

muß ebenfalls erwähnt werden – die Studenten Angebote nicht aufnehmen. Neue Wege müssen erprobt und auf ihre Durchführbarkeit und den Erfolg überprüft werden. Dazu müssen die medizinischen Fakultäten mehr Freiräume erhalten.

● Der Ruf nach mehr Freiräumen in der Approbationsordnung für Reformmodelle in der Lehre wird erfreulicherweise in den letzten Jahren lauter. Warum können die Gesellschaft und ihre Politiker den Fakultäten nicht diesen Freiraum geben und darauf vertrauen, daß er verantwortungsbewußt und sinnvoll genutzt wird? Bei der rechtlichen Situation in der Bundesrepublik Deutschland und den allgemeinen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind völlig neue Reformstudiengänge wie im Ausland – es sei an Hamilton, Maastricht, Calgary und Harvard erinnert (8, 9) – in absehbarer Zeit kaum zu verwirklichen.

Der Murrhardter Kreis hat eine Fülle von lesenswerten Anregungen für eine Reform des Medizinstudiums erarbeitet (9). Es sollten alle Aktivitäten einzelner Fakultäten zur Reform der Lehre nicht behindert, sondern gefördert werden. Neue Ansätze müssen dann kritisch überprüft werden, bevor sie in Gesetze aufgenommen und für alle Fakultäten zur Pflicht werden.

Von Uexküll hat kürzlich wieder den Vergleich mit der Einführung eines neuen Medikaments verwendet (10). Kein Medikament darf ohne vorangegangene Überprüfung der Wirksamkeit und der Nebenwirkungen in kritisch kontrollierten Testanwendungen zugelassen werden. Müßten nicht die gleichen Kriterien für Änderungen der Ausbildungsvorschriften wie der Approbationsordnung gelten?

Literatur beim Sonderdruck

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med.
Reinhard Pabst
Prorektor
für Studium und Lehre
Medizinische Hochschule
Hannover
Postfach 61 01 80
3000 Hannover 61

Warum Diskussion der aktiven und der passiven Euthanasie auch in Deutschland unvermeidlich ist

Zu dem Beitrag von Dr. phil. Helga Kuhse in Heft 16/1990

Ethik ist unteilbar

Ich frage mich, warum Menschen, die sich Philosophen nennen, also persönlich besonders wenig mit menschlichen Grenzsituationen zwischen Leben und Tod konfrontiert sind, mit so viel Begeisterung, Mitleid oder eben Selbstmitleid fordern, daß nicht nur unheilbar Kranke, die für sich sprechen können, das Recht haben sollen, sich von ihrem Arzt töten zu lassen, sondern auch unheilbar Kranke, die nicht für sich sprechen können, in ihrem wohlverstandenen eigenen Interesse getötet werden dürfen. Eine Antwort auf meine Frage mag darin zu finden sein, daß diese Philosophen sich Bio-Ethiker nennen. Diese merkwürdige und gänzlich unphilosophische Wortbildung verweist darauf, daß sie gar nicht im Namen der allgemeinen Ethik sprechen wollen, wie sie zum Beispiel Hans Jonas uns gerade in seinem „Prinzip Verantwortung“ vorgestellt hat. Sie beanspruchen also eigentlich nur Ethik unter dem Aspekt von Bios. Ethik aber ist unteilbar, oder sie ist keine Ethik. Hierin besteht der erste Denkfehler von Frau Kuhse und ihren Freunden.

Der zweite Denkfehler liegt darin, daß sie sich auf eine utilitaristische Denkweise beschränkt, der es um das größte Glück der größten Zahl geht. Sie interessiert sich also gar nicht für den oder die Menschen in allen denkbaren Hinsichten. Etwa dafür, daß jeder Mensch auf alle anderen Menschen verwiesen ist, daß alle Menschen sich wechselseitig Sinn und Bedeutung zuschreiben. Der Utilitarismus ist eine Denkweise, die sich in den Prinzipien der Marktwirtschaft hervorragend bewährt hat. Der bessere Betrieb darf den schlechteren Betrieb vernichten. Von zwei Arbeitnehmern bekommt

der bessere einen Arbeitsplatz. Es ist aber verboten, dieses Denkmodell unbesehen auf alle anderen Situationen der Menschen anzuwenden, schon gar auf Situationen des Sterbens.

