

REBECCA SCHWOCH

Der lange Weg zur modernen Medizinethik

Pränataldiagnostik und Suizidassistenten als Beispiele

Der 8. Mai 1945: Tag der Befreiung, des Sieges über das NS-Regime, der bedingungslosen Kapitulation der deutschen Wehrmacht. Dieser Tag markierte das Ende des Nationalsozialismus und einer Zeit voller Verbrechen. Zu diesen gehören die vielen von Medizinerinnen und Medizinerinnen organisierten, begangenen und zu verantwortenden Vergehen: etwa die Vertreibung politisch oppositioneller sowie jüdischer Kollegen und Kolleginnen, der Kampf gegen „Minderwertige“, „Entartete“ und „Psychopathen“, die Zwangssterilisation von „erbkranken“ oder „sexuell haltlosen“ Menschen, die „Euthanasie“ genannten Massenmorde an arbeitsunfähigen, pflegebedürftigen und „störenden“, „lebensunwerten“ Frauen, Männern und Kindern. Nicht zuletzt gehörten zu diesen Verbrechen auch die erzwungenen und vielfach tödlich geendeten Menschenversuche in Konzentrationslagern.

Aufarbeitung der Rassenideologie und -politik

Wegen ihrer humanexperimentellen Verbrechen standen von Dezember 1946 bis August 1947 die exponiertesten Täter – 19 Ärzte, eine Ärztin, ein Jurist und zwei Verwaltungsspezialisten – vor Gericht. Sie waren wegen schwerer Verbrechen gegen die Menschlichkeit angeklagt. Dieser Nürnberger Ärzteprozess sollte mit den Protagonisten abrechnen: Für sieben endete der Prozess mit einem Todesurteil, das auch vollstreckt wurde. Neun kamen in lebenslange oder mehrjährige Haft, die aber niemand voll absitzen musste. Weitere sieben wurden freigesprochen.

Auf der Anklagebank saß zwar nur eine kleine Gruppe, doch sie verkörperte gleichsam die deutsche Medizin mit ihrer weitreichenden Zustimmung zu den Vernichtungsmaßnahmen und ihrer Verstrickung darin. Tatsächlich waren viele Ärztinnen und Ärzte überzeugt von einer „rassehygienischen“ Mission und involviert in zahllose Verbrechen. Sie ignorierten ethische Richtlinien wie das Gebot, Kranken zu helfen – seit der Antike als Hippokratischer Eid

bekannt. Trotz der Schwere und Menge der NS-Verbrechen blieb die Anklagequote in Verfahren insgesamt gering. Dafür sorgte eine starke personelle Kontinuität – Altnazis bekleideten weiterhin Posten in Justiz, Polizei, Medizin und vielen anderen Bereichen. Es kam daher nur zu wenigen Ermittlungen und demgegenüber zu vielen Verfahrenseinstellungen und Freisprüchen (Jasch & Kaiser 2017).

Abgesehen von den Urteilen dieses Prozesses verließen die Richter des Internationalen Militärgerichtshofs Wegweisendes: die ethischen Richtlinien zur Vorbereitung und Durchführung medizinischer, psychologischer und anderer Experimente am Menschen. Diese zehn Punkte des „Nürnberger Kodex“ sollten als medizinethische Grundsätze weltweit gelten und stellten die freiwillige Zustimmung von Versuchspersonen nach umfassender Aufklärung über Art, Ziele und Risiken von Experimenten (*informed consent*) in den Mittelpunkt (Mitscherlich & Mielke 1987, S. 273f.). Dieser Kodex ist ein Gründungsdokument der modernen Forschungsethik. Auf ihn baute 1964 der Weltärztebund auf, als er in Helsinki die „Ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen“ verabschiedete. Mittlerweile mehrfach revidiert, gilt diese Deklaration von Helsinki in der medizinischen und bioethischen Welt bis heute (BÄK).

