
Hartmut Kreß ***Grenzen in der Gynäkologie – ethische Aspekte***Referat in der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe Berlin, 21.3.2018*

Es ist fraglos geboten, in der Gynäkologie nach „Grenzen“ zu fragen. Auf dieses Thema bezog sich die Einladung zu dem Referat. Der Begriff der Grenze ist allerdings mehrdeutig – wodurch er nochmals interessanter wird.

1. Zur Begriffsbildung: Was bedeutet „Grenze“?

Zunächst ist zu sagen, dass die Gynäkologie an Grenzproblemen partizipiert, mit denen sich die heutige Hochleistungsmedizin generell auseinandersetzen muss. Es geht um Grenzen dessen, was medizinisch-technisch überhaupt „machbar“ und „erreichbar“ ist. So kann etwa die Tumorbehandlung mittels Radiologie oder Chemotherapie auf Grenzen desjenigen stoßen, was zweckmäßig und vertretbar erscheint.

Andererseits: Der medizinische Fortschritt ist hochdynamisch, so dass er fortlaufend Grenzen verschiebt und eben doch Vieles an Diagnostik und Therapie erreichbar werden lässt, was man früher für utopisch hielt. Immer mehr, Zusätzliches oder Neues wird handlungstechnisch umsetzbar. Hieraus resultieren freilich wiederum Grenzen, und zwar in einem anderen Sinn, nämlich die Grenzen des Prognostizierbaren. Oftmals bleibt unklar, welche Auswirkungen neue technische Handlungsoptionen tatsächlich haben werden – ein derzeit spektakuläres Beispiel: die Keimbahntherapie. Das heißt: Es bricht das Problem der Grenze der Prognosefähigkeit auf; es bleibt unsicher, wie die Effekte und die Nebeneffekte innovativer medizinischer Handlungsoptionen im Einzelnen ausfallen.

Und nicht zuletzt: Die Adressaten der Medizin sind die Patientinnen und Patienten – in der Gynäkologie vor allem Patientinnen, wenn man einmal von Männern etwa mit Brustkrebs absieht. Die Patientinnen müssen informiert werden; und letztlich sind sie es, die einen Entschluss zu treffen haben, ob sie diese oder jene Behandlung wünschen oder ob sie sie ablehnen. Hieraus resultiert nochmals neu ein Problem der Grenze. Medizinische Sachverhalte können so

* Prof. Dr. Hartmut Kreß, Universität Bonn, Sozialethik. E-mail: hkress[at]uni-bonn.de

kompliziert und die Handlungsfolgen derart einschneidend sein, dass betroffene Menschen an die Grenzen ihrer Entscheidungskompetenz, ihrer Entscheidungsbereitschaft und Entscheidungskraft geraten.

Insoweit ist der Terminus „Grenze“ kategorial belangvoll, um auf ganz verschiedene Sachverhalte und Zweifelsfragen aufmerksam zu machen. Dies wird eine Rolle spielen, wenn ich im Folgenden eine tour d’horizon zur Gynäkologie und zu ihrem medizinischen Handlungsumfeld vornehme.

2. Zweifelsfragen in der Gynäkologie und das dialogische Prinzip

Schon allein auf der medizinischen Sachebene kann in der Gynäkologie Zweifel aufkommen, etwa bei der Tumorchirurgie oder was im fortgeschrittenen Stadium des Mammakarzinoms die Beurteilung und Behandelbarkeit von Gehirnmastasen anbetrifft. Unsicherheiten von Ärzten hinsichtlich Prognose und Behandlung, auch der ärztliche Zweifel über therapeutische Alternativen oder dazu, ob statt des Handelns ein Unterlassen vorzuziehen ist – Ärztinnen und Ärzte werden solche Zweifel den Patientinnen nicht verschweigen dürfen. Das Gebot, Patientinnen zu informieren und aufzuklären, gilt rechtlich sowie ethisch und beruht auf dem Abschied vom Arztpaternalismus, der sich in den letzten Jahrzehnten vollzogen hat. Im Problemfall, etwa bei Tumorbehandlungen, kann die Entscheidungsfindung für die Patientin, die hiermit konfrontiert wird, freilich überaus herausfordernd, ja überfordernd sein.

