangelnde Medienkompetenz eines Gutteils der Bevölkerung schmerzhaft auf die Füße. Medienkompetenz als humanistische Kernkompetenz darf daher nicht unterschätzt werden. Denn wer bereits bei Auswahl und Beurteilung der Medien danebenliegt, wird zwangsläufig zu fehlerhaften Schlussfolgerungen, auch für das eigene Handeln, gelangen.

Zum ethischen Aspekt

Natürlich beantwortet die Wissenschaft nicht alle Fragen und löst nicht alle Probleme. Sie hat in unserer Weltanschauung eine wertvolle und hervorgehobene Orientierungsfunktion, jedoch keine ausschließliche und letztgültige. Konstituierend für den Humanismus ist vielmehr die Ethik. Und die humanistische Ethik zeichnet sich aus durch die Betonung der Freiheit, der persönlichen wie der politischen, auf der einen Seite und auf der anderen Seite der Solidarität, der gelebten Empathie, der Verantwortung gegenüber anderen, insbesondere schwächeren Mitgliedern unserer Gesellschaft. In diesem Spannungsfeld Freiheit – Verantwortung – Rationalität bewegen wir uns immer, doch selten ist dies so deutlich wie in der Corona-Pandemie.

Foto Impfen: Shutterstock 1090013051 Superstar

Eine Binsenweisheit lautet: Die Freiheit des Einzelnen gilt nicht schrankenlos. Sie endet dort, wo Freiheit und körperliche Unversehrtheit anderer betroffen sind. Für humanistisch gesinnte Menschen ist es eine Selbstverständlichkeit, dass Freiheit immer mit Verantwortung einhergeht. Anderenfalls würde sie abgleiten in Narzissmus und Rücksichtslosigkeit. Einen Menschen, der seine persönliche Selbstbestimmung ohne jede Abwägung für wichtiger hält als das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit seiner Mitmenschen, wird man schwerlich als Humanisten bezeichnen können, sondern wohl eher als Egoisten.

Ein Schlüsselwort in diesem Kontext ist das der Abwägung. Eine solche ist auch unter dem humanistischen Aspekt selbstverständlich legitim. Niemand verlangt, dass man sein Leben gibt oder auch nur ein hohes Risiko für sein Leben oder seine Gesundheit eingeht, um anderen zu helfen. Aber davon kann vorliegend ja auch keine Rede sein. Im Gegenteil: Die Impfung beinhaltet sogar nachweisbar einen eigenen Vorteil für den Impfwilligen, da die Impfung deutlich weniger Risiken birgt als eine Corona-Erkrankung. Hinzu kommt, dass die Impfung sicher, kostenlos und mittlerweile ohne größeren bürokratischen Aufwand verfügbar ist. Die Belastung des Einzelnen ist also überschaubar.

Auf der anderen Seite stehen zuvorderst die Interessen derjenigen, die aus gesundheitlichen Gründen selbst nicht geimpft werden können oder die wegen einer Grunderkrankung möglicherweise nicht so gut auf die Impfung ansprechen – und folglich besonders gefährdet sind. Zu der aktuell nicht impfbaren Personengruppe gehören zudem alle Kleinkinder unter fünf Jahren. Bei den 5- bis 11-Jährigen liegt die Impfquote noch bei unter 20 Prozent (Stand April 2022), insofern gehören auch mehr als 80 Prozent dieser Personengruppe zum Kreis der Schutzbedürftigen. Zudem sind auch die Freiheitseinschränkungen aufgrund der Pandemieschutzbedingungen in die Abwägung mit einzubeziehen. Diese betreffen die gesamte Gesellschaft, insbesondere die Wirtschaft, Bildungs- und Kultureinrichtungen. Je höher die Impfquote, umso eher können diese uns alle belastenden Freiheitsbeschränkungen fallen.

Die Frage, ob man sich impfen lassen soll oder nicht, ist – wie die obige Abwägung zeigt – keine rein private Frage. Alle, die sich nicht impfen lassen, obwohl keine medizinischen Gründe dagegensprechen, verhalten sich unsolidarisch und belasten die Allgemeinheit.

Schließlich ist es jedem Menschen zu wünschen, dass er im Falle eines Herzinfarkts oder eines schweren Verkehrsunfalls schnellstmöglich in das nächstgelegene Krankenhaus gebracht und intensiv-medizinisch behandelt, dass er im Falle einer Krebsdiagnose ohne Verzögerung operiert werden kann, damit sich der Krebs nicht weiter ausbreitet. Auch wenn die aktuelle Omikron-Variante statistisch zu milderen Krankheitsverläufen führt als vorangegangene Virus-Varianten, so bleibt die Vermeidung der Überlastung des Gesundheitssystems weiterhin ein ernstzunehmender Aspekt. Überdies kann nicht ausgeschlossen werden, dass uns im weiteren Verlauf dieses Jahres eine neue, wieder letalere Variante heimsucht. Wir sollten dann wirklich gewappnet sein.

