

Neuer Beschluss des Bundesgerichtshofs

Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt

Vormundschaftsgericht soll in Konfliktlagen entscheiden.

Gian Domenico Borasio¹, Wolfgang Putz², Wolfgang Eisenmenger³

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in seiner neuesten Entscheidung zum Themenkomplex Betreuungsrecht/Patientenverfügung/Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen eine Reihe von Feststellungen getroffen, die für die ärztliche Praxis von Bedeutung sind. Zunächst bestätigt der BGH (zum zweiten Mal höchstrichterlich [1]) die inzwischen herrschende Meinung (2), wonach die Patientenverfügung als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten, sei sie schriftlich oder mündlich, rechtlich verbindlich ist. Eine solche Vorausserklärung lässt den Patientenwillen fortwirken und verpflichtet Betreuer oder Bevollmächtigte, diesem Willen gegenüber Ärzten und Pflegekräften Geltung zu verschaffen. Der BGH hat klar geäußert: „Die Willensbekundung des Betroffenen für oder gegen bestimmte Maßnahmen darf deshalb vom Betreuer nicht durch einen ‚Rückgriff auf den mutmaßlichen Willen‘ des Betroffenen ‚korrigiert‘ werden, es sei denn, dass der Betroffene sich von seiner früheren Verfügung mit erkennbarem Widerrufswillen distanziert oder die Sachlage sich nachträglich so erheblich geändert hat, dass die frühere selbstverantwortlich getroffene Ent-

scheidung die aktuelle Sachlage nicht umfasst.“ (3) Auch der behandelnde Arzt hat – entsprechend den „Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen“ der Bundesärztekammer (4) – die grundsätzliche Pflicht, sich in seinen Entscheidungen nach den in einer Patientenverfügung festgehaltenen Willensäußerungen zu richten. Die vom BGH geforderte Vorausset-

Der BGH verlangt, dass der Betreuer oder Bevollmächtigte zur Umsetzung des Willens des Patienten, sofern er das Unterlassen oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen betrifft, künftig die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts einholt. Dies gilt gleichermaßen für den Akutfall wie für den protrahierten Verlauf. Die vormundschaftsgerichtliche Überprüfung soll aber nach dem Wortlaut

des Beschlusses in der Praxis nur „in Konfliktlagen“ durchgeführt werden, und zwar dann, wenn „eine lebensverlängernde oder -erhaltende Behandlung des Betroffenen medizinisch indiziert ist oder jedenfalls ärztlicherseits angeboten wird, der Betreuer aber in die angebotene Behandlung nicht einwilligt (...) damit wird vermieden, dass die Vormundschaftsgerichte generell zur Kontrolle über ärztliches Verhalten am Ende des Lebens berufen und dadurch mit einer Aufgabe bedacht werden, die ihnen nach ihrer Funktion im Rechtssystem nicht zukommt (...) und wohl auch sonst ihre Möglichkeiten weit überfordern würde“ (6).

Der Begriff „ärztlicherseits angeboten“ ist in diesem Zusammenhang als Ausdruck des rechtlichen Verständnisses des ärztlichen Behandlungsvertrages als Dienstleistungsvertrag zu sehen, bei dem der Arzt dem Patienten als Vertragspartner eine Behandlungsofferte macht. Dies ist allerdings nur eine Facette der Arzt-Patienten-Beziehung,

der BGH verlangt, dass der Betreuer oder Bevollmächtigte zur Umsetzung des Willens des Patienten, sofern er das Unterlassen oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen betrifft, künftig die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts einholt. Dies gilt gleichermaßen für den Akutfall wie für den protrahierten Verlauf. Die vormundschaftsgerichtliche Überprüfung soll aber nach dem Wortlaut des Beschlusses in der Praxis nur „in Konfliktlagen“ durchgeführt werden, und zwar dann, wenn „eine lebensverlängernde oder -erhaltende Behandlung des Betroffenen medizinisch indiziert ist oder jedenfalls ärztlicherseits angeboten wird, der Betreuer aber in die angebotene Behandlung nicht einwilligt (...) damit wird vermieden, dass die Vormundschaftsgerichte generell zur Kontrolle über ärztliches Verhalten am Ende des Lebens berufen und dadurch mit einer Aufgabe bedacht werden, die ihnen nach ihrer Funktion im Rechtssystem nicht zukommt (...) und wohl auch sonst ihre Möglichkeiten weit überfordern würde“ (6).