Das Problem hatte ich soeben schon angedeutet; und ich vertiefe es jetzt noch, indem ich den Term „Grenze“ erneut aufgreife und zuspitze. Es lässt sich herausarbeiten, dass das An-Grenzen-stoßen zur *conditio humana*, zu den Wesensmerkmalen menschlicher Existenz gehört. Menschsein kann gar nicht anders gedacht werden als unter dem Vorzeichen von Endlichkeit und Begrenztheit. Diese Einsicht legte Karl Jaspers dar, einer der Vordenker der Existenzphilosophie im 20. Jahrhundert. Er prägte den Begriff der „Grenzsituation“. Eine Grenzsituation bezeichnete er zugleich als „Grundsituation“. Es handele sich um fundamentale Momente der Existenz, denen Menschen letztlich nicht ausweichen können und an denen ihre Begrenztheit schicksalhaft deutlich werde. Als Beispiele nannte Jaspers „Zufall, Herkunft, Tod, Leiden, Kampf, Schuld und die Geschichtlichkeit alles Wirklichen“; und er unterstrich: „Entscheidend ist es,

wie der Mensch sich zu ihnen [also zu solchen Grenzsituationen] und in ihnen verhält“. Dabei bestehe die Gefahr, dass Menschen Grenzsituationen zu „verschleiern“ neigen. Dann verfehlen sie sich jedoch in ihrem Selbstbezug und verlieren ihre individuelle, subjektive Identität.

Es liegt auf der Hand: Zu derartigen Grenzsituationen zählen die Zweifels- und Konfliktfragen im Umgang mit Krankheiten einschließlich schwerer Krankheitsverläufe in der Gynäkologie. Die betroffenen Patientinnen sind zu einer Antwort herausgefordert, die ihren persönlichen Überzeugungen wenigstens möglichst weitgehend entsprechen sollte. Solche Antworten zu finden, bedeutet eine schwere Last. Umso wichtiger ist es, dass Gesprächspartner zur Verfügung stehen. In der Medizin wird dies ein wenig technokratisch als shared decision making bezeichnet. Anders gesagt und unter Bezugnahme auf die moderne Existenz- und Dialogphilosophie: Anzustreben ist ein „dialogisches Gespräch“, also ein substanzieller Dialog, der sich zwischen behandelnden Ärzten, der Patientin, ihren Angehörigen und weiteren Personen, nicht zuletzt dem Pflegepersonal ereignet. Je nach Fallkonstellation kann ein längerer Dialogprozess vonnöten sein. Unter Umständen wird er darauf hinauslaufen, eine Grenze im handlungspragmatischen Sinn sogar anzustreben, d.h. die aktive Behandlung zu beenden, stattdessen auf palliative Versorgung zuzugehen und der Patientin auf ihren Wunsch hin das Sterben zu ermöglichen und zu erleichtern.

Derartige Entscheidungsprozesse vollziehen sich nicht abstrakt und nicht im luftleeren Raum, sondern existenziell im Rahmen der sozialen Gegebenheiten und der kulturellen Prägungen, in denen die Menschen jeweils leben.