Neben einer modernen Forschungsethik sollten auch ethische Prinzipien ärztlichen Handelns ausformuliert werden. Bereits 1948 hatte der Weltärztebund eine moderne Version des Hippokratischen Eides herausgebracht, das Genfer Gelöbnis. Es schrieb z. B. den Dienst an der Menschlichkeit, die Achtung von Würde und Wohl der Patientinnen und Patienten, den Respekt vor menschlichem Leben oder die Einhaltung guter medizinischer Praxis als unabdingbare ethische Leitsätze ärztlichen Handelns fest. 1949 nahm die Bundesärztekammer dieses Gelöbnis in ihre Berufsordnung auf; die Bundeszahnärztekammer folgte erst 2010. Damit geloben alle in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte qua Zugehörigkeit zur jeweiligen Profession, etwa die Autonomie und die Würde der Patienten und Patientinnen

zu respektieren, den höchsten Respekt vor menschlichem Leben zu wahren oder das medizinische Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anzuwenden.

Auch die Bundesrepublik Deutschland hat mit ihrem Grundgesetz, das 1949 in Kraft trat, zentrale Menschenrechte verankert. Darin schrieb sie fest, die Würde des Menschen sei unantastbar (Art. 1,1), jeder Mensch habe das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2,2) und niemand dürfe wegen einer Behinderung benachteiligt werden (Art. 3,3). Dies hat Verfassungsrang und gilt für das gesamte deutsche Volk. Die UN-Behindertenrechtskonvention, im Jahre 2006 von der UN-Generalversammlung verabschiedet und 2008 in Deutschland ratifiziert, versichert Menschen mit Behinderungen den gleichberechtigten Genuss von Menschenrechten und Grundfreiheiten, will dies fördern, schützen und gewährleisten. Diese verbrieften Rechte schließen den Zugang zu Bildung und Arbeitswelt sowie die Teilhabe am kulturellen Leben ein (Beauftragter der Bundesregierung).

All die ethischen Grundsätze, Konventionen oder auch das deutsche Grundgesetz verbieten

damit eindeutig eine ungeschützte Indienstnahme von Menschen für Forschungszwecke sowie jede Benachteiligung, Ungleichbehandlung oder Herabwürdigung von Menschen mit Behinderungen.

Herausforderungen in der Gegenwart

Nach dem Zweiten Weltkrieg etablierte sich in den Industriestaaten also eine moderne medizinische Ethik. Das war gewiss eine Reaktion auf die monströsen Menschenrechtsverletzungen und medizinischen Verbrechen während der NS-Zeit. Zu einer wachsenden Zahl ethisch komplexer Entscheidungssituationen im klinischen Alltag hatten aber auch die gesteigerte Verfügbarkeit und Anwendung medizinischer Möglichkeiten geführt, wie etwa Antibiotika, künstliche Beatmung, Organtransplantation, Chemotherapie, Herzschrittmacher, assistierte Reproduktionstechniken und vieles mehr.

Ärztinnen und Ärzte sehen sich immer häufiger vor schwierige Entscheidungen gestellt, bei denen sie sich seit den späten 1990er-Jahren bei Klinischen Ethikkomitees Unterstützung holen können. Diese

Die ehemalige Tötungsanstalt Schloss Hartheim ist heute eine Gedenkstätte. Sie zeigt in der Ausstellung „Wert des Lebens“ auch die Kategorisierung und Vermessung des Menschen als Teil der Eugenik.



Gremien entwickeln praxisorientierte Empfehlungen für den Umgang mit ethischen Herausforderungen in Kliniken, von denen auch Pflegekräfte oder Angehörige betroffen sind. Die wissenschaftliche Disziplin der Medizinethik hingegen analysiert und reflektiert systematisch grundlegende normative Fragen sowie moralische Konfliktlagen (Stoecker 2023). Zwei normative Themen stellt dieser Beitrag vor – sie betreffen ethische Aspekte am Beginn sowie am Ende des Lebens.

1. Ethische Aspekte der Pränataldiagnostik

Die moderne Pränataldiagnostik ist in der Lage, Entwicklungsstörungen und genetische Eigenschaften eines Embryos bzw. Fötus festzustellen. Die pränatale Suche nach vermeintlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen des Ungeborenen hat sich zum obligatorischen Bestandteil der Schwangerschaftsversorgung entwickelt. Allerdings geht es bei diesen Untersuchungen weder um Versorgung noch um die Fötus-Gesundheit, sie dienen allein der Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch (GeN 2025). Da Aussagen darüber, wie sich die Diagnose beim Kind ausprägen wird, nicht möglich sind und es in den meisten Fällen keine therapeutischen Möglichkeiten während der Schwangerschaft gibt, argumentieren Kritikerinnen und Kritiker, eine solche „Selektion“ würde Menschen mit Behinderungen diskriminieren; alle Kinder müssten rückhaltlos angenommen werden, wenn sie, mit welcher Beeinträchtigung auch immer, auf die Welt kommen (Netzwerk gegen Selektion 2025).