zung eines „irreversibel tödlichen Verlaufs“ bezieht sich ausdrücklich auf das „Grundleiden“ in seiner Gesamtheit, und nicht nur auf den unmittelbaren Sterbeprozess. Dies wird auch am unterschiedenen Fall deutlich (Textkasten 1). Allerdings ist die Beschränkung der Gültigkeit von Patientenverfügungen auf zum Tode führende Erkrankungen juristisch äußerst fragwürdig, da sie gegen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verstößt (5).

¹ Interdisziplinäre Palliativmedizinische Einrichtung, Klinikum der Universität München

² Rechtsanwalt, Tätigkeitsschwerpunkt Medizinrecht, München

³ Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München

die in ihrer Gesamtheit weit über eine einfache Dienstleistungserbringung geht, was unter anderem in der rechtlich statuierten Garantenstellung des Arztes Ausdruck findet.

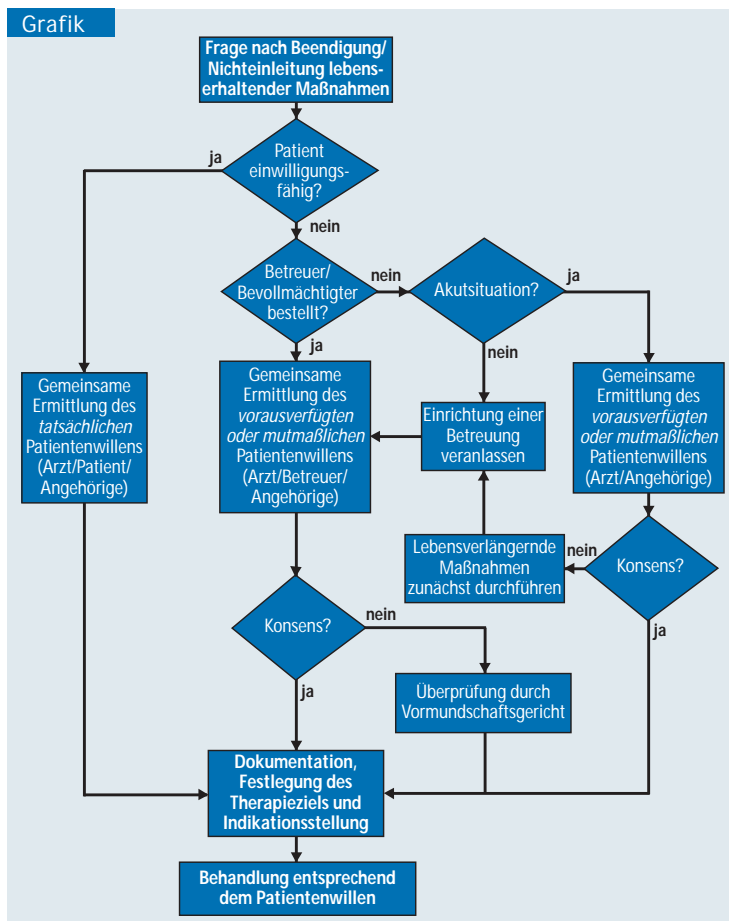
Nach ärztlichem Selbstverständnis „bieten“ Ärzte keine Therapien „an“, sondern klären den Patienten (beziehungsweise seinen gesetzlichen Vertreter) darüber auf, welche Therapieoptionen in der jeweiligen Situation bestehen und mit welchen Chancen, Risiken und Nebenwirkungen diese behaftet sind. Die Entscheidung darüber, ob eine medizinische Maßnahme in der konkreten Situation letztlich indiziert ist, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab. Entsprechend führt der BGH aus: „Im Grundsatz gesichert erscheint, dass der Arzt – gestützt auf sein Grundrecht der Berufsfreiheit und seine allgemeine Handlungsfreiheit – jedenfalls solche Maßnahmen verweigern kann, für die keine medizinische Indikation besteht. Die medizinische Indikation, verstanden als das fachliche Urteil über den Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall, begrenzt insoweit den Inhalt des ärztlichen Heilauftrages.“ (7) Hier lässt der BGH dem Arzt einen erheblichen Entscheidungsspielraum. Ob es also in Zukunft zur Einschaltung des Vormundschaftsgerichts bei der Entscheidung über lebensverlängernde Maßnahmen kommen wird, hängt wesentlich vom Verständnis des Begriffes „medizinische Indikation“ ab.

