

führen zu lassen. Die Operation beim Mann ist auch heute noch wesentlich einfacher und weniger gefährlich, da bei ihm der Eingriff außerhalb der Bauchhöhle erfolgt. Die Unterbindung der Samenleiter kann ambulant ausgeführt werden. Die negative Einstellung gegenüber der Sterilisation hat in unserem Lande sicher vorwiegend psychologische Gründe. Die Aussichten einer Wiederherstellungsoperation sind beim Mann günstiger als bei der Frau, sie liegen zwischen 25 und 40%.

Fristenregelung „ein Anachronismus“

HK: Herr Professor Hepp, man spricht gegenwärtig viel vom Pillenknick und meint damit den ruckartig spürbar gewordenen Einfluß der hormonalen Empfängnisverhütung auf die Bevölkerungsentwicklung (vgl. HK, April 1973, 179). Wird durch eine solche Änderung im generativen Verhalten speziell in den hochindustrialisierten Ländern und angesichts der zur Verfügung stehenden Mittel der Schwangerschaftsabbruch langfristig nicht zu einem entbehrlichen Übel? Sollte dem so sein, ist es dann aus medizinischer Sicht kriminalpolitisch und sozialpädagogisch sinnvoll oder vertretbar, den Schwangerschaftsabbruch gerade jetzt strafrechtlich zu erleichtern?

Hepp: Empfängnisverhütung ist heute unter dem Gesichtspunkt der Präventivmedizin zu sehen. In Ländern ohne bevölkerungspolitischen Druck sollte stets eine individuelle Beratung über die Möglichkeiten einer zuverlässigen Empfängnisregelung angestrebt werden. Die Vielfalt der uns heute zur Verfügung stehenden Metho-

den entspricht der Verschiedenheit hinsichtlich der individuellen Annehmbarkeit der Methoden. Identifikation mit irgendeiner Methode führt sich selbst ad absurdum, d. h., eine antikonzeptionelle Beratung, die versucht, die Ratsuchenden auf eine ganz bestimmte Methode festzulegen, ist zum Scheitern verurteilt. Der beratende Arzt muß sich stets bewußt sein, daß bei Versagen einer empfohlenen Methode der Entschluß zur Abtreibung recht häufig und recht bald gefaßt wird. Die Empfehlung unzuverlässiger Methoden ist daher heute als Kunstfehler anzusehen und ein Weg, das Übel der Abtreibung zu vermehren. So gesehen, ist auch die irreversible Methode der Sterilisation immer auch im Zusammenhang mit dem artefiziellen Abort zu betrachten und stellt im Einzelfall eine echte Präventivmaßnahme dar. — Die bessere Lebensqualität — ein in den letzten Monaten immer wieder gehörtes propagandistisches Schlagwort — wird nicht durch die Freigabe des Schwangerschaftsabbruches während der ersten drei Schwangerschaftsmonate erreicht werden können. Solange wir das menschliche Leben in der Gebärmutter als ein schutzwürdiges Recht anerkennen, stehen wir alle in der Verantwortung für den Schutz dieses Lebens. Diese Verantwortung verpflichtet uns, jede aus vordergründiger Zweckmäßigkeit geforderte Legalisierung der Abtreibung abzulehnen, gleichzeitig aber alle Anstrengungen zu unternehmen, durch Präventivmaßnahmen der Abtreibungsseuche zu begegnen. Es scheint mir in der heutigen Zeit in der Tat ein Anachronismus zu sein, bei den uns zur Verfügung stehenden hochzuverlässigen antikonzeptionellen Methoden einschließlich der Sterilisation, den Schwangerschaftsabbruch während der ersten drei Schwangerschaftsmonate freizugeben.

Interview

Ist menschliches Leben verfügbar?

Ein Gespräch zum Thema Euthanasie

Neben der Abtreibung ist in den letzten Monaten nicht selten das Thema Euthanasie angesprochen worden. Anlaß dazu war die Entscheidung eines Gerichts im holländischen Leeuwarden vom 21. Februar 1973, das die Ärztin Postma van Boven, die ihre schwerkranke, teilgelähmte und depressive Mutter auf deren Verlangen durch eine Überdosis Morphium getötet hatte, zur symbolischen Freiheitsstrafe von einer Woche verurteilte. Das Problem selbst wird aber besonders im angelsächsischen und um einiges

zurückhaltender auch im deutschen Sprachraum mehr und mehr diskutiert, und da und dort — so in den USA — bemühen sich einzelne Kreise bereits um eine begrenzte Legalisierung. Die öffentlichen Stellungnahmen dazu sind vor allem von drei Fragen bestimmt: 1. Wie weit ist es sinnvoll, das Leben bis in die extremen Möglichkeiten hinein, die die Medizin heute bietet, zu verlängern? 2. Kann der Arzt den Prozeß des Sterbens oder des Lebens in seiner Endphase aktiv verkürzen? 3. Was ist zu Bestrebungen zu sagen, die den Begriff einer legitimen „Euthanasie“ im Sinne erleichternder Sterbehilfe weiter fassen möchten und

direkt oder indirekt die Tötung „mensenunwürdigen“ Lebens innerhalb umschriebener Grenzen, aber doch grundsätzlich befürworten? Darüber sprachen wir mit dem Freiburger Internisten Markus von Lutterotti. Von Lutterotti ist Professor an der Universität Freiburg und Chefarzt am Loretto-Krankenhaus in Freiburg.

