

Andreas Zieger

Medizin und Gewissen – neu denken?¹

Beim Nachdenken darüber, mit welchem Thema ich zu dieser Veranstaltung wohl beitragen könnte, ist mir wegen der aktuellen Entwicklungen in der Medizin und aktuellen Sozialpolitik das Motto der beiden Kongresse “Medizin und Gewissen” in den Sinn gekommen. Sie wurden in den Jahren 1996 und 2001 von der Internationalen Ärzteorganisation zur Verhütung eines Atomkrieges bzw. Ärzte in sozialer Verantwortung (IPPNW) durchgeführt und haben sich unter anderem mit dem Thema “Euthanasie” beschäftigt haben. Ansonsten scheint Ihr Gedenk- und Arbeitskreis hier in Wehnen der einzige in der Region zu sein, der sich mit dem Thema auseinandersetzt.

In einem Bericht in der Frankfurter Rundschau war vor einigen Tages zur Gründung der neuen Enquete “Ethik und Recht in der modernen Medizin” zu lesen: “Heute ist vielen Menschen die Medizin selbst zum Problem geworden... Um deren “unheimliche” Seite zu kontrollieren werden Beratergruppen und Enquete-kommissionen des Bundestages gebildet wie die neue Enquete “Ethik und Recht der modernen Medizin”... Denn der Fortschritt der Medizin hat hin den vergangenen Jahren auch eine inhumane Seite hervorgebracht. So werfen die zunehmenden Eingriffsmöglichkeiten der Medizin am Anfang und Ende des Lebens Fragen nach den Grenzen auf... Der Arzt von heute ist viel mehr als ein Mediziner bzw. Heiler. Er ist Forscher, Gesundheitsökonom, Volkswirt, Manager und Funktionär. Damit hat sich auch der Begriff der Medizin enorm erweitert.”

Es ist daher zu fragen, wie es mit dem Verhältnis von Medizin und Gewissen gestellt ist und ob man es nicht - in Anbetracht der Entwicklungen in der Biomedizin und in einer globalisierten Welt mit komplexen Gesundheitsmärkten und ungeheuren ökonomischen Interessengruppen, die Menschen zu ihrer eigenen Ressource benutzen wollen und ein völlig neues Menschenbild schaffen - neu denken muß?

In dem Begleitband zu der von Angelika Ebbinghaus und Klaus Dörner 2002 voröfentlichten Forschungsdokumentation “Vernichten und Heilen” hat Michael Wunder die allgemeingültigen Folgen der Nürnberger Ärzteprozesse, die seit 1947 den Nürnberger Kodex fundieren, wie folgt benannt:

1. Eine dringend gebotene individuelle Bindung der Medizin und die Absage an jede kollektive Orientierung.
2. Eine humane medizinische Forschung und Medizinpraxis, die immer dem Wohl des konkreten Menschen verpflichtet sind. Übergeordnete Interessen wie das "Wohl kommender Generationen" und der "Spezies Mensch" rechtfertigen demnach in keiner Weise das Unterlaufen des menschlichen Schutzes des einzelnen und des Prinzips des “informed consent”.

¹ Vortrag beim Arbeitskreis NS-Euthanasieforschung am 11. Mai 2003 im LKH Wehnen bei Oldenburg

Weiter ist zu lesen:

“Die staatlich anerkannte und geschützte Verlässlichkeit der Menschenrechte in der Medizin und der Medizinforschung zeigt sich am Umgang mit den Menschen, die nicht einwilligen können. Ihr Schutz vor fremdnütziger Forschung ohne persönlicher Einwilligung hat deshalb hohe Priorität... gigantomane Gesundheitsvorstellungen haben in der Nazi-Ära dazu geführt, dass nicht nur die Rechte, sondern auch das Leben des einzelnen mißachtet wurden, um den “Volkskörper” zu heilen... Nur durch ein absolutes bestehen auf der Unantastbarkeit der Würde des Menschen im Sinne des Nürnberger Kodex – einschließlich des Instrumentalisierungsverbotes für uneingewilligte fremdnützige Forschung – und der Lebensrechte aller Menschen kann die drohende Wiederholung der Geschichte verhindert werden.” (Wunder 2002, S. 487/8)

Dieses Vermächtnis soll ethischer Maßstab für mein Thema heute sein.

Ich habe mir überlegt, diesem Thema mithilfe von drei Fragen nach zu gehen:

- 1.) Welches sind die Ursachen der NS-Euthanasiemedizin und die Lehren daraus für die Nachkriegsmedizin?
- 2.) Was bedeutet das für das Verhältnis von Medizin und Gewissen?
- 3.) Wird die Medizin der Zukunft eine “gewissenlose” Medizin sein, eine Art Ingenieur-Medizin ohne Menschlichkeit?

1.) Welches sind die Ursachen der Euthanasie-Medizin im Dritten Reich und die Lehren daraus für die Nachkriegsmedizin?

Dazu eine medizinhistorische Rückblende:

Das Elend der ärztlichen Kunst – so schreibt der Medizinhistoriker Kathan (2003), liegt darin begründet, dass das Leitbild und die Errungenschaft der vorwissenschaftlichen wie auch später der naturwissenschaftlichen Medizin, in der Aufspaltung der natürlichen Verhältnisse der Menschen untereinander wie auch des menschlichen Körpers selbst liegt. Die Erfolge der modernen Medizin beruhen auf der sozialen Isolation des Menschen, der dann, nachdem er aus seinen sozialen Zusammenhängen isolierte menschliche Organismus zum Objekt der ärztlichen Begierde geworden ist, in seine anatomischen Organe und physiologischen Funktionseinheiten zerlegt wird.

Die ersten anatomischen Untersuchungen während des Mittelalters erfolgten an erhängten Dieben, Verbrechern und sozial Ausgestoßenen vor den Toren der Stadt. Ja, es sollen sogar zweifelhafte Subjekte und Asoziale zum Zwecke der anatomischen Begierden umgebracht worden sein. Die Fortschritte bei der Erforschung der menschlichen Lymphbahnen beruht auf Vorgängen, wonach die zur Tötung Auserwählten absichtlich einige Stunden vor dem Erhängen fettreiche Mahlzeiten erhielten, damit den wißbegierigen Edelleuten, die den medizinischen Erkenntnisfortschritt und das Wirken der damaligen anatomischen Ärzte gefördert haben, direkt nach dem Hinscheiden der Umbrachten die Existenz eines Lymphbahnsystems beim Menschen sozusagen frisch vor Ort demonstriert werden konnte.

Derartige Praktiken wurden später auch auf andere ausgedehnt, wobei nicht mehr nur auf die gesellschaftlich Gebrandmarkten, sondern auch auf die kranke Alltagsmenschen zurückgegriffen wurde.