Gemäß der Verantwortungsethik von Max Weber trägt jeder die Verantwortung für die voraussehbaren Folgen seines Handelns. Die Folgen der grundlosen Impfverweigerung sind voraussehbar und sie sind dramatisch! Mehr als zwei Jahre Pandemie sind genug, 132.000 Corona-Tote sind mehr als genug!

Nimmt man das Konzept des Humanismus im Allgemeinen und das des praktischen Humanismus im Besonderen ernst, sollte man über den vollen Impfschutz verfügen. Die Entscheidung für die Impfung sollte dabei einer intrinsischen Motivation folgen, nicht einer extrinsischen infolge einer staatlichen Impfpflicht. Zudem sollten Humanist*innen in der Impfdebatte klar Position beziehen für die kritische Rationalität und gegen das allgegenwärtige Verschwörungsgeraune, für die Solidarität mit den Schwächsten der Gesellschaft und gegen den die eigene Selbstbestimmung verabsolutierenden Egoismus.

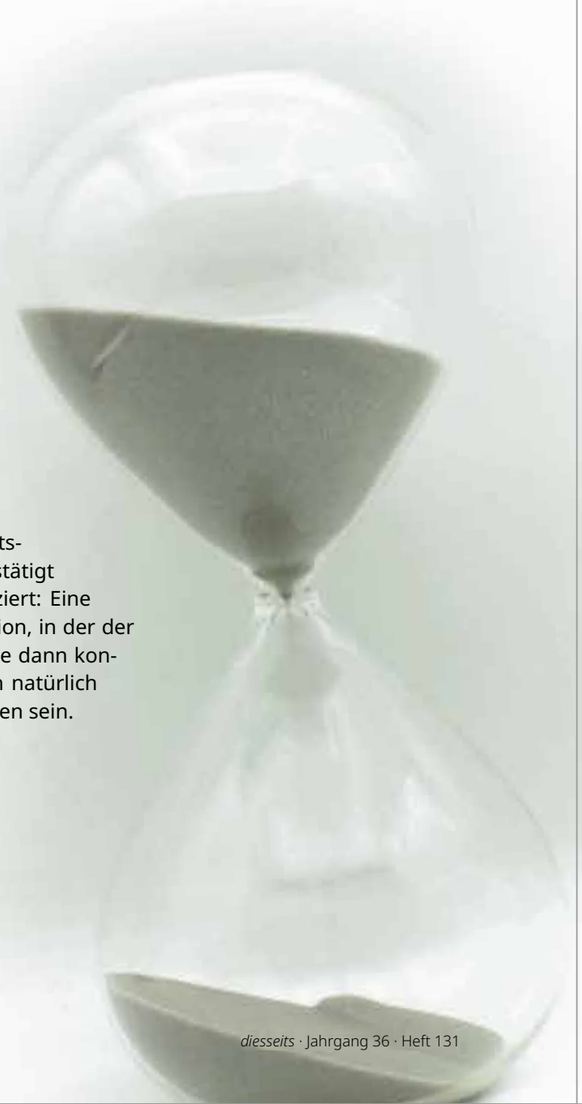
Ingo Heise (*1972) studierte Geschichte, Politikwissenschaft und Jura. Er interessiert sich für die Themen Menschenrechte und ökologische Nachhaltigkeit. Seit 2008 ist er Mitglied im Präsidium der Humanistischen Gemeinschaft Hessen (HuGH).

Foto Impfzentrum: Wikimedia Commons/Raimond Spekking (CC BY-SA 4.0); Foto Heise: Privat

Die Unabänderlichkeiten des Lebens gestalten

Das Interview führte Lydia Skrabania

Selbstbestimmung ist für viele Menschen ein hohes Gut. Doch gerade am Ende des Lebens können Situationen eintreten, in denen man selbst nicht mehr für die eigenen Wünsche und Werte eintreten kann. Hier ist eine Patientenverfügung sinnvoll, in der diese schriftlich niedergelegt sind – auch, um beispielsweise Angehörigen Orientierung zu geben. Darüber haben wir mit **Sabine Schermele** gesprochen, der kommissarischen Leiterin der Zentralstelle Patientenverfügung (ZPV).



Sabine, was regelt eine Patientenverfügung genau?

