

Mediziner und Todesstrafe: Täter, Opfer, Gutachter

PD Dr. med. Michael Huber, Universität Köln
Torsten Lucas, Menschenrechtsbeauftragter der Ärztekammer Berlin

I Was haben Ärzte mit Hinrichtungen zu tun? Brisante Fakten.

Das Ausmaß gravierender Folgen von Menschenrechtsverletzungen auf die körperliche und psychische Gesundheit von Menschen läßt sich - da es auch von Medizinern bislang kaum wahrgenommen, bzw. benannt wurde - wohl am ehesten als "verborgene Epidemie" beschreiben. Von Unfallchirurgen über Psychiater, bis hin zu Pathologen, sind Ärzte aller Fachrichtungen an der Behandlung der Folgen oder der Begutachtung der Opfer beteiligt. Durch die Behandlung von Folterüberlebenden, die Feststellung des Todes bei Hinrichtungen, die Durchführung der Leichenschau bei unklarer - oder eindeutig durch äußere Gewalteinwirkung bedingter - Todesursache oder andere berufliche Aufgaben geraten Mediziner und andere Heilberufler in Gewissenskonflikte und unter Druck. Vielfach findet dabei eine Verstrickung in Tätigkeiten statt, die den ethischen Prinzipien der Heilberufe grundsätzlich widersprechen. So auch bei der Verhängung der Todesstrafe und bei Exekutionen.

Curran & Cassel, 1980, sprechen in diesem Zusammenhang von einer "Korruption und Ausbeutung der gesellschaftlichen Rolle der Heilberufe". Die Instrumentalisierung von Ärzten findet vor allem mit dem Ziel statt, die gesellschaftliche Akzeptanz der Todesstrafe zu vergrößern; stehen Ärzte doch seit Hippokrates für hohe ethische Maßstäbe und suggeriert ihre Teilnahme eine "saubere und schmerzlose" Hinrichtung.

Ärztliche Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Todesstrafe können viele Facetten haben: Die Begutachtung Angeklagter bezüglich Zurechnungsfähigkeit, bzw. psychischer Krankheit oder geistiger Behinderung, die Behandlung zum Tode Verurteilter bis zum Zeitpunkt der Hinrichtung, die Beurteilung der sogenannten "Hinrichtungsfähigkeit", aber auch die Beteiligung medizinischen Personals an der Vorbereitung und Durchführung von Hinrichtungen, sowie an anschließenden Organentnahmen zum Zwecke der Transplantation. Historisch gesehen haben Ärzte außerdem bei der Entwicklung und Verfeinerung von Hinrichtungstechniken eine Schlüsselrolle gespielt (1,2,3).

Zu erwarten wäre, daß Informationen über die Durchführung der Todesstrafe - aufgrund ihrer gesetzlichen Legitimierung - leichter zugänglich sind, als dies bei anderen Formen von Menschenrechtsverletzungen der Fall ist. Daß dem nicht so ist, legt den Schluß nahe, daß Regierungen und andere Befürworter der Todesstrafe die Kritik ihrer Gegner fürchten oder selbst bemüht sind, das Ausmaß der Brutalität zu verdrängen, das ihre Position mit sich bringt. Gibt es doch - auch wenn dies derzeit noch nicht als völkerrechtlich etablierter Standard gelten kann - gute Argumente für die Auffassung, die Todesstrafe sei letztlich eine folterähnliche Form legalisierter grausamer und unmenschlicher Bestrafung, die mit der gezielten Tötung des Verurteilten im Auftrag eines Staates endet, der vorgibt Leben zu schützen. Diese Sichtweise drängt sich vor allem denjenigen auf, die zum Tode Verurteilte, sowie

deren Angehörige medizinisch und seelisch betreuen: Die Verhängung und Vollstreckung eines Todesurteils führt nicht nur bei der verurteilten Person selbst zu unzumutbarem psychischen und körperlichen Leiden, sie ruft auch bei anderen in diesen Prozeß einbezogenen Menschen Symptome einer teils massiven Traumatisierung hervor. Besonders bei öffentlichen Hinrichtungen, aber auch durch die Berichterstattung moderner Massenmedien, wird letztlich die gesamte Gesellschaft durch die traumatisierenden Folgen ihrer eigenen "Rechtsprechung" geprägt.

Publizierte Untersuchungen über die Todesstrafe befassen sich häufig mit den USA, teils auch mit europäischen Ländern, wo ein stetiger Trend zu ihrer Abschaffung zu konstatieren ist. Über Japan, die Nachfolgestaaten der Sowjetunion und mehr noch über sogenannte Entwicklungsländer ist wenig bekannt. Dies gilt umso mehr für die Erforschung medizinischer Aspekte, bzw. der Rolle von Ärzten. Das hierzu vorliegende Material bezieht sich daher größtenteils auf die USA, wodurch diese bei unserer Darstellung zentral stehen.

In den Vereinigten Staaten - einer von wenigen Demokratien, in denen weiterhin die Todesstrafe verhängt und vollstreckt wird - sind Ärzte und Pflegende regelmäßig an der staatlich sanktionierten Tötung von Menschen beteiligt. In etwa 36 der amerikanischen Bundesstaaten wird die Todesstrafe noch vollstreckt, wobei in 29 Bundesstaaten eine ärztliche Supervision oder direkte Beteiligung bei der Exekution vorgeschrieben wird. In etwa 25 Staaten ist die Hinrichtung durch "tödliche Injektion" entweder die vorgeschriebene oder eine der möglichen "Methoden". Gefängnisärzte, die sich weigerten, bei Hinrichtungen den Tod festzustellen, wurden mit Disziplinarstrafen belegt. Nur neun US-Bundesstaaten verbieten die Todesstrafe für Minderjährige. Auch psychische Krankheit und geistige Behinderung schließen eine Verurteilung zum Tode - im Widerspruch zu internationalen Konventionen - nicht aus. Zur Zeit befinden sich noch etwa 39 Jugendliche in der sogenannten "Death Row". Seit der Wiedereinführung der Todesstrafe 1976 wurden in den Vereinigten Staaten über 259 Personen exekutiert, wovon später in Wiederaufnahmeverfahren mindestens 23 für unschuldig erklärt wurden.