Was in der spätmittelalterlichen Medizin vorbereitet wurde, soziale Ausgrenzung des kranken Individuums und seine analytische Zerlegung zum Zwecke des medizinischen Erkenntnisinteresses, wurde in der späteren aufklärerischen und naturwissenschaftlich-experimentellen Medizin zum Programm. Es war kein geringerer als Virchow, der 1865 im Preußischen Landtag in der Medizinerbildung das Philosophikum (die Reflexion auf das medizinische Handeln mit Bezug auf Gesellschaft und Individuum) durch das Physikikum ersetzt, welches durch ein unmittelbares Erkenntnisinteresse am Körperlichen gekennzeichnet ist und das zwischenmenschliche Beziehungsgefüge wie auch die seelischen, intrapsychischen Verhältnisse des Kranken ausblendet. Der Mensch wird auf seinen Körper, verstanden als aus Organen zusammengesetzte Maschinerie, die man bis heute immer besser beliebig auseinandernehmen, reparieren oder mit (selbstgeklonten) Ersatzteilen wieder zusammensetzen kann, reduziert. Die gleiche geistige Grundhaltung und Überzeugung findet sich heute im Humangenom-Projekt, wonach sich der Mensch auf die Summe seiner Gene zurückführen läßt. Hat man diese Grundbausteine erforscht, kann man einen neuen, besseren und gesunden Menschen, möglichst nach eigenem Vorbild (das Klonprojekt), schaffen. Dieser biologische Reduktionismus ist im Kern das Programm der Biomedizin.

Und da muß ich gleich ein Mißverständnis ausräumen, welches mit der Verwendung des Begriffes "Biomedizin" so zutreffend von Ulrich 1997 in seinem Buch "Biomedizin – Die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffs" aufgezeigt hat. Die Silbe "Bio", die gern für gesund und ökologisch steht, weil sie Bios, das Leben, anspricht, führt eine arglistige Täuschung im Schilde. Mit der Herausbildung der modernen Wissenschaft und Medizin hat sich der Biologiebegriff selbst von einem integrierten Verständnis, welches das Leben von Anfang an körperlich, seelisch und sozial verstanden hat, in ein reduktionistisches Verständnis vom Leben als rein Körperliches (Physikalisches) gewandelt. Dies ist angesprochen, wenn zwischen "Leib" (als verletzliches Wesen) in der existenziellen oder phänomenologischen Medizin und "Körper" (als reparaturfähigem Körper oder Ersatzteillager) in der modernen naturwissenschaftlichen Medizin unterschieden wird. Darin ist der dem Unterschied zwischen Biomedizin und Beziehungsmedizin zu sehen

Parallel zur medizinhistorischen Herausbildung der modernen naturwissenschaftlich-orientierten Biomedizin mit ihrem reduktionistischen Lebens- und Menschenbild, kam sozialgeschichtlich parallel zur Herausbildung einer institutionellen Fürsorge, u.a. mit den Krankenanstalten, in denen die sozialen Randgruppen und chronisch Kranken, die Krüppel, Irren und sozial Verwahrlosten nicht nur versorgt wurden, sondern, weil einem immanenten Prinzip von Institution unterworfen, in Sachen umgewandelt und verdinglicht. Mit dem aufkommenden medizinischen Blick, der nicht nur nach Symptomen von Krankheit, sondern auch nach Nützlichkeit und Verfügbarkeit bewertenden, wird das kranke Individualsubjekt (der Patient, der Leidende) gleichzeitig auch zum Forschungsobjekt, welches fremdbestimmten

Forschungszwecken und sozialstaatlichen Verwertungsinteressen unterworfen wird. Dies geschah bekanntlich in besonderem Maße in der NS-Euthanasie-Medizin. Deren geistige und ideologische Grundlagen sind demnach nicht vom Himmel gefallen, sondern lediglich eine besonders perfekte und gewissenlose Umsetzung der in der Biomedizin angelegten Denkweise. Doch haben sich heute die Begriffe, Erscheinungsformen und politisch-ökonomischen Rahmenbedingungen geändert. Dafür aber ist Biomedizin zu einem verheißungsvollen Wirtschaftsfaktor in der globalisierten Welt geworden.

Erinnern wir uns, was damals im Nürnberger Kodex mit weltweiter Gültigkeit als geistig-moralische Grundhaltung für die Nachkriegsmedizin verankert wurde:

- Die individuelle ethische Bindung der Medizin hat Vorrang vor kollektiven oder staatlichen Interessen.
- Das Wohlergehen des Individuums hat im Vordergrund zu stehen vor der Wissenschaft und der Gesellschaft an das Individuum.
- Die unabdingbare Aufklärung und Zustimmung zu einem Eingriff oder zu einer Untersuchung.
- Nicht zur Einwilligung Fähige wie Geistigbehinderte, Demenzkranke, Säuglinge und Komapatienten sind vor medizinischen Versuchen geschützt.
- Das unabdingbare Gebot des minimalen Risikos und der Schadensvermeidung.
- Das unabdingbare Gebot, Tierversuche dem Humanexperiment vorzuziehen.
- Das unabdingbare Gebot, das derjenige, mit dem ein Experiment vollzogen wird, einen unmittelbaren persönlichen Nutzen (wie Leidensverminderung, Heilung), haben muß.
- Versuche am Menschen dürfen überhaupt nur dann durchgeführt werden, wenn sich die zu erwartenden oder die erwünschten Erkenntnisse nicht auf anderem Wege gewinnen lassen.

Die Bedeutung dieser Grundsätze wird aus der Gegenüberstellung mit einigen Forschungsergebnissen zum Hungertodprogramm im Dritten Reich sehr deutlich:

- Voraussetzung für den menschenverachtenden Umgang, das Verhungernlassen und das Töten der NS-Medizin war ein bis zur institutionellen Aussonderung und Verachtung gehende (medizinisch) pseudowissenschaftliche und moralische Abwertung von gesellschaftlichen und Kranken als “unnütze Mitesser” und “Lebensunwerte”.
- Wichtige politische Rahmenbedingung waren ein ökonomistischer Rationalismus, der jede Menschenwürde in einen Preis, gemessen am Nutzen für das Volksganze und die Staatsideologie, gnadenlos umwertete, sowie ein obrigkeitsstaatlich-faschistisches System mit den dazugehörigen Unterdrückungs- und Machtinstrumenten.

Akribisch wurden die damals eingesparten Mittel für das Leben der in den Hungertod Getriebenen Kranken dokumentiert und als Erfolg an die Zentrale gemeldet. Und es muß uns paradox anmuten, dass ausgerechnet diese seelenlose Bürokratie uns heute die Erforschung der NS-Euthanasie möglich macht.

2.) Was bedeutet das für das Verhältnis von Medizin und Gewissen?

Für das Verhältnis von Medizin und Gewissen hat die Erforschung der Greuelthaten im Dritten Reich, ihre sozialhistorische Einordnung und die Kenntnis des Nürnberger Kodex eine große Bedeutung.

Sowohl das Gebot der individuellen Bindung der Medizin wie auch das Gebot der informierten Zustimmung zielen ganz entscheidend auf das Arzt-Patient-Verhältnis in Form der:

- Bedingung des individuelle Wohlergehens
- informierten Zustimmung vor jeder Untersuchung und Behandlung, jedem Eingriff und Experiment.
- besonderen, grundgesetzlich verankerten Unantastbarkeit der Menschenwürde und ihres Schutzes vor medizinischen Versuchen sowie der
- ärztlichen Schweigepflicht und der persönlichen Geheimnisse.

Medizinethische Prinzipien

In der Nachkriegszeit haben sich weltweit vier medizinethische Prinzipien etabliert (Folie):

1. Informierte Zustimmung (informed consent)
2. Fürsorge und Wohlergehen (beneficence)
3. Schadensvermeidung (nonmalficience)
4. Selbstbestimmung (autonomy).