HK: Herr Professor von Lutterotti, neben der Abtreibung, die immer noch jetzt wieder als Thema Nr. 1 der Auseinandersetzung um Fragen der ärztlichen und juristischen Ethik erscheint, ist nun auch die Euthanasie in die öffentliche Diskussion geraten. Sehen Sie Parallelen zwischen beiden Tatbeständen? Durch welchen wird der Arzt stärker gefordert?

von Lutterotti: Ich sehe vom ärztlichen Standpunkt aus eigentlich keine Parallelen zwischen den beiden Tatbeständen, aber dies wird aus unserer weiteren Unterhaltung wahrscheinlich etwas deutlicher hervorgehen. Der Arzt würde vermutlich stärker gefordert werden, wenn die Abtreibung in der sogenannten Fristenlösung freigegeben würde. Man kann ja bereits feststellen, daß die Mehrzahl der ärztlichen Organisationen sich öffentlich gegen die Fristenlösung ausgesprochen hat.

HK: Wirklich keine Parallelen? In dem Streit um die Reform des Abtreibungsstrafrechts steckt doch ein Stück weit die Frage nach dem Schutz menschlichen Lebens überhaupt mit drin. Gerade die Fristenlösung würde ja den durch die Gesellschaft sanktionierten Schutz des Lebens an seinem Beginn, wenigstens innerhalb einer bestimmten Frist, aufheben. Davon befürchten manche eine Signalwirkung für die Einstellung gegenüber dem Schutz des Lebens überhaupt, auch in seiner Endphase und gegenüber den verschiedenen psycho-physisch defizienten Formen menschlichen Lebens. Steht hinter dem Protest der Ärzte gegen die Fristenlösung nicht auch etwas von dieser Befürchtung?

von Lutterotti: Ich muß meine vorige Aussage präzisieren: Natürlich ist im Streit um die Reform des Abtreibungsstrafrechts die Frage nach dem Schutz des menschlichen Lebens überhaupt mitenthalten. Wenn ich aber sagte, ich sähe eigentlich keine Parallelen, so hat dies seinen Grund darin, daß ich den Begriff Euthanasie als Arzt sehr eng auslege. Die Erhaltung des Lebens ist eine der wesentlichen Aufgaben des Arztes; er muß sich also gegen alle Bestrebungen richten, das Leben sozusagen sozial verfügbar zu machen, sei dies an seinem Anfang oder seinem Ende.

„Lebenshilfe auch in der Gefährdung des Sterbens“

HK: Wenn von Euthanasie die Rede ist, so meinen, wie aus Ihrer Bemerkung hervorgeht, offensichtlich nicht alle

dasselbe. Die einen kämpfen für ein, wie sie sagen, menschenwürdiges Sterben, die anderen favorisieren mehr oder weniger offen die Tötung des, wie sie sagen, menschenunwürdig gewordenen Lebens . . .

von Lutterotti: Der Begriff „Euthanasie“ bedeutete ursprünglich, daß man einem Kranken, der dem Tode geweiht war, ein sanftes Sterben ermöglichte. In unserer Zeit wird das Wort aber mehrdeutig gebraucht; man meint damit einmal die Hilfe zu einem menschenwürdigen Sterben, auf der anderen Seite aber auch oft die Tötung eines sogenannten menschenunwürdig gewordenen Lebens. Da die Medizin heute durch die modernen Techniken viele Möglichkeiten einer, wenn auch oft beschränkten, Lebensverlängerung bietet, wird der Arzt mehr als früher mit den Problemen konfrontiert, die im Begriff „Euthanasie“ enthalten sind. Wir müssen deshalb definieren, was wir damit meinen. Als Arzt habe ich es mit Kranken und mit Sterbenden zu tun, denen ich soweit als möglich das Sterben zu erleichtern habe. Ich halte es deshalb für richtig, den Begriff „Euthanasie“ auf den rein ärztlichen Aspekt der Sterbehilfe bei Schwerkranken und ohnehin dem Tode Geweihten zu beschränken und alle anderen möglichen Wortbedeutungen für den ärztlichen Bereich nachdrücklich auszuschließen. Wenn man Sterbehilfe sagt, könnte man von aktiver und passiver Sterbehilfe sprechen. Passive Sterbehilfe würde bedeuten, daß man darauf verzichtet, den Gang der ablaufenden Lebensuhr durch künstliche Maßnahmen um Stunden oder Tage unnütz zu verlängern, wenn jede weitere Maßnahme nur die Verlängerung von unzumutbaren Qualen bedeuten würde. Unter aktiver Sterbehilfe könnte man alle jene Maßnahmen verstehen, die das Sterben erleichtern; dazu gehören Medikamente zur Linderung von Schmerzen und Leiden, dazu gehören aber auch alle psychologischen und unter Umständen seelsorgerlichen Hilfen; daraus geht hervor, daß „aktive Sterbehilfe“ nicht Tötungshilfe oder Tötungsbeitrag bedeutet. Aktive und passive Sterbehilfe werden oft verflochten auftreten, und ohne Zweifel können wir auf diesem Gebiet noch manches verbessern.