Dem Beispiel der USA folgend, haben auch andere Länder wie die Philippinen und Guatemala bereits Schritte unternommen, um Hinrichtungen durch Giftinjektion einzuführen. (2,3,4)

In Japan unterliegt die Todesstrafe strenger Geheimhaltung, wodurch über ihre Anwendung und Formen der Beteiligung medizinischen Personals wenig bekannt ist. Hinrichtungen erfolgen durch Erhängen. Verurteilte werden teilweise unter entwürdigenden Umständen in Einzelhaft festgehalten. Sie und ihre Familien werden nicht über den Zeitpunkt der bevorstehenden Hinrichtung informiert, so daß jeder Tag der Tag ihrer Hinrichtung werden kann. Es gibt Beispiele, in denen nach über 30 Jahren Haft unter ständig drohender Hinrichtung ein Freispruch erfolgte. Auch die Hinrichtung eines 70-jährigen und von psychisch kranken Menschen sind belegt. Eine Bestimmung aus dem Jahre 1947 besagt, daß ein Arzt den Gefangenen vor der Hinrichtung untersuchen und im Anschluß daran einen medizinischen Bericht anfertigen muß. Amnesty International geht davon aus, daß es übliche Praxis ist, daß ein Arzt als Beobachter und zur Feststellung des Todes während der Exekution anwesend ist. Das Gesetz könne außerdem so verstanden werden, daß von Psychiatern erwartet würde, psychisch Kranke zur Herstellung ihrer "Hinrichtungsfähigkeit" zu behandeln. Im Gegensatz zu den USA sind uns von seiten

ärztlicher Verbände aus Japan keine energischen Proteste gegen die Rolle medizinischen Personals bei Hinrichtungen bekannt. (5)

Das Justizministerium Taiwans beschloß im Oktober 1990 auf Empfehlung von Ärzten hin, zum Tode Verurteilte zukünftig durch Kopfschuß statt durch Herzschuß exekutieren zu lassen, um ihre Organe für Transplantationen und zu Forschungszwecken nutzbar zu machen. Führende taiwanesischen Ärzte verteidigten diese Praktiken bei schriftlicher Nachfrage gegenüber der British Medical Association mit dem Hinweis, Gefangene würden die Gelegenheit zur Sühneleistung begrüßen und in einem "Reueakt" ihre Organe spenden. Dr. Lin Yeon-feong, Mitglied der taiwanesischen Menschenrechtsvereinigung und entschiedener Gegner dieses Verfahrens erklärte dagegen: "In einem totalitären Land wie Taiwan ist ein Richter nicht immun gegen politischen Druck." Ähnlich wie er äußerte auch der britische Ärzteverband seine Sorge, "..., daß Gefangene zu Organspenden gezwungen würden und daß im Interesse Tausender von Patienten, die in Taiwan auf Organverpflanzungen warteten, Druck zum Erlaß von mehr Todesurteilen ... erzeugt werden könnte." Nach Angaben des Justizministeriums wurden bis Ende Juli 1991 die Organe von 22 Hingerichteten zur Transplantation entnommen. Um auch nach der Hinrichtung eine ausreichende Sauerstoffversorgung der Organe zu gewährleisten, waren Verurteilte zuvor intubiert und anschließend künstlich beatmet worden. Der britische Ärzteverband befürchtete gar, die Anerkennung dieser Praktiken könne dazu führen, "... Hinrichtungen und die Auswahl hinzurichtender Gefangener nach chirurgischen Erfordernissen einzuplanen" (3)

Auch in der Volksrepublik China unterliegen viele Aspekte der Todesstrafe - darunter die Organentnahme - als Staatsgeheimnis strenger Geheimhaltung, so daß verfügbare Zahlen sicherlich weit unter der tatsächlichen Anzahl der Hinrichtungen liegen. amnesty international hat 1993 2564 von Gerichten verhängte Todesurteile und 1419 Exekutionen registriert. Die Todesstrafe kann für etwa 65 Delikte, inklusive gewaltloser Straftaten und von Wirtschaftskriminalität verhängt werden. Die chinesische Rechtsprechung ist in einer Reihe grundlegender Fragen außerdem so weit von international gültigen Standards entfernt, daß politische Einflußnahme oder durch Mißhandlung seitens der Polizei erpreßte Geständnisse oft ausschlaggebender für den Prozeßverlauf sind, als die tatsächliche Faktenlage. Wie amnesty international weiter berichtet, soll in China die Verwendung von Organen hingerichteter Gefangener die Hauptquelle für Transplantationsorgane sein. Der Anteil transplantierten Nieren, der von Hingerichteten stammt, wird auf 90% geschätzt. In Nachbarländern Chinas sei es ein offenes Geheimnis, daß in China eine Transplantation gegen Geld sehr schnell arrangiert werden kann. Die Organentnahme erfolge bei Hingerichteten - entgegen offizieller Dementis - oft ohne vorherige Einwilligung und wecke angesichts des lukrativen Organhandels die Sorge, daß die Verhängung der Todesstrafe, sowie der Zeitpunkt der Hinrichtung von der Notwendigkeit, den Bedarf an Transplantationsorganen zu decken mitbestimmt werden könne. Das Verfahren der Organentnahme samt vorbereitender ärztlicher und von Laboruntersuchungen, die noch zu Lebzeiten und oft ohne Kenntniss des Untersuchungszweckes durch den betroffenen Gefangenen durchgeführt würden, verstoße gegen maßgebliche Bestimmungen wie die WHO-Gundsätze zur Organtransplantation. Bereits 1990/91 gab es Berichte aus mehreren seriösen Quellen über Krankenhäuser in Hongkong, denen zufolge Chirurgen dort Transplantationen mit Organen durchführten, die von der Volksrepublik China gekauft wurden und von hingerichteten Gefangenen stammten. (3,6,7,8)