Diese vier Prinzipien sind in einem gleichwertigen und ausbalancierten Verhältnis zueinander zu sehen. Die Betonung eines einzelnen Prinzips würde ein Ungleichgewicht erzeugen, etwa, wenn wie durch paternalistische Dominanz (das Machtbestreben) des Arztes eine adäquate Fürsorge verdrängt wird, oder wenn durch eine Verabsolutierung der Willens-Autonomie und des Selbstbestimmungsrechts des Patienten eine Selbstschädigung droht.

Das anfangs noch zu findende Prinzip "Gerechtigkeit" wurde aufgegeben wurde, weil sich die Erkenntnis herausbildete, dass es keine Gerechtigkeit (der Verteilung der Mittel) geben kann. Man kann sich nur darum bemühen.

Kristallisationspunkt Arzt-Patient-Beziehung

Medizinethische Prinzipien stellen keine freischwebenden abstrakten Postulate dar, sondern erfahren ihre Relevanz und Realisierung erst im Zusammenleben und im praktischen Handeln der Menschen untereinander. Dabei hat die Arzt-Patienten-Beziehung als soziale Mikrosituation eine zentrale Bedeutung dar, weil hier über das Wohl und Wehe des Lebens eines Kranken entschieden wird.

Die Grundlage dieses Verhältnisses ist, bei aller sozialer Ungleichheit und Asymmetrie in der konkreten Situation, das berechnete Vertrauen des Patienten, dass der Arzt sich sachlich beratend, empathisch einfühlend und sozial solidarisch verhält. Das Geheimnis, welches der Patient dem Arzt anvertraut, darf nicht verraten werden. Der Patient soll sich der Fürsorge des Arztes um sein Wohlergehen sicher sein.

Der Arzt soll dem Patienten dienen, und nicht umgekehrt, der Patient dem Arzt, etwa, indem er als Kunde der Medizin ein steigendes Einkommen sichert. Keine Behandlung darf ohne die Einwilligung des Patienten durchgeführt werden. Die Beweislast, dass tatsächlich eine angemessene Beratung und Information über die Sinn und Zweck, die Risiken und Komplikationen stattgefunden und der Patient dies auch verstanden hat, liegt beim Arzt und muß gesondert schriftlich dokumentiert werden.

Wenn aber die Ärzte des 19. Jahrhunderts mit dem Schlachtruf "Eine Wissenschaft und nicht eine Kunst soll die Heilkunde sein" das naturwissenschaftliche Zeitalter in der Medizin einläuteten, dann verloren sie schon dabei das Handeln und Verhalten des Arztes aus den Augen. Richtiges Wissen, so der Kurzschluß, müsse gleichsam automatisch zu richtigem Handeln führen. Doch führt reines Wissen keine Handlungsanweisung und Weisheit für die konkreten Belange des Einzelfalles mit sich. Die ärztliche Kunst, Intuition und Erfahrung, bleiben unersetzlich für die Medizin.

Der Medizinhistoriker Toellner (1998) schreibt:

"Wer Wirksamkeit und Sicherheit der ärztlichen Handlung steigern will der muß über die Struktur der ärztlichen Handlung nachdenken, muß das komplizierte Verhältnis von Wissen, Entscheiden, Handeln und sittlichem Verhalten in der ärztlichen Handlung klären und muß realisieren, dass ärztliches Handeln nicht die Behandlung eines Objektes, sondern Interaktion in der klassischen Arzt-Patient-Dyade ist." (S. 28).

"Der Arzt muß", so Toellner weiter, "diejenigen Einzelaussagen über seinen Patienten (im diagnostisch-therapeutischen Prozess, A.Z.) finden, die es ihm erlauben, das Individuum unter einen generellen Begriff (Krankheit, Diagnose, A.Z.) zu subsumieren. Das Entscheidungsfindungs-, Urteilsfindungs- und Subsumierungsproblem ist neben dem probabilistischen Charakter allen biomedizinischen Wissens, das nur Wahrscheinlichkeitsaussagen erlaubt, das Hauptproblem der Methodologie ärztlicher Handlung, denn Entscheidungs- wie Urteilsfindung enthalten unauflösbar subjektive Momente. Diese Subjektivität, die Unumkehrbarkeit der Handlungen, die prinzipielle Unsicherheit des beabsichtigten Handlungserfolges, vor allem aber, dass der Arzt nicht mit Objekten, sondern mit Personen, mit selbstbestimmten Entscheidungssubjekten zu tun hat, machen ethische Normen zu konstitutiven Bestandteilen ärztlichen Handelns, denn das Vertrauen des Patienten bezieht sich nicht zuerst auf die Sicherheit des medizinischen Wissens, sondern auf die Zuverlässigkeit des ärztlichen Verhaltens. Nur der Patient überzeugt ist, dass der Arzt nach bestem Wissen und Gewissen handelt, kann er sich in die Hand des Arztes geben." (S. 28/29)

Entgegen weit verbreiteter Meinung und dem gängigen Sprachgebrauch ist der Arzt in der Arzt-Patient-Beziehung nicht er allein Handelnde oder der vorrangig Entscheidende, das Entscheidungssubjekt. Ebenso wenig ist der Patient reines Entscheidungsobjekt, sondern der Patient, der mit seinem Entschluß, zum Arzt zu gehen, eine ärztliche Handlung auslöst, ist als Entscheidungssubjekt stets an der ärztlichen Handlung mehr oder weniger aktiv beteiligt (abgesehen von Notfällen). Es liegt am Patienten, welches Auskünfte ergibt oder nicht, welche Untersuchungen er

zuläßt oder ablehnt, er entscheidet mehr oder weniger, ob er die ärztliche Beschreibung seines Zustandes (Diagnose) annimmt und welchen ärztlichen Anordnungen erfolgt. Letztlich hat der Patient aber nur eine Entscheidung, nämlich eine vom Arzt vorgeschlagene anzunehmen oder abzulehnen. Verhandlungsspielraum gibt es wenig. Je weniger er gesund ist und folglich überhaupt über Entscheidungsspielräume verfügt, desto abhängiger wird der Patient vom ärztlichen Rat – aus existenziellen Gründen. Und desto mehr ist er auf das Wohlwollen und die Fürsorge des Arztes angewiesen.

Autonomie und Verantwortung

Aus diesem Sachverhalt resultiert einerseits der Grund für die Ungleichheit des Arzt-Patienten-Verhältnisses und eine entscheidende Einschränkung der heute so viel beschworenen Patientenautonomie. Das Ideal des “mündigen” Patienten ist bei hellem Licht betrachtet ein Selbstwiderspruch: Je mehr ich Patient bin, desto weniger bin ich in der Lage, über mich selbst zu entscheiden.

Aus diesem Sachverhalt resultiert andererseits die Verantwortlichkeit des Arztes und das ethische Hauptproblem des ärztlichen Handelns. Er muß eine Entscheidung treffen, die nicht allein eine sachliche Abwägung von Risiko und Chance, sondern auch Ausdruck der Hoffnung und Hilfe in der Not eines konkreten Mitmenschen ist. Er muß letztlich eine Entscheidung treffen, deren Risiko nicht er, sondern eine anderer zu tagen hat. Die Verantwortung kann ein Arzt nur dann übernehmen, wenn er die nötige fachliche Sachkompetenz besitzt und jederzeit sein Handeln vor seinem *Gewissen* rechtfertigen kann - ganz abgesehen von juristischen Vorgaben. Vor den an dieser ärztlichen Entscheidungsverantwortung notwendigerweise unabdingbaren subjektiven Bewertungen des Arztes ist der Patient vor für ihn möglichen schädlichen Entscheidungen nur geschützt, wenn das sittliche Postulat “nützen und nicht schaden” in jedem Fall den höchsten Rang hat.

