

Fünfundvierzig Jahre voraus

Es war nicht nötig, zur Abhandlung des Themas ausgerechnet die aus der Vernichtungskampagne der Nazis stammenden Begriffe „lebenswert, lebensunwert“ und „Euthanasie“ zu benutzen. Nur die „Ballastexistenzen“ und die „unnützen Esser“ fehlten noch, um den Gruseljargon komplett zumachen . . .

Im übrigen bin ich dafür, einen Menschen, der sterben muß, durch Linderung der Beschwerden gnädig und sanft sterben zu lassen. Auch wenn wir Ärzte in der Lage sind, Leben aktiv zu erhalten und zu verlängern, ist es nicht zwingend, daß wir auch das Recht bekommen müssen, es aktiv zu verkürzen.

Die Verfasserin stellt die Situation dar, als seien wir in Deutschland durch die Traumen der Nazizeit zu scheu zur Aussprache über das Thema und deshalb fünfzehn Jahre hinter der Diskussion in Australien und Amerika zurück. Ich meine, wir sind fünfundvierzig Jahre voraus.

Dr. Gottlob Flier, Schulkoppel 18, 2390 Weding

Sachkundig

Die wichtigen Überlegungen in diesem Artikel müssen ergänzt werden durch die Frage, wer soll oder darf die Entscheidung zur Beendigung eines qualvollen Lebens treffen? Eine Entscheidung, die nicht rückgängig zu machen ist: Der noch urteilsfähige Patient und der Arzt können sich in der Prognose irren. Rechtsnachfolger der Patienten können eigenes Interesse am Tod haben. Sollte nicht ein Gremium den Gründen zustimmen oder zumindest die erkennbare Richtigkeit der Gründe bestätigen? Ist nicht eine Dokumentation erforderlich, welche Gründe vorliegen und wer sie beurteilt hat?

Angehörige, Betreuer und Ärzte, die Entscheidungen treffen, sind in Gefahr, dem Zeitgeist zu erliegen. Im NS-Staat sprach man anfangs auch nur von der Erlösung Gequälter, dann vom nutzlosen Leben, dann von der Notwendigkeit, Ärzte, Pflegende und Kosten frei zu machen für Verwundete und Bombenopfer. Der

Blick in Alters-Pflegestationen läßt befürchten, daß eines Tages der Zustand mancher Patienten eine Erlösung nahe legt, die irgend jemandem nützt. Es ist gut, daß Frau Kuhse dies Thema so sachkundig aufgegriffen hat, um nutzlose Qualen zu beendigen.

Dr. med. E. A. Josten, Siefenfeldchen 39, 5303 Bornheim

Schlußwort

Es freut mich, daß mein Artikel eine so große Debatte ausgelöst hat. Dies war sein Zweck. Die zunehmende Kontrolle, die uns die moderne Medizintechnologie über Leben und Tod gibt, konfrontiert uns mit neuartigen ethischen Problemen, die einer Lösung bedürfen. Diese Lösung kann nur in freier und vernünftiger öffentlicher Diskussion gefunden werden. Enttäuschend ist allerdings, daß mehrere Briefeschreiber sich nicht an die Regeln einer vernünftigen ethischen Diskussion gehalten haben. Statt zu den von mir aufgeworfenen Fragen Stellung zu nehmen, konzentrierten sich einige darauf, rhetorische Tiefschläge zu verteilen, während andere es mit den Tatsachen nicht sehr genau nahmen. In der Ethik geht es aber um Begründung und Analyse, und man kann ein ethisches Argument weder dadurch gewinnen, daß man wild um sich schlägt, noch dadurch, daß man einfach etwas behauptet.

In meinem Artikel warf ich zwei fundamentale Fragen auf: Ob es jemals zulässig ist, sich gegen die Verlängerung des Lebens eines Patienten zu entscheiden, weil sein Leben so von Leid und Elend geprägt ist, daß ein früher Tod – von der Innenperspektive des Patienten her einem längeren Leben vorzuziehen ist. Die zweite Frage war: ob ein moralischer Unterschied darin besteht, wie wir einem solchen Patienten zum Sterben verhelfen – durch die Vorenthaltung lebensverlängernder Mittel oder durch aktive Sterbehilfe.

