

verstand keiner von ihnen so recht, weshalb ich bei ihnen landete. Und irgendwie paradox war die Situation schon, war doch, wie ich irgendwann mal erfuhr, mindestens einer von ihnen hier im Gefängnis, weil ihm unter anderem ein Mord angelastet wurde. – Mörder oder Dienstverweigerer: Vor dem Gesetz sind alle gleich!

Allerdings habe ich nun nach meiner Haftstrafe, die schon drei Jahre zurückliegt, nicht etwa mit der Armee nichts mehr zu tun. Zwar bin ich aus ihr ausgeschlossen, aber ich bezahle seither jährlich Militärflichtersatz. Dies ist der lange Arm der Armee, dem in unserem Land nicht mal Behinderte entkommen! Noch bezahle ich diese Steuer, auch wenn mir bewußt ist, daß ich jetzt finanziell unterstütze, was ich von meinem Gewissen her mit meinem persönlichen Einsatz nicht mehr unterstützen konnte. Der nächste, vielleicht letzte Schritt steht mir also noch bevor.

Hier endet mein Erlebnisbericht vorläufig. – Vielleicht rebellierte in mir ein kleiner Michael Kohlhaas. Vielleicht mußte ich diesen Konflikt zwischen meinem Gewissen und dem Gesetz austragen, um zu mir selbst zu finden. Vielleicht wird die Zeit noch ganz andere Zusammenhänge und verdeckte Motivationen an den Tag bringen. Oder vielleicht hat sich das Gewissen geirrt, und ich hätte aus Gründen der Solidarität mit vielen Schweizern und wenigen Schweizerinnen in der Armee bleiben sollen. – Es bleiben offene Fragen. Aber daß ich dieses eine Mal trotz aller Konsequenzen meinem Gewissen gefolgt bin, das bereue ich nach wie vor nicht.

Regina Winkelmann-Perler

Gewissensentscheidung im medizinischen Bereich

Im folgenden werden einige medizinische Bereiche beschrieben, die heute für sittliches Handeln besondere Herausforderungen darstellen. red

Wohl kaum eine andere Disziplin hat durch die moderne Forschung eine solche Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten erfahren wie die Medizin. Nebst den stets zusätzlichen Möglichkeiten zur Diagnostik und

den laufenden Fortschritten der Therapie denke man hier vor allem an das Gebiet der Intensivmedizin sowie den gesamten brisanten Bereich der Reproduktionsmedizin und Organtransplantation. Alle diese neuen Methoden greifen tief in das Leben des Menschen ein und sind daher ebenso mit Erwartungen als auch mit Ängsten besetzt.

Wie ist mit diesen neuen Möglichkeiten umzugehen? Welcher medizinischen Ethik wird Rechnung getragen?

Der kranke Mensch ist in seiner Vollständigkeit, in seiner Harmonie gestört. Die Infektion des ärztlichen Handelns besteht grundsätzlich darin, die Ursachen des Leidens des Patienten aufzufinden und dieses Leiden zu heilen oder wenigstens zu lindern. Der Patient andererseits erwartet, daß ihm geholfen wird, sich auf die Folgen seiner Krankheit vorzubereiten, welche seinem Leben unter Umständen einen neuen Sinn geben kann. Dies impliziert, daß der Arzt sich der Begegnung mit dem Patienten als Person öffnet und zu einem gewissen Teil am Lebensschicksal und am Lebenssinn des Patienten teilnimmt. Er trägt die Verantwortung nicht nur für den geordneten, zweckmäßigen Ablauf der somatischen Prozesse, sondern bis zu einem gewissen Grad auch für Glück und Sinngewinn im Leben des Patienten. Weil sich die Zielsetzung des ärztlichen Handelns auf so hohe Güter wie Schutz des Lebens, Linderung des Leidens und Mehrung der Lebensqualität richtet, unterliegt sie nicht nur dem Anspruch sachgerechten Vorgehens, sondern auch jenem ethischer Normen. Es besteht immer wieder Uneinigkeit darüber, wie die Medizin als Wissenschaft zu bestimmen sei. Zwar bezieht die Medizin die Grundlagen von den theoretischen Fächern, welche sie zur Erarbeitung der Krankheitsbilder anwendet, sie ist aber letztendlich eine praktische Wissenschaft, da es um die Ermöglichung eines vernünftigen Handelns am individuellen Patienten geht. Dieses Handeln fordert täglich Gewissensentscheidungen. An einzelnen, immer wieder aktuellen Problemfeldern soll die Herausforderung des Arztes durch das Mögliche und dessen Begrenzung aufgezeigt werden.