Die Patientenverfügung ist für den Fall gedacht, dass man sich selbst nicht mehr zu medizinischen Maßnahmen äußern kann. Beispielsweise, weil man sich im Endstadium einer schweren Erkrankung befindet, oder das Gehirn ist durch Schlaganfälle schwer geschädigt. Es besteht also keine Aussicht auf Besserung des gesundheitlichen Zustandes oder auf die Wiedererlangung von Lebensqualität – aber die moderne Medizin könnte einen Menschen dann trotzdem noch jahrelang am Leben erhalten. In einer Patientenverfügung lässt sich festhalten: Wünsche ich dann lebensverlängernde Maßnahmen oder nicht? Wünsche ich eine Linderung meiner Beschwerden, also palliativmedizinische Maßnahmen? Das ist alles recht differenziert ausgedrückt und es gibt hier Qualitätskriterien, an die wir uns beim HVD halten und die vom Bundesgerichtshof in den vergangenen Jahren auch immer wieder bestätigt wurden. Das macht die ganze Sache aber auch kompliziert: Eine Patientenverfügung muss anwendbar sein auf die Situation, in der der Patient oder die Patientin sich gerade befindet, und sollte dann konkrete Handlungsanweisungen geben – und diese sollten natürlich nicht widersprüchlich und auch nicht zu allgemein gehalten sein.

Wie geht ihr bei der Erstellung einer solchen Verfügung vor?

Nun ja, wir »zwingen« die Leute dazu, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Das ist aber auch ein Qualitätskriterium: Man kann anhand der Verfügung sehen, dass sich die betreffende Person mit diesen Fragen wirklich auseinandergesetzt hat. Aufgrund der Qualitätsstandards hinsichtlich der Formulierungen und des Aufbaus der Texte führen wir keine offenen Interviews, sondern die ZPV hat Fragebögen entwickelt, die wir vor Erstellung der Verfügung kritisch prüfen.

Sabine Schermele

Sabine Schermele (*1964) ist Diplom-Soziologin und arbeitet seit 2014 in der ZPV. Sie war zudem viele Jahre als Bundesreferentin beim HVD Bundesverband tätig.

Ihr führt aber auch persönliche Gespräche, richtig?

Ja, das ist ganz wichtig. Vor Corona-Zeiten haben wir auch Vor-Ort-Beratungsgespräche geführt und teilweise Hausbesuche gemacht. Das ist gerade noch etwas zurückgefahren, aber wir freuen uns schon auf die Zeiten, wenn das wieder möglich ist. Wir haben aber auch sehr gute Erfahrungen mit telefonischen Beratungsgesprächen gemacht. Wir gehen dann mit den Leuten durch den Fragebogen und sie können ihre offenen Fragen stellen, damit auch wirklich ganz klar ist, was eine bestimmte Formulierung bedeutet und welche Folgen sie hat.

Was, wenn ich meine Patientenverfügung noch einmal anpassen oder sogar zurückziehen möchte?

Ja, es kann sich immer etwas ändern. Vielleicht verfüge ich jetzt, dass ich in einer bestimmten Situation wiederbelebt werden möchte, aber in einigen Jahren bin ich vielleicht so alt oder so krank, dass ich eine Wiederbelebung prinzipiell ablehne. Unsere Dokumente sind deshalb so gestaltet, dass man selbst Änderungen und Aktualisierungen jederzeit handschriftlich vornehmen und mit Datum und Unterschrift dokumentieren kann. Wir empfehlen daher, dass die Originale unbedingt bei der betreffenden Person verbleiben und die Bevollmächtigten nur Kopien erhalten.

ZPV

Die Zentralstelle Patientenverfügung (ZPV), ein Projekt des HVD Berlin-Brandenburg, ist Deutschlands erste Hinterlegungsstelle. Seit mehr als 25 Jahren informiert die ZPV bundesweit zu Patientenverfügungen und Vorsorge. Mehr unter patientenverfuegung.de

Bevollmächtigte sind Menschen, die ich selbst benenne, also entweder ein Angehöriger oder eine Person meines Vertrauens. Was, wenn ich so jemanden gar nicht habe?

Dafür haben wir das Modell der Hinterlegung bei uns entwickelt: An 365 Tagen im Jahr kann uns dann auch ein Krankenhaus anrufen oder eine Nachricht hinterlassen, dass sie die bei uns hinterlegte Patientenverfügung benötigen.

Du sagtest, ihr »zwingt« die Leute zur Auseinandersetzung mit dem Lebensende. Sicher beschäftigen sich die wenigsten gern mit dem eigenen Sterben, das ist bei uns ja nach wie vor ein Tabuthema.

