

An Stelle einer Einleitung: DDR-Medizin – Eine eigene Ethik?

1. Vom Sinn und Wert der historischen Vergewisserung in der medizinischen Ethik

Das vorliegende Buch befasst sich mit einem Kapitel deutscher Medizingeschichte, das trotz einer radikalen gesellschaftlichen Zäsur mit der politischen Wende auf dem Gebiet der ehemaligen DDR zeitlich noch zu nahe liegt, um als abgeschlossen gelten zu können. Die Motivation der Herausgeberin und des Herausgebers, sich diesem Gegenstand zuzuwenden, entspringt dem Umfeld in dem sie tätig sind. Nahezu überall in den neuen Bundesländern und so auch an den medizinischen Fakultäten und im Gesundheitswesen kam es in der Folge von Evaluations-, Übernahme- und Neubesetzungsvorgängen zu einem teilweisen Personalwechsel, insbesondere in den Leitungsebenen, aber auch im akademischen Mittelbau. Beim Pflegepersonal bzw. beim mittleren medizinischen Personal und auch in der Verwaltung kann hingegen von weitgehenden personellen Kontinuitäten ausgegangen werden. In jedem Falle ergab sich in den verschiedenen medizinischen Bereichen eine zunehmende kulturelle Mischung. Das heißt, dass viele, die in universitätsmedizinischen oder anderen medizinischen Einrichtungen arbeiten und forschen, in der DDR geboren, sozialisiert und teilweise akademisch ausgebildet worden sind. Als Medizinstudierende, Ärztinnen und Ärzte, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Krankenschwestern und Pfleger haben sie in medizinischen Einrichtungen der DDR gewirkt, Erfahrungen gesammelt, gewisse Prägungen erfahren und Zäsuren wie Kontinuitäten erlebt. Diejenigen, die unter den neuen gesellschaftlichen Realitäten die Möglichkeit bekamen weiter zu arbeiten, konnten ihren beruflichen Weg neu entwerfen und ihre Kompetenzen in einem veränderten Rahmen einbringen. Für andere hingegen war der politische Umbruch nicht selten mit einer schmerzlichen biographischen Wende verbunden.

Wenn medizinische Ethik als jener Bereich der Medizin verstanden wird, der das moralische Handeln in der klinischen Praxis und medizinischen Forschung an der Schnittstelle zwischen Gesellschaft, Individuum (sowohl Patient als auch Arzt), Familie und Staat reflektiert, gehört es zu den Aufgaben der aktuellen Medizinethik, sich mit ihrem kulturellen Background zu befassen. Ärztinnen und Ärzte, die in der DDR aufgewachsen sind, in dieser Gesellschaft gearbeitet bzw. hier teilweise oder komplett ihre Ausbildung erhalten haben, sind durch ein berufliches Ethos geprägt worden, in dem die Pflichten des Arztes gegenüber der Gesellschaft von grundlegender Bedeutung waren. Für Ärztinnen und Ärzte, die heute im „Osten“ tätig sind, würde das Wissen über Medizin und Medizinethik in der DDR möglicherweise den Zugang zu Mentalitäten von Patienten, Kollegen und medizinischem Personal erleichtern, die in der DDR sozialisiert worden sind. Auch Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung von medizinethischen Problemstellungen (z. B. Sterbebegleitung, Organspende, Schwangerschaftsabbruch, Arzt-Patient-Beziehung) und im Umgang mit ihnen, ließen sich besser erklären.

Auf dem Gebiet der medizinischen Ethik haben sich in ehemals sozialistischen Län-

dern auf Grund der besonderen gesellschaftlichen Voraussetzungen bestimmte Entwicklungen auf einem anderen Weg als im Westen vollzogen und sind dort weitgehend unbeachtet geblieben. Der Münsteraner Medizinhistoriker Richard Toellner bekannte aus der Sicht eines Vorstandsmitgliedes des Arbeitskreises Medizinischer Ethikkommissionen in der Bundesrepublik Deutschland, dass die medizinische Ethik in der DDR vor der politischen Wende im Westen eine Leerstelle gewesen sei.¹ Aber auch nach der Wende wurde ihr wenig Aufmerksamkeit geschenkt.² Neuere Abhandlungen über die geistigen und gesellschaftlichen Strömungen, die das ärztliche Denken und Handeln beeinflusst haben, geben in dieser Hinsicht keine Auskunft,³ so dass die heutige Generation nur wenig darüber weiß.

Für uns als Vertreter des Faches „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ stellte sich die Frage, wie sich in der DDR, vor allem in den 1970er und 1980er Jahren der medizinische Alltag gestaltete. In dem wissenschaftlichen Umfeld, in dem wir forschen und lehren, sind noch heute Fragmente dieser Realität spürbar. Es sind die Äußerungen von Patientinnen und Patienten, aber auch die von Kolleginnen und Kollegen, die oft in einem Nebensatz erinnern, vergleichen, verklären oder kritisieren. Wir haben begonnen, uns zu fragen, wie die DDR-Medizin jene Jahre, in denen in den westlichen Ländern lebhaft Debatten um Patientenautonomie, Schwangerschaftsabbruch, künstliche Befruchtung, „Euthanasie“, Organtransplantation usw. entbrannten, erlebt und gestaltet hat.

Es entstand eine Reihe weiterer Fragen, wie beispielsweise nach der Konstituierung eines Arztethos im Rahmen der Auseinandersetzung mit der NS-Vergangenheit und unter dem Einfluss der marxistisch-leninistischen Ideologie, nach den ethischen Inhalten in der Ausbildung des medizinischen Personals sowie ganz zentral nach dem Umgang mit den permanenten materiell-technischen sowie – wenigstens in der Wendezeit – auch personellen Engpässen. Ob diese Mängel zu einer veränderten „Prioritätensetzung“ bei der Mittelverteilung im Gesundheitswesen führten und wie sie die Arzt-Patient-Beziehung

¹ Siehe nachfolgenden Tagungsbeitrag von Toellner, R.: Medizinische Ethik in der DDR aus Sicht des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in der BRD einschließlich Berlin (West), S. 63–72.