3. Der Stellenwert kultureller Überlieferungen bei Entscheidungsfindungen

Herkömmlich war für Menschen in den Grenzsituationen von Krankheit und Sterben häufig die Religion die Instanz, an die sie sich hielten. Nun ist soziologisch zu sagen, dass in unserer Gesellschaft die Bindungskraft der Kirchen und der Religionen sehr stark nachgelassen hat. Gemäß Konfessionsstatistik gehört die größte Teilgruppe der Gesellschaft, ca. 37 %, keiner Konfession oder Religion an. Formal sind nur noch knapp 29 % bzw. ca. 27 % der Bevölkerung Mitglied der katholischen oder der evangelischen Kirche. Der Anteil des muslimi-

.....

schen Bevölkerungsanteils steigt an, auf ca. 4 %. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass in der Bundesrepublik Menschen aufgrund ihrer bloßen Herkunft (z.B. Türkei) statistisch als Muslime erfasst werden. Faktisch begreifen sich viele Menschen, die bei uns von außen „dem Islam“ zugerechnet werden, in ihrem eigenen Selbstverständnis als liberal muslimisch oder als säkular oder als nicht-religiös. Und auch die, die nominell einer Religion oder Kirche angehören, sind in ihren Auffassungen oft nicht mehr wirklich religiös geprägt. Ärzte und Kliniken werden diese Entwicklung zur Kenntnis zu nehmen haben. Wenn schwierige Entscheidungen anstehen, sollten für Patientinnen und Angehörige neben Ärzten und außer den herkömmlichen religiösen Seelsorgern ebenfalls Psychologen sowie Ansprechpartner aus der Ethikberatung und aus der nichtreligiösen, religiös neutralen psychosozialen Beratung zur Verfügung stehen.

Doch ungeachtet dessen, dass die Bindungswirkung speziell von Religionen in der Gegenwart nachlässt: Prinzipiell hängt die Einstellung von Menschen zu Krankheit und Sterben recht stark von kulturellen Traditionen ab. Dabei kann es sich um national oder um ethnisch oder um philosophisch geprägte Bewusstseinshaltungen handeln. Ein Schlaglicht zur Verdeutlichung: Vor ca. 30 Jahren erschien eine aufsehenerregende Publikation einer US-amerikanischen Autorin – Lynn Payer –, die zur Gynäkologie auf die Differenz der medizinischen Kulturen in den USA, Frankreich, England und Deutschland aufmerksam machte. Zwischen diesen Staaten der westlichen Welt sei ein kultureller „bias“ vorhanden. Zugespitzt meinte die Autorin, in den USA werde stärker auf aktive, ja aggressive Behandlung gesetzt. Demgegenüber sei die englische Kultur an ökonomischen und pragmatischen Motiven interessiert, die deutsche Tradition sei herkömmlich emotional und romantisch geprägt (wobei „Romantik“ wohl im Sinn der kulturgeschichtlichen Epochenbezeichnung zu begreifen ist) und die französische Kultur auf Reflexion angelegt. Auf dieser Linie läge es – so schrieb sie damals –, dass in den USA Frauen und Ärzte im Zweifel die radikale Brustamputation vorzögen, während man in Frankreich behutsamer vorgehe.

Nun diskutiere ich diese ältere Einschätzung nicht genauer, sondern erwähne jetzige Studien. Zurzeit werden z.B. nationale und kulturelle Hintergrundfaktoren für das Schmerzempfinden diskutiert. Einer aktuellen Publikation zufolge verhalte es sich so, dass sich US-Patienten stärker von intensivem Schmerz belastet

fühlten als europäische. Oder es wird mit Blick auf Schmerzwahrnehmung und Schwangerschaftsbeschwerden auf migrationsbedingte Hintergründe aufmerksam gemacht.