II Fallbeispiele einer absurden Realität

Zur Veranschaulichung der Absurdität und Außerordentlichkeit der Situation, in der sich Ärzte bei Hinrichtungen befinden, sollen nun beispielhaft einzelne authentische Szenen beschrieben werden, wie sie sich im Rahmen von Exekutionen ereignet haben (2,3):

Bei der ersten Hinrichtung auf dem elektrischen Stuhl 1890 riet Dr. Carlos MacDonald dem Wärter nach eigenen Angaben, den Stromstoß über einen Zeitraum von etwa 20 Sekunden aufrechtzuerhalten. Dr. E. C. Spitzka, der nach 17 Sekunden die Anweisung gab, den Strom abzuschalten, entdeckte anschließend daß der Verurteilte William Kemmler noch lebte und rief: "Schalten Sie den Strom sofort wieder ein. Der Mann ist nicht tot." Bei dem anschließenden tödlichen Elektroschock stieg dann Rauch von dem verbrannten Körper auf.

Am 7.12.1982 wurde Charles Brooks als erster zum Tode Verurteilter durch Injektion eines Pharmakons hingerichtet. Da es zu diesem Zeitpunkt keine Vorerfahrungen mit diesem Verfahren gab, wurde - wenn man entsprechenden Berichten glauben darf - das Pharmakon in der Krankenhausapotheke hergestellt, und legten der Leiter des Gefängniskrankenhauses und einer seiner Assistenten persönlich die Kanüle und führten die Injektion durch. Die beteiligten Ärzte hörten während der Giftinjektion die Herztöne von Charles Brooks ab und untersuchten seine Pupillenreaktion. Dr. Ralph Gray, kommentierte nach 5 Minuten bezogen auf die Injektionsdauer: "Noch ein paar Minuten" und schließlich: "Ich erkläre diesen Mann für tot".

Am 12.12.1984 wurde Alpha Otis Stephens in Georgia auf dem elektrischen Stuhl hingerichtet. Ein erster Stromstoß tötete ihn nicht, er wurde daraufhin ärztlich untersucht, ein weiterer Stromstoß führte ebenfalls nicht zum Tode, der Verurteilte rang nach Luft. Die daraufhin wiederum erfolgte eingehende ärztliche Untersuchung führte schließlich zu der Aufforderung, einen dritten Stromstoß zu geben, der den Verurteilten dann tötete.

Am 24.1.1992 wurde in Arkansas Ricky Ray Rector mittels Injektion hingerichtet. Es kam zu der unvorstellbaren Situation, daß der Verurteilte den Ärzten bei der Punktion der Vene half, da sie keine Vene finden konnten, der Vorgang dauerte 45 Minuten.

Im April 1991 wurde ein Verurteilter in Taiwan nach Kopfschuß in das mit der Organentnahme beauftragte Krankenhaus eingeliefert. Dort wurde festgestellt, daß er noch lebte. 34 Stunden nach dem ersten Kopfschuß, wurde er aus dem Krankenhaus zu einer erneuten Erschießung wiederum an die Hinrichtungsstätte gebracht.

III Psychologische Aspekte der Beziehung zwischen dem Verurteilten und an der Durchführung der Todesstrafe beteiligten Medizinern

Die Situation der Beteiligung an einer Exekution ist von Grund auf emotional aufgeladen und überfordert jeden Mediziner, der ja in seiner Ausbildung keinerlei Anleitung für eine solche Situation erhalten hat.

Nachfolgend soll auf die psychologischen Umstände bei der Beteiligung von Medizinern an Exekutionen eingegangen werden:

Zunächst sollen Gedanken zu vorstellbaren Affekten und unbewußten Motiven des Handelns sowie zur Interaktion zwischen den beiden Protagonisten der Situation beschrieben werden. Hierbei sollen auch Situationen einfließen, in denen sich Ärzte in spezifischer Weise verhalten haben und möglicherweise rationale Überlegungen zu ihrer Motivation diskutiert haben. Anschließend soll über mögliche Folgen der Beteiligung an Hinrichtungen bei den Medizinern selbst berichtet werden.

Soviel über die dargestellten Fakten und Einzelfälle publiziert wurde, so wenig Literatur gibt es über psychologische Faktoren, die in der Beziehung zwischen Medizinern und Verurteiltem eine Rolle spielen könnten. Wie lassen sich unter psychologischen Aspekten die Situationen beschreiben, in denen beide aufeinandertreffen? Wie kann man verstehen, was sich zwischen Arzt und Verurteiltem abspielt? Nur Spekulationen sind möglich. Die Medizinalisierung der Hinrichtung, wie sie überall praktiziert wird, bis hin zu einem beinahe sterilen und an einen Operationssaal erinnernden Ambiente der Exekution, vermittelt sowohl den beteiligten Ärzten als auch dem Gefängnispersonal und der Öffentlichkeit den Eindruck, es würde eine medizinische Handlung - quasi eine Operation - durchgeführt. Diese bewußte "Versachlichung" des Vorgangs dient sicher dazu, Affekte wie Mitleid, Identifikation mit dem Opfer oder Trauer zu vermeiden, so daß es auch den beteiligten Medizinern ermöglicht wird, sich die Auffassung zu eigen zu machen: "...kann jedoch eine Hinrichtung nicht abgewendet werden, sollten es humanitäre Überlegungen gebieten, daß von der am wenigsten anstößigen Form der Hinrichtung Gebrauch gemacht wird ..." (Sheless, 1987).