² Inzwischen hat sich die „Medizinethik in der DDR“ als Forschungsschwerpunkt am Institut für Geschichte der Medizin der Universität Greifswald etabliert. Hier erschienen bereits die Veröffentlichungen von Bettin, H.; Gadebusch Bondio, M.: Greifswalder Ansätze zur Ethik in der Medizin – ein Rückblick in die jüngere Vergangenheit. *Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung* 2 (2009), S. 39–44 sowie Bettin, H.: Eine AG Ethik der DDR als erste zentrale deutsche Ethikkommission. Zum Umgang mit ethischen Fragen bei der Forschung am Menschen in der DDR. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 56 (2010), S. 235–250. Auch in Erlangen, Tübingen und Ulm hat man sich diesem Forschungsfeld zugewandt. Am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Erlangen arbeitet A. Quitz an einem Promotionsvorhaben zum Thema „Staat, Macht, Moral. Das Ministerium für Staatssicherheit und die Medizinethik in der DDR.“ H. Tümmers beschäftigt sich am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen mit dem Thema „Zwischen Systemkonkurrenz und Annäherung. Aids und die Ärzteschaft in der Bundesrepublik und der DDR (1981 – 1989)“ und Igor Polianski verfolgt am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Ulm ein Habilitationsprojekt mit dem Thema „Ethik der Medizin in historischer und kulturtheoretischer Perspektive. Wertediskurse und Ethikkonflikte im Gesundheitswesen der Sowjetunion und DDR.“

³ So geht K. Bergdolt beispielsweise in seinem Buch „Das Gewissen der Medizin“ im Kapitel über die Ethik nach 1945 nicht auf die Besonderheiten medizinischer Ethik in den sozialistischen Ländern ein; Bergdolt, K.: *Das Gewissen der Medizin*. München 2004, S. 285 ff.

beeinflussten oder sich in irgendeiner Weise auf medizinethische Fragestellungen auswirkten, all dies muss geklärt werden.

Weitere Themenkomplexe, die für uns Forschungsaufgaben darstellen, zeichneten sich bei der Sichtung von Archivdokumenten und gedruckten Quellen ab. Die Entwicklung eines Normierungsbedarfs bei schwierigen Entscheidungsfindungsprozessen führte in der DDR bereits gegen Ende der 1970er Jahre zur Konstituierung von Gremien, Behörden und verantwortlichen Institutionen für Fragen der klinischen und der Forschungsethik. Ihre Entstehung und Arbeitsweise ist in der aktuellen Forschung bislang kaum thematisiert worden. Zu den DDR-Spezifika gehört die Anwendung spezieller Begrifflichkeiten auf dem Gebiet der Medizinethik bzw. „Deontologie“, die bei einer Untersuchung der entsprechenden Quellen nicht unberücksichtigt bleiben kann. Die konzeptuellen Besonderheiten veröffentlichter Texte und unveröffentlichter Dokumente, die aus der DDR-Medizinethik entstanden sind, erfordern eine besondere sprachliche Sensibilität.

Forschungsleitend kristallisierte sich für uns die Frage heraus, wie ideologisch-politische und ökonomische Bedingungen die Moralauffassungen und das berufliche Ethos derjenigen, die in der Medizin tätig waren, prägen konnten.

2. Greifswalder Traditionen

Mit Blick auf die Anfänge medizinethischer Diskussionen in der DDR lässt sich ein Beispiel für den Versuch ideologischer Kontrolle und Instrumentalisierung der Medizinethik aufzeigen. Das Kolloquium „Medizinethik in der DDR – Wissenschaft oder Altlast?“ blickt in Greifswald auf eine 35jährige, jedoch unterbrochene, Tradition zurück. Am 2. Oktober 1974 fand in Greifswald ein medizinethisches Kolloquium unter dem Titel „Medizin und Ethik im Sozialismus“ statt, das von einer Gruppe bestehend aus 15 Greifswalder Medizinern und einer Medizinerin sowie zwei Philosophen gestaltet wurde.⁴ Es fiel in eine Phase des verstärkten Bemühens zur Beförderung medizinethischen Problembewusstseins in der DDR und stellt in gewisser Weise die Urzelle einer intensiveren Auseinandersetzung mit medizinethischen Fragestellungen an der Universität Greifswald dar. Bereits 1960 hatte in Berlin anlässlich des 150jährigen Jubiläums der Humboldt-Universität und des 250. Jahrestages der Charité ein Symposium „Über philosophische Fragen der Medizin“ stattgefunden, das vom Institut für Philosophie und der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität veranstaltet worden war.⁵ Nach diesem Vorbild und dem Muster der in den frühen 1960er Jahren an der Medizinischen Fakultät der Karl-Marx-Universität Leipzig in Zusammenarbeit mit dem dortigen Institut für Marxismus-Leninismus entfalteten Aktivitäten folgend, entstanden in den 1970er und 1980er Jahren in Berlin, Halle, Jena, Magdeburg, Dresden und in Greifswald Initiativen, die zur Organisation von Kolloquien und ähnlichen Veranstaltungen führten.

Das 1974er medizinethische Kolloquium in Greifswald fand starke Beachtung. Die engagierte Teilnahme von Hochschullehrern und klinischem Personal, Studierenden und Gästen übertraf bei weitem die Erwartungen der Organisatoren dieses Kolloquiums, Prof. H. Hüller und Dr. H.-G. Berndt, die sich durch den Erfolg ermutigt fühlten, „Kolloquien zu Fragen der Ethik und Moral in der sozialistischen Gesellschaft zu einer stabilen Tradi-

⁴ Siehe hierzu auch Bettin, H., Gadebusch Bondio, M. (2009), wie Anm. 2, S. 39–44.

⁵ Jung, F.; Klaus, G.; Mette, A.; Rapoport, S. M.: Arzt und Philosophie. Humanismus, Erkenntnis, Praxis. Berlin 1961.

tion“ an der medizinischen Fakultät werden zu lassen.⁶ Das inhaltliche Spektrum reichte von traditionellen Themen wie dem Arzt-Patient-Verhältnis, den ärztlichen Pflichten, dem Umgang mit „unheilbaren“ Erkrankungen über Fragen der „Euthanasie“, der Forschung am Menschen und der Todeszeitbestimmung bis hin zu den Themen Humangenetik, Beherrschung der Lebensprozesse und Prophylaxe. Die signifikante Erweiterung der Möglichkeiten der Intensiv- und Transplantationsmedizin führte, wie auf dem Kolloquium deutlich wurde, auch in der DDR zu einer starken Fokussierung auf die Frage der Todeszeitbestimmung, die die Definition der Grenze zwischen Leben und Tod beinhalte; allerdings mit einer typischen Akzentuierung. Am Beispiel der Transplantationsregelung in der DDR zeige sich, wie die „Belange der Gesellschaft über die des Einzelnen“ gestellt werden können, heißt es in einem Beitrag, der auch die wesentlichen Unterschiede zwischen dem Gesundheitswesen der DDR und denen in kapitalistischen Ländern heraushebt und betont, dass „entgegen der bürgerlichen Ideologie“ die marxistische Auffassung von Krankheit und Tod, nach sicherer Feststellung der Todeszeit, die Organentnahme ohne „ethische Unklarheit“ erlaube.⁷