Das stimmt. Wir machen oft die Erfahrung, dass Leute unseren Fragebogen anfordern, aber sobald es um ganz konkrete Fragestellungen geht – zum Beispiel um künstliche Ernährung –, dann legen sie das Dokument doch erst einmal zur Seite. Dafür habe ich volles Verständnis, auch wenn ich persönlich ganz anders ticke. Für mich ist es wichtig, mich mit den Unabänderlichkeiten des Lebens auseinanderzusetzen. Der Tod ist eben der letzte Abschnitt des gesamten Lebens, das man geführt hat. Ich möchte selbst über mein Leben entscheiden, und zwar gerade auch am Lebensende, und dann nicht anderen die Entscheidung über mich überlassen.

Danke für das Gespräch!

Foto Schermele: Die Hoffotografen; Foto Uhr: Flickr Creative Commons / Forbes Johnston (CC BY 2.0)

»Du musst dein Schema ändern«

Von Ralf Schöppner

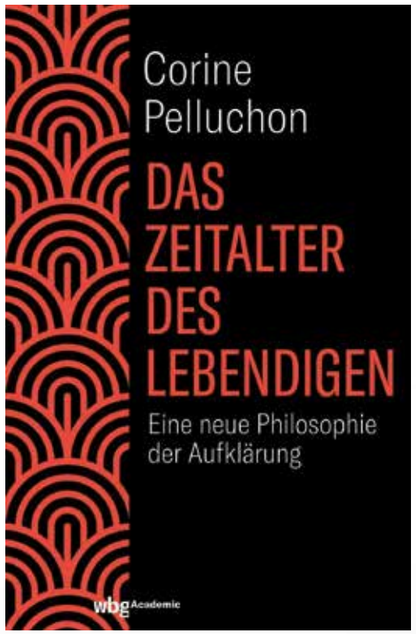
Die Bücher der französischen Philosophin **Corine Pelluchon** sind wegweisend für einen modernen Humanismus. Im letzten Jahr ist in Frankreich und Deutschland zugleich »Das Zeitalter des Lebendigen« erschienen.

Pelluchon, die in Paris lehrt und 2021 als Fellow ans »The New Institute« in Hamburg berufen wurde, argumentiert für einen neuen Humanismus. Das Projekt der Aufklärung sei nicht abgeschlossen, die Berücksichtigung der ökologischen Herausforderung sowie der Interessen der Tiere und anderer Generationen ist noch zu leisten. Die Anliegen feministischer, postkolonialer und postmoderner Kritik an der Aufklärung rechnet sie dem aufklärerischen Streben nach Emanzipation zu. In Pelluchons nicht-hegemonialen Universalismus haben Vernunft und Gleichheit genauso ihren zentralen Platz wie Körperlichkeit und Differenz. Sie bringt die »Allgemeine Erklärung der Menschheitsrechte« von 2015 als Vervollständigung der Menschen- und Bürgerrechte mit dem Ziel ins Spiel, den verkürzenden Individualismus letzterer zu korrigieren. Aufklärung und Humanismus sind ihr nicht Lehre oder Wissensbestand, sondern eine praktische Lebenshaltung, ein allgemeines »Wertschätzungsschema«, das das dominante »Herrschaftsschema« ablösen soll.

2019 war in Deutschland Pelluchons Buch »Ethik der Wertschätzung – Tugenden für eine ungewisse Welt« erschienen (in Frankreich 2018), mit dem sie hierzulande bekannt wurde. Davon ausgehend, dass gerechte gesellschaftliche und staatliche Institutionen auch ebensolche Menschen brauchen, die sie zu beleben verstehen, präsentiert Pelluchon eine moderne Tugendethik. Es geht ihr nicht um die philosophische Rechtfertigung moralischer Prinzipien, sondern um die Gemeinwohlorientierung stärkende Rolle der Selbstverhältnisse von Personen. Motivationale und affektive Kräfte findet sie in der allzu oft ausgeblendeten Verletzlichkeit von Personen. Fernab von Religion stellt sie »Demut« und »Transdeszendenz« heraus: Wir sind fleischliche und gezeugte Wesen und gehören zu einer Welt, die größer und älter ist als wir selbst, die aus vorhergehenden und nachfolgenden Generationen, aus einem natürlichen und kulturellen Erbe besteht. Ziel ist die Kultivierung von Wertschätzung (franz. Original: »considération«, was nicht ganz identisch ist): Wertschätzung des eigenen Lebens, des Lebens anderer Menschen und anderer Lebewesen sowie der dieses Leben ermöglichenden kulturellen und natürlichen Umwelt, in Anbetracht ihrer aller Fragilität.