Dieses zweifelhafte Selbstverständnis hat Tradition: So soll bereits zu Zeiten der französischen Revolution Dr. Joseph Guillotin bei der Entwicklung des nach ihm benannten "Gerätes" zum Abtrennen des Kopfes auf der Suche nach einer möglichst schmerzlosen Methode gewesen sein, die dann durch den Chirurgen Dr. Antoine Louis weiter perfektioniert wurde. Auch an der Entwicklung des elektrischen Stuhls und der tödliche Injektion waren Ärzte maßgeblich beteiligt (2). Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß Ärzte, die beispielsweise in den USA der oben skizzierten Denkweise in Bezug auf staatlich sanktionierte Hinrichtungen folgen, eine gleichermaßen begründete ärztliche Beteiligung an Zwangsamputationen nach der Sharia in islamischen Ländern häufig vehement ablehnen. Wie ist dieser Widerspruch erklärbar? Naheliegender scheint die Deutung, daß die Analogie beider Argumentationsweisen (die notwendige Bestrafung möglichst "sauber und professionell" zu vollziehen) angesichts des unterschiedlichen Kontextes verdrängt wird: während die Todesstrafe als letztlich notwendiges Übel - etwa zum Schutz oder zur "Reinigung" der Gesellschaft - befürwortet, oder zumindest gerechtfertigt wird, kann gerade in der Abgrenzung gegen die drakonischen Strafen und das Feindbild des "barbarischen islamischen Fundamentalismus" das eigene Selbstverständnis als zutiefst anständiger und zivilisierter moderner Mensch Bestätigung finden. Mediziner können im Verlaufe des gesamten juristischen Vorgangs, der schließlich zur Exekution des Verurteilten führt, Berührungspunkte mit dem Verurteilten haben. Schon während der Beweisaufnahme kann der Psychiater Stellung nehmen zur Frage, ob der Angeklagte auch weiterhin eine beständige Gefahr für die Gesellschaft

sein würde. Diese Frage kann in den Vereinigten Staaten ohne persönliche Untersuchung des Betroffenen beantwortet werden und mit Hilfe der Beurteilung einer "hypothetischen" Person, deren Eigenschaften geschildert und dann beispielhaft beurteilt werden ("wenn der Angeklagte etwa diesen oder jenen Persönlichkeitszug aufweisen würde, könnte man dann sagen, daß ...?").

Bekannt wurde der Psychiater Dr. Grigson in Texas, der offenbar aufgrund einer emotional hochaufgeladenen persönlichen Überzeugung grundsätzlich die Frage, ob der Angeklagte bei dem beobachteten Verhalten auch weiterhin eine beständige Gefahr für die Gesellschaft sein würde, bejahte. Es wird deutlich, wie sehr die persönliche Einstellung des Arztes hier seine professionelle Haltung und im Verlaufe des Prozesses die Chancen des Angeklagten beeinflusst. Deshalb sind Bestrebungen im Gange, den Rahmen für die Aussage des Psychiaters genauer einzugrenzen und den Versuch zu unternehmen, Medizinisches von Juristischem zu trennen.

Während des Gefängnisaufenthalts können erneut Ärzte und Verurteilte aufeinandertreffen. Psychische Krisen bei zum Tode verurteilten Menschen werden in der Regel von im Krankenhaus angestellten Ärzten behandelt, ebenso wie körperliche Krankheiten behandelt werden. Die Frage, welche Konsequenzen das Verhalten der Ärzte für die anstehende Hinrichtung hat, ist für diese völlig ungeklärt. Einerseits sollen Ärzte ständig bereit sein, sich zur Frage der Hinrichtungsfähigkeit zu äußern, andererseits wird von den im Krankenhaus angestellten Ärzten notfalls eine Behandlung des Verurteilten zur Herstellung der Hinrichtungsfähigkeit ("fit for execution") erwartet. Hintergrund dieser Forderung ist die Ansicht, Voraussetzung einer Exekution sei die Einsichtsfähigkeit; daß der Verurteilte also fähig sei, seine Hinrichtung und die Gründe seiner Verurteilung bewußt wahrzunehmen und zu verstehen. Untersuchungen über psychische Krankheiten bei "death row inmates" haben eine breite Palette schwerer psychischer Störungen bis zu manifesten Psychosen gezeigt, was auch noch einmal ein besonderes Licht auf die in den USA praktizierte Vorgehensweise wirft, auch Menschen, die unter gravierenden psychischen Erkrankungen leiden und in einem solchen Zustand z.B. getötet haben, gegebenenfalls zum Tode zu verurteilen und hinzurichten.

Drei Einstellungen eines betroffenen Mediziners wären möglich: Er könnte die Auffassung vertreten, eine Psychose sei in jedem Fall ein schrecklicher Zustand, den man - wenn möglich - behandeln müsse, oder er könnte die Auffassung vertreten, eine Psychose solle nur dann behandelt werden, wenn der Betroffene es ausdrücklich wünsche, und schließlich kann er die Auffassung vertreten, eine Psychose bei einem zum Tode Verurteilten niemals behandeln zu wollen, weil die Behandlung ja den Zustand der Hinrichtungsfähigkeit und damit den Tod seines Patienten zur Folge hätte.