Die Gestaltung des Tagungsbandes zu diesem ersten medizinethischen Kolloquium in Greifswald zeigt exemplarisch, auf welche Weise eine ideologische Kontrolle und Instrumentalisierung der Medizinethik angestrebt wurde. So erklärte der „wissenschaftsorganisatorische Leiter“ der Veranstaltung H.-G. Berndt in seinen retrospektiven „Gedanken zum Inhalt der Vorträge des Kolloquiums“, dass beim Abdruck „Veränderungen durch die Redaktion in Rückkoppelung mit den Vortragsautoren nicht mehr vorgenommen“ werden konnten.⁸ Rechtfertigend für diesen „ungefilterten“ Abdruck, fügte er hinzu, dass

„durch die Redaktion nicht alle von den Vortragsautoren geäußerten Meinungen, bzw. benutzten Formulierungen vom Standpunkt der marxistisch-leninistischen Erkenntnistheorie geteilt bzw. akzeptiert werden können“,⁹

und betonte schließlich, dass

„lediglich der Versuch unternommen [wurde], einige in den Vorträgen enthaltenen Aussagen bezüglich ihres objektiven Gehaltes auf der Basis der marxistisch-leninistischen Erkenntnistheorie zu überprüfen und zu präzisieren.“¹⁰

Die Redaktion distanzierte sich ausdrücklich von einigen als unscharf empfundenen Formulierungen wie „unheilbare Kranke“ bzw. „unheilbare Menschen“, da diese sich „angesichts der Tatsache, dass die Erkenntnis Prozesscharakter hat“ nicht begründen ließen, so dass eher Formulierungen wie „zur Zeit nicht heilbar“ und „auf der Grundlage der derzeitigen erreichten Erkenntnisse unheilbar“ zu bevorzugen seien.¹¹ Auch die als „idealistisch“ deklassierte Bezeichnung „ärztliche Kunst“, welche „die ärztliche Tätigkeit, die sowohl ‚handwerkliche‘ wie auch wissenschaftliche Momente einschließt“, nicht beschrei-

⁶ Hüller, H. (Hrsg.): Ethik und Medizin im Sozialismus (Wissenschaftliches Kolloquium des Bereiches Medizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald am 2.10.1974). Wissenschaftliche Zeitschrift der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Greifswald 1976, Vorwort.

⁷ Fiedler, R.: Ethische Fragen der Transplantation – am Beispiel der Nierentransplantation. In: Hüller, H. (Hrsg.): Ethik und Medizin im Sozialismus. Greifswald 1976, S. 72–78.

⁸ Berndt, H.-G.: Gedanken zum Inhalt der Vorträge des Kolloquiums „Ethik und Medizin im Sozialismus“. In: Hüller, H. (Hrsg.): Ethik und Medizin im Sozialismus. Greifswald 1976, S. 1–6.

⁹ Ebd., S. 1.

¹⁰ Ebd., S. 2.

¹¹ Ebd.

ben würde, gehörte zu den kritisierten Bezeichnungen.¹² Berndt äußerte sich ebenso kritisch zur Problematik der „schonenden Lüge“ bei infauster Prognose. Zwar sollte „die Unwahrheit weder Bestandteil der ärztlichen noch der sozialistischen Moral sein“, aber, so Berndt,

„als moralische Handlungsweise ergibt sich für den Arzt unter diesen Prämissen der Weg, den Patienten über geeignete Formulierungen und (unvollständige) Darstellungen im Ungewissen zu lassen.“¹³

Es ist kein Zufall, dass die eher gesellschaftswissenschaftlich, ideologisch geprägten Vorträge an den Anfang des Tagungsbandes gesetzt wurden, zumal, wie es hieß, das Kolloquium von der Intention getragen war,

„die Ärzte auf die weltanschauliche Relevanz ihrer Tätigkeit und auf die Notwendigkeit sich mehr als bisher zusammen mit Gesellschaftswissenschaftlern mit weltanschaulich relevanten Fragen und Problemen ihres Wissenschaftsgebiets zu befassen, aufmerksam zu machen.“¹⁴

Hinsichtlich konkreter Fragestellungen des Umgangs mit Sterbenden und der Definition des Hirntodes postuliert Prof. Rolf Löther, Ethiker und Direktor der Sektion Philosophie und Wissenschaftsgeschichte in der Medizin an der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR, der eigens zu dieser Veranstaltung nach Greifswald eingeladen worden war, in seinem Eingangsreferat, dass derartige Fragen

„sich nicht für sich behandeln [ließen], sondern nur im Zusammenhang und ausgehend von der weltanschaulich-ethischen Konzeption des menschlichen Lebens insgesamt. [...] Ihre Klärung im Rahmen wissenschaftlicher Weltanschauung und Ethik sollte deshalb eines der Probleme sein, die Ärzte und marxistisch-leninistische Philosophen zu gemeinsamer Arbeit zusammenführen“.¹⁵

In dem sich daran anschließenden Vortrag behauptete der Vertreter der Sektion Marxismus-Leninismus der Universität Greifswald Prof. Kirchgäßner, dass eine „weltanschaulich-ideologisch und politisch gefestigte Haltung [...] über die gesamte Entwicklung der Arztpersönlichkeit das Vertrauen des Patienten zu seinem Arzt“ stärke und äußerte sogar die Überzeugung, dass „organische Leiden aus der weltanschaulichen-ideologischen Labilität mancher Patienten“ entstünden.¹⁶ Gleichzeitig wurde in diesem Zusammenhang die Forderung erhoben, den Patienten als bio(psycho)soziale Einheit zu betrachten, d. h. ihn vor allem auch in der Vielfalt biologischer und sozialer Verflechtungen zu erfassen.

Das Greifswalder Kolloquium steht in gewisser Hinsicht exemplarisch für eine in den 1970er Jahren in der Universitätsmedizin und im gesundheitspolitischen Rahmen zu beobachtende stärkere Sensibilisierung für medizinethische Probleme, deren gewachsener Bedeutung und Vielfalt man sich in der DDR durchaus bewusst war. In der Folgezeit

¹² Ebd.

¹³ Ebd.

¹⁴ Ebd.

¹⁵ Löther, R.: Ethische Aspekte der Beherrschung der Lebensprozesse. In: Hüller, H. (Hrsg.): Ethik und Medizin im Sozialismus. Greifswald 1976, S. 7–20: 14.