Sterilitätsbehandlung

Die Reproduktionsmedizin ist die Lehre von der menschlichen Fortpflanzung und ihren

Störungen. Nachdem bislang die Entstehung und die Frühphase menschlichen Lebens ausschließlich Naturgesetzen unterworfen waren, besteht heute die Möglichkeit, diesen Prozeß von außen mitzubestimmen. Moderne Techniken erlauben die Steuerung einer Eizellreifung, die Durchführung einer Befruchtung, Bewertung der Teilstadien dieser Zelle und Entscheidung über den Transfer der Embryonen. Insgesamt hat die Entwicklung der modernen Reproduktionsmedizin bei der Bevölkerung Angst und Beklemmung hervorgerufen. Der zentrale Einwand gegen die modernen Techniken beruht darauf, daß die ganze Fortpflanzungstechnologie weiterentwickelt worden sei, ohne auf das Leib-Seele-Problem des Menschen Rücksicht zu nehmen. Sicher steht in einer Sterilitätsbehandlung genauso das Leiden des Patienten, in diesem Fall der unerfüllte Kinderwunsch des Paares, im Vordergrund. Wie aber geht man als Arzt/Ärztin damit um? Besteht die Therapie tatsächlich in der Erfüllung des gemeinsamen Kinderwunsches und nicht nur der Herstellung des Selbstwertgefühls des sterilen Paares? Hinter überwertigem Kinderwunsch stehen oft Probleme, die viel mit Wünschen der Eltern, oft aber sehr wenig mit dem gewünschten Kind zu tun haben. Bei aller Anerkennung des Leidensdrucks der Partner ist die Behandlung vor allem aber auf das künftige Wohlergehen des Kindes auszurichten. Wer stellt diesbezüglich klare Richtlinien auf? Erfahrung und Zeit für das gemeinsame Gespräch sowie persönliche ethisch-moralische Vorstellungen sind hierbei wahrscheinlich viel maßgebender als die moderne Technik selbst.

Schwangerschaft – Geburt

Nicht nur die Patientin, auch der Arzt/die Ärztin werden in der modernen Schwangerschen- und Geburtsmedizin zum Objekt von Daten und Apparaten. Er/Sie wird gleichermaßen zum „Überwachungsmanager“. Betrachtet man allein die Entwicklung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit, so scheint dieser Fortschritt nur positiv zu sein. Nebst der Technifizierung der Geburtshilfe und der prophylaktischen Überwachung der Schwangeren tragen aber auch eine ganze Reihe anderer Faktoren zu dieser Entwicklung bei.

Ich denke hier an den Schwangerschaftsabbruch aufgrund der Pränataldiagnostik: Geschädigte oder normabweichende Feten werden herausgefiltert. Nicht mit dem Überleben vereinbare Schädigungen erleichtern einem sicher die Entscheidung zu diesem Schritt. Schwierig aber erscheint die große Grauzone von Schädigungen mit nicht sicher absehbarer Entwicklung. Zusammen mit den Eltern verspürt man die Grenzen, ist man auf der Suche nach Wertkriterien. Schlußendlich sind es Gewissensentscheide, die mit Hilfe der ärztlichen Beratung und Hilfe jedoch von den Eltern getroffen werden müssen.