Gewissen

Dass, was beide Menschen in dieser höchst asymmetrischen und sensiblen Situation verbindet, ist das menschliche Gewissen, der Respekt voreinander und die Achtsamkeit beider, nicht in ihrer jeweiligen ethisch-moralischen Grundhaltung verletzt oder entwürdigt zu werden. Diese Werte, die in der Arzt-Patient-Beziehung angesprochen sind wie Vertrauen, Würde und Verantwortung, sind überwiegend psychologischer und moralischer Natur, spielen sich sozusagen rein im Kopf ab und sind nicht meßbar oder materialisierbar. Diese Gewissenskompetenz in der Medizin kann durch reines, meßbares Wissen oder rationale Willens- und Interessenbekundungen nicht ersetzt werden. Sie ist Bestandteil des ärztlichen Könnens, der ärztlichen Kunst. Diese Kunst ist in Deutschland in den 80er bis 90er Jahren abgeschafft worden: Juristisch wird nicht mehr ein ärztlicher Kunstfehler verurteilt, sondern – ganz rational – nur noch ein Behandlungsfehler.

Was aber ist das Gewissen? Es wird im Wörterbuch Psychologie von Clauß (1983) definiert als

“die Fähigkeit und Bereitschaft der Persönlichkeit, unter bezug auf positive sittliche Verpflichtungen und Normen Urteile zu fällen... Gewissen verweist daher stets auf das

Bewußtsein als Einheit von Wissen und Erleben der Wertigkeit und Bedeutsamkeit subjektiv vorweg genommener realisierter oder unterlassener Handlungen ... Das Gewissen der Persönlichkeit ist gleichsam Entscheidungsinstanz bei bewußt werdenden Widersprüchen zwischen Sollen und Wollen, zwischen Mögen und Dürfen." (S. 237).

Laut Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie von Peters (1990) ist Gewissen die

“Sphäre der Persönlichkeit, aus der heraus in sittlichen fragen selbständig Stellung genommen wird Nach der Instanzentheorie S. Freuds weitgehend identisch mit dem “Über-Ich”. Entsteht danach am Ende der frühen Kindheit durch Introjektion (Verinnerlichung, A.Z.) von Geboten und Verboten, mit denen von außen (z.B. durch die Eltern) den Triebwünschen des Kindes begegnet wurde.” (S. 209)

Laut Wörterbuch zur Psychologie von Fröhlich (1987) ist Gewissen eine

“Allgemeine Bezeichnung für des von einem Individuum als verbindlich angesehenen System von (moralischen) Werten... Der Erwerb des als Gewissen bezeichnete System wird ... mehr oder weniger stark und direkt auf Lernen bzw. Sozialisation bezogen.” (S. 162)

Bewusstsein

Klaus Dörner (1994) hat auf die gemeinsamen Wurzeln von Gewissen und Bewusstsein hingewiesen: “Wissen” ist ein uralter indogermanischer Wortstamm, der mit dem lateinischen Sehen (*videre*) verwandt ist. Ursprünglich bestand also kein Unterschied zwischen Wissen und sehen. Seit dem Jahr 1000 gab es dann den Begriff “Gewissen” als Lehnübersetzung aus dem lateinischen *conscientia*. Damit ist ein Mit-Wissen, ein unter Menschen verteiltes Wissen gemeint, welches nicht nur auf das richtige Erkennen bezogen ist, sondern noch mehr auf das richtige, gute und wahre Handeln, das eine Bedeutung für andere hat., heute noch erkennbar in der doppelten Bedeutung von “Wahrnehmung”. Das Handeln war früher gegenüber dem Erkennen der weitere Begriff.

Und erst viel später ist aus *conscience* (Gewissen) als Unterbegriff *consciousness* (Bewusstsein) entstanden. Das Bewusstsein als die Fähigkeit des rationalen Erkennens und Denkens hat sich aus Gewissen als der Einheit von Handeln und Denken heraus spezialisiert und in der modernen Gesellschaft der Neuzeit die führende Bedeutung übernommen. Nicht mehr das Gewissen, sondern erst das Bewusstsein, macht den Menschen zum Menschen.

Für diesen epochalen Wandel steht das berühmte Wort von Decartes (um 1650):

“Cogito ergo sum” - Ich denke, also bin ich. (Decartes entwickelte diese Erkenntnis übrigens im Ergebnis der blutigen Wirren des 30jährigen Krieges, in den einer dem anderen nicht mehr trauen konnte und das Ich zum einzigen, zentralen Bezugspunkt der Existenz wurde.)

Erst das Denken macht den Menschen zum Menschen – und zwar als Einzelindividuum für sich allein. Das handelnde Angewiesensein des Menschen auf

andere Menschen, die soziale Bedeutung der Menschen füreinander, nur noch einen geringeren Rang hat. In der Konsequenz wurde daraus ein Verständnis, welches heute – unbewusst seiner Ursprünge – das Selbstbewusstsein zum entscheidenden Merkmal der Zugehörigkeit zur Gattung Mensch erhoben hat.

Demgegenüber fanden die Existenzphilosophen wie Heidegger, Satre und Lévinas heraus, die Polarität von Sein und Bewusstsein aufzuheben. Menschliches Sein ist in sich selbst bewusstes Sein, sich seiner selbst, der Welt und anderen Menschen bewusstes Sein. Körperlich zeigt sich dieses u.a. im Immunsystem, bei dem es sich um ein voll ausgebildetes Kommunikationssystem zwischen Mensch und Welt (Umgebung) handelt. Das menschliches Sein, so lange es währt, vollzieht sich grundsätzlich immer auf zwei Weisen. Es wird gelebt und es wird erlebt: “ Man ist nicht, man ist sich” (Lévinas).

Welche Konsequenzen können in Anlehnung an Dörner (1994) aus diesen Erkenntnissen gezogen werden:

- Es gibt keine Bewusstlosen. Jedes menschliche Sein ist bewusstes Sein. Bewusstlos wäre gleichbedeutend mit leblos oder tot.
- Bewußt Sein heißt, sich seiner selbst, dem anderen, in der Welt bewußt zu sein.
- Bewußtes Sein ist die erlebte Seite des gelebten Lebens. Jeder kann nur subjektiv für sich bewußt sein. Nur ich selber kann etwas über die Bewußtheit meines Seins sagen. Beim anderen kann ich nur aufgrund beobachtbarer Äußerungen auf den Zustand seines bewussten Seins schließen.
- Wenn ich den Eindruck der Bewusstlosigkeit eines Menschen habe, darf ich nur sagen, dass ich meine Unerreichbarkeit für den anderen erlebe. Jeder Mensch lebt aus einem existenziellen Kern der Unerreichbarkeit oder Unverfügbarkeit. Wo beide Menschen sich erleben, besteht die Möglichkeit einer existenziellen Begegnung. Diese Begegnung kann sich unmittelbar im körpernahen Dialog zwischen einem “bewussten” und einem “bewusstlosen” Menschen vollziehen und zum Beispiel in der Frührehabilitation, aber auch in der Palliativmedizin im Hospiz als ein sinnvoller zwischenmenschlicher Austauschprozesses des Anerkennens, Willkommenheißens, Wohlfühlens und Tröstens gestaltet werden.
- Jeder Mensch in einer Institution wird ein Stück weit zu einer Sache. Die Versachlichung oder Verdinglichung der Patienten läuft z. B. im Krankenhaus als ein Prozess der Enteignung ab. Durch das diagnostisch-therapeutische Tun der Experten wird ein Patient in einem bestimmten Umfang enteignet. Wenn es sich um einen abgrenzbaren Kranken Körperteil handelt, wird der Patient, da der Körper ein Teil der Person ist, zum Teil als Person enteignet. Beim bewussten Sein besteht die Gefahr, einem Patienten kurzerhand zum “Bewusstlosen” zu erklären, ihn damit gänzlich zu enteignen und zum “Nichts” zu machen..
- Bewußt Sein umfaßt auch das sogenannte Unbewußte oder Unterbewusstsein.
- Bewußt Sein als “Ich leben mich” gelingt nur dadurch, dass ich das meiste von mir und der Welt gerade *nicht* verfügbar habe. In der ”Alltagsroutine” vollführen wir sinnvolle Handlungen, indem wir die erforderlichen Handlungen erfolgreich gerade dadurch, dass wir unser Auto-Bewusstsein *nicht* verfügbar haben.