Dritter Denkfehler: Euthanasie bezieht sich auf die Zeit des Sterbens als eine Zeit des Lebens des Menschen. Frau Kuhse weitet dies unerlaubterweise auf unheilbares Kranksein und Behinderung aus.

Vierter Denkfehler: Frau Kuhse geht vom isolierten Individuum aus, als ob wir alle Robinsons seien. Phänomenologisch gibt es Menschen primär nur im Plural. Erst durch einen Akt technischer Abstraktion kommen wir zum Individuum.

Fünfter Denkfehler: Daher macht sie methodisch immer wieder denselben Fehler, daß sie sich die schrecklichsten Extremfälle der Welt zusammensucht, die für ihre Interessen nützlich sind, was nicht schwer ist, da es für alles Beispiele gibt. Diese Einzelfälle verallgemeinert sie und fordert obendrein, daß ihre Verallgemeinerungen zu Gesetzen werden sollen, was eindrucksvoll, weil mitleiderregend, aber falsch ist.

Der sechste Denkfehler besteht darin, daß sie von dem Satz „das Leben gehört mir, aber ich gehöre auch dem Leben“ den ersten Teil verabsolutiert („freier Tod für freie Bürger“), dafür den zweiten Teil unterschlägt.

Erst an siebter Stelle erwähne ich noch ihre unglaubliche historische Ignoranz, die daher ebenfalls einem Denkfehler gleichkommt: Wenn sie sich nur ein wenig mit der Geschichte unvoreingenommen beschäftigt hätte, wüßte sie, daß die von ihr gewählte Denkfigur schon lange vor den Nazis angewandt wurde und regelmäßig – logisch – zur Forderung nach Tötung aller Unheil-

baren und Behinderten geführt hat. Das Denkschema ist immer dasselbe: Die Prämisse ist die Selbstbestimmung des Menschen, die erst absolut gilt, wenn der Mensch auch das Recht auf den eigenen Tod hat. Daraus wird rationalistisch abgeleitet, daß dies um so mehr für Leute gelten müsse, die nicht selbstbestimmt sind und nicht für sich selbst sprechen können: Hier müßten Dritte – etwa der Staat – das Recht auf den eigenen Tod gewähren. Der lebensfremde Rationalismus dieser Argumentation führt zwangsläufig dazu, daß auch nur ein Schritt auf diesem Wege alle anderen Schritte nach sich zieht. Zumindest gibt es dann keine Existenzberechtigung mehr für die meisten altersverwirrten, psychisch kranken und geistig behinderten Menschen. Dieses Schema hat schon Jost 1895 vorgeschlagen. Binding und Hoche haben es 1920 ausgearbeitet. Und die Nazis haben 1941 ein Euthanasiegesetz entworfen, das nach dem Krieg Gültigkeit haben sollte und das in allen Einzelheiten

Nur Minderheit dafür

Die Redaktion des Deutschen Ärzteblattes hätte dem nicht eingeweihten Leser deutlich machen müssen, um wen es sich bei der Verfasserin handelt: nämlich um die engste Mitarbeiterin jenes australischen Bio-Ethikers Peter Singer, der seine Euthanasie-Thesen im Frühjahr 1989 auch in der BRD einem ausgewählten Publikum zur Kenntnis bringen sollte und der nach massiven öffentlichen Protesten ausgeladen werden mußte.

Frau Kuhse tut in ihrer Auseinandersetzung mit dem „absoluten Lebensprinzip“ – das sie den Gegnern der Singerschen Thesen unterstellt – so, als ob es im anglo-amerikanischen Sprachraum eine breite Basis für diese Auffassungen gebe. So zitiert sie eine australische Studie von Singer, Kuhse und eine amerikanische Studie von Shaw und Mitarbeitern in diesem Sinne. Tatsächlich spricht sich in Singers eigener Arbeit nur eine absolute Minderheit von zwischen 5 und 10 Prozent befragter australischer Geburtshelfer und Kin-

der Vorstellung von Frau Kuhse entspricht.