¹⁶ Kirchgäßner, W.: Philosophische Aspekte des Arzt-Patient-Verhältnisses und die Wirksamkeit der Sprache bei der Festigung dieses Verhältnisses. In: Hüller, H. (Hrsg.): Ethik und Medizin im Sozialismus. Greifswald 1976, S. 21–39.

entwickelten sich mehrere medizinethische Institutionen und Organisationen in der DDR. Hervorzuheben sind vor allem die 1982 gegründete „AG Ethik in der medizinischen Forschung“ des Rates für Medizinische Wissenschaften beim Ministerium für Gesundheitswesen, die als erste zentrale deutsche Ethikkommission gelten kann, jedoch in aktuellen Publikationen über die Entwicklung von Ethikkommissionen unberücksichtigt blieb.¹⁷ Von großem Gewicht war auch die „Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Ethik in der Medizin“ der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR, der ca. 25 Ärztinnen und Ärzte sowie Philosophen, Psychologen, Soziologen und Krankenschwestern angehörten. Diese „AGs“ wandten sich Fragen der Bioethik, der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender sowie der Unterbringung psychisch Kranker zu. Außerdem veranstaltete die Gesellschaft für Klinische Medizin in den 1980er Jahren Vortragsveranstaltungen und Kolloquien mit medizinisch-ethischen und philosophischen Inhalten, aus denen verschiedene Veröffentlichungen hervorgingen.¹⁸ In Greifswald jedoch ließ sich die Vorstellung der Herausgeber, dass die erfolgreiche Vortragsveranstaltung auch hier den Auftakt für weitere Aktivitäten im Bereich der Medizinethik darstellen könnte, nicht verwirklichen, denn nach dem Kolloquium gerieten derartige Themen in Greifswald offenbar wieder aus dem unmittelbaren Blickfeld. Dieser Bruch stellte indes eine Greifswalder Besonderheit dar, denn anderen Orts fanden durchaus weitere und auch größere z. T. internationale medizinethische Tagungen statt. Insbesondere die Universität Halle-Wittenberg entwickelte sich zu einem Zentrum der Medizinethik der DDR. 1984 veranstaltete die Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR zusammen mit der Universität Halle-Wittenberg in Halle ein Symposium „Ethik in der Medizin“ mit 160 Teilnehmern aus Polen, Ungarn, der Sowjetunion und der DDR, die in vier Arbeitsgruppen diskutierten, u. a. zu Themen wie „Ethische Aspekte der medizinische Forschung“, „Entscheidungen der Medizin auf der Grundlage von Rationalität und Humanität“, „Gedanken zum Sinn und Wert des Lebens“, „Recht und Moral in der Medizin“, „Ergebnisse und Aufgaben bei der ethischen Bildung und moralischen Erziehung.“¹⁹ Während auf dem Greifswalder Kolloquium noch die Kliniker mit ihrem Erfahrungswissen aus den jeweiligen Fachbereichen dominierten, referierten in Halle überwiegend Philosophen, d. h., dass die Medizinethik sich offenbar zu dieser Zeit schon stärker als philosophische Theorie verstand.

3. Gedächtniskultur als medizinethische Aufgabe

Um nähere Informationen über die Medizinethik in der DDR zu erhalten, haben wir uns an Vertreterinnen und Vertreter von Medizin, Theologie, Philosophie und Medizingeschichte gewandt, die in der DDR tätig waren oder die in der BRD in jener Zeit die oben genannten Disziplinen vertraten und mit DDR-Kolleginnen und -Kollegen in Kontakt standen. Auf dem Greifswalder Kolloquium „Medizinethik in der DDR – Wissenschaft

¹⁷ Fuchs, M.: Ethikräte im internationalen Vergleich. Modelle für Deutschland? Hrsg. v. der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. Sankt Augustin 2001.

¹⁸ Mitteilung von Prof. Ernst Luther, ehemaliger Ordinarius an der Sektion Marxismus-Leninismus der Universität Halle-Wittenberg, vom 24. 6. 2009.

¹⁹ Die Leitung einiger dieser Arbeitsgruppen oblag Ethikern und Medizinern wie G. Baust, U. Körner, E. Luther, E. Günther, die auch zu den Autoren im vorliegenden Tagungsband „Medizinische Ethik in der DDR“ gehören. Näheres zu diesem Symposium s. a. im nachfolgenden Beitrag von Luther, E.: Abriss zur Geschichte der medizinischen Ethik in der DDR, S. 20–39: 33 f.

oder Altlast?“ am 13. und 14. November 2009 warfen sie einen kritischen Blick zurück auf eine vergangene und doch weiter wirkende medizinische Kultur. Die Tagung verfolgte das Ziel, die Voraussetzungen, die einzelnen Felder, die Probleme und den Stand der Ethikdiskussionen in der DDR zu rekonstruieren und einen Beitrag zur Aufarbeitung dieses Bereichs der DDR-Medizingeschichte zu leisten. Viele Fragen, die diese Aufarbeitung aufwirft, können Archivakten und offizielle Publikationen nur partiell beantworten. Es lag in der Intention der Herausgeberin und des Herausgebers, den Prozess eines zunehmenden Verlustes undokumentiert gelassener Diskussionen, Gespräche und Vereinbarungen aufzuhalten. Zudem war es ein wichtiges Anliegen, über Erinnerungen von Zeitzeugen Informationen zu sichern und die „Stimmungsbilder, die sich nach Jahrzehnten auch für den Zeitzeugen bis auf einige markante Begebenheiten verflüchtigten“,²⁰ zu bewahren. Die Beiträge im vorliegenden Tagungsband enthalten wertvolles Insider- und Detailwissen wichtiger Vertreterinnen und Vertreter der Medizinethik der DDR und der BRD, die die 1970er und 1980er Jahre miterlebt und mitgestaltet haben. Deren individuelle Sichtweisen vermögen in ihrer Gesamtheit die Vorgänge der Sensibilisierung für bestimmte ethische Fragen, das komplexe Zusammenwirken der Akteure und Institutionen sowie Entscheidungs- und Veränderungsprozesse hintergründig und näher zu beleuchten sowie die Eigenheiten der Ethikdiskussion in der DDR, insbesondere hinsichtlich der Verbindung von marxistisch-leninistischer Ethik und Medizin, zu erfassen.