- Bewußt Sein haben kann kein Kriterium für das Einstellen lebenserhaltender Maßnahmen sein. Der nur auf Verstandesfunktionen eingeengte und damit falsche bisherige Bewusstseinsbegriff kann zu einer *tödlichen Waffe* gemacht werden.
- Beatmungspatienten, Menschen im Wachkoma, Altersverwirrte und anderer sog. Nichteinwilligungsfähigen, sind eine Chance für existenzielle Begegnungsmöglichkeiten. Unser Umgang mit denen, die wir gedankenlos die Bewusstlosen genannt haben, deren bewusstes Sein ohne rationale Fähigkeiten in die Beziehungsaufnahme eintritt, wirft uns auf das zurück, was an sich immer der existenzielle Kern der Begegnung zweier Menschen ist; die Unverfügbarkeit und Unerreichbarkeit ist zugleich die Basis und der unendliche Reichtum nicht rationaler, zwischenmenschlicher Begegnungsmöglichkeiten.

Soweit zu Gewissen und Bewusstsein. Um wieder auf den Nürnberger Kodex zurückzukommen: Seine Grundsätze bestimmen die medizinethischen Prinzipien bis heute, auch wenn in den nachfolgenden Abkommen von Tokyo (1962), Genf (1964) und Helsinki (1985) es immer mehr zu ihrer Verwässerung bekommen ist. Die Aufweichung der Prinzipien wie sie in der Neuformulierung der Helsinki-Deklaration von 2001 mit Blick auf den zukünftigen Umgang mit sozialen Problemgruppen zu erkennen sind, sind ebenso gravierend wie diejenigen Zumutungen, die in der sog. Bioethik-Konvention der EU mit ihren zahlreichen zwischenzeitlich verabschiedeten und "geheimen" Zusatzprotokollen zu finden sind. Sie bedeuten eine weitgehende Enttabuisierung und Abschwächung der im Nürnberger Kodex weltweit verankerten medizinethischen Prinzipien.

3.) Wird die Medizin der Zukunft eine "gewissenlose" Medizin sein?

Die Verkommenheit der modernen Medizin ist unter den faszinierenden Fortschritten in den 80er und 90er Jahren nahezu in unsichtbar geraten. Die Kritik an der seelenlosen Apparatedizin der 70er Jahre verstummte angesichts der Hochleistungsmedizin, die die Sehnsucht nach Unsterblichkeit und Leidensfreiheit erstaunlich gut bedient. Erst die ökonomischen Zwänge, die immer offensichtlichen Mängel der Wahrung der Patientenrechte und das Erschrecken über die bioethischen Legitimationsversuche einer sich hemmungslos ausbreitenden Biomedizin, die schon heute die Welt, das Leben, das Sterben und den Tod neu buchstabiert und sich mit der Bioethik eine Legitimationsgehilfin geschaffen hat, lassen immer mehr die Sorge nach einer "Medizin ohne Ethik" aufkommen (Höffe 2002).

Der Themenkatalog der modernen Biomedizin ist umfassend und gewaltig: Genmedizin, Emybronenforschung, Präimplantationsdiagnostik, Pränatalmedizin, Intensivmedizin, High-Tech-Medizin, Hirntodkonzept, Transplantationsmedizin, assistierte Sterben, Patientenverfügung, biomedizinische Forschung an Nichteinwilligungsfähigen und neue Menschenversuche und – Hirnprothesen. Immer mehr Menschen erkennen hinter diesen Verheißungen einen Fortschrittfanatismus, dessen bedrohliche, machtvolle und zerstörerische Seite auf Skepsis und Angst stößt.

Selbst für diese Angst, dieses wichtige Alarmsystem des Menschen vor den Übergriffen und Verletzungen der Hochleistungsmedizin, wird von der Biomedizin

eine bioethische “Lösungshilfe” bereit gestellt: die sog. Patientenverfügung. Bei allem Respekt vor der Möglichkeit, die eine Willenserklärung für den Aspekt der Selbstbestimmung bedeuten kann, wird die Patientenerklärung von den Befürwortern einer Sterbehilfe als Türöffner für eine Aufweichung des Tötungsverbots benutzt, in dem das Gebot des würdevollen Lebens im Sterben zu einem Anspruch auf “Sterbehilfe” durch Verhungernlassen und Getötetwerden umfunktioniert wird. Kein Patient könnte sich seines Lebensrechtes mehr sicher sein, und der Arzt würde zum schlimmsten Mann im Lande (wie es von Hufeland bereits im 18. Jahrhundert zutreffend formuliert wurde).

Die Geschichte der modernen Nachkriegsmedizin ist eine Geschichte von Erfolgen für das Überleben von Schwerstkranken und Unfallopfern und eine Geschichte der schrittweisen Veränderung der Ethik des Nürnberger Kodex durch scheinbar bioethische Tabubrüche.

Wie weit befindet sich die moderne Biomedizin bereits am Abgrund einer gewissenlosen Medizin ohne Menschlichkeit?

Ich möchte dies am Beispiel des Umgangs mit Patienten im Koma und Wachkoma etwas vertiefen:

Die wissenschaftliche Erstbeschreibung des sog. apallischen Syndroms durch Ernst Kretschmer fiel in das Jahr 1940. Komapatienten, obwohl sie in beiden Weltkriegen durch Kopfverletzungen massenhaft angefallen sein dürften, konnten damals noch nicht lange überleben, weil die medizinischen und technischen Voraussetzung dafür noch fehlten. In den Dokumenten zur NS-Euthanasie ist zu lesen, dass seit 1939 neben den psychisch Kranken auch körperlich Schwerstkranken und “unnütze Pflegefälle” den Euthanasie-Aktionen zum Opfer gefallen sind, einschließlich Kinder und wahrscheinlich auch Pflegefälle mit schweren Hirnschäden.