Um noch einmal auf meine anfangs gestellte Frage zurückzukommen: So viele Denkfehler kann man nur machen, wenn man aus Mitleid, das in Wirklichkeit Selbstmitleid ist, es nicht wahr haben will, daß zur Verfassung des Menschen als Möglichkeit Leiden, Unheilbarkeit, Behinderung und Sterben dazugehören, gleichwohl aber jeder Mensch seinen Wert in sich selbst hat, nicht aber erst über bestimmte Qualitätskriterien erwerben muß.

Ich bin mit Frau Kuhse einverstanden, daß diese Fragen diskutiert werden müssen, solange wir Menschen sind – aber nicht so selektiv, voreingenommen und damit falsch, wie Frau Kuhse und ihre Freunde es tun. Aber – wie gesagt – um den *ganzen* Menschen geht es Frau Kuhse auch gar nicht.

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Westf. Klinik für Psychiatrie, Hermann-Simon-Straße 7, 4830 Gütersloh

derärzte für eine „aktive Euthanasie“ bei schwersten angeborenen Krankheitsbildern wie Anencephalie, Spina bifida oder Down-Syndrom mit zusätzlichen Fehlbildungen aus.

In der amerikanischen Arbeit von Shaw mit den Ergebnissen einer Umfrage unter Kinderchirurgen und Pädiatern (1977) werden die Singerschen Thesen ebenfalls nicht unterstützt. Vielmehr heißt es in der Zusammenfassung, daß die „Entscheidung über die Behandlung oder Nicht-Behandlung (nicht Tötung, der Verfasser) von schwer fehlgebildeten Neugeborenen nur in einer individuellen Abwägung in der Einzelsituation in enger Zusammenarbeit mit den Eltern“ getroffen werden könne.

Es ist deshalb auch unsinnig, wenn Frau Kuhse behauptet, „das stillschweigende Sterbenlassen von schwerstgeschädigten Neugeborenen“ sei in Deutschland „seit langem die Norm“. Zu dieser „Norm“ möchten uns Singer-Kuhse erst noch bringen!

Ich betreue seit vielen Jahren gemeinsam mit Eltern, Schwestern

und ärztlichen Kollegen Neugeborene mit Spina bifida (und anderen schweren Fehlbildungen) und verahre mich entschieden dagegen, daß die Singerschen Normen in dieser Betreuung Anwendung finden könnten.

In seinem auch in deutscher Sprache erschienenen Buch „Praktische Ethik“ (Stuttgart 1984) schreibt Singer über diese Kinder: „Einige Ärzte, die an schwerer Spina bifida leidende Kinder behandeln, sind der Meinung, das Leben mancher dieser Kinder sei so elend, daß es falsch wäre, eine Operation vorzunehmen, um sie am Leben zu erhalten. Das bedeutet, daß ihr Leben nicht lebenswert ist . . . Wenn das stimmt, dann legen utilitaristische Prinzipien den Schluß nahe, daß es richtig ist, solche Kinder zu töten“ (181).

Bei dieser Auffassung stützte sich Singer vor allem auf die Arbeiten und Ansichten von Lorber (Sheffield), der seit 1957 für eine strenge Selektion von Neugeborenen mit Spina bifida eintrat. Singer behauptet in der „Praktischen Ethik“, dieses Selektions-Verfahren sei „heute fast überall akzeptiert“. Tatsächlich hat sich dieses Verfahren außerhalb Englands kaum in größerem Umfang durchsetzen können. Denn bei Licht betrachtet haftet dem Versuch der „Selektion“ bei einem schwer kranken Neugeborenen eine gehörige Portion Hybris an: eine Prognose ist zu diesem Zeitpunkt überhaupt nicht möglich, so daß Kinder mit Spina bifida heute in der Regel am ersten Lebenstag operiert werden (Verschluß der Meningocele). Erst danach ist überhaupt die Zeit und Gelegenheit gegeben, mit den Eltern ausführlich über das Krankheitsbild, mögliche Entwicklungen und Behinderungen und das weitere Vorgehen zu sprechen. Diese aus der Erfahrung gewonnene, pragmatische Auffassung wird auch in neueren wissenschaftlichen Arbeiten unterstützt. So hat David McLone 1986 in seiner Arbeit „Treatment of Myelomeningocele: Arguments against Selection“ auch in einer vergleichenden Auseinandersetzung mit den Lorberschen Ergebnissen nach Selektion herausgefunden, daß „Kinder aus selektierten Populationen nicht besse-