Ethik und Politik basieren bei Pelluchon auf einer Phänomenologie, der sie einen ontologischen Stellenwert zuschreibt. Das schon 2015 in Frankreich erschienene Buch »Wovon wir leben – Eine Philosophie der Ernährung und der Umwelt« ist seit 2020 auch in deutscher Übersetzung erhältlich. Pelluchon, die im selben Jahr den Günther-Anders-Preis für kritisches Denken erhielt, entwirft hier eine moderne Existenzphilosophie, eine Phänomenologie der Nahrung. Mit Nahrung sind nicht nur Lebensmittel gemeint, sondern all das, wovon Menschen materiell und geistig leben und zehren. Ausgangspunkt ist kein isoliertes Individuum, sondern ein relationales, das immer schon in nährenden Beziehungen zu anderen Menschen und Lebewesen sowie zu Natur und Kultur steht. Das Leben ist primär Genuss und jeder Mangel eine kritikwürdige Schwundstufe. Der von Pelluchon geforderte neue Gesellschaftsvertrag zielt auf die Realisierung eines sich nährenden, genießenden Lebens für alle und den Erhalt ihrer Bedingungen.

Corine Pelluchon war in diesem Jahr zu Gast in der Fortbildung »Humanismus kompakt – Eine Einführung in vier Worten und 540 Minuten« der Humanistischen Akademie Berlin-Brandenburg. Mit ihren Ausführungen zu einem neuen Humanismus hat sie die Teilnehmer*innen aus unterschiedlichen Verbänden und Praxisfeldern beeindruckt. Der Wissenschaftlichen Buchgesellschaft ist dafür zu danken, dass die drei philosophischen Werke auch einer deutschsprachigen Leserschaft zugänglich sind. Die Bücher, wenn auch nicht für jede und jeden so leicht erschwinglich, sind ihr Geld allemal wert.



Corine Pelluchon: »Das Zeitalter des Lebendigen – Eine neue Philosophie der Aufklärung«; WBG; 320 S.; € 50,-; ISBN: 3534273605

Dr. phil. Ralf Schöppner ist praktischer Philosoph und Direktor der Humanistischen Akademien Deutschland und Berlin-Brandenburg.

Foto Rinder: Unsplash 61QOoyzL9co Dylan Leagh, Unsplash iCjqkc_Jsc Aaron Thomas (Composing: Diesseits), Foto: Schöppner: Alle Rechte

Das medizinisch Machbare ist nicht wertfrei

Von Gita Neumann

Die Legitimation für eine medizinische Maßnahme beruht zunächst auf der ärztlichen Indikation für deren Sinnhaftigkeit, das heißt dem fachlich begründbaren Urteil des behandelnden Arztes. Entscheidend bleibt dann die informierte Einwilligung des Patienten. Doch was, wenn auch für seinen mutmaßlichen Willen keinerlei Hinweise vorliegen? Darf dann das Diktat des Machbaren gelten?

Foto Monitor: Unsplash 7P1KdY9wZjA Stephen Andrews

Bei hochbetagten Pflegeheimbewohner*innen stehen sich meist zwei Behandlungsziele gegenüber: lindernde Palliativmaßnahmen zur Förderung der Lebensqualität so lange wie möglich oder bei einer Komplikation die sofortige Krankenhauseinlieferung, auch wenn der Betroffene dadurch zusätzlich stark belastet wird. Überflüssige Eingriffe und technische Verfahren bedeuten häufig Schaden für die betroffenen Menschen und nützen nur der fortschreitenden Ökonomisierung im Gesundheitssystem, denn bezahlt wird dort nach erbrachtem Aufwand. Bundesweit sind sinnlose Operationen, exzessive Blutreinigungen oder quälende Therapien ohne Behandlungsziel und ohne patientengerechte Aufklärung längst keine Einzelfälle mehr. Dies zeigen Recherchen von Alexandra Hardorf für die ARD-Dokumentation »Dem Sterben zum Trotz«. Über 400 Milliarden Euro sind demnach 2020 in diesen stetig wachsenden Wirtschaftssektor geflossen, den längst Großinvestoren für sich entdeckt haben: Sie stecken Unmengen an Kapital in den Aufbau und die Übernahme von Kliniken und Pflegeeinrichtungen sowie in letzter Zeit auch von Arztpraxen.

Der Fall Sening

Die medizinische Indikation, was angemessen, alternativlos und unbedingt notwendig oder mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit sinnvoll wäre, ist ein Baustein für die Legitimation für einmalige oder fortlaufende Maßnahmen. Im Rechtsfall »Sening« fehlte aber nicht nur der dann notwendige – geäußerte oder vorsorglich verfügte – Patientenwille. Es gab vielmehr kein begründbares Behandlungsziel mehr.