Nach ärztlichem Verständnis ist die Indikation für eine medizinische Maßnahme maßgeblich vom zu erreichenden Therapieziel abhängig. Eine palliativmedizinische Behandlung am Le-

bensende stellt weder eine „Minimaltherapie“ noch einen „Therapieabbruch“ dar, sondern die Fortführung der für diesen Patienten optimalen Therapie bei geändertem Therapieziel. Die Lebensverlängerung wird dabei durch die Maximierung der Lebensqualität als primäres Therapieziel abgelöst. Das schließt auch eine eventuel-

le Verkürzung der Sterbephase als Nebenwirkung der symptomlindernden Maßnahmen ausdrücklich mit ein (indirekte Sterbehilfe), sofern diese Therapiezieländerung im Einklang mit dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten steht.

Daraus folgt, dass medizinische Maßnahmen nicht per se indiziert sind,



Vorschlag eines Entscheidungsdiagramms für die Frage nach Beendigung/Nichteinleitung lebensverlängernder Maßnahmen

Textkasten 1

Der Fall

Der jetzt 72-jährige Betroffene erlitt im November 2000 infolge eines Myokardinfarktes einen hypoxischen Gehirnschaden im Sinne eines apallischen Syndroms. Seither wird er über eine PEG-(Magen-)Sonde ernährt; eine Kontaktaufnahme mit ihm ist nicht möglich. Der Sohn des Betroffenen, der zum Betreuer unter anderem für den Aufgabenkreis „Sorge für die Gesundheit des Betroffenen, . . . Vertretung gegenüber . . . Einrichtungen (zum Beispiel Heimen) . . .“ bestellt wurde, verlangt, die künstliche Ernährung seines Vaters einzustellen, da eine Besserung des Zustandes seines Vaters nicht zu erwarten sei. Die Ehefrau und die Tochter des Betroffenen unterstützen diese Forderung. Der Betreuer verweist auf eine maschinenschriftliche und vom Betroffenen im November 1998 handschriftlich unterzeichnete Verfügung, in der es unter anderem heißt:

„Für den Fall, dass ich zu einer Entscheidung nicht mehr fähig bin, verfüge ich: Im Fall meiner irreversiblen Bewusstlosigkeit, schwerster Dauerschäden meines Gehirns oder des dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers oder im Endstadium einer zum Tode führenden Krankheit, wenn die Behandlung nur noch dazu führen würde, den Vorgang des Sterbens zu verlängern, will ich: – keine Intensivbehandlung, – Einstellung der Ernährung. . . .“

Die Oberlandesgerichte Frankfurt und Karlsruhe hatten zuvor ausgesprochen, dass die Einwilligung des Betreuers eines selbst nicht mehr entscheidungsfähigen, irreversibel hirngeschädigten Betroffenen in den Abbruch der Ernährung mittels einer PEG-(Magen-)Sonde analog § 1904 BGB der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung bedürfe. Das schleswig-holsteinische Oberlandesgericht verneint eine Genehmigungspflicht; es hat deshalb die Sache dem Bundesgerichtshof zur Entscheidung vorgelegt.