In bezug auf psychotherapeutische Beziehungen zwischen Ärzten und Verurteilten gilt wie sonst auch, daß Psychotherapie voraussetzt, daß der Patient Vertrauen in seinen Therapeuten haben kann. Der Verurteilte jedoch ist aufgrund seiner extrem eingegengten Auffassungs- und Wahrnehmungsfähigkeit mit dem Tod unmittelbar vor Augen nicht in der Lage, eine andere Differenzierung als die zwischen Freund oder Feind vorzunehmen. Eine Reihe von weiteren Problematiken treten hinzu: Schweigepflicht kontra Beweismittelveröffentlichung, Schweigepflicht kontra Aussage des Arztes über Hinrichtungsfähigkeit, schließlich die Frage, wenn der

Patient nicht hinrichtungsfähig ist, ist er vielleicht auch nicht einwilligungsfähig für die entsprechende Medikation zur Behandlung seiner Psychose. Für den Arzt ist die Erfahrung, daß die Behandlung des psychotischen Patienten zwar vielleicht die Genesung von dem quälenden psychotischen Zustand zur Folge hat, jedoch diesen hinrichtungsfähig hinterläßt und ihn damit dem Tode näherbringt, vollständig neu und überwältigend. Einerseits möchte er seinem psychisch hilfsbedürftigen Patienten helfen, weiß aber, daß die momentane Entlastung von psychischer Qual nur unmittelbar dazu führt, daß der Verurteilte der Hinrichtung näherkommt.

Das öffentliche Ansehen des Arztes und auch der Medizin "Helfen und heilen" steht in der Person des Arztes in dieser Situation auf dem Prüfstand. Er ist einer erheblichen Beeinflussung durch außenstehende Personen ausgesetzt (Angehörige, Justiz, Medien). Vielleicht kann aber auch die Ablehnung der Therapieübernahme durch den Arzt ein verdeckter Protest gegen die Todesstrafe sein und damit gar nicht mit diesem individuellen Patienten zu tun haben. Oft wird die Frage diskutiert, ob die Herstellung von Prozessfähigkeit mittels der Gabe zum Beispiel von Psychopharmaka ein ebenso fragwürdiges Verhalten darstellt wie die Herstellung der Hinrichtungsfähigkeit.

Weitere Fragen stellen sich: Könnte nicht die erfolgreiche Behandlung einer schizophrenen Psychose auch die Fähigkeit des Patienten fördern, zum Beispiel ein weiteres Gnadengesuch sinnvoll mitzuformulieren? Und schließlich bleibt die jedem Psychiater klare Überzeugung auch hier gültig, daß manche Symptome nur dann besser werden können, wenn es gelingt, den Patienten aus der krank machenden Umgebung herauszuholen, was sich in der hier zu beurteilenden Situation naturgemäß verbietet. Auch in Bezug auf die Beziehung des Arztes zu dem Verurteilten sind die Umstände seiner Inhaftierung wichtig. Je mehr der Arzt über die Tat erfährt, die sein Patient verübt hat, desto mehr Aggression auf den Täter kann möglicherweise entstehen, insbesondere, wenn die Tat (z.B. Kindesmißbrauch mit tödlicher Folge) emotional hoch aufgeladen ist.

Bei erstmaliger Konfrontation mit dieser Situation kann auf Seiten des Arztes außerordentliche Verwirrung entstehen. Wenn dem Arzt klar wird, daß seine Aussage den Verurteilten für die Exekution freigibt, können heftige Schuldgefühle entstehen, verbunden mit der gravierenden Frustration, seinem Patienten nicht wirklich helfen zu können.

Auf seiten des Verurteilten sind ebenfalls verschiedene Erwartungen denkbar. Das Auftreten einer akuten psychiatrischen Symptomatik kann mit der Vorstellung verbunden sein, auf diese Art und Weise die Hinrichtung verhindern zu können. So ergeben sich heftige Ängste gegen die möglichen heilenden Konsequenzen der Therapie, die ihn der Exekution näherbringen. Findet er schließlich aus dem Kontakt mit dem Mediziner, daß dieser mit der Hinrichtungsmaschinerie identifiziert scheint, so kommt von vornherein keinerlei tragfähige therapeutische Grundlage zustande. Die Situation wird dadurch wiederum aufgeladen, daß auf seiten des Arztes das unglückliche Gefühl entsteht, die vielleicht letzte Hoffnung des Verurteilten vor seinem Tode zu sein, was heftige Insuffizienzgefühle hervorruft. Immer wieder wurde diese ausweglose Problematik diskutiert und unter anderem vorgeschlagen, Todeskandidaten, die gravierend psychisch erkrankten, nicht hinzurichten, sondern ihre Strafe in eine lebenslange Inhaftierung, gegebenenfalls mit psychiatrischer Behandlung, umzuwandeln.

Schließlich, und für einen akademisch ausgebildeten und ethisch empfindenden Arzt am unvorstellbarsten, gibt es die unmittelbare Beteiligung von Medizinern vor und während der Hinrichtung. So wie derzeit zum Beispiel in den Vereinigten Staaten Hinrichtungen durchgeführt werden, wird dem Arzt durch eine scheinbar affektfreie, neutrale technische Assistenz bei einem gesellschaftlich positiv sanktionierten Vorgang die Kooperationsbereitschaft nahegelegt. Er soll sich ganz auf seine medizinisch-technischen Fähigkeiten konzentrieren: Venen finden für die Injektion, den Verurteilten beruhigen, sachverständiger Zeuge der Hinrichtung sein, den Verurteilten während und nach der Hinrichtung untersuchen, eine kompetente Todesfeststellung treffen, und schließlich gegebenenfalls den Leichnam vorbereiten zur Organspende. Es gibt bisher keine systematischen Untersuchungen zur Frage, welche Mediziner mit eventuell welchen beschreibbaren Charakterpathologien sich freiwillig an Exekutionen beteiligen. Nachfolgend sollen mögliche Voraussetzungen beschrieben werden, die zur Motivation beitragen können.