Zum Hintergrund: Heinz Sening verklagte nach dem Tod seines Vaters dessen Arzt, weil dieser den schwer demenzkranken und zudem gelähmten Heimbewohner vier Jahre lang durch künstliche Ernährung am Leben erhalten hat, wobei der alte Mann (Jahrgang 1929) von Schmerzen, häufigem Fieber und Erstickungsanfällen gepeinigt war. In seinen letzten Lebensjahren kamen bei schließlich völligem Kommunikationsverlust Druckgeschwüre und Krankenhauseinweisungen aufgrund von Entzündungen (einmal der Gallenblase und viermal der Lunge) hinzu. Der Sohn mit Wohnsitz in Amerika hatte die Verlängerung des Leidens seines Vaters Heinrich Sening vorher vergeblich durch Rechtsmittel zu beenden versucht.

> »Sinnlose Operationen oder quälende Therapien ohne Behandlungsziel und ohne patientengerechte Aufklärung längst keine Einzelfälle mehr.«

Nach dessen Tod im Jahr 2011 (entgegen Lebensrettungsversuchen) wollte er nun als Alleinerbe unterstützt von Rechtsanwalt Wolfgang Putz eine Grundsatzentscheidung herbeiführen – was nur mittels Klage auf Ersatz der Pflegekosten plus Schmerzensgeld möglich war. Der Medizinrechtler Putz vertrat ihn jahrelang mit wechselnden Urteilen durch alle Instanzen, ein Entscheid des Bundesverfassungsgerichtes liegt nun vor (vom 7. April 2022, 1 BvR 1187/19).

Die materielle Forderung wurde, teils auch aus formellen Gründen, letztendlich zwar zurückgewiesen. Höchstrichterlich bestätigt wurde demgegenüber, was mehrere Gutachten belegt hatten: Die Leidensverlängerung von Heinrich Sening war nach medizinischen Standards nicht indiziert, der Verstoß dagegen ein klarer Behandlungsfehler des Arztes. Vorsicht ließen die Bundesverfassungsrichter*innen bei der Frage walten, ob ein Leben überhaupt als »Schaden« bewertet werden dürfe. Allerdings könnten »Kosten der Pflege, Behandlung und Unterhalt ersatzpflichtig sein« – bei fehlerhaftem Verhalten vor allem entgegen einer Patientenverfügung. Doch müssten eine solche für eine gute Versorgung, hinreichende Schmerztherapie und auch palliative Sterbebegleitung dann alle haben?

»Nein, Ärzte müssen auch so richtig behandeln und haben Verantwortung dafür«, erläuterte Putz gegenüber dem Bayerischen Rundfunk die Bedeutung der Indikation. Das Ziel, Leben unbedingt erhalten zu müssen, sei wohl »zu einer früheren Zeit richtig gewesen«. Ärzt*innen hätten seit Jahrzehnten verinnerlicht, dass das Machbare – auch juristisch – zumindest ohne anderslautende Willenserklärung nicht falsch sein könne. Aber, dafür streitet Putz weiter, aufgrund des medizinischen Fortschritts und ökonomischer Fehlanreize muss das vermeintlich wertfreie »Diktat des Machbaren« dringend ethisch und rechtlich hinterfragt werden.

Foto Ausweis: BZgA/Hardy Welsch

Organspende
Ethische Fragen zwischen Leben und Tod

Von Jan-Christian Petersen

Der Mangel an Organspender*innen ist unverkennbar. Mitte April warteten in Deutschland circa 8.500 Menschen auf ein Spenderorgan. Ihnen stehen derzeit jährlich rund 1.000 erklärte Spender*innen gegenüber, denen im Schnitt bis zu drei transplantierfähige Organe entnommen werden können. Wie kann es da gelingen, die Spendenbereitschaft zu erhöhen?

Vor dem Hintergrund, dass jedes einzelne Organ zählt und Leben retten kann, stehen wir vor einer dramatischen Entwicklung für die rund 8.500 Patienten auf den Wartelisten«, warnt Dr. Axel Rahmel, medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Im ersten Quartal 2022 habe es 194 Transplantationen weniger gegeben als im Vorjahreszeitraum. Die Zahl der Spender sei um 29 Prozent, die Zahl der entnommenen Organe um 28 Prozent gesunken. Die Gründe dafür seien auch auf eine coronabedingte Mehrbelastung in den Intensivstationen zurückzuführen, dennoch sei die DSO von den Zahlen überrascht worden.