Zu den pränataldiagnostischen Verfahren gehören verschiedene invasive und nicht-invasive Methoden. Invasive Untersuchungen sind die Chorionzottenbiopsie sowie die Amniozentese, bei denen ab der 11. bzw. 15. Schwangerschaftswoche (SSW) Fruchtwasser- oder Gewebeproben von Fötus oder Plazenta entnommen werden, die dann zyto- oder molekulargenetisch (Chromosomen, DNA, Proteine) untersucht werden. Zu den nicht-invasiven Untersuchungen gehört der Ultraschall sowie das Ersttrimesterscreening zwischen der 11. und 13. SSW. Mit Ersterem lassen sich Lage, Vitalität, zeitgerechte Entwicklung des Fötus beobachten wie auch eine morphologische Fehlbildungsdiagnostik vornehmen. Das Screening kombiniert die Ultraschalluntersuchung des Fötus mit dem Messen von Biomarkern aus dem Serum der Schwangeren.

Bei hohem Risiko für eine Chromosomenabweichung und gewollter Sicherheitsprüfung kann ab der 10. SSW ein nicht-invasiver, molekulargenetischer Bluttest vorgenommen werden, der als sehr sicher gilt, um die Trisomien 13, 18 und 21 festzustellen. Die ersten beiden Trisomien sind seltene genetische Veränderungen, die die körperliche und geistige Entwicklung unterschiedlich beeinflussen. Die Trisomie 21 hingegen ist die wahrscheinlich bekannteste,



das sogenannte Downsyndrom. Im Sommer 2022 wurde dieser Test Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen, was viele emotionale Diskussionen auslöste: Der Gesetzgeber möchte damit die Rate an invasiven Pränataluntersuchungen senken und sicherstellen, dass der Test nicht wie eine Routineuntersuchung eingesetzt wird. Bis heute aber vergeblich, denn die Zahl der Schwangeren, die diese Leistung in Anspruch nehmen, ist deutlich gestiegen. Kritiker und Kritikerinnen argumentieren, die Kostenübernahme wirke der Vielfalt und Wertschätzung menschlichen Lebens entgegen (Hertle & Wende 2025, Rüffer 2018). Ein Monitoring der Konsequenzen, das der Bundesrat beschlossen hatte, fand aufgrund des Bruchs der Ampel-Koalition im Herbst 2024 bislang nicht statt.

Daraus ergeben sich einige ethisch relevante Fragen: Welche Auswirkungen auf die Gesellschaft haben vor allem die nicht-invasiven Pränataluntersuchungen, die wegen ihrer Nicht-Invasivität, der Kostenübernahme und hohen Treffsicherheit möglicherweise zunehmend genutzt werden? Wie steht es um die gesellschaftlichen Vorstellungen und die Akzeptanz von Normalität, Behinderung und Entscheidungsfreiheit werdender Eltern? Was sollte diagnostiziert werden und was auf keinen Fall? Insbesondere im Kontext pränataldiagnostisch indizierter Abbrüche wird das Problem einer möglichen Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen sichtbar: Allein die Tatsache, dass sich laut Statistik neun von zehn Schwangeren bzw. Paaren bei der Diagnose Trisomie 21 für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, könnte ein Beleg dafür sein, Menschen mit Behinderungen seien in unserer Gesellschaft nicht willkommen. Das Selbstbestimmungsrecht der Frau in unserer

Ultraschalluntersuchungen gehören heute zum Standard der Überwachung der Schwangerschaft und der Entwicklung des ungeborenen Kindes.

Gesellschaft spielt dabei sicher eine wichtige Rolle, aber vor allem Ängste und Unsicherheiten wegen des hohen Bedarfs an Unterstützung oder fehlender Akzeptanz des Andersseins geben dabei den Ausschlag (Graumann 2023; Deutscher Ethikrat 2013).