Auch die Lebenserhaltung immer jüngerer Frühgeburten drückt sich in der Statistik aus. Häufig läßt die Notfallsituation es nicht zu, über den (eventuell vorschnellen?) Einsatz von modernen Techniken zu diskutieren. Es bleibt keine Zeit, mit den direkt Betroffenen, nämlich den Eltern, in Ruhe den Nutzen und die möglichen Risiken, sprich Schädigungen, für das Kind abzuwägen. Aber auch bei ausreichend Zeit fällt die Entscheidung nicht einfach. Was bedeuten bezüglich Verlauf Prozentzahlen? Den einzelnen trifft es meist mit null oder hundert Prozent. Die Schwierigkeit der ärztlichen Betreuung liegt dabei vor allem in der Beeinflussbarkeit betroffener Eltern. Ist man sich als Arzt/Ärztin dieser Macht stets bewußt? Wie geht man damit um?

Unter dem Einfluß des weitgefaßten Gesundheitsbegriffes laut WHO werden immer neue Anspruchshaltungen induziert und neue Inhalte von Heilbehandlungen hervorgerufen. So erwartet die Gesellschaft vom Gynäkologen, daß er/sie nach von ihr vorgegebenen Indikationen Leben vernichtet und bei gegensätzlicher Indikation unter Einsatz neuester Techniken an der Menschwerdung mitwirkt. Gerade hier wird deutlich, wie medizinischer Fortschritt auf der einen Seite und die Begehrlichkeit des Menschen auf der anderen Seite Arzt und Patient herausfordern, ethische Grenzen wahrzunehmen und anzuerkennen.

Gespräch am Krankenbett

Ein guter Arzt bringt neben all seinem objektivierbaren Fachwissen seine ganze Persönlichkeit in das Gespräch mit dem Kranken ein. Inwiefern bietet er jenseits der

Fachentscheidungen stellvertretend Verantwortung an und übernimmt diese für den Bereich der menschlichen Aspekte von Krankheit?

Der häufig für das ärztliche Gespräch mit Kranken über Diagnose und Prognose einer Krankheit und/oder eines Eingriffs gebrauchte Begriff „Aufklärung“ bezeichnet die Information über medizinische Sachverhalte in ihren naturwissenschaftlichen und technischen Dimensionen. Beinhaltet sie Wahrheit am Krankenbett? Wahrheit aus der Sicht des Kranken ist auf ihn speziell und sein Schicksal bezogen und gültig. Sie beinhaltet nach seinem Verständnis eine Individualprognose, die nach strengen Kriterien von Naturwissenschaft und Technik schwerlich umfassend gegeben werden kann. Aufklärung bedeutet in gewissem Umfang ein Berühren von Grundfragen, fordert eine ganzheitliche Betrachtung, für die meist wenig Raum gelassen wird. Art und Umfang der Aufklärung soll sich stets nach dem Vermögen des Kranken, der Argumentation des Arztes zu folgen, richten. Für den Arzt/die Ärztin bedeutet dies zunächst, den Kranken so zu erkennen oder zu erahnen, wer er ist, was er will und vor allem was er tragen kann. Angst vor Subjektivität und Fehlbarkeit leiten dabei zu einem uneingeschränkten Informationsfluß gegenüber dem Patienten. Dieser fühlt sich in der Folge isoliert und ausgesetzt. Je ernster die Krankheit, je unsicherer die Prognose, desto behutsamer sollte die Aufklärung erfolgen. Es liegt schlußendlich in der ganz persönlichen Haltung jedes Arztes/jeder Ärztin, das Gespräch am Krankenbett so zu führen, daß der Kranke nicht überfordert wird und vor allem nicht nur Angst und Hoffnungslosigkeit übrigbleibt.