HK: Vergrößern nun nicht manche, die von Euthanasie sprechen, das Problem der Sterbehilfe, und kaschieren andere, wenn sie von Sterbehilfe sprechen, nicht den Tatbestand der Euthanasie oder, wenn wir uns an Ihre streng ärztliche Umschreibung des Euthanasietatbestandes halten, des Tötens? Sie verstehen beispielsweise unter aktiver Sterbehilfe alle Maßnahmen zur seelischen und körperlichen Erleichterung des Sterbenden, andere meinen damit die bewußte Herbeiführung des Todes oder wenigstens die aktive Verkürzung des Sterbens.

von Lutterotti: Wir sollten uns angewöhnen, alle, die von Euthanasie sprechen, vorweg zu fragen, was sie nun eigentlich und ganz genau mit diesem Begriff meinen. Ich habe eben gesagt, daß sich dem Arzt das Problem der Sterbe-

hilfe dann stellt, wenn er es mit Schwerkranken und ohnehin dem Tode Geweihten zu tun hat. Unter ärztlichen Aspekten ist dies genaugenommen eine *Lebenshilfe, auch in der Gefährdung des Sterbens*. Wenn aber bei Menschen, die sehr wohl noch weiterleben könnten, wenn auch vielleicht unter Umständen, die für sie selbst oder für die Gesellschaft sehr mißlich sein mögen, von Sterbehilfe oder Euthanasie gesprochen wird, so meint dies Tötung und ist auch nichts anderes. Dies muß unter allen Umständen klargestellt werden. Nichts anderes war ja auch der sogenannte Gnadentod des Dritten Reiches, auch wenn er Euthanasie genannt wurde.

„Häufig falsche Vorstellungen“

HK: Bleiben wir einmal bei dem Thema, das Sie eben schon erwähnten und über das der Arzt und Kliniker am unmittelbarsten Auskunft geben kann: bei der Sterbehilfe. Hier geht es zunächst um ein Problem, von dem man sagt, es sei neben vielen verdienstvollen eines jener zwielichtigen Produkte, die der Fortschritt der Medizin uns beschert hat: die Möglichkeit, einen Menschen biologisch am Leben oder besser am Sterben zu erhalten, der menschlich gar nicht mehr lebt. Ist dieser Tatbestand erstens tatsächlich ein so akutes Problem, und was hat er zweitens mit Euthanasie zu tun?

von Lutterotti: Der Fortschritt der Medizin hat uns viele technische Möglichkeiten beschert. Nehmen Sie etwa einen Kranken, bei dem es durch einen Unfall oder eine Gehirnblutung zu tiefer Bewußtlosigkeit und gleichzeitig zur Lähmung des Atemzentrums und anderer lebenswichtiger Zentren gekommen ist. Das Herz, das ja über eine autonome Tätigkeit verfügt, schlägt für kurze Zeit noch weiter. Wenn Sie nun die Lunge mechanisch beatmen, dann wird das Blut mit Sauerstoff versorgt, und das Herz kann tagelang weiterschlagen, die Nieren können sogar arbeiten, auch wenn dieser Kranke vom Gehirn her inzwischen längst tot ist. Durch zusätzliche Maßnahmen könnte dieser Zustand sehr lange weiter unterhalten werden. Für den Außenstehenden wirkt ein solcher Kranker wie ein Mensch in tiefem Schläfe, aber der Arzt weiß, daß das Gehirn tot ist und der Körper sozusagen nur noch ein biologisches Präparat. Trotzdem wird man selten ohne innere Hemmungen den elektrischen Schalter abstellen, so daß schließlich auch das gehirnlose rein biologische Leben erlischt. Aber dies ist nicht Euthanasie, denn dieser Mensch war bereits tot. — Häufiger noch wird der Arzt vor die Frage gestellt, ob er etwa einen Schwerkranken, dessen Tod sowieso in kurzer Zeit zu erwarten ist, durch Stützung des Herzens, durch Blutübertragungen und ähnliche Maßnahmen künstlich noch länger am Leben halten soll. Ein an sich verlöschendes und zudem oft schmerzvolles Leben würde dadurch um Stunden oder bestenfalls um Tage verlängert. Der Verzicht auf künstliche Lebensverlängerung

zielt in diesem Falle ja nicht auf die Herbeiführung des Todes, er läßt nur der Natur ihren vorgezeichneten Lauf.

Ich habe dies passive Sterbehilfe genannt. In diesem Zusammenhang darf auch an Pius XII. erinnert werden, der ausdrücklich erklärt hat, der Mensch sei nicht verpflichtet, außergewöhnliche Mittel und Maßnahmen zur Verlängerung seines Lebens anzuwenden. Jeder einzelne Krankheitsfall wird natürlich kasuistisch zu entscheiden sein, aber generell ist es bei den erwähnten Voraussetzungen sicher menschlicher, der Natur ihren vorgezeichneten Lauf zu lassen; ein falscher Aktivismus, der dem Wunsche entspricht, es müsse eben irgend etwas getan werden, dient häufig mehr der Beruhigung von Ärzten und Angehörigen, während er sich dem leidenden Kranken bzw. dem Sterbenden gegenüber nicht selten im Endeffekt unmenschlich auswirkt.