(laut Pressemitteilung Nr. 52/03 des BGH vom 10. 4. 2003)

wenn man nicht die Krankheit als abstrakte Entität, losgelöst vom Individuum in seiner konkreten Situation, betrachten will, was dem heutigen Medizinverständnis nicht mehr entspricht. Vielmehr bestehen zu jedem Zeitpunkt einer Erkrankung in der Regel mehrere Therapieoptionen, über die sich ein Dialog zwischen Arzt und Patient entwickeln sollte mit dem Ziel, einen Konsens über den weiteren Behandlungsweg zu erzielen.

Nicht anders ist aus ärztlicher Sicht die Situation eines bewusstlosen Patienten (mit oder ohne Patientenverfügung) zu bewerten. Eine lebensverlängernde Maß-

nahme (zum Beispiel Intubation und Beatmung bei respiratorischer Insuffizienz, PEG bei Schluckunfähigkeit, aber auch Antibiose bei Pneumonie) ist nicht deswegen schon per se „indiziert“, weil sie mit Wahrscheinlichkeit das biologische Leben des Patienten zeitlich verlängern kann. Vielmehr kann die Indikationsstellung auch in diesen Fällen nur das Ergebnis eines Konsenses über das im Sinne des Patienten anzustrebende Therapieziel zwischen Betreuer oder Bevollmächtigtem und behandelndem Arzt sein. Eine Patientenverfügung ist dabei verbindlich, sofern sie so formuliert ist, dass sie sich eindeutig auf die aktuelle Situation des Patienten beziehen lässt. Die Einbeziehung weiterer engster Familienmitglieder/Bezugspersonen des Patienten in die Konsensbildung ist in jedem Fall wünschenswert, da dies die Konsensbasis verbreitert und eine positive Auswirkung auf die Trauerphase der Beteiligten haben kann. Wenn allerdings ein solcher Konsens nicht zu erzielen ist, stellt die vormundschaftsgerichtliche Prüfung einen guten Weg dar, um aus der Sicht einer dritten, externen Instanz die Gründe für den Entschei-

dungskonflikt zu klären und diesen nach Möglichkeit aufzulösen.

Für den Fall der Frage nach Beendigung/Nichteinleitung lebensverlängernder Maßnahmen soll deshalb das in der Abbildung dargestellte Entscheidungsdiagramm zur Diskussion gestellt

Textkasten 2

Der Beschluss

Der XII. Senat des Bundesgerichtshofs hat am 17. März 2003 beschlossen (Az.: XII ZB 2/03):

a) Ist ein Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so müssen lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor – etwa in Form einer so genannten Patientenverfügung – geäußerten Willen entspricht. Dies folgt aus der Würde des Menschen, die es gebietet, sein in einwilligungsfähigem Zustand ausgeübtes Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage ist. Nur wenn ein solcher erklärter Wille des Patienten nicht festgestellt werden kann, beurteilt sich die Zulässigkeit solcher Maßnahmen nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten, der dann individuell – also aus dessen Lebensentscheidungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen – zu ermitteln ist.

b) Ist für einen Patienten ein Betreuer bestellt, so hat dieser dem Patientenwillen gegenüber Arzt und Pflegepersonal in eigener rechtlicher Verantwortung und nach Maßgabe des § 1901 BGB Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Seine Einwilligung in eine ärztlicherseits angebotene lebenserhaltende oder -verlängernde Behandlung kann der Betreuer jedoch nur mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts wirksam verweigern. Für eine Einwilligung des Betreuers und eine Zustimmung des Vormundschaftsgerichts ist kein Raum, wenn ärztlicherseits eine solche Behandlung oder Weiterbehandlung nicht angeboten wird – sei es, dass sie von vornherein medizinisch nicht indiziert, nicht mehr sinnvoll oder aus sonstigen Gründen nicht möglich ist. Die Entscheidungszuständigkeit des Vormundschaftsgerichts ergibt sich nicht aus einer analogen Anwendung des § 1904 BGB, sondern aus einem unabweisbaren Bedürfnis des Betreuungsrechts.