Intensivmedizin

„Niemals wollte er, von Apparaten abhängig, in einer Intensivstation die letzten Tage seines Lebens verbringen, erklärt der junge, gesunde Mann immer wieder. Wenn seine Frau oder seine Angehörigen zu entscheiden hätten, sollten sie die Geräte abschalten lassen. – Noch vor seinem 30. Lebensjahr erkrankt der Mann an Blutkrebs. Obwohl es für sein Leiden kaum eine Heilungschance gibt, willigt er in eine Knochenmarkstransplantation mit höchst belastender Chemo-

therapie ein. Er erholt sich für ein paar Monate, muß dann aber wieder in die Klinik zurück, weil die Leukämie erneut ausgebrochen ist. Diesmal entscheidet er sich gegen die Wiederholung der potentiell lebensretenden Behandlung. Seine letzten Tage verbringt er in einer Intensivstation. Morphium hält seine Schmerzen halbwegs in Schach. Er stirbt schließlich in den Armen seiner Frau.“

Eine traurige Geschichte. Vom ethischen Standpunkt ist sie dennoch sowohl für die behandelnden Ärzte als auch für die Ehefrau kein Dilemma: Der Patient war wach und bewußt, er traf seine Entscheidungen und handelte eigenverantwortlich.

Was aber, wenn er nicht imstande gewesen wäre, sich zu seinem Schicksal zu äußern? Hätte seine Frau – die früheren Aussagen des jungen Mannes im Kopf – darum bitten sollen, jegliche Behandlung zu unterlassen? Oder hätte sie die damaligen Äußerungen des Todkranken nicht als echte Entscheidung werten dürfen? Wie hätten Ärzte entscheiden sollen, wenn ihnen weder der Wille des Patienten noch die Meinung eines Angehörigen bekannt gewesen wäre?

Solche Fragen der medizinischen Ethik zählen zu den schwierigsten, mit denen sich Ärzte und Pflegepersonal auseinandersetzen müssen. Ein gesellschaftlicher Konsens läßt sich hier nie erzielen, da die Kritik an den lebensverlängernden Maßnahmen der „Apparatemedizin“ um so deutlicher ausfällt, je geringer die individuelle Betroffenheit ist. Die „Arroganz der Gesunden“ darf aber für das Schicksal von Schwerkranken keine Rolle spielen. Nicht selten stehen Ärzte – gerade auf der Intensivstation – vor der Situation, sich im Grenzbereich zwischen Leben und Tod zu einem Entschluß durchringen zu müssen. Solch eine Entscheidung kann für Mediziner durchaus juristische Folgen haben. Mit der auf Intensivstationen vorhandenen Technik läßt sich heute im Prinzip jedes Leben für eine gewisse Zeit verlängern. Die Aufgabe der Intensivmedizin besteht darin, für eine begrenzte Zeit Körperfunktionen zu stützen oder zu übernehmen, deren Wiederherstellung prinzipiell möglich erscheint.

Die prinzipielle Verlängerbarkeit des Lebens aber ist die eigentliche Ursache des vielleicht größten Dilemmas. Ist der Wille

des Patienten oder seiner Angehörigen nicht bekannt oder kann dieser aufgrund von Bewußtseinseinschränkungen nicht frei entscheiden, steht man als Arzt/Ärztin vor der schwierigen Aufgabe, den Verlauf einer Therapie abzuwägen und daraufhin eine Prognose zu erstellen. Zwar ist die Erfahrung der Behandelnden dabei von wesentlicher Bedeutung, doch nicht selten müssen sie eine Intensivtherapie beginnen, um zu erkennen, ob sie überhaupt angebracht war. Das wohl wichtigste Kriterium bei so schwerwiegenden Entscheidungen bleibt die Beurteilung der „Lebensqualität“. Diese bedeutet nebst der Betrachtung der körperlichen Verfassung die Berücksichtigung von psychischem Befinden, der sozialen Beziehungen sowie der Funktionsfähigkeit des Patienten in Alltag und Beruf.

Das größte Problem ist wohl die Notwendigkeit, Grenzen zu ziehen: Vermutlich würde sich die Mehrheit der Betroffenen gegen die qualende Behandlung eines Schwerstverletzten wenden, wenn dieser im Falle des Überlebens ohnehin keine Aussicht auf ein menschenwürdiges Leben hätte. Wie steht es aber um das Sterben in Würde, wenn die statistische Überlebenschance nicht bei 1:1000, sondern bei 20 Prozent liegt? Beileibe kein Anlaß, das Abschalten der Apparate zu fordern. Der künstlich verlängerte Sterbevorgang der restlichen 80 Prozent ist dabei wohl ein Tribut, der von allen übernommen werden muß.