Während seines Studiums hat der Arzt gelernt, Teile des Menschen als eigene Einheiten zu sehen, die man getrennt vom gesamten Organismus und vom gesamten Menschen behandeln kann: den Magen, die schlechte Vene, "die Psychose". Diese ständig trainierte und gut verankerte Vorstellung erlaubt es ihm, seine Aufmerksamkeit zu fokussieren und nicht mehr mit dem Gesamten und den Folgen seiner eigenen Tätigkeit konfrontiert zu sein. Es erleichtert ihm, sich mit einem Teilauftrag für seine Tätigkeit zufrieden zu geben. In allen Fachdisziplinen, die er während seines Studiums absolvierte, wurde ihm beigebracht, nicht den gesamten Menschen in seinen Bezügen, sondern nur die Organe des jeweiligen Fachgebietes genau zu betrachten. Gelegentlich hat er diese Einstellung als hilfreich empfunden, wenn z.B. im Wissen, daß es insgesamt keine Heilung mehr gab, Teillösungen wie die Behandlung eines Harnwegsinfektes bei einem final krebserkrankten gefunden werden konnten, die ein befriedigendes Gefühl des Heilens-Könnens erzielt hatten und gegen die eigene Ohnmacht im Bezug auf die Unheilbarkeit vieler Erkrankungen halfen.

Hat ein Arzt in seiner eigenen Biographie und Sozialisation oft Hilflosigkeit gegenüber Grenzverletzungen erleben müssen, so wird er vielleicht in der Konfrontation mit jemandem, der getötet hat, massive Angst vor Wiederholung und den Wunsch nach der ultimativen Begrenzung dieser Angst erleben. Kann er seine eigene Angst vor den eigenen übermächtigen Größenphantasien und unbewältigten Aggressionen verdrängen, so kann er vielleicht sich sogar mit einem unbewußten guten Gefühl ausgleichender Gerechtigkeit an der Exekution eines solchen Verurteilten beteiligen.

Besonders emotional aufgeladen wird die Situation dann, wenn der Arzt in seiner Herkunftsfamilie vielleicht Konstellationen erlebt hat, die ihm nun bei dem Verurteilten oder den Umständen seiner Tat wiederbegegnen. Schließlich ist denkbar, daß abgespaltene aggressive Selbstanteile reaktiviert werden, wenn der Arzt einem Menschen begegnet, der getötet hat.

Weitere psychische Prozesse in einer solchen Situation sind denkbar. Aufgrund seiner Sozialisation kann der Arzt geneigt sein, die soziale Gruppe, der der Täter angehört, zu diskriminieren, er kann eine ausgeprägte Förderung von angepaßtem Verhalten bei sich erlebt haben, was die Vorstellung erzeugt hat, daß es notwendig und sinnvoll sei, als Arzt bei diesem Prozeß "zu helfen", verbunden mit dem Ausdruck der Wertschätzung der ärztlichen Handlung. Der Arzt kann aufgrund

seiner Sozialisation mit der Sache der Strafverfolgung identifiziert sein, und schließlich dem allgemeinen Bürokratisierungsdruck erlegen sein ("Zu Ihren Aufgaben gehört es außerdem...").

IV Folgen der Beteiligung an Exekutionen bei Ärzten.

Hier ist besonders die in Einzelfällen berichtete Erfahrung einer sogenannten posttraumatischen Belastungsstörung zu benennen. Dabei handelt es sich um ein gut beschriebenes Krankheitsbild, das nach Extremtraumatisierung auftritt und erstmals eingehender bei Veteranen des Vietnamkriegs beschrieben wurde. Ist ein Mensch einer Extremsituation ausgesetzt, die auch bei anderen Menschen zu psychischen Folgen führen würde, so kann es in diesem besonderen Fall zu einer anhaltenden psychischen Belastungsstörung kommen, die gekennzeichnet ist durch sogenannte "Flashbacks", also als intrusiv und quälend erlebte Erinnerungen an die - in diesem Fall - Situation der Hinrichtung, die geradezu "live" wiedererlebt wird. Darüber hinaus tritt eine depressive Störung, verbunden mit Vegetativ- und Schlafstörungen und weiteren psychischen Zeichen hinzu. Charakteristisch ist auch das sogenannte "Numbing", worunter verstanden wird, daß der an einer posttraumatischen Belastungsstörung leidende die normale emotionale Schwingungsfähigkeit verliert und sich auch nicht mehr zum Beispiel an Menschen oder Dingen freuen kann, die früher positive Affekte in ihm ausgelöst haben. Eigene Affekte werden abgespalten, das Denken und die Symbolisierungsfähigkeit sind eingeschränkt. Schließlich ist auch vorstellbar, daß der Arzt, der sich einmal an einer Exekution beteiligt hat, sich im Nachhinein unter heftigen Schuldgefühlen mit dem Verurteilten, oder in einem entgegengesetzten Vorgang mit dessen Tatopfern identifiziert, und fortwährend stellvertretende Racheimpulse erlebt.

Die hier dargestellten Überlegungen basieren auf der vorliegenden Literatur und Einzelfallberichten und entbehren jeder Vollständigkeit. Sie dienen lediglich dazu, als Grundlage für eine Diskussion mögliche psychische Faktoren zu illustrieren, die in Betracht gezogen werden müssen, wenn ein ursprünglich zur Heilung Kranker ausgebildeter Mediziner in die Rolle des Exekutionsgehilfen gerät. Die geschilderten Symptome und Mechanismen können in ähnlicher Form bei Wachpersonal, Seelsorgern und Angehörigen der Verurteilten auftreten.