(Der Beschluss im Wortlaut im Internet: www.aerzteblatt.de/plus3103)

Textkasten 3

Patientenwillen: vier Stufen der Ermittlung

- 1 Tatsächlicher, aktuell erklärter Wille des aufgeklärten und einwilligungsfähigen Patienten (immer vorrangig); falls nicht möglich:
- 2 Vorausverfügter, durch schriftliche oder mündliche Patientenverfügung erklärter Wille (fortwirkend und verbindlich, sofern sich die Verfügung eindeutig auf die aktuelle Situation bezieht); falls keine Patientenverfügung vorhanden:
- 3 Individuell-mutmaßlicher Wille (aus früheren Äußerungen, Wertvorstellungen und so weiter zu ermitteln); falls auch dieses nicht möglich ist:
- 4 Allgemein-mutmaßlicher Wille (anhand von sog. „allgemeinen Wertvorstellungen“ zu ermitteln [1]).

werden. Dieser Vorschlag geht davon aus, dass erst die gemeinsame Ermittlung des Patientenwillens (*Textkasten 3*) eine ausreichende Grundlage für die Festlegung des Therapieziels und damit für die medizinische Indikation darstellt. Ein solches Vorgehen ist unseres ▷

Sterbebegleiter rügen Richterspruch

Mit scharfer Kritik hat die Deutsche Hospiz Stiftung auf den Beschluss des Bundesgerichtshofes (BGH) reagiert, wonach schriftliche Patientenverfügungen zur Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen in der Regel nicht mehr ausreichend seien. Wollte der BGH grundsätzliche Fragen klären, sei dieses Ziel eindeutig verfehlt worden, kommentierte Eugen Brysch, Geschäftsführender Vorstand der Deutschen Hospiz Stiftung, das Urteil. Die Richter hatten im Zusammenhang mit lebensverlängernden Maßnahmen an einwilligungsunfähigen Patienten beschlossen, dass für Vorhaben, die zum Tode führen, eine vormundschaftliche Genehmigung erteilt werden muss.

Durch die Neuerungen seien die Vormundschaftsgerichte überfordert, glaubt Brysch. Richtern fehlten die Grundlagen, um in diesem Umfang rechtlich-ethische Entscheidungen zu

treffen. „Der Beschluss ist so nicht haltbar, er schafft mehr Unsicherheit als vorher“, warnte auch der Kölner Verfassungsrechtler und Vorstandsmitglied der Hospiz Stiftung, Prof. Dr. Wolfram Höfling.

Die Deutsche Hospiz Stiftung fordert deshalb den Gesetzgeber auf, „die Verwirrung, die aus dem BGH-Beschluss entstand“, zu korrigieren. An der Entwicklung eines solchen Gesetzes müssten alle gesellschaftlich relevanten Gruppen beteiligt sein. Zudem sei es notwendig, endlich Qualitätskriterien für Patientenverfügungen zu schaffen, die Validität und Praktikabilität der Willenserklärung sichern und bei Entscheidungen als Grundlage dienen könnten.

Die Deutsche Hospiz Stiftung ist die Patientenschutzorganisation für Schwerst- und Sterbende. Sie hat nach eigenen Angaben 55 000 Spender und Mitglieder.

Samir Rabbata

Erachtens im Einklang mit den „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (8) und den „Handreichungen zum Umgang mit Patientenverfügungen“ (4) der Bundesärztekammer und entspricht der Maßgabe des BGH, das Vormundschaftsgericht „nur in Konfliktlagen“ anzurufen (9).