Sterben und Tod

Sterben ist ein Stück Leben. Tod und Sterben fallen nicht zusammen. Der Tod bedeutet ein Ende, einen Zustand. Das Sterben hingegen ist der Weg, den der Mensch in seiner letzten Lebensphase bis zum Tod zurücklegen muß. Es ist immer ein kürzeres oder längeres Stück Leben. Der Beistand, den wir den Sterbenden leisten, ist daher immer ein Stück Lebenshilfe, eine Hilfe im letzten beschwerlichen Stück unseres Lebens.

Das Gespräch über Sterben und Tod findet zwischen Arzt und Patient nur selten statt. Häufig will und kann der Kranke sein Sterben nicht im Gespräch objektivieren und damit realer werden lassen. Vielleicht fürchtet er die ärztliche Aussage des bevorstehenden Todes, welche die verbliebene Hoffnung

auf Leben zerstört. Pflicht des Arztes ist es wohl nur, für ein Gespräch über das Sterben bereit, dafür offen und vorbereitet zu sein, wenn der Kranke es wünscht, oder auf kleine Hinweise, die durchaus gegeben werden sollen, reagiert.

Soll man dem Schwerkranken alles sagen? Soll er genau wissen, wie es um ihn steht? Gewiß hat jeder Kranke den selbstverständlichen Anspruch, daß man ihn nicht belügt. Er hat das Recht, die Wahrheit zu wissen. Aber gerade die Wahrheit über Leben und Tod hat einen sehr persönlichen Charakter. Die Art und Weise, wie sie mitgeteilt wird, ist sehr entscheidend. Die Gabe, dem Patienten die Wahrheit so zu sagen, daß er sie aufnehmen kann, bedarf feinen Gespürs und innerer Reife von Arzt und Pflegepersonal. Nicht jede Frage bedarf sogleich einer erschöpfenden Antwort. Am schwierigsten zu beantworten bleibt aber nicht die Frage nach dem Zustand und nach den Heilungschancen; viel schwieriger ist die Antwort auf die Frage nach dem Sinn des Sterbens. Der Kranke stellt sie uns früher oder später, direkt oder indirekt.

Für den Arzt/die Ärztin hat die Frage nach dem Sinn von Krankheit, Behinderung und Tod eine besondere Bedeutung. Krankheit und Tod gehören zu der ihn/sie ständig begleitenden Realität und zeigen stets auch die Grenzen und die verbleibende Ohnmacht des eigenen ärztlichen Handelns.

Nebst der enormen Erweiterung der medizinischen Handlungsmöglichkeiten hat sich wohl auch die Ethik in der Medizin verändert. Aus der ursprünglich einfach strukturierten Einheit der Arzt-Patienten-Beziehung ist unter den Bedingungen der modernen Medizin ein komplexes Gefüge von Personen, Institutionen und Methoden geworden. Nur wenn es dem Arzt/der Ärztin gelingt, die verschiedenen Elemente dieses Gefüges in das ärztliche Handeln zu integrieren, kann er/sie die Einheit des ärztlichen Handelns wahren und seiner Verantwortung gerecht werden. Sein/ihr Handeln erfolgt im Rahmen eines Gesundheitssystems, das aufgrund seiner Voraussetzungen und Folgen alle betrifft und dessen Regelung nicht mehr innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung und nicht mehr allein durch den Berufsstand der Ärzte erfolgen kann, sondern öffentlich geschehen muß. In

diesem Sinn können Gewissensentscheide im medizinischen Bereich auch nicht mehr allein von ärztlicher Seite gefällt werden; gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen muß entsprechend der individuellen Situation nach derjenigen Lösung gesucht werden, die dem Patienten die höchstmögliche Lebensqualität erlaubt.