HK: Wenn ich Sie richtig verstehe, so ist dies mehr ein — gewiß schwieriges — Problem ärztlichen Ermessens als eine ethische Grundsatzfrage. Nicht seltener aber wird, wenn von Euthanasie oder von Sterbehilfe die Rede ist, ein weiterer von Ihnen ebenfalls gestreifter Sachverhalt angesprochen: die Verabreichung von Medikamenten mit, wie man sagt, doppelter Wirkung, von Medikamenten, die schmerzlindernd wirken, zugleich aber den Tod beschleunigen. Ist das ein Punkt, der so viele medizinisch-ethische Probleme aufgibt, wie es manchmal dargestellt wird, und was hat dieser mit Euthanasie zu tun?

von Lutterotti: Von den Medikamenten mit sog. doppelter Wirkung macht man sich häufig falsche Vorstellungen. Opiate und Psychopharmaka, um diese Medikamente handelt es sich für gewöhnlich, können das Leben sogar in vielen Fällen ein wenig verlängern: Starke Schmerzen können durch ihre Allgemeinwirkungen auf den Körper zur Folge haben, daß die Lebensflamme, wenn man so sagen darf, sich schneller verzehrt; die Ausschaltung der Schmerzen kann bewirken, daß das Leben sozusagen auf Sparflamme noch ein wenig weiterglimmt. Der Arzt wird aber in jedem Falle bemüht sein, unerträgliches Leben zu lindern, selbst, wenn als Nebeneffekt das Leben des Todgeweihten ein wenig früher verlöschen sollte. Aber, da sich diese Nebenwirkungen im einzelnen Falle fast nie genau abschätzen lassen und, da sich ärztliches Handeln bei solchen Kranken zunächst auf die Linderung der schweren Leiden richten muß, ergeben sich auch hier keine besonderen ethischen Probleme. Im übrigen sind Medikamente mit regelmäßig und grundsätzlich unerwünschten Nebeneffekten ja sowieso nicht im Gebrauch.

„Wenn die Zielrichtung klar ist . . .“

HK: Aber liegt das eigentliche Problem nicht auf einer anderen Ebene? Man kann ethisch durchaus fragen, ob die

Verkürzung des Sterbens — selbst wenn es Wochen dauert — bei Ausfall jedes menschlichen Wahrnehmens und Erlebens — auch direkt verantwortet werden kann. Andererseits wäre erheblicher Mißbrauch durch Mittel mit Todesfolge als Nebenwirkung immerhin vorstellbar . . .

von Lutterotti: Ihr Problem läßt sich an zwei Beispielen erläutern: Ich erinnere zunächst an jenen Kranken, bei dem das Gehirn bereits gestorben ist, bei dem aber durch mechanische Beatmung der restliche Körper noch an einem biologischen Leben gehalten wird. Zum andern können wir uns einen Kranken vorstellen, der einen schweren Schlaganfall erlitten hat und in tiefer Bewußtlosigkeit liegt. Das Atemzentrum ist aber noch intakt. Dieser Kranke kann ohne äußere Hilfsmittel in tiefer Bewußtlosigkeit noch tagelang biologisch weiterleben, bis schließlich hinzutretende Komplikationen das Leben zum Erlöschen bringen. Bei dem ersten Kranken war die Lebensuhr zu dem Zeitpunkt, in welchem ich die mechanische Beatmung installiere, bereits abgelaufen. Da wir den Eintritt des Todes nur durch den Ausfall sämtlicher Gehirnfunktionen definieren können, war dieser Kranke bereits tot, und wir haben durch unsere mechanischen Maßnahmen nur mehr ein Scheinleben bewirkt. Wenn wir den Schalter abstellen, dann töten wir nicht, da man einen Toten ja nicht töten kann, sondern wir erlauben einem Scheinleben zu erlöschen. Bei dem zweiten Kranken liegt es ganz anders: Dieses Leben ist am Verlöschen, aber die Uhr ist noch nicht vollständig abgelaufen. Nehmen wir an, daß dieser Kranke noch fünf Tage zu leben hätte, und wir geben ihm Mittel, mit der Absicht, diese Zeitspanne abzuschneiden und zu verkürzen, dann haben wir ihn getötet, auch wenn er nichts davon merkt und vielleicht auch sonst niemand. Wir werden zwar darauf verzichten, das verlöschende Leben mit allen Mitteln noch unbedingt um eine kurze Zeitspanne zu verlängern, wir dürfen auf der anderen Seite aber nichts mit dem unmittelbaren Ziel unternehmen, diese Zeitspanne aktiv zu verkürzen. Die Ärzte sollten an den angeführten Unterscheidungen unbedingt festhalten, da sonst eine Schwelle überschritten würde, hinter der, wie Sie in Ihrer Frage erwähnen, tatsächlich die Möglichkeit jeglichen Mißbrauchs lauern würde.