Die DDR-Medizinethik in ihrer Eingebundenheit in Ethikdiskurse in den sozialistischen Ländern stellt ein reichhaltiges Forschungsfeld dar, dessen Erträge auch für die aktuellen Medizinethik-Debatten von Wert sein können und den Zugang zu Mentalitäten und Kulturen heutiger sozialistischer Länder ermöglichen. Um bei der historischen Analyse der verschiedenen Bereiche der medizinischen Ethik in der DDR verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen, haben sich die Herausgeberin und der Herausgeber bemüht, Referentinnen und Referenten zu gewinnen, die sowohl eine große inhaltliche Breite abdecken, als auch den damaligen Blickwinkel der marxistisch-leninistischen Philosophie sowie juristische und christliche Sichtweisen in der DDR verdeutlichen konnten. Neben medizinethischen Positionen zur Forschung am Menschen, zu fortpflanzungsmedizinischen Techniken, zum vorgeburtlichen Leben, zur ärztlichen Bewahrungspflicht, in der Intensivmedizin, in der Kinder- und Jugendmedizin oder im Schwesternberuf wurden auch Fragen des Umgangs mit ärztlichen Fehlleistungen erörtert.

Die Beiträge dieses Tagungsbandes reflektieren und verarbeiten unterschiedliche Facetten der Medizinethik in der DDR. Das Spektrum der Betrachtungsweisen reicht dabei von rekonstruierend, analysierend, zusammenfassend über erklärend, vergleichend bis hin zu rechtfertigend, kritisierend und in Frage stellend. Neben den Autorinnen und Autoren, die in der DDR und in der Bundesrepublik als Medizinhistoriker, Medizinethiker bzw. Philosophen gewirkt haben (E. Luther, R. Toellner, V. Schubert-Lehnhardt, U. Körner, H. Meyer) kommen auch Medizinerinnen und Mediziner zu Wort, die sich entweder über das Studium der Philosophie bzw. eine Habilitation der Medizinethik zugewandt (S. Hahn, E. Günther) oder sich aus ihrem ärztlichen Wirkungsfeld heraus intensiv im Bereich der Medizinethik engagiert haben (G. Baust, S. Tanneberger). Andere Autoren (H. Körner, O.-A. Festge) wirkten in medizinethisch sensiblen Arbeits- und Forschungsbereichen und berichten über ihre Erfahrungen.

²⁰ Schlussbemerkung im nachfolgenden Kolloquiumsbeitrag von Körner, U.: Ethische Positionen zum vorgeburtlichen Leben und zur In-vitro-Fertilisation in der DDR, S. 141–154.

Es wird deutlich, dass von einer aufgearbeiteten Vergangenheit gerade auf dem Gebiet der Medizinethik in der DDR keine Rede sein kann. Offen und zwischen den Zeilen scheinen aus mehreren Beiträgen unbewältigte, bislang unausgesprochene persönliche und fachliche Verständniskonflikte hervor. Dennoch wird sowohl aus westdeutscher (R. Toellner) als auch aus ostdeutscher Perspektive (S. Hahn u. a.) der Versuch eines Systemvergleichs in bestimmten medizinethischen Bereichen, wie z.B. der Forschungsethik und der Pflegeethik, unternommen. Vielfach wird das Bemühen deutlich, die Eigenheiten des Ethikdiskurses in der DDR in seinen ökonomischen, philosophischen, politisch-ideologischen wie juristischen Zusammenhängen zu erfassen und zu erklären. Mehrere Beiträge vermerken beispielsweise das Fehlen einer Sensationspresse als positive DDR-Besonderheit, da dies eine sachlichere Auseinandersetzung mit ethischen Problemen ermöglicht hätte. Andererseits wird immer wieder betont, dass sich die Medizin in der DDR im Korsett permanenten ökonomischen Mangels und politischer Vorgaben befand, was sich auch auf den Umgang mit medizinethischen Herausforderungen auswirkte. Die Medizinethik in der DDR bot sich der politischen Führung als Instrument ideologischer Einflussnahme auf die Ärzteschaft an, was indes bei der Lösung medizinethischer Tagesfragen kaum eine Rolle zu spielen vermochte.

Natürlich blieben auf dem Kolloquium noch viele Probleme offen. So wäre beispielsweise zu hinterfragen, ob und inwieweit über die Sach- und Rechtsbeziehung zwischen Arzt und Patient hinausreichende moralische Ansprüche (Achtung und Würde der Person, Scham und Verletzbarkeit, Individualität und Intimität usw.) Berücksichtigung fanden und ob rechtliche Regelungen durch moralisch begründete Maßnahmen eine Relativierung erfuhren. Weitere wichtige zu klärende Fragen sind auch, auf welche Weise der Staat, die SED und auch das Ministerium für Staatssicherheit Einfluss auf den Bereich der medizinischen Ethik nahmen oder welche Rolle die Kirchen in der DDR als moralische Instanz spielten. Immerhin existierte in der DDR eine Arbeitsgemeinschaft „Medizin und Ethik“ der theologischen Studienabteilung beim Bund der Evangelischen Kirchen der DDR. Nicht zuletzt ist auch die Rolle der Medien, der Wissenschaftspublizistik oder bestimmter Interessengruppen und -verbände (Querschnittsgelähmte, MS-Kranke etc.) innerhalb der Ethikdiskussion zu klären.

4. Die Autoren und ihre Beiträge

Ernst Luther analysiert kritisch in einem Abriss die Geschichte der medizinischen Ethik in der DDR in ihrer Eingebundenheit in das politische System und in ihrer Abhängigkeit von der marxistisch-leninistischen Doktrin, hebt aber auch bewahrenswertes Erfahrungsgut hervor. Den Beginn der Lehrveranstaltung zur ärztlichen Ethik an den medizinischen Fakultäten der DDR datiert Luther auf das Jahr 1961 und zeigt, wie besonders seit 1976 über den obligatorischen interdisziplinären Kurs „Arzt und Gesellschaft“ neben traditionellen Themen wie Arzt-Patient-Verhältnis, Patientenaufklärung, Euthanasie, Schwangerschaftsabbruch, Behandlungsfehler und rechtliche Probleme der ärztlichen Tätigkeit auch neu hinzutretende Themen wie Humangenetik, Reanimation, Organtransplantation, artifizielle Insemination und In-vitro-Fertilisation als medizinethische Problemfelder Eingang ins Medizinstudium fanden.

Die 1980er Jahre markieren nach Luther den Beginn der koordinierten wissenschaftlichen Arbeit auf dem Gebiet der Ethik in der Medizin. Mit der Herausgabe der Schriftenreihe „Medizin und Gesellschaft“, von Büchern zur Medizinethik und von Publikationen in medizinischen Fachzeitschriften sowie der Veranstaltung verschiedener

medizinethischer Kolloquien intensivierten sich die Diskussionen zur Medizinethik in der DDR. Die Theologen und Krankenhausseelsorger waren aus dieser Debatte zunächst offiziell ausgegrenzt worden, was sich allerdings in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre änderte.