Um derartigen Entwicklungen entgegenzuwirken, ist Anfang März 2022 das neue »Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende« in Kraft getreten. Unter anderem ist vorgesehen, dass Hausärzte ihre Patientinnen und Patienten nun bei Bedarf alle zwei Jahre ergebnisoffen beraten. Außerdem soll Grundwissen zur Organspende verstärkt in Erste-Hilfe-Kursen vermittelt werden. Auch wer einen Personalausweis verlängert oder beantragt, erhält auf dem Einwohnermeldeamt nun Informationen zur Organspende. In diesem Zusammenhang ist zudem ein neues Organspenderregister geplant, in das sich Bürgerinnen und Bürger direkt auf dem Meldeamt, aber auch von zu Hause aus eintragen können. Weil aber die Coronakrise die anzuschließenden Krankenhäuser noch immer vor eine Mehrbelastung stellt, wird das Register wohl nicht vor Ende 2022 eingerichtet sein. Deshalb kann auch noch keine verlässliche Aussage zu einem möglichen Erfolg der neubeschlossenen Maßnahmen auf den Meldeämtern getroffen werden.

Der HVD Bundesverband hatte sich bereits im Vorfeld der Gesetzesänderung Anfang 2020 in die Debatte darüber eingebracht. In einer Presseerklärung kritisierte Vorstandssprecher Erwin Kress einige Aspekte der inzwischen beschlossenen Strategie: »Schon jetzt senden die Krankenkassen alle zwei Jahre entsprechendes Informationsmaterial an alle Versicherten, und an vielen Stellen liegen Organspendeausweise aus. Es ist daher sehr fraglich, ob die Unterlagen auf den Einwohnermeldeämtern dann intensiver gelesen oder die geplanten Computerterminals zur direkten Eingabe der Entscheidung dort genutzt werden.«

Der Organspendeausweis und Informationsbroschüren können bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) kostenfrei bestellt werden:
per Post: BZgA, 50819 Köln
per Fax: 0221 8992-257
per E-Mail: bestellung@bzga.de
Infotelefon Organspende:
0800 9040400
Informationen im Internet:
organspende-info.de

Um zu erkunden, wie es praktisch um die Umsetzung der Reform bestellt ist, hat sich der Verfasser dieses Textes kurzerhand selbst auf das eigene Meldeamt im Husumer Rathaus (Nordsee) begeben und nachgesehen. Fazit: Während alle anderen Broschüren *offen und öffentlich* im Foyer des Rathauses ausliegen, befinden sich einzig die Informationen zur Organspende abgeschirmt in den Büros der dortigen Meldestelle. So werden Menschen, die sich informieren möchten, vor zusätzliche Hürden gestellt – zumindest in Husum. Begleitende Auskünfte gibt es dort auch auf Nachfrage nicht, dafür habe man keine Zeit. Dadurch, dass die Registrierung als Organspender so exklusiv auf den Meldeämtern erfolgt, wird suggeriert, bei der Beschaffung eines Organspendeausweises handle es sich um einen offiziellen Verwaltungsakt, der mit der Beantragung eines Personalausweises vergleichbar wäre. Doch das ist nicht der Fall. Der Organspendeausweis ist eine Plastik- oder Papierkarte zum Selbstausfüllen.

»Um sich wirksam zum Organspender zu erklären, würde es genügen, die dazu notwendigen Informationen auf einen Zettel zu schreiben, den man sich ins Portemonnaie legt.«

*Postmortale Organ-spender*innen in Deutschland 1998–2020*

Um sich wirksam zum Organspender zu erklären, würde es diesbezüglich auch genügen, die dazu notwendigen Informationen auf einen Zettel zu schreiben, den man sich ins Portemonnaie legt.

Broschüren rund um die Organspende gehören dorthin, wo sich Bürgerinnen und Bürger allgemein über soziale und medizinische Angebote informieren. Das können die Auslagen von humanistischen, aber vor allem auch von öffentlichen Einrichtungen sein: Gesundheitsämter, Volkshochschulen, Rathäuser und Stadtbibliotheken. Mitarbeitende können das realisieren. Dazu bedarf es nur eines Anrufs beim *Infotelefon Organspende* unter 0800 9040400.

»Der Blick auf das eigene Sterben ist mit einem Tabu behaftet. Dabei lohnt es sich, genauer hinzusehen.«

Menschen, die auf ein Spenderorgan warten, stehen existenziellen Ungewissheiten gegenüber. Für sie geht es ums Überleben. Auch ethische Fragen können zur Belastung werden. Ein Arzt erklärte auf Nachfrage, es sei beispielsweise für viele Wartende ein Dilemma, dass ein anderer Mensch erst sterben müsse, damit man selbst weiterleben könne.

Auf Spenderseite sind die Zweifel von anderer Qualität. Sie zeigen sich oftmals erst auf den zweiten Blick. Laut einer Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von Mai 2020 sind zunächst 73 Prozent der Deutschen bereit, nach dem Tod ihre Organe zu spenden. Doch von der abstrakten Befürwortung bis zur konkreten Absichtserklärung geht dieser Wille offenbar verloren. Das zeigt sich an der geringen und an der jüngst auch noch rückläufigen Anzahl von Menschen, die tatsächlich erklärte Organspender sind.