HK: Läßt sich aber eine klare Grenze zwischen Sterbehilfe und bewußter Tötung Sterbenskranker überhaupt ziehen? Sind fließende Übergänge denkbar?

von Lutterotti: Die Grenze ergibt sich aus den eben erwähnten Beispielen. Die Absicht des Arztes muß primär darauf zielen, dem Sterbenden jegliche mögliche Hilfe und Erleichterung zu geben, soweit dies nötig ist. Die Absicht des Arztes darf aber primär nicht darauf zielen, ein erlöschendes Leben bewußt vorzeitig zu beenden. Wenn die Zielrichtung klar ist, dann sind fließende Übergänge von der Intention des Arztes her nicht anzunehmen, vom objektiven Tatbestand, also vom Ergebnis her, mögen die Übergänge allerdings fließend bleiben.

„Die vorzeitige Beendigung des Lebens bleibt Tötung“

HK: Wir haben bisher fast ausschließlich von Sterbenden gesprochen. Nun gibt es aber unheilbar Kranke, vom Tode Gezeichnete, die noch lange keine Sterbenden sind. Beginnt das Problem (nicht der eingangs definierte Sachverhalt) „Euthanasie“, wie es ihre Befürworter verstehen, eigentlich nicht erst dort, wo nicht nur versucht wird, das Sterben abzukürzen, den Tod zu erleichtern, sondern die Krankheit abzukürzen und damit das Leben vorzeitig zu beenden. Kann man auch hier noch mit gutem Gewissen von Sterbehilfe sprechen?

von Lutterotti: Die Antwort auf Ihre Frage ergibt sich eigentlich schon aus dem Vorhergesagten. Die absichtliche vorzeitige Beendigung des Lebens, aus welchen Motiven auch immer, bleibt Tötung und sollte so genannt werden.

HK: Trotz Ihres eindeutigen Bescheids hätten wir unsere Frage noch gern etwas verdeutlicht. Es gibt verschiedene Variationen von Rechtfertigung der Tötung von hoffnungslos Kranken. Man spricht von „humaner Tötung“, von „Tötung auf Verlangen“, von „Tötung aus Mitleid“, dies alles mit der Begründung, der Mensch habe ein Recht auf seinen eigenen, d. h. aber auch auf einen frei zu wählenden Tod. Bedeutet das nur Eigen- oder in letzter Konsequenz nicht auch Fremdverfügung über menschliches Leben? Was spricht gegen eine solche Argumentation?

von Lutterotti: Sie sprechen hier eigentlich moraltheologische Fragen an. „Humane Tötung“ und „Tötung auf Verlangen“ bzw. „frei zu wählender Tod“ werden von einer christlichen Ethik abgelehnt, was ich Ihnen ja sicher nicht weiter ausführen muß. Der alte Römer, der sich im Bade die Adern öffnen ließ, hatte keine moraltheologischen Bedenken. Hierin ist die Antwort enthalten. Sie haben wahrscheinlich das Beispiel jener in jüngster Zeit genannten holländischen Ärztin im Auge. Wenn, wie vermutlich auch in diesem Falle, schwere Gewissenskonflikte vorliegen, so wird man als Außenstehender, trotz vermeintlich klaren Konzeptes, mit einem Urteil zum mindesten sehr zurückhaltend sein müssen.

„Töten widerspricht dem ärztlichen Auftrag“

HK: Moraltheologische Bedenken kann nur der Moraltheologe oder — im weiteren Sinne — der Christ haben. Für den Nichtchristen können solche Bedenken irrelevant sein. Aber wenn man sich von christlicher Seite mit dem Hinweis auf die Unverfügbarkeit des Lebens gegen Tendenzen wendet, die diesen verschiedenen Formen „erweiterter“ Euthanasie Vorschub leisten, so sieht man darin ein Grundgesetz der Ethik, das *schlechthin* gilt. Steht und

fällt dieser Imperativ aber dennoch mit der Geltung oder Nichtgeltung christlicher Moralnormen in einer bestimmten, sagen wir, in unserer Gesellschaft? Wo zieht eine Gesellschaft, die nicht mehr von einem christlichen Wert- und Sittenkodex normiert wird — dies trifft doch bereits weitgehend zu — hier die Grenzen?

von Lutterotti: Völlig eindeutig erscheint in der Tat nur die christliche Position, bei einer *pluralistischen* Gesellschaft aber wird man annehmen müssen, daß die zur Debatte stehenden Fragen von den verschiedenen Weltanschauungsgruppen verschieden beantwortet werden. Sie fragen, wo eine Gesellschaft die Grenzen zieht. Nun, hier kommen wir zur Frage eines *Naturrechtes*, und Sie werden verstehen, daß ein Eingehen auf dieses Problem von meiner Seite eine nichttragbare Kompetenzüberschreitung bedeuten würde. Ich kann lediglich als Arzt einen ergänzenden Aspekt zu dieser Frage hinzufügen: Der Arzt, und dies gilt meiner Überzeugung nach für die gesamte Ärzteschaft, also auch für eine nichtchristliche ärztliche Deontologie, hat den Auftrag, Leben zu schützen und zu erhalten, Krankheiten zu heilen und Leiden zu mindern. Kein Arzt kann aus diesem Auftrag heraus Handlungen herbeiführen, die in direkter oder indirekter Weise den Tod beabsichtigen. Mit anderen Worten: Das Töten, in welcher Form auch immer, widerspricht dem ärztlichen Auftrag.