Wenn man eine „ganzheitliche“ Behandlung und einen dialogischen Umgang mit Patientinnen anstrebt, sind derartige kulturelle Hintergrundfaktoren von Belang. Gegenläufig und einschränkend ist aber noch ein Weiteres zu betonen: Gegebenenfalls ist es außerordentlich wichtig, bestimmte soziokulturelle Traditionen *kritisch* wahrzunehmen, ihnen sogar bewusst entgegenzuwirken und sie einzudämmen. Wiederum nur als Beispiel: Bis heute ist für Patientinnen und Familien aus bestimmten Kulturkreisen – Türkei, arabisch-muslimische Staaten – ein Paternalismus prägend, so dass der Mann die Entscheidungshoheit für sich beansprucht. Das Selbstbestimmungsrecht, das seiner Frau als Patientin zusteht, droht hierdurch konterkariert zu werden. Konkret kann es sein, dass der Mann das Ja oder Nein zur Therapiebegrenzung bei Tumorbehandlungen an sich zieht; oder der patriarchalisch denkende Mann drängt die Frau, sich zügig einer IVF-Therapie zu unterziehen, damit ein Kind, möglichst ein Sohn schnell geboren wird. Sicherlich ist es für Ärzte schwierig, sich im konkreten Alltag mit kulturellen Prägungen wie einem derartigen Paternalismus auseinanderzusetzen. Grundsätzlich gilt aber, dass sie um der Patientin willen hierzu verpflichtet sind.

Was persönliche soziale oder kulturelle Prägungen angeht, kann im Übrigen auch für Ärztinnen/Ärzte selbst eine selbstkritische Wahrnehmung geboten sein. Denn sie sind ihrerseits kein unbeschriebenes Blatt. So haben Studien aus Großbritannien dargelegt, wie sich Ärzte zu weitgehend von ihren persönlichen weltanschaulichen Einstellungen leiten ließen, als es um den Umgang mit Patienten im Zusammenhang von Sterbehilfe ging. Oder eine Untersuchung aus Israel: Israelische Ärzte haben die Schmerzbelastung von Patientinnen bei der Geburt anders eingeschätzt, je nachdem ob sie israelische oder arabische Frauen vor sich hatten. Das heißt: Unter Umständen projizieren Ärzte eigene subjektive Vorstellungen, gar Vorurteile auf ihre Patientinnen. Dieses Phänomen ist ärztlicherseits aufzuarbeiten. Denn für die Behandlungsmodalitäten sollten der Erwartungshorizont und die subjektive Einschätzung der Patientin den Ausschlag geben.

Um genau dies zu erreichen und um den Patientinnen gerecht zu werden, ist zumal für die Gynäkologie ein weiterer gedanklicher Zugang von Interesse:

4. Impulse feministischer Medizinethik

Mit Behandlungsstrategien und auch mit Grenzziehungen in der Gynäkologie beschäftigen sich Autorinnen der feministischen Ethik. Eines ihrer Themen war die Hysterektomie. Bei der gender- oder der feministischen Reflexion geht es um den Stellenwert der Gebärmutter für das Selbstbild von Frauen – ein weit ausgreifendes Thema. Nun hat die Rate an Hysterektomien in den letzten Jahrzehnten aus unterschiedlichen Gründen abgenommen. Die Bewusstseinsbildung, die durch feministische Medizinethik hierzu erzeugt wurde, dürfte aber zumindest einen Faktor darstellen. Jedenfalls hat eine in der Frage engagierte Autorin vor einigen Jahren die Bilanz gezogen, wenn die Indikation Hysterektomie jetzt weniger häufig gestellt werden, zeige sich darin „bereits ein Wandel im gynäkologischen Ethos bezüglich des Menschenbildes im allgemeinen und des Frauenbildes im besonderen“, der eben auch auf die feministische Befassung mit dem Thema zurückzuführen sei.

Mit all dem habe ich – sicherlich nur schlaglichtartig und fragmentarisch – Konflikt- oder Grenzfragen in der Gynäkologie bezogen auf Patientinnen genannt. Beim Thema „Grenze“ sollte man speziell in der Gynäkologie aber noch auf eine Besonderheit achten: Anders als in sonstigen Zweigen der Medizin geht es nicht nur um die Patientinnen selbst, sondern häufig noch um weitere Personen, nämlich um erhoffte Kinder. Zweifelsfragen der Gynäkologie sind so gelagert, dass auch diese Dritten, die erhofften Kinder zu bedenken sind.