Ethische, aber auch rechtliche, soziale und gesundheitspolitische Fragen der Pränataldiagnostik und ihre Auswirkungen müssen diskutiert werden, um einen tragfähigen Konsens herbeizuführen – in Politik und Gesellschaft, in Ethikkommissionen und ethischen Netzwerken. Denn: Die vorgeburtliche Suche nach etwas Auffälligem wird immer selbstverständlicher; zugleich fehlt es an sozialer, finanzieller und ideeller Unterstützung dafür, die inklusiven Rechte aller Menschen durchzusetzen. Solange dies währt, so lange wird es auch an Wertschätzung für Menschen mit Behinderungen und an inklusiver Vielfalt in unserer Gesellschaft mangeln.

2. Ethische Aspekte am Ende des Lebens

Auch am Ende eines Menschenlebens treten durch medizinischen Fortschritt und gesellschaftliche Veränderungen Entscheidungssituationen auf, die intensiv diskutiert werden. Techniken wie künstliche Beatmung, Reanimation, künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr oder komplexe Operationen ermöglichen es heute, Menschen auch in kritischen oder gar terminalen Krankheitsstadien länger am Leben zu erhalten als je zuvor. Das wirft jedoch zunehmend schwierige ethische Fragen auf: Ist es alleinige ärztliche Aufgabe, das Leben unheilbar Kranker unter allen Umständen zu verlängern? Oder gehört es auch zur medizinischen Verantwortung, Menschen beim Sterben zu begleiten? Wie steht es um die Einwilligungsfähigkeit des Patienten oder der Patientin? Ist

eine Patientenverfügung vorhanden, die medizinische Situationen und (un-)gewünschte Behandlungsmaßnahmen konkretisiert? Inzwischen hat sich die Haltung durchgesetzt, nicht die maximale Lebensverlängerung solle im Vordergrund stehen, sondern die bestmögliche Lebensqualität, was insbesondere die Aufgabe der Palliativmedizin ist.

Seit einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2020 ist in Deutschland der ärztlich assistierte Suizid grundsätzlich erlaubt – wobei dieses Gericht noch fünf Jahre zuvor die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) verboten hatte. Jetzt aber heißt es, die Entscheidung eines Suizids müsse autonom und freiverantwortlich zustande kommen (BGH). Damit leitete das höchste deutsche Gericht aus dem Grundgesetz ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben ab. Gesetzliche Regeln, wie das konkret umzusetzen ist, fehlen allerdings bis heute. Neueste Gerichtsverfahren zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte, die Suizidassistenten leisten, in rechtliche Schwierigkeiten geraten können. Das Bundesverfassungsgericht beschränkt das Recht auf Suizid nicht auf bestimmte Gruppen – etwa unheilbar Kranke oder Menschen mit starken Schmerzen –, sondern betont, *jeder* Mensch habe dieses Recht, auch Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Das führt jedoch zu Unsicherheiten, etwa bei der Frage, ob ein Mensch mit Depression oder Schizophrenie wirklich frei und eigenverantwortlich entscheiden kann. Manche fordern deshalb ein klar geregeltes Verfahren mit einer ausführlichen Beratung, einer fachlichen Begutachtung der Entscheidungsfähigkeit und einer umfassenden Aufklärung über Alternativen und Risiken. Wichtig wäre hier außerdem, dass der Sterbewunsch dauerhaft und nicht wechselhaft ist – denn spontane oder instabile Entscheidungen dürfen nicht Grundlage für eine Suizidassistenten sein.

Im Jahr 2023 scheiterten im Bundestag zwei Gesetzesvorschläge zur Regelung des assistierten Suizids. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde fordert nun einen neuen Anlauf und schlägt ein mehrstufiges Verfahren vor, um sicherzustellen, dass die Entscheidung gut überlegt und fachlich begleitet ist. Auch sollen alle Schritte dokumentiert und von verschiedenen Fachpersonen überprüft werden (DGPPN 2024).

Ob Suizidassistenten eine ärztliche Aufgabe sein sollte, ist umstritten. Die einen lehnen dieses kategorisch ab, weil es die zentrale ärztliche Aufgabe sei, Leben zu erhalten, auch wenn selbstbestimmte Sterbewünsche und Suizidabsichten respektiert und akzeptiert werden müssten (Pollmächer 2022). Andere betonen, dass niemand besser als Ärztinnen und Ärzte Suizidwillige ergebnisoffen unterstützen, angemessen begleiten und deren Freitod effektiv und sicher herbeiführen können (Marckmann 2022).