Die hier vorgeschlagene Umsetzung des BGH-Beschlusses beinhaltet kein strafrechtliches Risiko für Ärzte und Vertreter des Patienten, denn nach der unverändert gültigen strafrechtlichen Dogmatik des BGH (1) beurteilt sich die Frage nach der strafrechtlichen Schuld einzig und allein danach, ob der Wille des Patienten beachtet wurde. Haben Arzt und Betreuer, wie ihnen nun vom BGH erneut aufgegeben wird, dem Willen des Patienten „Geltung verschafft“ und sein Sterben zugelassen, so handeln sie straffrei, ohne dass es auf die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts ankommt.

Wie schon die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht in ihren Empfehlungen zum Thema „Arzt-Patienten-Verhältnis am Lebensende“ ausgeführt hat (10), sollte man tunlichst eine Überregulierung auf diesem Sektor vermeiden. Der Gesetzgeber hat es aus gutem Grund bisher unterlassen, in diesen Bereich einzugreifen. Ein auf einer vernünftigen Basis entstandener Konsens aller direkt Beteiligten ist die beste Grundlage für das ärztliche Handeln am Lebensende. Ein interdisziplinäres Konsil unter Einbeziehung von Vertretern der Bereiche Recht, Ethik/Theologie und Palliativmedizin kann in schwierigen Fällen zur Konsensbildung beitragen und sollte in allen größeren Krankenhäusern etabliert werden.

■ Zitierweise dieses Beitrags:

Dtsch Arztebl 2003; 100: A 2062–2065 [Heft 31–32]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter www.aerzteblatt.de/lit3103 abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:

Priv.-Doz. Dr. med. Gian Domenico Borasio
Sprecher des Arbeitskreises Patientenverfügungen am
Klinikum der Universität München
Interdisziplinäre Palliativmedizinische Einrichtung
Klinikum der Universität München-Großhadern
81366 München
E-Mail: borasio@pall.med.uni-muenchen.de



Monika Hauser leitete Anfang des Jahres ein Seminar in Kabul.

Foto: medica mondiale

medica mondiale

„Dem Wahnsinn etwas entgegensetzen“

Die Organisation medica mondiale leistet seit zehn Jahren Hilfe für kriegstraumatisierte Frauen und Mädchen.

Bosnien im Herbst 1992 – die systematischen Vergewaltigungen muslimischer Frauen durch serbische Militärs und Paramilitärs erreichen die Schlagzeilen westlicher Medien. Die Wut über die Berichterstattung, darüber dass die betroffenen Frauen vom Objekt der Serben nun auch noch zum Objekt der Medien werden, veranlasst die Gynäkologin Monika Hauser, die Initiative zu ergreifen. „Es ging in den Artikeln ausschließlich um Blut und Tränen. Man erfuhr nichts darüber, was die Frauen wirklich erlebt hatten“, sagt Hauser zehn Jahre später in der Kölner Geschäftsstelle von medica mondiale gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt. Sie entschloss sich zu helfen. Da ihre Anfragen bei verschiedenen Hilfsorganisationen über Projekte für traumatisierte Frauen und Mädchen ergebnislos verliefen, nahm sie die Sache in die eigenen Hände.

Über persönliche Kontakte gelangte sie schließlich – mitten im Krieg – an Sil-

vester 1992 ins zentralbosnische Zenica. „Ich hatte über eine kleine lokale Frauenorganisation angekündigt, dass ich ein Projekt für vergewaltigte Frauen plane“, erzählt Hauser. Mit der Unterstützung von 20 engagierten bosnischen Frauen entstand daraufhin innerhalb weniger Monate „Medica Zenica“, das erste von inzwischen drei Therapiezentren für Frauen. Zwischen Zenica und Deutsch-

land hin und her pendelnd, organisierte Hauser den Umbau eines ehemaligen Kindergartens. Ein Operationssaal, Praxisräume, Schlaf- und Therapiezimmer mussten eingerichtet werden. „Es musste alles gekauft werden, von der Bett-

wäsche bis zum Anästhesiegerät“, erinnert sich die Gynäkologin. Damals, inmitten des Krieges, flossen die Spendengelder noch reichlich. Hausers parallel zu den Aktivitäten in Bosnien gegründeter Verein medica mondiale in Köln erhielt schnell und unbürokratisch 250 000 DM aus einem Hilfsfonds der TV-Sendung