HK: Noch eine Frage zu Ihrer Antwort von vorhin. Sie erwähnten das Gerichtsurteil von Leeuwagen und plädierten für die Respektierung des Gewissensentscheids. Den Respekt vor dem Gewissen wird niemand versagen wollen. Doch erfüllte gerade dieser Fall exakt den Tatbestand der aktiven Tötung, allerdings den einer Tötung auf Verlangen und aus Mitleid. Führen aber, das ist unsere Frage, „Entschuldigungen“, aus Respekt vor dem Gewissen und der konkreten Konfliktsituation vorgebracht, nicht praktisch zu dem Gefühl, auch die Sache in sich sei zwar tragisch, darüber hinaus nicht ganz einwandfrei, aber eben letzten Endes doch zu rechtfertigen? Ist denn beispielsweise „Tötung“ von schwer Leidenden und nicht nur von Sterbenskranken, oder auch von geistigen und physischen Krüppeln, nicht eine mögliche Konsequenz?

von Lutterotti: Ich bin nicht so weit gegangen, als Arzt für die Respektierung eines Gewissensentscheides zu plädieren, den ich im einzelnen gar nicht kenne. Ich weiß nur, was in der Presse stand, ich habe weder eine genaue Kenntnis des Tatbestandes noch der Umstände. Es ist aber auf jeden Fall zu unterscheiden zwischen der subjektiven Position der Ärztin, für die menschliches Verständnis durchaus möglich ist, und dem objektiven Tatbestand. Wie gesagt, kenne ich beides nicht, aber für eine objektive Beantwortung Ihrer Frage kann ich nur wiederholen, daß für den Arzt Tötung stets auch so genannt werden sollte. Die ab-

lehrende Haltung als Arzt habe ich bereits dargelegt und hoffe sie noch weiter begründen zu können.

„Ethische Normen vom Auftrag vorgezeichnet“

HK: Es gibt nun aber Befürworter der Euthanasie, die viel weiter gehen. Sie befürworten die Beendigung eines Lebens bereits an seinem Beginn, wenn es sich als „unrettbar schwer gefährdet“ oder gar als „sinnlos“ darstellt. Wir haben nicht den Eindruck, man fasse dabei nur die Tötung des Fötus beim Versagen der Früherkennung körperlicher und geistiger Schädigungen ins Auge (die sog. eugenische bzw. kindliche Indikation), sondern die Tötung Geborener. Wo liegt dann aber die Grenze zur nationalsozialistischen Praxis, vor der man sich beschwörend absetzt?

von Lutterotti: Wenn ein Staat in absoluter Selbstherrlichkeit über Sinn, Bestehen und Wert des Lebens befindet, haben wir eine totalitäre Gesellschaftsordnung, sei sie nun kollektivistisch oder faschistisch. In der Tat liegen hier Parallelen zur nationalsozialistischen Praxis, aber das ist nicht die Ausgangslage der heutigen Diskussion. Ich glaube auch nicht, daß wir durch Aufwärmen alter Kontroversen mit den Problemen weiterkommen.

HK: Wir meinten hier gar nicht so sehr alte Kontroversen. Es gibt aber Wissenschaftler der verschiedenen Sparten genug, die z. B. Angst vor der Verschlechterung des Erbgutes verbreiten und sich gegen die Erhaltung von Leben wenden, „das sich im Grunde genommen gar nicht hätte entwickeln sollen“ (Adolf Portmann). Unseres Wissens stammt ja auch die Parole von der Tötung unwerten Lebens ursprünglich nicht von Nationalsozialisten, sondern ehrenwerten Wissenschaftlern der zwanziger Jahre.
von Lutterotti: Sie sprechen hier *humangenetische* Probleme an, die sehr vielschichtig sind und zu denen es divergierende Antworten gibt. Aber auch hier gilt, daß analytische Erkenntnisse der Naturwissenschaften keine unmittelbar ableitbaren Wertkonsequenzen implizieren. Im übrigen läßt sich auch für die Wissenschaft häufig nicht voraussagen, ob ein genetischer Defekt besser auszurotten ist oder ob er nicht vielleicht doch andere selektive Vorteile beinhaltet. Ich gehe davon aus, daß die exakte Wissenschaft nicht über ethische Probleme befinden kann, die letztlich eine Gewissensfrage darstellen. Auf die in dieser Frage enthaltene Problematik der Werturteile möchte ich hier nicht eingehen. — Die erwähnten Probleme betreffen im übrigen auch den Arzt im Verhältnis zu seinem Patienten: Wenn Spannungen zwischen dem ärztlichen deontologischen System und den Gewissensnormen des Patienten und eventuell den Ansichten der Gesellschaft bestehen, so müssen Arzt wie Patient diese Spannungen ständig neu austragen.

HK: Wir meinten nicht so sehr die humangenetischen Probleme als solche, sondern die Tatsache, daß prognostizierte Verschlechterung menschlichen Erbguts durch den Ausfall „natürlicher“ Selektion zum *Anlaß* für die offene oder versteckte Befürwortung zu Tötung „mensenunwürdigen“ oder „sinnlosen“ Lebens genommen wird.

von Lutterotti: Wenn hinter den von Ihnen angesprochenen humangenetischen Problemen die versteckte Befürwortung der Tötung eines sinnlos gewordenen Lebens sehen, so muß ich als Arzt auch diese versteckte Befürwortung ablehnen. Im übrigen gilt auch hier, was ich vorhin sagte, daß der exakte Naturwissenschaftler Tatbestände feststellt, daß das Normieren der Ethik aber nicht zu seinen Kompetenzen zählt. Der Arzt hat seine ethischen Normen in dieser Frage von seinem Auftrag her vorgezeichnet.

