

6 Gänsefüßchenkrieg zu wenig

Tötungsdelikte an alten Menschen sind keineswegs ein „titelfähiges“ Kennzeichen der vom Autor diffamierten Konsumgesellschaft. So war etwa in manchen Gegenden der Ausdruck „Altenteilerpulver“ für das Arsenik geläufig. Dies zeigt, daß entsprechende Delikte nicht nur nicht unüblich, sondern offenbar so verbreitet waren, daß sie trotz Fehlens von Massenmedien in das Bewußtsein breiter Volksschichten dringen konnten.

Ebenso abwegig ist es, Raubüberfälle und ähnliches auf Alte mit der Euthanasie-Diskussion in Zusammenhang zu bringen. Wer heute über Euthanasie spricht, steht unabweichlich morgen selbst vor den Konsequenzen seiner Überlegungen. Hier kann und muß jeder zunächst

7 Verwirrung gestiftet

Mit seinem Beitrag hofft der Autor, die Diskussion über die medizinische Betreuung alter Menschen anzuregen. Eine solche Debatte ist zu begrüßen. Es ist allerdings zweifelhaft, ob der Artikel selbst viel zu einer konstruktiven Debatte beitragen kann. Der Grund ist, daß Professor Wagner seinen Lesern nicht vernünftige Argumente, sondern ein Sammelsurium von futuristischen Schreckensszenarien (Fließbandpflege und Fütterungsautomaten für alte Menschen im Jahre 2030) und historischen Greuelthaten (die „Endlösung“ des Dritten Reiches für „nutzlose Leben“) vorsetzt.

Wagner hat recht: eine alternde Bevölkerung wirft medizinische Versorgungs- und Ressourcenprobleme auf, die öffentlich diskutiert werden müssen. Wann immer Ressourcen begrenzt sind, ergibt sich notwendig die Frage, wie sie verteilt werden sollen. Eines der ethischen Probleme ist, ob gewisse lebensverlängernde Behandlungen, Operationen und dergleichen jemals auf der Basis von Alter rationiert werden dürfen. Im angelsächsischen Raum wird darüber seit Jahren ausführlich und vernünftig diskutiert. Für Wagner ist

für sich allein entscheiden. Im Gegensatz etwa zu kirchlichen Dogmen kennt unsere Rechtsordnung das Lebensrecht, aber keine Lebenspflicht. Stattdessen werden (jedenfalls auf dem Papier) Gewissensfreiheit und Selbstbestimmung für jeden Einzelnen garantiert. In der klinischen Praxis sind es keineswegs in erster Linie kriminelle Angehörige, sondern die Patienten selbst, so bei Bewußtsein, die dem Arzt ihre Angst vor einer qualvollen, von ihnen selbst als unmenschlichen abgelehnten Zwangsbehandlung anvertrauen. Ein Gänsefüßchenkrieg gegen Organisationen mit abweichenden Auffassungen über „humanes“ Sterben ersetzt keine Argumente.

Dr. med. Stefan F. J. Langer
Institut für Physiologie
Freie Universität Berlin
Arnimallee 22
W-1000 Berlin 33

die Antwort, implizit, klar: jedwelle Rationierung auf der Basis von Alter ist infam. Er mag oder mag nicht recht haben. Der Punkt ist, daß es nicht für alle, die sich an dieser Debatte beteiligen, sonnenklar ist, daß ein 90jähriger Patient den gleichen ethischen Anspruch auf das letzte Bett in der Intensivstation hat wie ein 20jähriger. Einer der dafür angeführten Gründe ist oft, daß der 90jährige Patient bereits den allergrößten Teil seines Lebens gelebt hat und es „ungerecht“ wäre, ihm noch mehr von dem zu geben, von dem der 20jährige bisher nur wenig genossen hat: sein Leben.

Es ist nicht meine Absicht, für oder gegen eine altersbedingte Rationierung medizinischer Mittel zu plädieren. Die Fragen sind komplex, und ein Leserbrief könnte ihnen nicht Rechnung tragen. Meine Absicht war es, darauf aufmerksam zu machen, daß man über diese Dinge nicht nur diskutieren kann, sondern sogar diskutieren muß.