Menschen im Koma und Wachkoma (Dauerkoma) sind erst ein Produkt der modernen Nachkriegsmedizin mit der Rettungsmedizin, Intensivstationen und Beatmungsgeräten. Bis in die 80er Jahre hinein hatte die moderne Medizin im Umgang mit Komapatienten, die nun immer häufiger wurden, letztlich keine andere Denkstruktur als diejenige von “Mangelwesen” und “hoffnungslosen Fällen”. Menschen im apallischen Syndrom und andere Schwersthirngeschädigte wurden mit wenigen Ausnahmen (wie in Innsbruck bei Prof. Gerstenbrand oder in Gailingen am Bodensee bei den Schmieder-Kliniken) unsichtbar gemacht, in Pflegeheime abgeschoben und liegen gelassen. Sie blieben, auch wenn die Familien sie nach Hause holten, im wesentlichen ihrem Schicksal überlassen, weil die Familien ohne Hilfe überfordert waren. Für die Opfer des modernen, schnellen Lebens und den “Abfall” der Rettungsmedizin hat die Hochleistungsmedizin offenbar kein Interesse.

Dass dies sich erst gründlich geändert hat, als einige Ärzte und Reha-mediziner, die Berufsgenossenschaften und einige Verbände und schließlich der Bundesverband Schädel-Hirnpatienten in Not e.V., eine Selbsthilfeorganisation mit heute über 4000 Mitgliedern, vor etwa 20 Jahren aktiv wurden und das Lebensrecht und eine

durchgängige Versorgung für Komapatienten und andere Schwerst-Hirngeschädigte einforderten.

Heute ist das Lebensrecht und der Lebensschutz für Komapatienten und ihre Angehörigen im Prinzip erkämpft – aber immer noch bedroht und noch lange keine Selbstverständlichkeit.

Worin besteht die Bedrohung des Lebensrechts?

Es beginnt im Krankenhaus, auf der Intensivstation: Entscheidend für das Überleben ist, ob Ärzte und Pflegende sich mit dem Krankheitsbild auskennen und sich um die Betroffenen rückhaltlos kümmern, ob eine menschenfreundliche Atmosphäre, Verständnis und Mitgefühl besteht oder nicht. Die gegenüber Komapatienten und ihren Angehörigen häufig demonstrierte Geringschätzung ist ein Symptom der allgemeinen Gefühllosigkeit und Verdrängung in der Gesellschaft gegenüber den am meisten Wehrlosen, Schwächsten und Letzten:

- Da wird bei einem Wachkoma-Patienten trotz eindeutiger Verschlechterung des medizinischen Zustandes keine Diagnostik mehr durchgeführt, und zwar mit dem verächtlichen Hinweis und gewissermaßen auch “Totschlagargument”, dass dies doch viel zu teuer sei und sich sowieso nicht mehr lohne.
- Da wird einem Schwerstpflegebedürftigen durch jahrelangen Gutachterstreit über eine Rollstuhlverordnung ein wichtiges Hilfsmittel zur Mobilität und zur Teilhabe an der Gemeinschaft verwehrt.
- Da ist der bedrückende und zermürbende Kleinkrieg mit den Behörden, der Krankenkasse, dem Sozialamt und mit der oft verspäteten und unzureichenden Pflegeeinstufung durch den MDK.
- Da gehen neuerdings Akutkliniken und sogar Universitätskliniken unter dem Druck des Fallpauschalengesetz dazu über, medizinisch noch behandlungsbedürftige und instabile Koma-Patienten aus Kostengründen über Nacht in weit entfernt liegende Pflegeheime abzuschieben.

Eine besondere Bedrohung kommt durch die bioethischen Debatte, wenn über Nützlichkeit statt Würde von Komapatienten gestritten wird. Komapatienten werden zum “Zankapfel” der Nation, wenn es um die Kosten geht. Sie werden zu Vorreitern gemacht, um immer neue bioethische Tabubrüche in Form einer Aufweichung des Tötungsverbot und einer Freigabe von sog. Nichteinwilligungsfähigen für fremdnützige Forschungszwecke - wie bekanntlich in der sog. Bioethik-Konvention vorgesehen, die Deutschland aber noch nicht unterzeichnet hat:

Die Pläne, die auch für Komapatienten notwendige Ernährung mit Sondennahrung aus dem Arznei- und Heilmittelkatalog herauszunehmen, um die Krankenkassen durch “Hunderte von Millionen” zu entlasten, sind trotz aller Erfolge mit der Zurücknahme der Bezahlsverweigerung durch Druck auf die Bundesregierung, noch nicht vom Tisch. In der soeben erschienenen "Leitlinie Enterale Ernährung", die von der Bundesregierung bei Ihrer Rüge der Arzneimittelkommission im Mai 2002 angemahnt hatte, wird vorne Ernährung als ein Grundbedürfnis und Grundrecht bezeichnet, weiter hinten im Kapitel “Ethische und rechtliche Grundlagen” wird für eine Beendigung der

Ernährung durch Sonden doch wieder eine Hintertür aufgemacht, in dem Ernährung als Therapie deklariert wird und nicht mehr als pflegerische Basisleistung zur Stillung eines menschlichen Grundbedürfnisses.

Durch diese Festschreibung von enteraler Sondenernährung als therapeutisches Heilmittel, bedarf diese Therapie der prinzipiellen Zustimmung des Patienten und kann ärztlicherseits “abgebrochen” werden, wenn eine Heilung aussichtslos oder die Therapie nicht erfolgreich ist. Das könnte für die ethische Bewertung zukünftig weitreichende Folgen haben.

Ein weiteres: unlängst hat der Rechtsanwalt, der sich offen für die Sterbehilfe von Peter K. einsetzt, in einem Artikel in der Zeitschrift “Die Schwester/Der Pfleger” mit populistischen Formulierungen behauptet, dass die Versorgung von Koma-Patienten “Milliarden” verschlingen und das Geschäft mit den Spezialpflegeeinrichtungen ungebremst “boomen” würde.

Das wiederum passt in die Reihe von unbilligen “Argumente”, mit denen Wachkomapatienten mit “Sterbenden” gleichgesetzt werden. Wie schnell können dann die Niederlande und Belgien, in denen bekanntlich aktive Sterbehilfe legalisiert ist, als Vorbild und Türöffner dienen. Studien zeigen, dass in den Niederlanden bis zu 18 Prozent der Getöteten vorher nicht nach ihrem Willen gefragt wurden, obwohl sie bei Bewusstsein waren und die Gesetze dies eindeutig vorschreiben. Auch ein kontrollierter Dammbbruch bleibt eben ein Dammbbruch.

Ganz besonders bedenklich ist in diesem Zusammenhang der Umgang mit sog. Patientenverfügungen. Bei allem Respekt vor den Möglichkeiten zur Stärkung von Patientenrechten, werden von den Befürwortern der Sterbehilfe durch Verhungernlassen und Therapieabbruch solche Willenserklärungen von Patienten, die häufig Angst vor den Übergriffen der modernen Medizin haben und ihre Würde schützen möchten, gern als rechtsverbindlicher *Anspruch* auf eine Hilfe *zum* Sterben und als ein “Türöffner” zur aktiven “Euthanasie” umfunktioniert anstatt sie als einen Anspruch auf ein “Sterben können in Würde” durch Hilfe und Begleitung *beim* Sterben. Auf diese Weise sollen auch Pflegenden und Ärzten immer mehr eine “Sterbehilfe” durch Verhungernlassen zugemutet werden. Was kommt als nächstes: die Patientenverfügung als Lizenz zum Töten?