„Wir waren beseelt von dem Gedanken, diesem ganzen Wahnsinn etwas entgegensetzen.“

Mona Lisa, der für die Opfer der Vergewaltigungen in Bosnien eingerichtet worden war. Bereits Anfang April 1993 konnte das Therapiezentrum in Zenica eröffnet werden.

„Wir wollten die gynäkologische und die psychologische Seite verbinden“, erläutert Hauser das immer noch gültige Konzept. Es sei primär nicht nur darum gegangen, eine Klinik zu gründen, sondern ein empathisches Umfeld für die betroffenen Frauen zu schaffen. „Die Frauen wussten, hier wird ihnen geglaubt, hier können sie sein“, betont Hauser. Sie hat ein Jahr lang in Zenica gearbeitet, zunächst als Gynäkologin, später dann, als das Projekt begann, sich auszuweiten, als Managerin. Während dieser Zeit war die kroatische Frontlinie nur 20 Kilometer vom gettoisierten Zenica entfernt. „Wir waren beseelt von dem Gedanken, diesem ganzen Wahnsinn etwas entgegenzusetzen“, entgegnet Hauser auf die Frage, ob sie niemals Angst gehabt hat. „Ich hatte das ganze Jahr über keine Angst, weil ich funktionieren musste. Ich war unter anderem das Sprachrohr nach außen für die vergewaltigten Frauen.“

Heute, zehn Jahre später, hat das Therapiezentrum Zenica drei Standorte mit rund 70 bosnischen Mitarbeiterinnen.

Medica Zenica 1 unterstützt kriegstraumatisierte Frauen und zunehmend Opfer häuslicher Gewalt. Im Haus von Medica 2 leben rund 20 Frauen, die in früher Kindheit und Jugend Traumatisierungen durch Flucht, Verlust der Familie, sexuelle Gewalt oder auch große Armut erlitten haben. Medica 2 bietet ihnen berufliche Fortbildung. „Die Frauen können dort leben und Lehrgänge besuchen, die inzwischen auch vom lokalen Arbeitsamt anerkannt werden“, sagt Monika Hauser. „Die berufliche Qualifizierung ist wichtig, damit die Frauen aus ihrem Opferstatus heraustreten können.“ Medica 3 liegt 35 Kilometer von Zenica entfernt in der Kleinstadt Visoko, in deren Nähe es noch immer zahlreiche Flüchtlingscamps und -siedlungen gibt. Auf einem alten Hof, der vor fünf Jahren zu einer psychosozialen Beratungsstelle für kriegstraumatisierte Frauen umge-

baut wurde, werden die Zuflucht suchenden Frauen – viele von ihnen ehemalige Bäuerinnen – arbeitstherapeutisch betreut. Zwei ähnliche Einrichtungen betreibt medica mondiale auch im Kosovo und in Albanien.

Medica Zenica arbeitet inzwischen inhaltlich autonom. Auch finanziell wird das Zentrum künftig auf eigenen Beinen stehen müssen, das bislang 95 Prozent seines Budgets aus Köln erhielt. „Ende

„Die Frauen wussten, hier wird ihnen geglaubt, hier können sie sein.“

dieses Jahres läuft die Finanzierung aus“, erklärt Hauser. „Es gibt kein Geld mehr für Bosnien. Dabei wäre eine Fortsetzung der Arbeit weiter notwendig.“ Abgesehen davon, dass das bosnische Gesundheitswesen nur mangelhaft funktioniert, seien auch die Spätfolgen der Traumatisierungen nie untersucht worden. „Außerdem brechen viele Traumata erst jetzt auf. Die Gesellschaft muss ein Interesse daran haben, dass diese Frauen betreut werden“, sagt die Ärztin.