Der Hauptgrund meines Briefes war eine außerordentlich beunruhigende Feststellung: in seinem gesamten Beitrag erwähnt Wagner nicht in einem Satz die Interessen oder Wünsche der Subjekte seiner Ausführungen: der alten Menschen. So zitiert

Wagner Statistiken in bezug auf die Reanimierung von 512 über 70jährigen Patienten: von den 19 überlebenden Patienten mußten elf in Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen auf Dauer verbleiben. Wagner ruft zwar das Schreckgespenst „Selektionsdenken“ ins Leben, fragt aber nicht, ob Patienten, die man mit diesen oder ähnlichen Statistiken vertraut gemacht hat, wohl wiederbelebt werden möchten. Mir scheint zweifelhaft, daß viele solcher Patienten sich unter solchen Umständen für eine Wiederbelebung entscheiden würden – und wenn sie es nicht wollen, kann von „Selektion“ natürlich nicht die Rede sein.

Viele der Probleme, die Wagner in seinem Artikel erwähnt, lassen sich darauf zurückführen, daß die Wünsche und Interessen alter Menschen in der Praxis nicht genügend geachtet werden: daß alte Menschen in erster Linie als alt, nicht aber als die Träger von Interessen – einschließlich des Interesses der Selbstbestimmung – betrachtet werden. Es ist allerdings nicht verwunderlich, daß diese Interessen in der (deutschen?) Praxis oft mißachtet oder ignoriert werden, wenn sie selbst in akademischen Artikeln oder Beiträgen, wie dem vorliegenden, mit keinem Wort erwähnt werden und offensichtlich in dem Denken der Autoren keine Rolle zu spielen scheinen.

Wagner versäumt, in seinem Artikel verschiedene wichtige Dinge auseinanderzuhalten: (1) die Frage, ob Alter ein ethisch vertretbares Kriterium in der Verteilung knapper medizinischer Ressourcen ist; (2) ob Patienten manchmal um ihrer selbst willen sterbengelassen werden sollten (zum Beispiel, wenn sie in Anbetracht der geringen Chance, intakt zu Überleben, nicht reanimiert werden möchten); (3) ob ein moralischer Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe besteht.

Die Tatsache, daß Wagner meinen Artikel über aktive und passive Euthanasie, der ausschließlich auf dem Selbstbestimmungsrecht und den besten Interessen unheilbar kranker Patienten basiert, im Zusammenhang mit Ressourcen-, Alters- und Nazifragen zitiert, zeigt

entweder ein Mißverständnis oder einen unverzeihlichen Versuch, die Debatte legitimer Fragen durch illegitime Assoziationen zu vergiften. Wenn diese verschiedenen Fragen nicht auseinandergehalten werden, kann Wagner nicht hoffen, daß sein Beitrag zu einer vernünftigen Debatte außerordentlich wichtiger Fragen beiträgt. Im Gegenteil: er stiftet nichts als gefährliche Verwirrung.

Kuhse, Helga: „Warum Fragen der aktiven und passiven Euthanasie auch in Deutschland unvermeidlich sind“, Dt. Ärztebl. 87 (1990) A-1243–1249 Heft 16.

Dr. phil. Helga Kuhse
Director
Centre for Human Bioethics
Monash University
Clayton, Melbourne
Victoria 3168, Australia

8 Schluß mit dem Delegieren

Nach der Lektüre des Artikels blieb mir ein schales Gefühl. Wer verwirklicht eigentlich noch die Forderungen nach der Versorgung unserer „Alten“? Oft scheint es mir, daß mit dem Rückgang der Pflegenden und konkret Tätigen die Zahl derer zunimmt, die um die Pflege philosophieren. Ich kenne die Lebenssituation des Verfassers nicht, auf Grund seiner Branche scheint er mir mit dem Thema aber auch eher nur theoretisch befaßt.

Antoine de Saint-Exupéry beschreibt in seinem kleinen Prinzen auf dem sechsten Planeten einen Geographen, der das Leben verwaltet, statt es zu leben. Wir haben genügend solcher Geographen!

Wann schreiben endlich die ihre Traktate, die in der Altenpflege tätig sind? Ich kann es bald nicht mehr ertragen, wie alleine gelassen man oft ist in der Versorgung und Betreuung Alter und Hinfälliger und wie vollmundig verbale Solidaritätsbekundungen ausgerufen werden. Meine konkrete Teilhabe an dem Problem: Wer hilft mir, wenn ich zum zigten Mal meine Arbeit unterbrechen muß, weil ein „Hinfälliger“ hingefallen ist und akut versorgt werden soll? Oft bleibt dann auch mir nur die fik-

tive Delegation an den fiktiven Betreuer! Was nutzen hier Forderungen? Oder: Wieso geht bei der Abrechnung beim Heimb Besuch keine Ziffer 10, warum werden Heimb Besuche geringer honoriert? Anspruch und Wirklichkeit!!