5. Grenzfragen mit Blick auf Kinder

Im gynäkologischen Alltag brechen Abwägungsprobleme etwa bei einer Krebsbehandlung während der Schwangerschaft oder bei Schwangerschaften unter Immunsuppressiva bei Frauen mit gespendeten Organen auf. Medizinisch ist dann so zu verfahren, dass die Interessen der Frau und des Fetus möglichst gut austariert werden. Im Folgenden gehe ich darüber noch hinaus, um ethische Grundsatzpunkte ins Spiel zu bringen. Zur Gynäkologie nehme ich die Nachbarggebiete Fortpflanzungsmedizin und Neonatologie hinzu.

So gesehen sind Kinder in unterschiedlicher Hinsicht in Blick zu nehmen: Kinder vor ihrer Erzeugung oder vor der Nidation (in der Fortpflanzungsmedizin), während der Schwangerschaft sowie im Umfeld der Geburt (in der Peri- oder Neonatologie). Ethisch-normativ sind dabei zwei Pole zu berücksichtigen: einerseits die Interessen und das Selbstbestimmungsrecht der Frau, andererseits die Belange der (potenziellen) Kinder. Beides kann in Spannung, ja in Konflikt geraten. Schon vor der Geburt ist der Lebensschutz abzuwägen; und vor allem sind schon im Vorhinein das Wohl, die Rechte und die Interessen eines Kindes zu bedenken, die ihm zustehen, falls es tatsächlich geboren wird. Unter diesen Aspekten beleuchte ich aktuelle Problemstellungen.

a) präkonzeptionell/pränidativ: Problematik der wunscherfüllenden Medizin

Mit Kindern vor ihrer Erzeugung oder unmittelbar nach der Erzeugung hat die Reproduktionsmedizin zu tun, mithin eine Disziplin im Kontext der Gynäkologie. Nun ist in der Bundesrepublik Deutschland die Gesetzeslage zur Fortpflanzungsmedizin so restriktiv wie in kaum einem anderen europäischen Land, sieht man etwa vom katholischen Italien ab. Dies ist mit Nachdruck zu kritisieren. Der deutsche Gesetzgeber schränkt die Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechte von Frauen und Paaren mit Kinderwunsch in einer Weise ein, wie es ethisch und grundrechtlich meines Erachtens nicht vertretbar ist.

Trotzdem ist zurzeit auf Gebote der Grenzziehung aufmerksam zu machen. Es scheint so, dass sich auch in Deutschland zur Fortpflanzung sozial und mental bestimmte Verschiebungen ereignen. Sie bedürfen kritischer Aufarbeitung – und zwar unter dem Vorzeichen, ob sie sich zulasten des Wohls von Kindern auszuwirken drohen und ob im Sinn einer Ethik des Kindes Grenzen zu ziehen sind.

Als Beispiel kann man etwa daran denken, dass Frauen im Alter von über 40 Jahren unbefruchtete Eizellen kryokonservieren lassen, um nochmals später jenseits der Menopause schwanger werden zu können. Der kritische Einwand: Für potenzielle Kinder ist dies risikoträchtig, sowohl was im Fall der Geburt die Gesundheit des Kindes als auch was psychosoziale Aspekte anbelangt. D.h.: Wird hier nicht eine Grenzlinie zu einer wunscherfüllenden Medizin überschritten, und zwar zulasten potenzieller Kinder? Selbst in Israel, einem pronatalisti-

schen und gegenüber der Fortpflanzungsmedizin äußerst liberalen Land, hat man Grenzen gezogen. Die Implantation einer aufgetauten, befruchteten Eizelle bei einem Alter der Frau jenseits von 55 Jahren ist dort nicht statthaft.