Auch wenn der BGH kürzlich erklärt hat, dass den Pflegekräften von Peter K. nicht zugemutet werden könne, ihren Schützling verhungern zu lassen, so ist an einem anderen Urteil, welches fast gleichzeitig herauskam, problematisch, dass die Entscheidung für einen Nahrungsentzug bei Komapatienten *durch das Vormundschaftsgericht* getroffen werden muß, und zwar unter Berufung § 1904 BGB. Hier wird die Lebensschutzfunktion des § 1904 in einen rechtsstaatlich einforderbaren Anspruch auf “Sterbehilfe” durch Verhungernlassen in ihr Gegenteil verkehrt. Und wenn das Gericht eine solche Sterbehilfe für rechtens ansieht, werden die “Zumutungen” für das Pflegepersonal durch die Hintertür wieder eingeführt. Wer könnte an einer solchen höchst zweischneidige und widersprüchliche Rechtslage ein Interesse? Wäre das der legale Weg für eine kostengünstige, aber zynische Entsorgung der teuren, nicht zur Einwilligung Fähigen Randgruppen unserer

Gesellschaft (Komapatienten, Demenzkranke, Schwerstgeistigbehinderte usw., etwa 1 Millionen Menschen)? Wie nahe steht unsere Gesellschaft am Abgrund?

Und es ist schließlich sehr bedrohlich, wenn durch eine unüberlegte Gesetzgebung von oben, ich meine neue Krankenhausentgeltgesetz mit seinen Fallpauschalen und DRGs, das in den letzten Jahren so erfolgreich aufgebaute System der gestuften durchgängigen Rehabilitation für Hirngeschädigte in unverantwortlicher Weise gefährdet wird. Hier wird mit dem Leib und Leben von wehrlosen Menschen quasi sozialstaatlich experimentiert. Und man kann nur hoffen, dass durch das geplante Fallpauschalenänderungsgesetz sich diese Gefahr noch abwenden läßt. Und es ist ebenfalls höchst bedenklich, wenn die sog. Sozialreform ausgerechnet diejenigen treffen würde, die am meisten sozialhilfebedürftig sind.

Es darf auch nicht übersehen werden, dass das Leben von Wachkomapatienten ein Leben auf der Schwelle ist, immer bedroht von sozialer Isolierung und Ausgrenzung, von emotionaler Erschöpfung und finanziellem Ruin. Diese unsichere Lage und der dauernder Zweifel, Tag für Tag, nicht "das Richtige" und "Alles" für seinen Angehörigen getan zu haben, ist es, was am meisten belastet.

Das Dasein von Wachkomapatienten entspricht einer Art von unbestimmten "Übergangswesen", weder richtig lebend noch richtig tot, sondern eher in einer Art "Vorhölle" am Rande zwischen Leben und Tod. Ein Wachkomapatient zeigt keine für das menschliche Dasein charakteristischen Verhaltensweisen, sondern dazwischenliegende befremdliche Lebensäußerungen, die oft nicht entschlüsselt werden können und zu Verunsicherungen führen, die abgewehrt werden müssen..

Für die Angehörigen hat das "Leben auf der Schwelle" viele bedrückende Folgen:

- Niemand ist da, an den man sich wirklich wenden kann. Krankenhäuser weisen diese Patienten ab. Pflegeheime können den Bedürfnissen oft nicht gerecht werden. Außerhalb der Familie scheint es keine Institution zu geben, die sich des Problems dieser Patienten und ihre Angehörigen wirklich annimmt.
- Langjährige Freunde wenden sich ab, Randständigkeit, Bedeutungslosigkeit und soziale Isolierung sind die Folge.
- Einen Menschen im Wachkoma in der Familie zu haben wird als höchst zweideutiger Zustand erlebt und ist mit Scham und Schuldgefühlen besetzt. Während die Familie ein Lächeln im Gesicht des Betroffenen entdeckt, wenn ihm etwas Lustiges vorgelesen wird, deuten Ärzte und Pflegende diese Veränderung immer noch häufig herabsetzend als blossen "Reflex" ohne kommunikative Bedeutung.
- So kann bei Angehörigen der Wunsch aufkommen, ihren Patienten zu verstecken, an eine Einrichtung abzugeben oder nach irgendeiner Art von Ableben für ihn zu suchen.

Was ist zu fordern?

Weil das Lebensrecht von Komapatienten ein grundlegendes Menschenrecht ist, sind mit anderen Menschen gleichzustellen. Auch für sie gilt das Recht

- auf ein Leben in Würde, auf Respektierung ihrer Einzigartigkeit und Individualität
- auf Wohnung, ausreichende Ernährung, Zuwendung, Wohlbefinden und Sinnerfüllung
- auf Förderung, Begleitung, Unterstützung und – wo möglich – auch Bildung
- auf Teilhabe am Leben in Familie und Gesellschaft durch adäquate Hilfsmittelversorgung und ausreichende Anleitung, Unterstützung und Entlastung der Angehörigen.
- auf ein “Sterben können in Würde” zu Hause in der Familie und mit Hilfe palliativer und hospizlicher Angebote und Begleitung.

Damit diese Rechte für die Betroffenen, insbesondere die Angehörigen und Familien auch tatsächlich erlebbar werden, ist unser Einsatz mit aller Selbstverständlichkeit und Entschlossenheit notwendig:

- Familien und Angehörige von Menschen im Wachkoma sind früh und ausreichend zu unterstützen
- Angehörige, Pflegende und therapeutische Begleiter, dürfen in ihrer schweren Arbeit nicht entwürdigt werden. Ihre Arbeit muß einen besseren Wert bekommen.
- Anfechtungen von außen, die oft nichts mit der Krankheit oder Behinderung zu tun haben, sind zu verhindern.
- Das geplante Antidiskriminierungsgesetz muß zügig verabschiedet werden.
- Jeder Komapatient die tatsächlich individuell benötigten Hilfen erhalten, unabhängig von Art und Umfang seiner Behinderung, seiner Schädigung und medizinisch bestimmten Prognose.
- Der Anspruch auf individuell benötigte Pflege, Therapie und ärztliche Versorgung muß uneingeschränkt bestehen bleiben.
- Rund um die Leistungsgewährung sind unwürdige und Zeit verzögernde Begutachtungs- und Bewilligungsprozeduren zu vermeiden.
- Die Erforschung der Vorsorge, Behandlung, Rehabilitation und sozialen Teilhabe schwerer Hirnschädigungen muß gefördert werden.
- Das im SGB IX gesetzlich verankerter Recht auf durchgängige, integrierte Versorgung, auf Rehabilitation und soziale Teilhabe muß tatsächlich gültig werden und von allen Beteiligten durchgesetzt werden.
- Einem Kosten-Nutzen-Denken im Zusammenhang mit Komapatienten ist eine auf Solidarität begründete Gesellschaft entgegen zu stellen, die sich gerade auch in Zeiten knapper Kassen die Unterstützung ihrer “komatösen” MitbürgerInnen “etwas kosten läßt”.
- Alle Bürger, nicht nur die Solidargemeinschaft, müssen Verantwortung und auch die Lasten dafür tragen, dass Menschen im Koma und Wachkoma mit ihren ganz besonderen Bedürfnissen und Hilfebedarfen wahr- und ernst genommen.

Schlußbemerkung:

Wenn unsere Medizin eine menschliche sein soll, ist ein soziales Gewissen und eine solidarische Haltung, die die Lebensweise der Schwachen und Letzten vom Rand der Gesellschaft in die Mitte rückt, die je unterschiedlichen Lebensformen als menschenmöglich wertschätzt und in einen konstruktiven Dialog mit den Betroffenen

eintritt. Dazu ist eine beziehungsmedizinische und beziehungsethische Orientierung hilfreich.