V Bioethische Revolution, Hinrichtungen und Ärzte - Wo stehen wir heute?

Nach dem 2. Weltkrieg begann unter dem Eindruck ärztlicher Beteiligung an den im Nationalsozialismus begangenen Verbrechen, insbesondere den durch die Nürnberger Ärzteprozesse geahndeten Menschenversuchen in Konzentrationslagern und der als "Euthanasie" bezeichneten Tötung psychisch kranker Menschen die sogenannte bioethische Revolution. Aus dem grenzenlosen Erschrecken heraus entstand ein Konsens darüber, daß die ärztliche Verantwortung in ethisch problematischen Situationen einer klaren Definition bedarf. Der Nürnberger Kodex formulierte 1949 ethische Prinzipien für die Durchführung wissenschaftlicher Forschung.

Eine Weiterentwicklung dieser Definition ist die zentrale Aussage der 1982 verabschiedeten Prinzipien medizinischer Ethik der UNO, daß Heilberufler gegen die medizinische Ethik verstoßen, wenn sie in beruflicher Funktion Kontakt zu einem Gefangenen haben, der nicht einzig und allein dessen Wohl und Behandlung dient.

Die Rolle von Ärzten im Zusammenhang mit Exekutionen wird in den USA erst seit 1977 ernsthaft diskutiert, nachdem 2 Bundesstaaten die Hinrichtung durch tödliche Injektion gesetzlich einführten. 1980 verabschiedete der amerikanische Ärzteverband anläßlich der ersten Hinrichtung durch tödliche Injektion eine Erklärung, die besagte, die einzig mögliche Aufgabe eines Arztes bei einer Hinrichtung bestehe - unabhängig von seiner persönlichen Überzeugung in dieser Frage - in der Feststellung des Todes. Der Weltärztebund bekräftigte diese Position 1981 mit dem Hinweis Ärzte hätten die Bestimmung, Leben zu erhalten und seien keine Henker. Sie sollten daher nicht an einer Hinrichtung teilnehmen. Auch die World Psychiatric Association, das American College of Physicians, die American Nurses Association und andere Fachgesellschaften sprachen sich entschieden gegen eine Beteiligung von Heilberuflern an Exekutionen aus. Dagegen gab es jedoch Befürworter der Todesstrafe, die weiterhin für eine ärztliche Beteiligung plädierten (Kevorkian, 1985 in 2). 1993 veröffentlichte die American Medical Association detaillierte Richtlinien, in denen kritisch auf eine Vielzahl denkbarer Formen ärztlicher Verstrickung im Zusammenhang mit Hinrichtungen eingegangen wird. Die Bestätigung des Todes durch einen Arzt wird dort nur dann als legitim bezeichnet, wenn bereits eine andere Person den Verurteilten zuvor für tot erklärt hat. 1994 erschien unter dem Titel "Vertrauensbruch" (Breach of Trust) eine wegweisende gemeinsame Veröffentlichung dreier bekannter Menschenrechtsorganisationen und des American College of Physicians, in der sämtliche Aspekte der Todesstrafe, die Ärzte betreffen kritisch diskutiert werden. (1,2,3,8)

Die in Menschenrechtsfragen seit Jahren engagierte British Medical Association empfiehlt allen Ärzteverbänden eine aktive ärztliche Mitwirkung an Hinrichtungen zu verurteilen und hält einzig eine ärztliche Todesfeststellung nach einer Exekution und auch diese nur dann für legitim, wenn sie abseits der Hinrichtungsstätte und mit erheblicher zeitlicher Verzögerung geschieht (da nur so ausgeschlossen ist, daß der Arzt durch die Konstatierung, daß der Hingerichtete noch lebt, selbst Teil des Exekutionsprozesses werden kann). Eine ärztliche Feststellung der "Hinrichtungstauglichkeit" wird entschieden abgelehnt.

Der britische Ärztebund verurteilt die Hinrichtung geisteskranker Menschen und äußert "... erhebliche Bedenken hinsichtlich einer Behandlung geisteskranker Patienten, die ihre "Hinrichtungsfähigkeit" zum Ziel hat. Rehabilitations- und Behandlungsversuche bei einem Gefangenen, der nach Besserung seiner Geisteskrankheit hingerichtet wird, versetzen medizinische Fachkräfte in eine unerträgliche Lage." und weiter "Wir finden den Gedanken lebensrettender Notbehandlung für Gefangene in der Zeit vor der Hinrichtung, nur um sie bis zur Durchführung der Hinrichtung am Leben zu erhalten abwegig und widerwärtig."(3)

Zur Frage der Organtransplantationen konstatiert der britische Ärzteverband, daß diese stets auf freier Zustimmung basieren müssen. Da bei Gefangenen die Voraussetzungen für eine freie und unbeeinflusste Entscheidung fehlten, kämen diese als Organspender nicht in Frage.