Keiner der Briefeschreiber hat die Ansicht vertreten, daß die Innenperspektive des Patienten unwichtig ist und daß ein absolutes Gebot besteht, das Leben eines Patienten im-

mer mit allen möglichen Mitteln zu verlängern. Ich ziehe daraus den Schluß, daß auch deutsche Ärzte und Ärztinnen manchmal einen Patienten um seiner selbst willen sterben lassen. Wenn dem so ist, dann ist aber eine grundsätzliche Kritik der von mir vertretenen Position – daß es manchmal moralisch geboten ist, einen Patienten um seiner selbst willen sterben zu lassen – fehl am Platz. Was allenfalls kritisiert werden könnte, sind die von mir vorgeschlagenen Prinzipien, auf Grund derer diese Entscheidungen gefällt werden sollten: das Selbstbestimmungsrecht entscheidungsfähiger Patienten und das Prinzip des „besten Interesses“ für entscheidungs-unfähige Patienten. Von einer solchen Kritik dürfte man dann auch erwarten, daß sie ein Argument liefert, warum diese Prinzipien falsch sind und warum sie durch andere und bessere Prinzipien ersetzt werden sollten. Ansätze zu einer solchen Kritik sind in den hier veröffentlichten Briefen leider nur selten zu finden.

Das gleiche gilt für die Frage der aktiven Sterbehilfe: wenn es manchmal zulässig ist, Patienten um ihrer selbst willen durch die Vorenthaltung lebensverlängernder Mittel sterben zu lassen, dann drängt sich die Frage auf, warum es unzulässig sein soll, aktive Sterbehilfe zu geben – wenn dies von der Innenperspektive des Patienten her vorzuziehen ist.

Die von mir aufgeworfenen Fragen sind nicht an ein bestimmtes ethisches System gebunden: es sind Fragen, die von Anhängern verschiedener ethischer Überzeugungen gestellt werden. Es ist daher doppelt bedauerlich, daß so viele Briefeschreiber mir eine bestimmte ethische Position zuschreiben und sich mit ihren Kommentaren auf das Glatteis der philosophischen Ethik begeben. *Herrn Doerners* Kommentar mag als Beispiel dafür gelten, wie eine vernünftige Diskussion nicht geführt werden kann. Er beschuldigt mich, daß ich diverse „Denkfehler“ begehe: daß ich zum Beispiel glaube, daß die Ethik „teilbar“ ist und daß ich mich auf das utilitaristische Prinzip „das größte Glück der größten Zahl“ beschränke. Erstens glaube ich nicht, daß die Ethik „teilbar“ ist,

und zweitens geht es in meinem Artikel nicht um den Utilitarismus; es geht um die Frage, welche ethischen Prinzipien den heutzutage unausweichlichen Entscheidungen über das Leben und Sterben von Patienten zugrunde liegen sollen.

Schlimm ist es auch, wenn jemand sich zu Behauptungen hinreißen läßt, die nicht nur sachlich falsch sind, sondern die außerdem noch den Charakter einer bössartigen Verleumdung haben. Wenn *Herr Doerner* zum Beispiel sagt, daß ein von den Nazis entworfenes Euthanasie-Gesetz „in allen Einzelheiten den Vorstellungen von Frau Kuhse entspricht“, dann ist das eine bössartige Verleumdung. Die Nazis hatten alles andere als das Selbstbestimmungsrecht oder die besten Interessen derer im Sinn, die sie ermordeten! Wenn, wie *Herr Doerner* abschließend sagt, „diese Fragen“ diskutiert werden müssen, dann muß dies nicht nur auf eine faire und vernünftige Weise geschehen; es ist auch notwendig, daß die Diskussionsteilnehmer sich einer verständlichen Sprache bedienen. Was bedeutet es, wenn *Herr Doerner*, in seinem Eifer mir einen dritten Denkfehler zu beweisen, sagt: „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.“? Und welchen sechsten Denkfehler habe ich begangen, wenn ich, so *Herr Doerner*, „von dem Satz ‚das Leben gehört mir, aber ich gehöre auch dem Leben‘ den ersten Teil verabsolutiere (‚freier Tod für freie Bürger‘), dafür den zweiten Teil unterschlage.“?