Mein Vorschlag: Nur noch der soll reden und fordern, der handelt.

Schlußwort

Die ungewöhnlich vielen Zuschriften, die mir auch teils direkt zuzugingen, dokumentieren das große Interesse an dieser brisanten Thematik. Die Leserbriefe reflektieren aber auch ein Spiegelbild der emotionalen Anteilnahme ihrer Autoren. Überwiegend wird signalisiert, daß es an der Zeit war, aus ärztlicher Sicht auf den mit der dramatischen Altersumschichtung verbundenen Pflegenotstand und auf die schon in naher Zukunft nur noch schwer kalkulierbaren sozialpolitischen Risiken im Zusammenhang mit dem „Generationenvertrag“ aufmerksam zu machen, ebenso auf die drohende Entwicklung der Zunahme unnatürlicher Todesfälle bei alten Menschen.

Offenbar haben aber einige Autoren übersehen, daß ich mit den Hinweisen auf den sich in unserer Konsumgesellschaft anbahnenden sozialpolitischen Generationskonflikt und das gefährliche Selektionsdenken gegenüber alten Patienten die Ärzteschaft warnen wollte, sich zum „Spielball der Gesetzgebung“ degradieren zu lassen, wie wir es 1975 auf einem anderen Sektor – § 218 StGB – bereits erlebt haben. Falls die bisherige Haltung der Ärzteschaft gegenüber der aktiven Sterbehilfe und der Tötung auf Verlangen durch gesetzgeberische Maßnahmen aufgeweicht wird, dann wird aus dieser Gefahr bittere Realität!

Wenn R. Strauß in seiner Zusage bemängelt, daß ich nicht zu Fragen der „Lebensqualität“, des „Patiententestamentes“ und damit auch nicht zur passiven Sterbehilfe durch Unterlassung Stellung genommen hätte, dann ist ihm entgangen, daß ich dies aus räumlichen Gründen ausgeklammert und mich fast ausschließlich mit der „aktiven Tö-

Oder anders 'rum: Jeder, der reden und fordern will, soll vorher an einer Dauerbetreuung mitmachen. „Es gibt nichts Gutes, es sei denn, man tut es.“

Dr. med. Alexander Ulbrich
Arzt für Allgemeinmedizin
W-7000 Stuttgart 70
Birkheckenstraße 1

tung“ alter Menschen befaßt habe. A. Ulbrich irrt, wenn er meint, daß meine „Branche“ sich nur theoretisch mit dem Thema befaßt. Der Alltag eines Rechtsmediziners ist von harten Realitäten geprägt, und im Zusammenhang mit Tötungsdelikten erleben wir den Tatort (auch Altenheime) ebenso hautnah wie das menschliche Umfeld des Opfers. Wenn nur die ihre „Traktate“ schreiben dürften, die „in der Altenpflege tätig sind“, dann müßte A. Ulbrich konsequent dafür eintreten, daß beispielsweise in unseren Parlamenten auch nur noch diejenigen über ein bestimmtes Thema reden dürften, die es im Alltag praktizieren.

Die Erwiderung von H. Kuhse war zu erwarten und zeigt, daß sie trotz der ablehnenden Leserschriften gegenüber der von ihr vertretenen Auffassung einer ärztlichen Mitwirkung bei der „aktiven Euthanasie“ (Deutsches Ärzteblatt 87 [1990] Heft 16) nichts dazugelernt hat. Sie ist offenbar auch nicht bereit zu respektieren, daß sich der ganz überwiegende Teil der Deutschen Ärzteschaft zusammen mit allen Standesorganisationen und den wissenschaftlichen Gesellschaften ihren Vorstellungen zur gesetzlich verankerten Einführung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland widersetzt.

Abschließend bleibt nach allen Zuschriften und Meinungsäußerungen festzustellen, daß mein Wunsch, der veröffentlichte Beitrag möge Anlaß zum weiteren Nachdenken über die entstandene sozialpolitische Lage geben, offenbar sehr rasch in Erfüllung geht.

Prof. Dr. med.
Hans-Joachim Wagner
Institut für Rechtsmedizin der
Universität des Saarlandes
W-6650 Homburg/Saar