Luther schildert die schwierigen Bedingungen für die Arbeit auf dem Gebiet der Ethik in der DDR. So war es mitunter problematisch, Arbeiten zu unangenehmen und komplizierten Moralfragen zu veröffentlichen. Bemerkenswerterweise reichten die Möglichkeiten der DDR-Künstler und „Kulturschaffenden“ in solchen Fragen oft weiter.

In einer Zeit, als es in der Bundesrepublik an keiner Fakultät einen Lehrstuhl für Ethik in der Medizin gab und berufsethische Aufgaben mehrheitlich von der Disziplin Geschichte der Medizin, von Theologen bzw. von Klinikern wahrgenommen wurden, entstand 1987 in Halle der erste Lehrstuhl für Ethik in der Medizin. An dieser Stelle schildert der Autor seine eigene Situation im Zusammenhang mit der Abwicklung des Lehrstuhls und fragt sich, warum ein derartiger Lehrstuhl mit der Wiedervereinigung abgeschafft wurde, um 2002 am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Halle-Wittenberg wieder aufzutauchen.

Stephan Tanneberger erläutert die Stellung der Arbeitsgruppe „Ethik in der medizinischen Forschung des Rates für Medizinische Wissenschaften der DDR“ im staatlichen Gesundheitswesen der DDR, ihre Aufgabenstellung und Arbeitsweise. Durch gezielte Information über aktuelle internationale Entwicklungen auf dem Gebiet Ethik in der medizinischen Forschung, die Erarbeitung von Empfehlungen und die kritische Begutachtung, Bewertung und Auswahl medizinischer Forschungsvorhaben nahm die Arbeitsgruppe Einfluss auf die Einhaltung ethischer Grundsätze bei deren Planung und Durchführung. Tanneberger betont, wie wichtig gerade aufgrund der zentralistischen Strukturen in der DDR in Entscheidungsprozessen die handelnden und verantwortlichen Personen waren. Ethische Empfehlungen waren in erster Linie Ministeriumsangelegenheit. Ein zentralistisch organisiertes Gesundheitswesen, so Tanneberger, hatte Vorteile bei der schnellen und konsequenten Durchsetzung sowie Kontrolle von ethischen Richtlinien und Empfehlungen. Doch in Konfliktfällen fehlte es an Flexibilität und Pluralität.

Tanneberger geht abschließend auch auf sein Hauptwirkungsfeld als Direktor des Zentralinstituts für Krebsforschung der Akademie der Wissenschaften der DDR – Robert-Rössle-Institut (ZIK) ein. Er berichtet aus seinem Institut über die Wahrnehmung ethischer Verantwortung gegenüber Krebskranken und zeigt u. a. am Beispiel des „Spiegel“-Artikels „Das ist russisches Roulett – schmutzige Geschäfte mit westlichen Pharmakonzernen brachten dem SED-Regime Millionen“²¹, wie unausgewogen oft mit der DDR-Vergangenheit umgegangen wird.

Richard Toellner sieht die Entwicklungen in der Medizinethik der DDR auch als Reaktion auf die sprunghafte Belebung der Ethikdiskussion in der BRD. Er schildert die Unkenntnis und Unsicherheit, ja Verwirrung in der Bundesrepublik bis in die 1980er Jahre hinein in der Frage, was Ethik-Kommissionen sind und welche Aufgaben sie haben.

Im massiven Einbruch einer dritten Bezugsgröße, Staat und Gesellschaft, in das ursprüngliche Zweiverhältnis Arzt und Patient, die kaum thematisiert wurde, sieht der Autor ein Spezifikum der Medizinethik in der DDR. Während der Konflikt zwischen dem „bonum privatum“ und dem „bonum commune“, der ständig das Grundverhältnis zwischen dem Kranken und dem Arzt zu stören oder gar zu zerstören droht, als offenes Problem im Westen viel diskutiert wurde, war er im ehemaligen Ostblock entschieden.

²¹ Der Spiegel 6 (1991) vom 4. 2. 1991, S. 80–101.

Toellner bekennt, dass in der Bundesrepublik nur Wenige Kenntniss von den Diskussionen über die Ethik in der Medizin in der DDR nahmen, obwohl diese vielfach publiziert vorlagen. Der Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen in der BRD hat sich nie mit der Frage befasst, wie in der DDR biomedizinische Forschung gehandhabt wurde. Es herrschte beiderseits der Mauer Vorurteil und Misstrauen.

Susanne Hahn arbeitet in ihrem Beitrag zu „Ethischen Fragen und Problemlösungen des Schwesternberufes im DDR-Gesundheitswesen“ die DDR-Besonderheiten innerhalb der Medizinethik heraus. Sie geht davon aus, dass sich beispielsweise bei Fragen zur Sterbegleitung, -hilfe in der DDR kaum dezentrale, pluralistische und vordergründig dem Wohl des Einzelnen verpflichtete Ansätze entwickelten, wie sie den Diskurs in der BRD kennzeichneten. Es ging in der DDR um eine gesamtgesellschaftliche theoretische Fundierung und allgemeingültige Handlungsorientierung im Umgang mit Sterben und Tod, die christliche Positionen zwar integrieren, aber im Wesentlichen auf dem weltanschaulichen Boden des Marxismus fußen sollte. Dem überfürsorglichen Begriff „Menschenwürdige Sterbebetreuung“ in der DDR stand in der BRD der die Autonomie betonende Begriff der „Sterbegleitung“ gegenüber. Ethische Handlungsorientierungen sollten weniger aus den spezifischen Berufsverpflichtungen von Ärzten und Schwestern hergeleitet werden, als durch Anwendung der allgemeinen sozialistischen Grundsätze auf das besondere Gebiet der medizinischen Betreuung. Eine wesentliche Besonderheit für die Fundierung medizinethischer Positionen in der DDR sieht die Autorin im überwiegend atheistisch-marxistischen weltanschaulichen Hintergrund der Akteure. In der DDR gab es auch keine ausgeprägten Arzt/Ärztin-Schwestern-Hierarchien. Es überwog ein eher partnerschaftliches Verhältnis. Hahn zeigt, dass Pflege und Gesellschaft eng verknüpft waren und der Pflege eine ideologische Funktion zukam, die gleichzeitig mit einer moralischen und finanziellen Aufwertung des Bereiches verbunden war.