Wenn es um Fragen geht, die von so großer Wichtigkeit sind, wie das Leben und Sterben von Patienten, dann haben wir eine Verantwortung, uns klar und verständlich auszudrücken. Nebulöse und pompöse Floskeln können uns weder in der Diskussion noch bei den eigentlichen Entscheidungen helfen.

Ich bin überrascht, daß auch *Herr Mathias Albrecht* es mit den Fakten so wenig genau nimmt. Er schreibt, daß eine von Peter Singer und mir durchgeführte Studie zeigt, daß nur zwischen fünf Prozent und

zehn Prozent aller befragten Ärzte sich für die aktive Euthanasie bei schwerstangeborenen Krankheitsbildern ausgesprochen haben. Unsere Studie zeigt, daß 31 Prozent aller befragten Geburtshelfer und 44 Prozent aller befragten Kinderärzte glauben, daß es manchmal moralisch geboten ist, aktive Sterbehilfe zu leisten.

Auch ist *Herr Albrechts* Behauptung falsch, daß die Schlüsse des Amerikaners Shaw im Gegensatz zu den von mir und Professor Singer gezogenen Schlüssen stehen. Wie Shaw sind auch wir der Ansicht, daß Entscheidungen über das Leben und Sterben von schwer fehlgebildeten Neugeborenen nur in einer individuellen Abwägung in der Einzelsituation in enger Zusammenarbeit mit den Eltern getroffen werden sollen.

Herr Albrecht bestreitet, daß schwerstgeschädigte Neugeborene in Deutschland stillschweigend sterbengelassen werden. Bedeutet dies, daß das Leben eines jeden neugeborenen Kindes immer mit allen Mitteln verlängert wird – selbst dann, wenn das Kind ohne Gehirn, ohne Darm oder ohne Nieren geboren wird? Wird in Deutschland niemals die Entscheidung getroffen, ein solches Kind um seiner selbst willen sterben zu lassen? Das ist in Anbetracht der 1986er Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht schwer zu glauben.

Es ist erfrischend, daß *Herr Sahm* zugesteht, daß die Akzeptanz der passiven Euthanasie implizit eine Unterscheidung von lebenswertem und nicht-lebenswertem Leben enthält. Ich kann ihm allerdings nicht zustimmen, wenn er sagt, daß ein Präferenz-Utilitarist keine Antwort auf die Frage hat, warum wir die Interessen anderer berücksichtigen sollen. Im Gegenteil, der Präferenz-Utilitarismus (den ich übrigens in meinem Artikel weder anschneide noch verteidige) gibt uns eine klare Antwort darauf, warum die Interessen all derer, die von unseren Handlungen betroffen sind, berücksichtigt werden sollen: weil Interessen die Bausteine der Moral sind. Warum also sollen wir einen Gesunden nicht töten? Weil ein gesunder Mensch normalerweise nicht getötet werden

möchte und ein Interesse daran hat, weiterzuleben. Ein unheilbar und leidender Kranker dagegen, der uns um Sterbehilfe bittet, hat diese Präferenz nicht: und wenn wir ihm Sterbehilfe gewähren, handeln wir in seinem Interesse.

Mehrere Leser berufen sich auf den Begriff der Menschenwürde. Aber was bedeutet der Begriff? Ist es wirklich, wie *Herr Sahm* sagt, der Fall, daß aktive (nicht aber passive) Euthanasie gegen die Menschenwürde verstößt? Bedeutet Menschenwürde nicht, daß wir die autonomen Entscheidungen und Interessen von Patienten achten sollten? Wenn, wie ich denke, die Antwort „ja“ ist, dann wird es auch Fälle geben, wo es gegen die Menschenwürde verstößt, einem unheilbar kranken und leidenden Patienten aktive Euthanasie zu verweigern und ihn auf eine Weise sterben zu lassen, die nicht in seinem Interesse ist.