Die Frauen, die medica mondiale begleitet, leiden in zweifacher Weise unter ihren Gewalterfahrungen: zum einen an den direkten seelischen und körperlichen Folgen von Vergewaltigung, Folter und Misshandlung, zum anderen an deren gesellschaftlicher Tabuisierung. Neben der therapeutischen Betreuung der Frauen sind von daher auch Öffentlichkeitsar-

beit und politische Lobbyarbeit integrale Bestandteile des Konzeptes von medica mondiale, um die Lebensbedingungen für Frauen zu verbessern. „Voraussetzung für die Traumaarbeit ist, dass den Frauen ermöglicht wird, über das Erlebte zu sprechen“, betont Hauser. „Dabei ist unter den instabilen Bedingungen in einer Krisenregion meist keine tiefer gehende therapeutische Aufarbeitung möglich. Wir können die Frauen aber stabilisieren, ihnen Techniken an die Hand geben, mit flashbacks oder anderen Symptomen umzugehen.“ Eine wirkliche Integration des Traumas könne – vielleicht – später erfolgen, wenn die äußeren Lebensumstände sicherer geworden sind und es eine Zukunftsperspektive gebe.

„Für den Heilungsprozess ist es sehr wichtig, dass die Frauen zunächst lernen, ihre Ressourcen aufzuspüren und für die Genesung zu nutzen, ohne die keine von ihnen überlebt hätte.“

Unter anderem weil der Aufbau und Betrieb von Therapiezentren enorme Kosten verursacht, will sich medica mondiale langfristig inhaltlich neu orientieren. Arbeitsschwerpunkt soll künftig die Fortbildung lokaler Fachfrauen sein.

Dieser Ansatz spiegelt sich bereits in den beiden laufenden Projekten in Afghanistan und im Irak wider. In

Afghanistan hat medica mondiale 40 Ärztinnen, Psychologinnen und Hebammen in Traumaarbeit fortgebildet. Im Norden des Irak unterstützt die Organisation zusammen mit dem Frankfurter Verein wadi ein Frauenzentrum mit Beratungsstelle, in dem Frauen und Mädchen Zuflucht finden können. Darüber hinaus bietet ein mobiles Einsatzteam Frauen medizinische, psychologische und soziale Hilfe an. Wie in Afghanistan plant medica mondiale auch im Irak, Ärztinnen und Psychologinnen in Traumaarbeit zu schulen. Im Herbst soll ein Handbuch erscheinen, das erstmals Qualitätskriterien für die Arbeit mit kriegstraumatisierten Frauen beschreibt und mit dessen Hilfe die Gefahr von Retraumatisierungen im Umgang mit den Betroffenen vermieden werden soll. Finanziert wurde das Buchprojekt vom Bundesfamilienministerium.

Da sich medica mondiale zum großen Teil aus Spenden finanziert, sieht die finanzielle Situation derzeit wenig rosig aus. „In akuten Krisensituationen fließen auch die öffentlichen Gelder. Wir sind aber keine Krisenorganisation. Die Langfristigkeit der Finanzierung fehlt“, beklagt Hauser. „Geldmangel ist unser burn-out. Aus diesem Grund besteht ein großer Teil meiner Arbeit aus fundraising.“

Heike Korzilius

Spender und Spenderinnen gesucht

medica mondiale ist für ihre Arbeit auf Spenden angewiesen. Spendenkonto: Sparkasse Bonn
BLZ 380 500 00, Konto: 45 000 163
Kontakt: medica mondiale, Hülchrather Straße 4
50670 Köln, Telefon: 02 21/9 31 89 80
www.medicamondiale.org