Die Ränder unserer Gesellschaft dürfen nicht durch Fallpauschalengesetze, Tötungslizenzen oder Menschenversuche, die das Lebensrecht und ein Sterbenkönnen in Würde vernichten, abgeschnitten werden.

Die Humanität einer Gesellschaft ist daran zu messen wie sie mit ihren Schwachen und Behinderten umgeht.

Wenn Medizin eine Art und Weise ist, wie Menschen miteinander umgehen, dann hat jede Gesellschaft die Medizin, die sie verdient: Eine gewissenlose Gesellschaft eine Medizin ohne Menschlichkeit.

Literatur:

- Böckenförde, E.-W.: Menschenwürde. Dasein um seiner selbst willen. Deutsches Ärzteblatt 100 (2003) 19, vom 9. Mai 2003, S. B 1049-1052
- Clauß, G.: Wörterbuch der Psychologie. Köln: Pahl-Rugenstein 1983, S. 237
- Creutzfeldt, W.: Euthanasie: Geistige Wurzeln im 19., Verbrechen im 20., Legalisierung im 21. Jahrhundert? Medizinische Klinik 95 (2000) 12, 714-719
- Ebbinghaus, A., & Dörner, K. (Hrsg.): Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Folgen. Berlin: Aufbau-Taschenbuch Verlag 2002
- Emmrich, M. (Hrsg.): Im Zeitalter der Bio-Macht. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 1999
- Europarat (Hrsg.): Euthanasie-Report. Neue Studie zur aktiven und passiven Sterbehilfe. <http://www.coe.int/euthanasie-report>
- Dörner, K.: Leben mit Be-wußt-sein? Eine Annäherung. In: Bienstein, Chr., & Fröhlich, A. (Hrsg.): Bewußtlos. Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben 1994, S. 10-15
- Dörner, K.: Ärztliche Ethik als Beziehungsethik. Wege zum Menschen 50 (1998) 512-519
- Dörner, K.: Die institutionelle Umwandlung von Menschen in Sachen. In: Emmrich, M. (Hrsg.): Im Zeitalter der Bio-Macht. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 1999, S. 15-44
- Finzen, A.: Massenmord ohne Schuldgefühl. Die Tötung psychisch Kranker und geistig Behinderter auf dem Dienstweg. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1996
- Frewer, A., & Eickhoff, C. (Hrsg.): "Euthanasie" und die aktuelle Sterbehilfedebatte. Die Historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt am Main: Campus Verlag 2000
- Fröhlich, W.D.: Wörterbuch zur Psychologie. 18. Aufl., München Deutscher Taschenbuchverlag 1991, S. 162
- Grewel, H.: Lizenz zum Töten. Der Preis des technischen Fortschritts in der Medizin. Stuttgart: Klett-Cotta
- Höffe, O.: Medizin ohne Ethik? Frankfurt am Main: Surhkamp Verlag 2002
- Husemann, A.J.: Euthanasie. Ein Symptom dieses Jahrhunderts. Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben 1996
- Kathan, B.: Das Elend der ärztlichen Kunst. Berlin: Kadmos 2003
- Kolb, S., & Seithe, H. (Hrsg.): Medizin und Gewissen. 50 Jahre nach den Nürnberger Prozessen. Kongreßdokumentation. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 1998
- Kolb, S. et al. (Hrsg.): Medizin und Gewissen, wenn Würde ein Wert würde... Eine Dokumentation über den Internationalen IPPNW-Kongress, am 24.-27 Mai 2001 in Erlangen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 2002
- Lochs, H., Lübke, H., & Weimann, A. (Hrsg.): Leitlinie Enterale Ernährung". Aktuelle Ernährungsmedizin 28 (2003) Supplement 1, S5-S69
- Peters, U.H.: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. 4. Aufl., München: Urban & Schwarzenberg 1990, S.209
- Putz, W., & Steldinger, B.: Sterbenlassen – Aufgabe der Pflege? Die Schwerster Der Pfleger 42 (2003) 3, 226-233
- Schell, W.: Pflegepersonal verhindert Sterben durch Verhungern. Intensiv 11 (2003) 3, 99

- Schell, W.: Der Abbruch der Ernährung durch eine PEG-Magensonde bedarf der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung. *Intensiv* 11 (2003) 3, 100-101
- Toellner, R.: Wissen kann Gewissen nicht ersetzen – Das Versagen der Ärzte im Dritten Reich und die Folgen bis heute. In: Kolb, S. et al. (Hrsg.): *Medizin und Gewissen, wenn Würde ein Wert würde... Eine Dokumentation über den Internationalen IPPNW-Kongress, am 24.-27 Mai 2001 in Erlangen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 2002, S. 26-41
- Wunder, M., & Neuer-Miebach, Th. (Hrsg.): *Bio-Ethik und die Zukunft der Medizin*. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1998
- Zieger, A.: Keine Euthanasie bei Wachkomapatienten. *Behindertenpädagogik* 34 (1995) 414-425
- Zieger, A.: Neue Forschungsergebnisse und Überlegungen im Umgang mit Wachkoma-Patienten. *Rehabilitation* 37 (1998) 4, 167-176
- Zieger, A.: Ethische Grenzfragen in der Behandlung Schwerst-Hirngeschädigter. *Mitteilungen der Luria-Gesellschaft e.V.* 6 (1999) 1, 4-18
- Zieger, A.: Menschen im Wachkoma. In: Dörr, G., Grimm, R., Neuer-Miebach, T. (Hrsg.): *Aneignung und Enteignung. Der Zugriff der Bioethik auf Leben und Menschenwürde*. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben 2000, S. 163-176
- Zieger, A.: Das Komaproblem als wissenschaftliche, geistige und praktische Herausforderung einer integrierten Human- und Neurowissenschaft im 21. Jahrhundert. In: Berger, E., Feuser, G. (Hrsg.): *Erkennen und Handeln. Momente einer materialistisch-kulturhistorischer (Behinderten-) Pädagogik und Therapie*. Berlin: Verlag Pro Business 2002, S. 379-416
- Zieger, A.: Der Wachkomapatient als Mitbürger. *Lebensschutz und Lebensrecht von Menschen im Wachkoma und ihre Angehörigen in der Solidargemeinschaft*. *WACHKOMA und danach* 11 (2002)2, 12-15
- Zieger, A.: "Social networking" as a strategy for adequate long-term care and participation of severely brain injured "apallic" people. 8th European Regional Conference (ERC), November 11-15, 2002 in Aachen (Congress Proceedings in press, 2003)
- Zieger, A.: Lebensrecht für Komapatienten. Vortrag beim Bundesverband "Schädel-Hirmpatienten in Not e.V." anlässlich der REHAB, am 9. Mai 2003 in Karlsruhe
- Zieger A., Bavastro, P., Holfelder, H.H. & Dörner, K.: Patientenverfügungen: Kein "Sterben können in Würde". *Deutsches Ärzteblatt* 99 (2002) 14, B770-772

Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Zieger
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Fakultät IV Human- und Gesellschaftswissenschaften
Gesundheits- und Klinische Psychologie
Fach Klinische Neurorehabilitation
Ziegelhofstr. 57
26121 Oldenburg
E-mail: a.zieger@t-online.de