Es ist sicher richtig, wenn *Herr Sahm* sagt, daß im Falle der passiven Euthanasie die physische Ursache des Todes die zugrundeliegende Krankheit ist – ein Thema, das auch von *Herrn Luterotti* aufgegriffen wird. Aber ist die physische Ursache des Todes auch von moralischem Belang? Ich denke „nein“. In Fällen der passiven Euthanasie ist die moralisch relevante Ursache des Todes nicht die zugrundeliegende Krankheit, sondern die ärztliche Entscheidung, ein lebensverlängerndes oder lebensrettendes Mittel nicht anzuwenden. Der Patient stirbt nicht, weil er zum Beispiel eine Lungenentzündung hat, sondern weil die Entscheidung getroffen wird, ihn durch die Nichtanwendung von Antibiotika an der Lungenentzündung sterben zu lassen.

Herr Ruhrmann, ein Kinderarzt, spricht leider das Hauptthema – ob es jemals zulässig ist, einen Patienten um seiner selbst willen sterben zu lassen – nicht an. Sicherlich wird auch er manchmal Kinder behandeln müssen, die nur durch intensivmedizinische Maßnahmen am Leben erhalten werden können. Es wäre interessant zu wissen, ob *Herr Ruhrmann* zum Beispiel Kinder, die ohne Darm geboren werden, für ein Jahr oder zwei durch künstliche Ernäh-

rung am Leben zu erhalten versucht, oder ob er sie, wie *Herr Koop* in meinem Artikel, buchstäblich verhungern läßt. Wenn Herr Ruhrmann wirklich jeden schwerstbehinderten Säugling so lange es geht am Leben erhält, dann wird er damit manchmal gegen die Interessen des Säuglings verstoßen – ihn, wie *Herr Wiedemann* es ausdrückt, foltern. Wenn er sich dagegen manchmal für ein humanes Sterbenlassen entscheidet, dann praktiziert er die passive Euthanasie – er läßt einen Säugling um seiner selbst willen sterben.

Ich bin der Meinung, daß die aktive Euthanasie der passiven Euthanasie unter bestimmten Umständen vorzuziehen ist – zum Beispiel, wenn die Entscheidung getroffen worden ist, ein ohne Darm geborenes Kind nicht künstlich zu ernähren. Diese Überlegung basiert auf einer Achtung der Interessen des Patienten und hat – entgegen *Herrn Ruhrmann* – nichts mit Idealen zu tun, „die nur dem Starken und Funktionsfähigen eine Zukunft geben wollen“.

Wir mögen uns sträuben, so viel wir wollen: moderne Errungenschaften in der Medizin zwingen uns, Entscheidungen über das Leben und Sterben von Patienten zu fällen. Die Prinzipien, die diese Entscheidungen untermauern, bedürfen einer rechtfertigenden Diskussion. Es trägt aber wenig zu einer vernünftigen Diskussion bei, wenn Leser wie *Herr Michael* und *Frau Brachtel* einfach schrill „Skandal“ und „Infamie“ rufen – ohne eine wirkliche Kritik meiner (oder eine Rechtfertigung ihrer) Handlungsweisen anzubieten. Wenn *Frau Brachtel* wirklich glaubt, daß die Innenperspektive eines entscheidungsunfähigen Patienten für nichts zählt und das Leben eines solchen Patienten immer mit allen Mitteln erhalten werden muß, dann soll sie es sagen. Sie könnte dann zwar als grausam angesehen werden, aber ihr Standpunkt wäre zumindest konsistent. Wenn sie allerdings glaubt, daß es manchmal besser ist, einen Patienten sterben zu lassen, dann schuldet sie mir, den Lesern des Deutschen Ärzteblattes und vor allen Dingen ihren Patienten eine Erklärung, auf welcher moralischen Basis sie solche Entscheidungen fällt.