Gerda Peschke

Freiräume schaffen für lebensbejahende Gewissensentscheidungen

Das Beratungskonzept der Aktion Leben

Verantwortungsbewusste, partnerschaftliche Empfängnisverhütung ist der beste Weg, ungewollte Schwangerschaften und Abtreibungen zu vermeiden. Eine umfassende Information über die Methoden gehört daher zum Beratungskonzept der Aktion Leben ebenso wie das Bemühen, im Konfliktfalle Freiräume für eine eigenständige Gewissensentscheidung zu schaffen. red

Fristenregelung – ein notwendiges Übel?

Nach § 96 STGB ist der Schwangerschaftsabbruch in Österreich grundsätzlich verboten. Allerdings wird dieses Verbot bereits in Paragraph 97 eingeschränkt, der die Abtreibung unter bestimmten Voraussetzungen für straffrei erklärt. Wird der Abbruch innerhalb von drei Monaten von einem Arzt durchgeführt und geht ihm eine ärztliche Beratung voraus, sieht der Gesetzgeber von jeglicher strafrechtlichen Verfolgung ab. Diese gesetzliche Regelung, als Fristenregelung allgemein bekannt, erhält in der sogenannten Indikationenregelung eine Ergänzung: Bei gesundheitlicher Gefährdung der Mutter, bei zu erwartender Behinderung des Kindes oder wenn zum Zeitpunkt der Empfängnis die Mutter unter 14 Jahre alt ist, kann das Kind ohne Einhaltung irgendeiner Frist (an sich bis unmittelbar vor Einleitung des Geburtsvorganges) straffrei abgetrieben werden.

Was diese Gesetzeslage in der Praxis bedeutet, sei an einer vor kurzem in England durchgeführten Abtreibung aufgezeigt: Ein

als behindert diagnostiziertes Kind wurde in der 27. Schwangerschaftswoche per Kaiserschnitt abgetrieben. Es war voll lebensfähig, verstarb aber aufgrund nicht erfolgten ärztlichen Beistandes nach einem 45minütigen Totekampf. Daß sich die Diagnose als falsch herausgestellt hatte und das Kind völlig gesund war, verstärkt nur dieses Drama, das sich aufgrund der auch in Österreich geltenden Indikationenregelung ebenso bei uns hätte zutragen können.

Es gibt Gruppen oder auch einzelne Persönlichkeiten in Österreich, die in der Fristenregelung die Ursache für die hohen Abtreibungszahlen in unserem Land sehen und daher in ihren Überlegungen folgerichtig eine Änderung dieser strafrechtlichen Bestimmungen fordern. Die Aktion Leben teilt diese Auffassung nicht. Als Verein, der bereits seit 40 Jahren durch umfassende Beratungstätigkeit und konsequente bewußtseinsbildende Arbeit für den Schutz des ungeborenen Lebens eintritt, wissen wir, daß ein Gesetz, das nicht von der Mehrheit der Bevölkerung zumindest im Unterbewußtsein angenommen wird, keine Chancen hat, ernst genommen zu werden. Es ist eine Illusion anzunehmen, daß eine Gesetzesänderung automatisch auch eine Haltungsänderung der Menschen bewirken würde. Auch das Abtreibungsverbot vor 1975 hat das ungeborene Leben nicht wirklich zu schützen vermocht. Zu viele getötete Kinder und zu viele in Hinterzimmern von Engelmacherinnen verpfuschte Frauen sollten uns endlich von der Illusion Abschied nehmen lassen, daß die Zahl der Abtreibungen durch eine Änderung des Strafrechtes verringert werden kann.

Der Weg zur Vermeidung von Abtreibungen führt nicht über eine strafrechtliche Verschärfung, sondern über Bewußtseinsbildung und Empfängnisverhütung einerseits und über Beratung und praktische Hilfe andererseits.

Zu verantwortungsbewußter Empfängnisverhütung

Die Wissenschaft arbeitet für „uns“. In der Medizin und pränatalen Psychologie wird immer deutlicher, daß das menschliche Leben ein Kontinuum ist, das mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle beginnt und sich von da ab ohne weiteren qualitati-