Als ein weiteres Spezifikum kennzeichnet sie die ethischen Konflikte, in die das medizinische Personal als Folge einer Mangelwirtschaft geriet, wobei allerdings versucht wurde, den apparatmedizinischen Rückstand durch eine stärkere Betonung des menschlichen Faktors zu kompensieren. Der staatliche Anspruch auf allumfassende Betreuung ließ auch keine anderen Hilfsdienste, z. B. die Hospizbewegung, zu, die die Situation Sterbender durch differenziertere Angebote deutlich hätte verbessern können.

Wie auch Ernst Günther in seinem Beitrag bekräftigt, übertrugen juristische Grundlagen der Medizin den Ärzten im DDR-Gesundheitswesen ein Ausmaß an Verantwortung und Macht, welche sich auch gegen individuelle Patientenrechte hätte richten können. Hahn merkt an, dass während in der BRD der ärztliche Eingriff im Strafrecht bis heute als Körperverletzung gelte, die nur durch die Einwilligung des Patienten exkulpiert werden könne, der indizierte und lege artis durchgeführte ärztliche Eingriff in der DDR prinzipiell als eine Heilbehandlung angesehen wurde.

Ernst Günther widmet sich in seinem Beitrag dem Arztrecht in der DDR und seiner Beziehung zur ärztlichen Ethik. Er berichtet von seinen Erfahrungen aus dem Umgang mit ärztlichen Fehlleistungen. Die häufigste Form einer rechtlichen Bewertung ärztlichen Handelns war in der DDR die Prüfung zivilrechtlicher Schadensersatzansprüche von Patienten wegen vermeintlich erlittener Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen. Träger des Betreuungsauftrags des Staates war die Gesundheitseinrichtung und nicht direkt der Arzt. Die unmittelbare Arzt-Patient-Beziehung wurde nie in rechtlichem Sinne als Vertrag interpretiert. Der Schadenersatz wurde im gegebenen Falle durch die Staatliche Versicherung der DDR geleistet, bei der alle Gesundheitseinrichtungen versichert waren. Der Arzt stand zivilrechtlich nicht für seine Leistungen

ein, wohl aber arbeitsrechtlich und strafrechtlich. Bezirksgutachterkommissionen erstellten für die Versicherung Gutachten und Schadensersatzansprüche wurden in der Regel einer außergerichtlichen Regelung zugeführt. Günther versucht sich über die Ursachen klar zu werden, warum diese den Handlungs- und Verantwortungsspielraum des Arztes erheblich erweiternde Rechtspraxis von einer Mehrheit der Ärzteschaft der DDR niemals als Zugewinn an Freiheit des ärztlichen Handelns verinnerlicht worden ist.

Weiterhin geht er auf die Besonderheiten der Aufklärung in der DDR ein. So wurden hier beispielsweise Aufklärungsmängel niemals rechtlich verfolgt. Es bestand jedoch ein Anspruch auf Schadenersatz seitens des Patienten, wenn diesem im ursächlichen Zusammenhang mit einer Pflichtverletzung des Arztes oder anderer an der Betreuung beteiligter Personen ein gesundheitlicher oder anderer materieller oder ideeller Schaden entstanden war. Mit der 1974 erlassenen und 1987 novellierten ministeriellen „Anordnung über die Erweiterung der materiellen Unterstützung der Bürger bei Schäden aus medizinischer Betreuung“ wurde eine soziale Sicherung für schwer Betroffene geschaffen, die nicht an Rechtsvoraussetzungen gebunden war. Der Autor betont, dass diese Form der sozialen Absicherung medizinischer Behandlungsfolgen als relativ einzigartig gelten kann. Mit der „EmU-Anordnung“ wurde den Ärztinnen und Ärzten zudem ein Bezug gegeben, der es ihnen gestattete, ihre soziale Fürsorge für einen unglücklichen Patienten zu praktizieren, ohne sich selbst einer Pflichtverletzung oder eines Fehlers bezichtigen zu müssen. Die Meldung von Schäden aus medizinischer Betreuung stieg in Folge dieser Regelung sprunghaft an.

Otto-Andreas Festge betrachtet aus der Sicht eines Klinikers die Entwicklung der Medizinethik im Bereich Kindermedizin bzw. Kinderchirurgie in der DDR. Er zeigt an seinem eigenen Werdegang die Situation des Arztwerdens und -seins in der DDR. Ethische Konfliktsituationen traten in seinem Bereich insbesondere im Zusammenhang mit bestimmten Fehlbildungen bei Kindern auf. Zu diesen Fehlbildungen gehören angeborene Rückenmarksdefekte und Myelodysplasien (Spina bifida-Fehlbildungen, Kinder mit einem „offenen Rücken“). Der Autor hat sehr viele dieser Kinder operiert und sie so am Leben gehalten. Die spätere, äußerst aufwendige Versorgung und Betreuung der Myelodysplasie-Kinder war in der DDR indes nicht in einer dem internationalen wissenschaftlichen Stand entsprechenden Form und Qualität möglich. Die Kinder wurden in speziellen, oft sehr bescheiden ausgestatteten Einrichtungen „weggesperrt“.

Festge sieht die Medizinethik auch als Instrument des DDR-Staates, auf die Hochschulen und auf das Gesundheitswesen ideologischen Einfluss auszuüben. Die zunehmende Einschränkung des internationalen wissenschaftlich-medizinischen Austausches, erzwungene Austritte aus Fachgesellschaften, ein erschwerter Zugang zur Fachliteratur, die stark eingeschränkte Kongressreisetätigkeit bewirkten eine Abkopplung von neuen und aktuellen Problemfeldern im fachwissenschaftlichen Bereich und blockierten auch die Weiterentwicklung in medizinethischen Fragen. Nicht zuletzt führten sie, wie der Autor anmerkt, zu Frustrationen im beruflichen und privaten Leben.

Herbert Meyer verweist auf die gegenwärtigen konträren Ideale und Wirklichkeiten des „guten Sterbens“ in Deutschland sowie in den Niederlanden, Belgien und der Schweiz, um dann noch einmal die Entwicklung der Diskussionen um die ärztliche Bewahrungspflicht in der DDR nachzuzeichnen. Er betont, dass die Bewahrungspflicht gleichzeitig vor dem Hintergrund einer Neubestimmung der Stellung des Arztes in der sozialistischen Gesellschaft, in ein umfassendes Verständnis der Medizin in ihren präventiven, kurativen und palliativen Anliegen eingeordnet wurde. Meyer fasst thesenhaft die Ansprüche an die ärztliche Bewahrungspflicht in der DDR zusammen und stellt resümierend fest,

dass sich im Vergleich mit den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer aus dem Jahre 1998 kein wesentlicher Dissens offenbart.