Mit dem „nicht-invasiven Pränatal-Test“ (NIPT) kann ab der zehnten Schwangerschaftswoche per Blutprobe festgestellt werden, ob beim Embryo Gendefekte vorliegen. Mit welchen Auswirkungen?





Fazit

Insgesamt zeigt sich, dass der medizinisch-technische Fortschritt neue ethische Spannungsfelder geöffnet hat. Die moderne medizinische Ethik versucht, die Konflikte mit einem ausgewogenen Verständnis von ärztlicher Verantwortung, Würde und Patientenautonomie zu lösen. Ganz gleich, mit welchem ethischen Thema man sich beschäftigt: Nur „eine interdisziplinäre, kontextsensible Debatte, die konträre Positionen und Perspektiven ernst nimmt, wird zu einer gesellschaftlichen Verständigung beitragen können“ (Graumann 2023, S. 732). Ein fundiert historisches Bewusstsein kann dabei dienlich sein, in Ideen, Argumentationen und Maßnahmen frühzeitig die Gefahr möglicher Grenzüberschreitungen zu erkennen.

Literatur

BÄK Bundesärztekammer: WMA Deklaration von Helsinki – Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen. <https://fr-vlg.de/e4s4up> [abgerufen am 12.09.25].
 Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen: UN-Behindertenrechtskonvention. <https://fr-vlg.de/svxf7z> [abgerufen am 12.09.25].
 BGH: Pressemitteilung Nr. 12/2020 vom 26. 02. 2020: Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig, <https://fr-vlg.de/le11sj>
 Deutscher Ethikrat (Hrsg.) (2013): Die Zukunft der genetischen Diagnostik – von der Forschung in die klinische Anwendung. Stellungnahme. <https://fr-vlg.de/oi72uu>

DGPPN: Pressemitteilung vom 01.07.2024: DGPPN aktualisiert Vorschläge für die gesetzliche Regelung der Suizidassistenten. <https://fr-vlg.de/phyypfq>

GeN: Pränataldiagnostik: Gen-ethisches Netzwerk e. V., <https://fr-vlg.de/fl6utz> [abgerufen am 28.08.25].

Graumann, S. (2023): Schwangerschaftsabbruch und Empfängnisverhütung. In: Neuhäuser, C., Raters, M. L. & Stoecker, R. (Hg.): Handbuch Angewandte Ethik, S. 727–732. 2. Aufl. Heidelberg.

Hertle, D. & Wende, D. (2025): Erste Zahlen zum nichtinvasiven Pränataltest auf die Trisomien 13, 18 und 21 (NIPT). In: Dtsch Arztebl Int 2025; 122: 283–284.

Jasch, H.-C. & Kaiser, W. (2017): Der Holocaust vor deutschen Gerichten. Amnestieren, Verdrängen, Bestrafen. Stuttgart.

Marckmann, G. (2022): Assistierter Suizid – eine ärztliche Aufgabe? – Pro. In: Psychiatrische Praxis 2022; 49(02), S. 67–68.

Mitscherlich, A. & Mielke, F. (1987): Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag.

Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, <https://www.netzwerk-praenataldiagnostik.de> [abgerufen am 28.08.25].

Pollmächer T. (2022): Assistierter Suizid – eine ärztliche Aufgabe? – Kontra. In: Psychiatr. Praxis, 2022; 49 (02), S. 69 – 70.

Rüffer, C. (2018): Kontra: Kostenübernahme für pränatale Bluttests. In: Deutsches Ärzteblatt, 2018; 115 (44): A-1989.

Stoecker, R. (2023): Medizinische Ethik. In: Neuhäuser, C., Raters, M. L. & Stoecker, R. (Hrsg.): Handbuch Angewandte Ethik, S. 313–320. 2. Aufl., Heidelberg.

Sterbehilfe bei Todkranken, assistierter Suizid? Um diese Themen gibt es öffentliche Auseinandersetzungen.

Priv.-Doz. Dr. Rebecca Schwach ist Stellvertretende Leiterin des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.