Hiermit ist schlaglichtartig Diskussionsbedarf zu Grenzziehungen für die Reproduktionsmedizin markiert. Wie sieht es zur Gynäkologie selbst aus?

b) pränatal: Schwangerschaft nach Hirntod?

Eine besonders bedeutsame Grenzfrage der Gynäkologie klammere ich aus, den Schwangerschaftsabbruch. Normativ geraten beim Abbruch einer Schwangerschaft das Selbstbestimmungsrecht der Frau und der Lebensschutz des Fetus in Konflikt. Aus meiner Sicht ist das Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrecht der Frau deutlich zu betonen. Dies gilt schon allein aufgrund der Symbiose zwischen der Frau und dem Fetus. Moralisch sowie faktisch lässt sich ein Lebensschutz des Fetus gegen den Willen der Frau von außen gar nicht durchsetzen.

Hier sei aber eine andere Grenzfrage genannt, nämlich das Problem, ob Kliniken nach dem Hirntod einer Frau Schwangerschaften aufrechterhalten sollten. Bislang sind weltweit eine zweistellige Zahl von Kindern auf dieser Basis geboren worden. Das Verfahren ist riskant; derartige Vorhaben mussten abgebrochen werden; Kinder sind geschädigt geboren worden. Die Aussicht, ob ein Kind überhaupt zur Welt gelangt und ob es dann nicht schon Schäden erlitten hat, hängt von einer ganzen Reihe von Faktoren ab, unter anderem vom Zeitpunkt des Hirntods während der Schwangerschaft.

Prinzipiell liegt eine neuartige Grenzfrage der Gynäkologie vor. Diejenigen, die solche Schwangerschaften befürworten, machen geltend, der Fetus besitze ein eigenständiges Lebensrecht. In den USA wird zu diesem Zweck sogar das quasi-religiöse Schlagwort der „sanctity of life“ benutzt. Wenn man sich einschlägige Literatur ansieht, fällt auf, dass darüber eine andere Frage in den Hintergrund zu geraten droht: Wie sind die längerfristigen Perspektiven für das Kind zu beurteilen, dessen leibliche Mutter nach seiner (eventuellen) Geburt sofort bestattet wird?

Zu diesem speziellen Thema möchte ich vor allem aber auch das Selbstbestimmungsrecht der Frau als normatives Kriterium betonen. Dies muss entspre-

chend abgewandelt geschehen, da die Frau hirntot ist. Jedoch greift ihr postmortal nachwirkendes Persönlichkeitsrecht. Geht man von ihm aus, mag es immerhin diskutabel sein, eine Schwangerschaft nach dem Hirntod medizinisch fortzusetzen, falls die Frau sich zu Lebzeiten bejahend geäußert haben sollte. Aus Achtung vor den Persönlichkeitsrechten, die sie zu Lebzeiten besaß, sollte man aber auf keinen Fall eine solche Handlung durchführen, wenn sie sich negativ geäußert hat oder wenn sich ihre Abwehr implizit erschließen lässt. Sofern keine Willensäußerung vorliegt und falls sich auch keine frühere Sichtweise der Frau rekonstruieren lässt, sollte man meines Erachtens ebenfalls Abstand nehmen. In dieser Hinsicht ist der deutsche Fall, das sog. Erlanger Baby von 1992, im Nachhinein nochmals zusätzlich zu problematisieren. Denn die tödlich verunglückte junge Frau hatte sich zu Lebzeiten nicht geäußert; und Angehörige hatten sich gegen die künstliche Aufrechterhaltung der Schwangerschaft gewehrt. Trotzdem beharrte die Klinik auf ihrem Vorhaben, allerdings ohne medizinischen Erfolg.

c) neonatal: Aufrechterhaltung von Lebensfunktionen bei Frühgeborenen?