Die Transplantations-Gesellschaft, ein internationales Gremium medizinischer Spezialisten, ächtete 1991 die Verwendung von Organen hingerichteter Gefangener zu Transplantationszwecken. Die Realität dürfte jedoch noch lange anders aussehen. (3,9)

Am 12.9.1990 fand im Bundesstaat Illinois die erste Hinrichtung nach 28 Jahren statt: Charles Walker wurde durch tödliche Injektion exekutiert. Nachdem bekannt wurde, daß 3 Ärzte aktiv beteiligt gewesen waren, indem sie vorab Medikamente gaben, den venösen Zugang für die Gifteinjektion legten und die Hinrichtung in einem Kontrollraum per Elektrokardiogramm überwachten, folgte eine empörte Reaktion der amerikanischen Ärzteschaft. Versuche, die Namen der beteiligten Ärzte aufzudecken schlugen fehl. Eine diesbezügliche Klage der ärztlichen Menschenrechtsorganisation Physicians for Human Rights wurde 1994 gerichtlich abgewiesen. Am 31. Januar 1995 warteten in Illinois 163 zum Tode Verurteilte auf ihre Exekution. (10)

Um Ärzte, die sich weiterhin zur Beteiligung an Hinrichtungen bereiterklären, vor den Ethikkommissionen und Disziplinausschüssen ihrer Berufsgruppe zu "schützen", wird ihnen in Illinois gesetzlich Anonymität zugesichert und werden sie für ihre Dienste in bar bezahlt. Im April 1995 wurde trotz vehementer Proteste medizinischer Berufsverbände in den USA und weltweit eine gesetzliche Regelung erlassen, die festlegt, daß Ärzte in Illinois für die Zeit Ihrer Teilnahme an einer Exekution nicht ärztlich tätig und somit von ihrer Berufsethik und den rechtlichen Vorschriften zur medizinischen Berufsausübung (Medical Practice Act) entbunden seien (10).

Wo ethische Grundsätze aus politischer Opportunität und mit juristischen Mitteln so verbogen werden, müssen ärztliche Verbände eindeutig Stellung beziehen. Wer es mit Prävention, der Verhütung von körperlicher Krankheit und seelischem Leid ernst meint, kann gravierende Verstöße gegen die Menschenrechte nicht ausklammern. Dies gilt sowohl für die Ahndung von Verstößen in den eigenen Reihen, als auch für eine klare Stellungnahme in der gesamtgesellschaftlichen Diskussion. Die renommierte medizinische Fachzeitschrift "The Lancet" merkt in einem bemerkenswerten Editorial schlicht an, es sei ja begrüßenswert, daß ärztliche Berufsverbände sich nun endlich zu der unmißverständlichen Forderung durchgerungen hätten, Ärzte dürften an Hinrichtungen nicht teilnehmen; nur: solange sie nicht genauso unmißverständlich gegen die Todesstrafe an sich Stellung bezögen, setzten sie sich dem Verdacht aus, sie seien sich eigentlich nur zu fein dazu, sich selbst die Hände schmutzig zu machen. (9)

"Für uns besteht eine entscheidende ethische Herausforderung darin, den Forderungen von Staat und Gesellschaft an die Medizin sinnvolle Grenzen zu setzen, um so die Fähigkeit von Angehörigen der Heilberufe zu erhalten, vertrauenswürdige und engagierte Betreuer zu sein. (4)

Dies zu verwirklichen, erscheint aus heutiger Sicht noch ein weiter Weg. Aber: Das Durchsetzen von Demokratie und Menschenrechtsstandards war schon immer das Ergebnis langen zähen Ringens und daß Hinrichtungen und Organentnahmen unter Geheimhaltung und versteckt stattfinden, zeigt das Unrechtsbewußtsein der Beteiligten und gibt Anlaß zur Zuversicht.

VI Literaturnachweise

1. Curran, W.J., Cassel, W.:
"The ethics of medical participation in capital punishment",
New England Journal of Medicine, 302 (1980), 226-230
2. American College of Physicians / Human rights Watch /
National Coalition to Abolish the Death Penalty / Physicians for Human Rights:
"Breach of Trust" - Physician Participation in Executions in the United States",
Philadelphia, New York, Washington, Boston (1994)
3. Verratene Medizin - Beteiligung von Ärzten an Menschenrechtsverletzungen,
Deutschsprachige Ausgabe, Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin;
Ärztammer, Berlin & amnesty international, Aktionsnetz der Heilberufe,
Edition Hentrich, Berlin (1995).
(Orig.: "Medicine betrayed - The Participation of Doctors in Human Rights Abuses",
British Medical Association, Zed books, London (1992)
4. Bloche, M. Gregg: Psychiatry, Capital Punishment, and the Purposes of Medicine,
International Journal of Law and Psychiatry, 16: 301-357 (1993).
in deutschsprachiger Übersetzung auszugsweise wiedergegeben in: Bloche, M. Gregg:
Menschenrechte und die Problematik der Todesstrafe,
Deutsches Ärzteblatt; 93: A-172-175 (1996)
5. Death Penalty, Japan; Medical Network Action; AI Index: ASA 22/05/95,
Medical Office / Research Departments, International Secretariat,
amnesty international, London (1995)
6. Guttman, RD; "On the Use of Organs from Executed Prisoners",
Transplantation Reviews, 6: 189-193 (1992)
7. Volksrepublik China: Die Verwendung von Organen hingerichteter Gefangener,
Orig.: China - The Use of Organs from Executed Prisoners, sowie
Volksrepublik China: Tausende von Opfern - die Todesstrafe im Jahre 1992.
AI Index: ASA 17/01/95 & ASA 17/09/93,
Medical Office / Research Departments, International Secretariat,
amnesty international, London (1993/1995)
8. "Ethical Codes and Declarations Relevant to the Health Professions",
Third Revised Edition,
Amnesty International, London (1994)
9. Editorials: "Doctors and Death row" &
"US Physicians and the Death Penalty,"
Lancet, 341 (1993), 209 & 343 (1994), 743
10. Death Penalty Legislation in Illinois, USA,
Letter Writing Action for Health Professionals, AI Index: AMR 51/67/95.
Medical Office / Research Departments, International Secretariat,
amnesty international, London (1995)