In unserer Gesellschaft ist der Umgang mit dem Tod weitgehend aus dem öffentlichen Leben ausgeklammert. Der Blick auf das eigene Sterben ist ohnehin mit einem Tabu behaftet. Dabei lohnt es sich, genauer hinzusehen, um vielleicht nicht eine letzte, aber doch das größtmögliche Maß an Gewissheit zu gewinnen, was das eigene Verhältnis zur Organspende anbelangt.

Der Humanistische Verband Deutschlands plädiert daher für zwei Dinge. Einerseits rät er dazu, verstärkt über die medizinischen Abläufe aufzuklären, die für Organspender*innen streng geregelt sind. Die DSO gibt darüber telefonisch, aber auch über deren Webseite detailliert Auskunft. Auf der anderen Seite spricht sich der HVD für eine Stärkung ergebnisoffener Beratungsangebote im Rahmen von Patientenverfügung und Gesundheitsvollmacht aus.

Derzeit gilt in Deutschland, dass ein Organspender aktiv seinen Willen zur Organspende erklären muss. Diskutiert wurde im Vorfeld der Gesetzesänderung aber auch die sogenannte Widerspruchslösung. Das heißt, dass alle Menschen hierzulande erst einmal als mögliche Organspender gelten würden, bis sie aktiv widersprächen. Doch der HVD sah damals in beiden Vorgehensweisen nicht die Lösung des eigentlichen Problems. Eine Neubewertung der Frage steht noch aus. Unabhängig davon hält es der HVD für zielführend, die Zahl der erklärten Organspender dadurch zu erhöhen, indem man Menschen mit medizinischer Aufklärung und mit ergebnisoffenen Gesprächen zu einer reflektierten und eigenständigen Entscheidung verhilft.

Jan-Christian Petersen ist aktivistischer Schriftsteller. Mehr Informationen zu seiner Arbeit sind unter www.j-c-p.eu zu finden. Er ist Mitbegründer der Humanistischen Initiative Schleswig-Holstein (humini.de).

Grafik: Statista; Foto Petersen: Privat

Anzeige

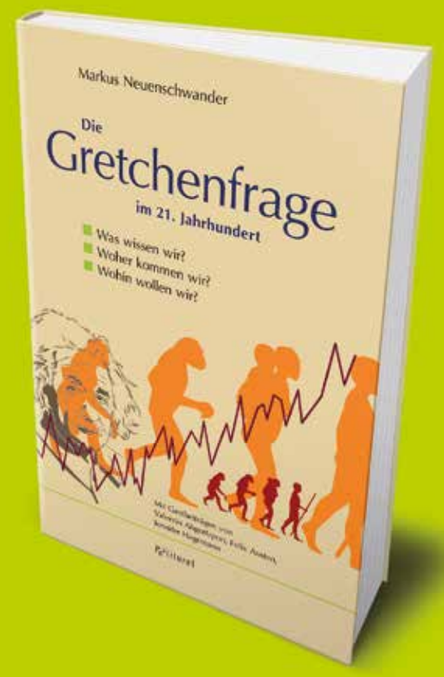
Je besser wir Menschen unser Denken als Ergebnis der Evolution verstehen, desto besser gelingt uns die Gestaltung unserer globalen Zukunft.

- Teil I: Was wissen wir? Die Zauberkunst lehrt uns, warum es kein subjektives Wissen gibt. Was ist verlässliches Wissen?
- Teil II: Woher kommen wir? Unser Denken ist mit seinen Möglichkeiten und Grenzen ein Ergebnis der Evolution. Wie funktioniert es?
- Teil III: Wohin wollen wir? Wir Menschen stehen vor großen globalen Problemen. Wie setzen wir unser biologisches Denken am besten ein, um sie zu lösen?

Die Gretchenfrage im 21. Jahrhundert

Markus Neuenschwander – Gastbeiträge von Valentin Abgottspon, Felix Austen und Jennifer Hagemann

ISBN 978-3-9525427-0-5, Partitura Verlag
Euro 39.00
Leseproben und Bestellung: www.gretchenfrage21.com
Auch im Buchhandel erhältlich



ohne **diesseits** *fehlt etwas*

seit 1987

***diesseits* im Wandel:**

Wie soll unser humanistisches Magazin in Zukunft aussehen?

Welche Wünsche und Anregungen haben Sie?

Wir freuen uns über Ihr Feedback!

Schreiben Sie an: redaktion@diesseits.de.