Diese komplexe Frage, eine der belastenden Grenzfragen im Kontext der Gynäkologie, sei hier nur erwähnt, um ethisch Grundsätzliches anzusprechen. Sie liegt anders als die beiden soeben genannten Konstellationen. Denn mit seiner Geburt *ist* das Kind eine individuelle menschliche Person. Insofern besteht eine Differenz zur Sachlage in der Fortpflanzungsmedizin, die mit Frühembryonen zu tun hat, und zur Situation während der Schwangerschaft; dort handelt es sich um einen Fetus, der mehr oder weniger ausgeprägt entwickelt ist.

In der Neonatologie beruht ein Anlass für Zweifel darauf, wie die gesundheitlichen Zukunftsaussichten eines Kindes einzuschätzen sind. Unter Umständen erscheinen sie so düster, dass es nahe liegt, ein Frühgeborenes nicht weiter am Leben zu erhalten, sondern es palliativ zu begleiten und sterben zu lassen. An dieser Stelle kommen die Eltern zum Zuge, da sie stellvertretend für das Kind entscheiden müssen. Wichtig ist: Die Entscheidung, die sie zu treffen haben, hat eine eigene, ganz besondere Struktur. Denn das Kind ist nicht ihr „Eigentum“ und es ist auch nicht, so wie es während der Schwangerschaft war, symbiotisch mit der Frau verbunden und in diesem Sinne ein Teil der Frau. Nach

der Geburt stellt das Kind vielmehr ein eigenes Sein, ein eigenständiges Subjekt dar. Daher sollte die Entscheidung der Eltern möglichst so angelegt sein, dass sie den Lebensmöglichkeiten, dem vermuteten Wohl und den Entwicklungsoptionen des Kindes gemäß erfolgt. Das Entscheidungsrecht der Eltern sollte sich an den Perspektiven des Kindes orientieren, so weit sie sich einschätzen lassen.

6. Resümee zur Kategorie der Grenze

Um ein kurzes Fazit zu ziehen: In der Gynäkologie sind Grenzen verschiedener Art zu diskutieren: Grenzen der medizinischen Behandelbarkeit; Grenzen der medizinischen Prognosefähigkeit, was Erfolg und Auswirkungen bestimmter Behandlungen angeht; und menschliche, existenzielle, persönliche Grenzen für die Betroffenen, mit Unsicherheit und Zweifel umzugehen.

Die Thematik wird dadurch nochmals komplexer, weil speziell in der Gynäkologie und ihren Nachbardisziplinen Grenzfragen nicht nur die Patientinnen betreffen, sondern auch Dritte, nämlich Kinder, die geboren werden sollen. Dabei wird deutlich, dass auch normative Kriterien ihrerseits auf Grenzen stoßen und zusätzlicher Auslegung bedürfen. Diesen Punkt hatte ich jetzt zuletzt am Beispiel der Entscheidungsrechte von Patientinnen angedeutet: Sie sind jeweils anders gelagert und anders zu erörtern, je nachdem ob über noch nicht erzeugte Kinder, über Embryonen, Feten oder über neugeborene Kinder zu entscheiden ist.

Worauf es bei all dem aufseiten der Ärztinnen/Ärzte als auch bei Patientinnen ankommt: Es gilt, die Relativität der eigenen Entscheidungskompetenz realistisch wahrzunehmen; die biographische und kulturelle Bedingtheit eigener Urteile zu erkennen und mit ihr umzugehen – auch selbstkritisch und revisionsbereit; und im Blick auf potenzielle, vorgeburtliche oder geborene Kinder die Interessen und möglichen Perspektiven der Kinder selbst in den Vordergrund zu rücken.

Dies alles ist überaus anspruchsvoll. Existenzielle Sondersituationen, so wie Karl Jaspers sie mit dem Wort „Grenzsituation“ umschrieben hat, sind unter heutigen Bedingungen in der Gynäkologie medizinischer Alltag. Um sie zu bewältigen, sind im Sinn der Existenzphilosophie das „dialogische Prinzip“ und dialogische Entscheidungsprozesse unerlässlich.