„Der Wert, den man dem Leben beimißt“

HK: Wir wissen nicht, ob Sie vorhin mit Ihrer Anspielung auf die Spannung zwischen ärztlichem Ethos und sittlichem Bewußtsein in der Gesellschaft dies meinten. Aber gibt es gegenwärtig nicht allgemein so etwas wie eine von ferne wirksame euthanasiefördernde Mentalität? Wir denken z. B. an die oft festgestellte und beklagte Ausklammerung des Todes, des Sterbenden, im gewissen Sinne auch des Kranken aus dem gesellschaftlichen Alltag?

von Lutterotti: Sie haben ganz recht, daß das Todesproblem als solches verdrängt wird. Die Schrecken der jüngsten Vergangenheit verdrängen aber bei uns vorläufig, wie mir scheint, auch das Euthanasieproblem, und ich meine, daß die von Ihnen erwähnte Ausklammerung des Todes vor allem mit der *Sinnfrage* des Lebens zusammenhängt. Die Verdrängung des Todesproblems sehe ich als den Versuch an, der Angst vor den letzten Fragen des Lebens auszuweichen. Diese Angst wird sich immer einstellen, wenn das Vertrauen in den Sinn des Lebens verlorengegangen ist.

HK: Kommt verschärfend aber nicht noch etwas anderes hinzu: eine gewandelte Einstellung zum Leiden und in Verbindung damit auch zum Mitleiden? Nicht selten entsteht der Eindruck, der Leidende habe keine Existenzberechtigung. Mit dem Mitleiden tut sich der emanzipationsbewußte Zeitgenosse trotz vieler Mitleidsaufrufe ohnehin schwer. Muß nicht dort, wo Leiden als ein mögliches Element der Selbstfindung völlig ausscheidet, der Ruf nach Euthanasie auf dem Fuß folgen...?

von Lutterotti: Sie weisen daraufhin, daß christliche Ethik das Leiden als Element der Selbsterfahrung bejaht. Der Arzt wird Leiden und Schmerz auf Grund seiner Ein-

stellung zunächst als Defekt auffassen müssen, den es tunlichst zu beseitigen gilt. Dies vorausgesetzt, wird der Arzt aber im Falle eines leidvollen Lebens die genannten Möglichkeiten gewiß nicht verbauen wollen und wird sich bemühen, hilfreich zu sein. Insoweit aber bei den von Ihnen genannten „emanzipationsbewußten Zeitgenossen“ Leiden als Möglichkeit der menschlichen Selbsterfahrung ausscheidet, ist der Ruf nach Euthanasie natürlich nicht auszuschließen. Der Grund liegt letzten Endes in der vorhin aufgezeigten ethischen Problematik.

HK: Letzten Endes scheint also die Einstellung zur Euthanasie doch abzuhängen vom Wert, den man dem Leben beimißt, genauer von den Kriterien, nach denen man diesen bestimmt. Nach was aber wird der Wert des Lebens bemessen, nach Leistung, nach Wohlbefinden, nach dem Grad seelischer, geistiger und körperlicher Gesundheit oder nach all diesen Kriterien zusammen, oder bleibt das Leben etwas absolut Unverfügbares? Geht man von dieser Unverfügbarkeit ab, welche Argumente gegen eine mehr oder weniger breit legalisierte Euthanasie bleiben?

von Lutterotti: Gewiß hängt die Einstellung zur Euthanasie von dem Wert ab, den man dem Leben beimißt. Dies sind aber Sachverhalte, die allgemein menschliche Probleme ansprechen und in die der Arzt jedenfalls nicht von seiner beruflichen Kompetenz her eingreifen kann. Ich persönlich würde meinen, daß jedes Leben seinen Wert zunächst in sich selbst hat, aber daneben auch durch seinen Platz in der Gesellschaft. Es ergeben sich dadurch viele Komplementaritäten. Wenn Sie innerhalb der komplementären Beziehungen zwischen Gesellschaft und Einzelnem das Leben des Einzelnen unabhängig von seiner Leistung, seinem Wohlbefinden usw. als etwas absolut Unverfügbares ansehen, dann kann ich über die negative Einstellung zur legalisierten Tötung nicht zweifeln. Es handelt sich aber hier letzten Endes um eine Weltanschauungsfrage. Mir scheint, daß in dem gleichen Maße, in dem sich im Bewußtsein der Menschen der Glaube an eine transzendente Instanz verflüchtigt, auch die Überzeugung, daß Leben unverfügbare sei, mehr und mehr verlorengeht. Dem Arzt muß aber jegliches Leben unverfügbare bleiben, denn aus dem ärztlichen Ethos sehe ich das Recht zur Tötung nicht ableitbar.