Aus Platzgründen kann ich leider nicht auf alle Kommentare eingehen. Abschließend möchte ich daher auf meine anfängliche Bemerkung zurückkommen, daß eine Lösung der von der modernen Medizin aufgeworfenen Fragen nur in freier und vernünftiger öffentlicher Diskussion gefunden werden kann. Diejenigen, die so von der Richtigkeit ihrer ethischen Position überzeugt

sind, daß sie glauben, daß sich eine vernünftige und faire Diskussion dieser Fragen erübrigt, machen sich des gleichen Vergehens schuldig, ohne das die in diesen Briefen so oft erwähnten Nazigreueln nicht möglich gewesen wären: den Fehler zu glauben, daß fanatische Überzeugung jemals ein Ersatz für eine vernünftige und freie Diskussion sein kann.
Dr. phil. Helga Kuhse

DER KOMMENTAR

Grenze der Verantwortung

Schon im Bereich der *medizinischen Indikation* läßt sich wissenschaftlich nicht vollständig belegen, ob ein Abbruch notwendig ist. Als Beispiel sei nur genannt: Schwangerschaften bei Herzkrankheiten mit unterschiedlich zu beurteilender Gefährdung des mütterlichen Lebens; desgleichen Schwangerschaften bei Nierenerkrankungen; Schwangerschaften bei oder nach behandeltem Mammakarzinom. Ärzte beurteilen jede dieser Indikationen unterschiedlich. Die Entscheidung erfolgt nach Aufklärung und Beratung letztlich durch den Willen der Mutter.

Bei der *kindlichen Indikation* gibt es angesichts der Fortschritte in der pränatalen Diagnostik eine sehr hohe diagnostische Sicherheit, hinter der die Sicherheit der medizinischen Diagnostik bei Erkrankung der Mutter zurücksteht. Der Arzt erhält also eine kompetente Entscheidungshilfe. Dennoch entscheidet allein die Mutter.

Bei der *kriminologischen Indikation* ist man voll auf die Angaben der betroffenen Frau angewiesen. Die Anzeige bei der Polizei unmittelbar nach einer Vergewaltigung und/oder die sorgfältige ärztliche Untersuchung innerhalb einiger Stunden nach dem Verbrechen ist eher selten. Eindeutige Anhaltspunkte stehen nicht zur Verfügung, wenn die betroffene Frau erst nach geraumer Zeit, eventuell erst nach Eintritt einer Schwangerschaft, zur Interruptio kommt. Der Versuch, die Tat mit Hilfe von Zeugenausagen zu klären, mißlingt durchweg. Von der Überzeugungs-

kraft der betroffenen Frau hängt es letztlich ab, ob der Arzt die Schwangerschaft abbricht.

Die Anerkennung einer „Vergewaltigung in der Ehe“ hat das Problem für den beurteilenden Arzt stark verunsichert. In noch stärkerem Maße führt hier die Angabe der Frau zum Entschluß.

Bei der *Notlagenindikation* kann der Arzt noch am ehesten die *psychosoziale Situation beurteilen*. Das Austragen der Schwangerschaft mag in diesen Fällen einen totalen Knick der bisherigen Lebenslinie bedeuten. Die Bedrohung für die Patientin wird aus ihrer Schilderung einsichtig. Hier erkennt der Arzt die Gründe am besten, aus denen seine Hilfe angerufen wird.

Dies gilt nicht für die *Notlage aus wirtschaftlich-sozialer Indikation*. Sind die übrigen Verhältnisse zur Familie, zur Umgebung geordnet, so kann eine rein wirtschaftliche Notlage in einer Wohlstandsgesellschaft nicht überzeugen. Die Hilfe muß außerhalb des ärztlichen Auftrags gesucht werden.

Es ist festzustellen, daß in dem Entschluß zum Schwangerschaftsabbruch oder zur Erhaltung der Schwangerschaft allgemeine Anschauungen, sittliche und religiöse Vorstellungen, Einflüsse der engeren und weiteren Umgebung auf die Schwangere, insbesondere aber ihre eigene Willensentscheidung eingeht. Diese ist abhängig vom Grad der Aufklärung und der Vorstellungskraft über Entwicklungsphasen und Lebensäußerungen des Embryos. Je nach der dazu gewonnenen Überzeugung wird Abtreibung Mord oder Wiederherstellung eines Normalzustandes. Eine klar fundierte objektive Indikation gibt es also überhaupt nicht, es gibt nur Wahrscheinlichkeiten. Aus diesem Grunde muß der Arzt aus seiner Verantwortung für die Entscheidung entlassen werden.
Peter Stoll, Mannheim