Viola Schubert-Lehnhardt geht auf den christlich-marxistischen Dialog in Bezug auf medizinethische Fragestellungen in der DDR ein. Unabhängig davon, dass es zweckgeleitete Beweggründe zur Zusammenarbeit mit kirchlichen Krankenhäusern gab, die finanzielle und technische Hilfe seitens der Brudergemeinden aus der BRD erhielten, so dass Engpässe z. B. hinsichtlich der Betreuungsmöglichkeiten von Schwerstgeschädigten gemildert werden konnten, wurden jedoch gerade in der DDR praktikable Modelle für eine Zusammenarbeit mit Menschen unterschiedlicher Weltanschauung entwickelt. Schubert-Lehnhardt verweist hier auf die gängige Praxis im Umgang mit Wissenskonflikten von Ärzten beim Schwangerschaftsabbruch. In der DDR bestand zwar für jeden in einer stationär-gynäkologischen Einrichtung Beschäftigten eine Behandlungspflicht und der Schwangerschaftsabbruch wurde in dieser Beziehung einer Heilbehandlung gleichgesetzt, aber diese Regelung galt so nur für staatliche und nicht für kirchliche Einrichtungen. Ein Dialog zwischen Vertretern unterschiedlicher Weltanschauungen zu Problemen der Entwicklung des Gesundheitswesens allgemein und zu einer Reihe medizinethischer Fragestellungen im Einzelnen hat zu allen Zeiten stattgefunden, jedoch mit starken Reglementierungen. Schubert-Lehnhardt beschreibt die Felder und Formen des Zusammenwirkens sowie unterschiedliche und gemeinsame Positionen in bestimmten Fragen, wie dem Verständnis von Krankheit und Leid, von Verantwortung für die eigene Gesundheit oder hinsichtlich der Betreuung Sterbender. Sie geht grundlegend der Frage nach, ob die vor allem in den 1980er Jahren zunehmende Anerkennung der Arbeit kirchlicher Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen durch den sozialistischen Staat eher pragmatisch-strategischen Gesichtspunkten geschuldet (insbesondere im Bereich der Betreuung von Geschädigten) oder ob auch inhaltlich-theoretische Übereinstimmungen in bestimmten Fragen vorhanden waren.

Günter Baust zeichnet ein eindrucksvolles Bild der ethischen Problemsituationen in der Intensivmedizin der DDR. Er beschreibt den Aufbau und die Entwicklung dieses speziellen medizinischen Bereichs in der DDR. Es ist eine Sicht auf den intensivmedizinischen Alltag mit seinen besonderen Herausforderungen im Korsett permanenten Mangels und politischer Vorgaben. Die DDR befand sich in gerätetechnischer Abhängigkeit von der Bundesrepublik. Baust berichtet vom interdisziplinären Eigenbau medizinischer Apparate am Universitätsklinikum Halle/Wittenberg und wie es gelang, aus der Not heraus durch Improvisationsgeschick auftretende Engpässe zu lösen. Um die materielle Situation zu verbessern, wurden, wie der Autor anmerkt, eingetretene Mängel in der medizinischen Versorgung der Patienten „ethisiert“. Andererseits konnten apparatetechnische Mängel erfolgreich durch eine überbrückende intensive Zuwendung kompensiert werden. Baust blickt in diesem Zusammenhang auch kritisch auf die heutigen Verhältnisse in der Intensivmedizin. Sein Fazit lautet, dass eine überdimensionale apparative Technik nicht in jedem Fall die Qualität der Intensivmedizin erhöht. Die Technik sollte eine Hilfe für den Arzt sein und differenziert eingesetzt werden. Der Autor wendet sich gegen Tendenzen inkompetenter, patientenfeindlicher Ökonomisierung, Kommerzialisierung bis hin zu einer Bürokratisierung der Medizin und beklagt den mangelnden Respekt vor den Leistungen in der DDR.

Hannelore Körner und Uwe Körner thematisieren die Techniken der In-vitro-Fertilisation, des Embryotransfers bis hin zu den ersten „Retortenkindern“ in der DDR und beschreiben zunächst die Schwierigkeiten um die Einführung der IVF in der DDR. Eigen-

entwicklungen und DDR-Produkte wurden in Vorversuchen geprüft und erwiesen sich als geeignet. Hospitationen bei erfolgreichen Arbeitsgruppen im kapitalistischen westlichen Ausland wurden nicht ermöglicht, Tagungsbesuche nicht in Aussicht gestellt. Frühzeitig gab es auch Bestrebungen, zu ethischen und methodischen Aspekten Richtlinien zu erarbeiten. Prinzipiell wurde diese medizinische Behandlung wie auch andere Therapieverfahren, die zur Erfüllung des Kinderwunsches führten, als ethisch unproblematisch angesehen. Es überwog in der DDR ein eher vertrauensvolles Verhältnis zu medizinischen Maßnahmen. Diskussionen, wie in der Bundesrepublik, dass Frauen durch Ärzte manipuliert oder unter öffentlichen Druck gesetzt würden, gab es in der DDR nicht. Experimente mit menschlichen Eizellen erschienen nur unter den Einschränkungen akzeptabel, dass für sie keine „normalen“ Entwicklungschancen bestanden, medizinische Bemühungen um ihre Entwicklung aufgegeben worden waren und wenn diese Experimente humanitären Zielen dienten (Verbesserung von Entwicklungschancen, Erkennung der Ursachen von Fehlentwicklungen). Die Autorin und der Autor lehnten experimentelle Arbeiten an menschlichen Eizellen prinzipiell ab. 1984/85 diskutierte die „Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Ethik in der Medizin“ bei der „Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR“ zusammen mit Fachleuten die Problematik der In-vitro-Befruchtung. Als Ergebnis wurden Empfehlungen erarbeitet, die 1985 in der „Zeitschrift für Klinische Medizin“ als auch 1986 im „Zentralblatt für Gynäkologie“ publiziert wurden.

In einem weiteren gemeinsamen Beitrag zeichnen Uwe und Hannelore Körner die Diskussionen in der DDR um den moralischen Wertstatus von Embryonen und deren Schutzwürdigkeit seit Mitte der 1970er Jahre nach. Sie rekonstruieren die Vorgänge und Bemühungen zu Beginn der 1980er Jahre innerhalb der „Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft Ethik in der Medizin“ bei der „Akademie für Ärztliche Fortbildung“ ethische Positionen zur In-vitro-Fertilisation in der DDR zu entwickeln, die 1985 zur Veröffentlichung einer „Positionsbestimmung zur In-vitro-Fertilisierung und zum Embryotransfer beim Menschen“ führten.