„Erwartungen, die in den Arzt gestellt werden“

HK: Hier aber kann die von Ihnen vorhin angesprochene Spannung bzw. der Konflikt zwischen dem Berufsethos des Arztes und den Gewissensansichten in der Gesellschaft, konkret, auch des Patienten, akut werden. Wie ist dieser Konflikt zu lösen?

von Lutterotti: Es gibt mögliche Konflikte zwischen Arzt und Patient, die gesetzlich geregelt sind; ein weiterer Be-

reich von möglichen Konfliktquellen ist in ärztlichen Standesverordnungen normiert, weiterhin gibt es Ehrenkodices, und schließlich gibt es zwischen Arzt und Patient sogenannte ungeschriebene Gesetze. Arzt und Patient verständigen sich auf der Vertrauensbasis, die im Vertrauen in die Handlungsweise des jeweiligen Partners liegt. Wenn der Patient dies weiß, dann fühlt er sich zuverlässig versorgt, und daraus leitet sich sein Vertrauen zum Arzt ab. Darüber hinaus gibt es echte Aporien, Konflikte, die unlösbar sind und die nur durch die Gewissensentscheidung jedes Einzelnen getragen werden können.

HK: Welche Regeln ärztlicher Ethik müssen dann Ihrer Meinung nach in Geltung bleiben? Genügt der *hippokratische Eid*, von dem Medizingeschichtler sagten, er sei schon zur Zeit seiner Entstehung, nur von den Pythagoräern, aber keineswegs allgemein als Kern ärztlicher Ethik anerkannt worden?

von Lutterotti: Der hippokratische Eid ist das bekannteste Dokument des ärztlichen Ethos, das vielleicht auch durch sein ehrwürdiges Alter beeindruckt. Die verschiedensten Kulturen haben die Aussagen des hippokratischen Eides in Anspruch genommen. Dies zeigt, daß es sich bei diesem Eid um einen weiten Rahmen handelt, der auch weit interpretierbar ist. Aus diesem Grunde können sich auch Schwierigkeiten ergeben, ihn in gleicher Weise wie in früheren Jahrhunderten als verpflichtend anzusehen. Aber es gibt ethische Prinzipien und Regeln des ärztlichen Handelns, die in Geltung bleiben müssen. Wir sagten, daß mögliche Konflikte durch Gesetz, Standesverordnungen und Ehrenkodices geregelt sind. Darüber hinaus gibt es *Erwartungen*, die in den Arzt gestellt werden. Sie lassen sich etwa folgendermaßen zusammenfassen: 1. Er muß helfen, das Leben in seiner psychophysischen Integrität zu

erhalten. 2. Er hat Störungen nach Möglichkeit zu beheben und Krankheiten zu heilen. 3. Im Grenzfall hat er Sterbehilfe zu leisten, indem er für die Linderung körperlicher und seelischer Leiden sorgt. Ich möchte aber nochmals betonen, daß Sterbehilfe nicht Tötung oder Tötungshilfe bedeuten darf.

HK: Halten Sie aus der Sicht des Arztes eine rechtliche Neuumschreibung von Tötungstatbeständen, die in das Feld von Euthanasie und Sterbehilfe hineinreichen, konkret etwa eine Neuformulierung des § 216 (Tötung auf Verlangen) für notwendig?

von Lutterotti: Nein. Ich habe eingangs gesagt, was ich als Arzt unter Sterbehilfe verstehe. Wenn wir das Wort Euthanasie streng auf den aufgezeigten ärztlichen Bereich beschränken und alles übrige Tötung nennen, dann brauchen wir keine rechtliche Neuumschreibung. Lassen Sie mich aber noch etwas hinzufügen. Wie ich meine, darf man sagen, daß die ärztliche Ethik immer nur die allgemeine Ethik der jeweiligen Kultur widerspiegelt. Wenn das gesamte ethische System nicht mehr geschlossen ist, entsteht für die ärztliche Ethik eine besondere Problematik. Es läßt sich jedoch feststellen, daß die ärztliche Pflichtenlehre in sich viel geschlossener wirkt als das heute herrschende Ethos der Gesamtgesellschaft. Ich erinnere in diesem Zusammenhang daran, daß sich die Ärzte fast in ihrer Gesamtheit gegen die Fristenlösung des § 218 ausgesprochen haben, und ich glaube, man kann auch feststellen, daß die Auffassung der Ärzte in der Frage der Euthanasie allgemein streng ist. Somit darf der Arzt verlangen, daß ein Gesetzgeber, der den ethischen Pluralismus der Gesamtgesellschaft berücksichtigt, sich auch mit der einheitlicheren und geschlosseneren Überzeugung des ärztlichen Ethos gründlicher, als es bisher geschehen ist, auseinandersetzen sollte.

Ökumenische Entwicklungen

Gemeinsamer Glaube in getrennten Kirchen

Zum „Neuen Glaubensbuch“ evangelischer und katholischer Theologen

Nach einer Entstehungszeit von 3¹/₂ Jahren erscheint dieser Tage im Verlag Herder, Freiburg, und im Theologischen Verlag, Zürich, unter dem Titel „Der gemeinsame christliche

Glaube“ das sog. „Neue Glaubensbuch“, ein Gemeinschaftswerk einer Gruppe evangelischer und katholischer Theologen, die sowohl in der theologischen Forschung wie in der verantwortlichen ökumenischen Arbeit stehen. Das Werk will nicht systematische Theologie betreiben, sondern nach dem Stand der heutigen theologischen