

Der Umgang mit Sterben und Leben

Medizinische, rechtliche und ethische Fragen zur Euthanasie

Mehr und mehr wird über Sterbehilfe und Euthanasie gesprochen und zunehmend nicht mehr nur über Euthanasie am Lebensende im Falle von Todkranken, sondern von Euthanasie auch am Lebensanfang im Falle von behinderten Neugeborenen. Die jüngste Debatte wurde in diesem Sommer ausgelöst durch die sehr weitgehenden, auf geradezu bizarren philosophisch-anthropologischen Prämissen beruhenden Thesen des australischen Moralphilosophen Wiener Herkunft, Peter Singer. Nachdem dieser auf zwei Kongressen in Marburg und Dortmund als Redner wieder eingeladen worden war – nur auf einer Veranstaltung in Saarbrücken und in Fernsehdiskussionen des bayerischen und des österreichischen Rundfunks durfte er sprechen –, wurde seine Position vor allem von der „Zeit“ (vgl. Ausgaben vom 16. 6., 23. 6. und 14. 7.) zur Diskussion gestellt und verbreitet. Die Diskussionslage ist komplex, der „Vorfall“ Singer hat dies von neuem verdeut-

licht. Es stellen sich rechtliche, vor allem aber ethische Fragen. Und alle berühren Auftrag und Selbstverständnis des Arztes wie die Interessen und Rechte des Patienten. Wir wollten wenigstens einige Kernpunkte von möglichst vielen Seiten her beleuchten. Wir haben deshalb mit dem Juristen gesprochen, denn es geht um rechtliche Regelungen und die dabei angewandten ethischen Kriterien, mit zwei Ärzten und einem Moralthologen. Der Jurist ist Albin Eser, Strafrechtsprofessor in Freiburg und Direktor des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht in Freiburg. Die Ärzte sind der emeritierte Professor für innere Medizin an der Universität Mainz, Paul Schölmerich, und der Chef der Frankfurter Kinderklinik, Professor Volker von Loewenich; als Ethiker haben wir den Moralthologen an der Universität München, Professor Johannes Gründel, befragt. Die Fragen stellte David Seeber.

„Es ist nicht der Ehrgeiz, Leben um jeden Preis zu erhalten“

Fragen an Professor Volker von Loewenich

HK: Herr Professor von Loewenich, Euthanasie nicht nur am Lebensende als Tötung auf Verlangen oder als aktive „Hilfe zum Sterben“, sondern Euthanasie auch am Lebensbeginn, also Tötung oder Sterbenlassen von Schwerbehinderten, ist vor allem bei uns erst relativ neu – durch Thesen des australischen Ethikers Peter Singer – in die Diskussion gekommen. Diejenigen, die Singers Thesen propagieren, sagen, es werde damit nur öffentlich gemacht, was im Falle schwerbehinderter Neugeborener ärztliche Praxis sei, Was ist daran richtig, was Unterstellung?

von Loewenich: Peter Singer befürwortet ganz klar die aktive Tötung behinderter Neugeborener. Seine Definition der menschlichen Person gleicht der, die bereits in der idealistischen Philosophie zu finden ist. Diese Definition der Person setzt die volle menschliche Autonomie voraus, ist mithin extrem eng gefaßt. Sie deckt sich keineswegs mit der bei uns und in anderen Ländern gültigen juristischen Definition der Person. Nach deutschem Strafrecht erhält der Mensch die Qualität einer Person mit dem Einsetzen regelmäßiger Wehen bei seiner Geburt, eine aus heutiger Sicht sicher künstlich und revisionsbedürftig erscheinende Definition. Die Qualität Person erlischt mit dem Individualtod. Nach Peter Singers Definition müßte auch ein alternder Mensch, der Verluste seiner Autonomie aufgrund Nachlassens menta-

ler Fähigkeiten erlebt, die Qualität Person verlieren. Singer geht dann einen gedanklichen Schritt weiter und fordert, daß das Leben von Menschen, die noch nicht oder nicht mehr Person nach seiner Definition sind, zur Disposition gestellt werden kann, wenn dies nützlich erscheint.

HK: Aber wie sieht die Praxis aus, die die denjenigen unterstellen, die Singers Thesen propagieren?

von Loewenich: Ich bin sicher, hier nicht nur für mich und meine Mitarbeiter, sondern für die gesamte deutsche Kinderheilkunde zu sprechen, wenn ich sage, daß diese Thesen nirgends akzeptiert oder gar praktiziert werden. Es kann also überhaupt keine Rede davon sein, daß Singer nur das beschrieben habe, was tägliche Praxis sei. Andererseits sind sich Kinderärzte, Juristen und Ethiker weitestgehend darin einig, daß Leben, gleichviel welchen Alters, nicht um jeden Preis erhalten werden muß bzw. soll, wenn dieses Leben durch unerträgliche Leiden belastet sein wird, ohne Aussicht auf Besserung, wenn dieses Leben ohnehin nur unter Leiden eine kurze Zeit weiter aufrechterhalten werden kann oder wenn die Fähigkeit zu auch nur geringfügiger zwischenmenschlicher Kommunikation nicht erwartet werden darf.

HK: Die Forderung nach Früh euthanasie wird vor allem damit begründet, daß früher Kinder mit gewissen Formen

von Schwerstbehinderung kaum Überlebenschancen gehabt hatten, während durch die heutigen chirurgischen Eingriffe Überleben gesichert werden könne. In welchem Umfang resp. Ausmaß trifft das zu? Und wie weit werden da Extremfälle verallgemeinert?

von Loewenich: Nun, bevor wir Antibiotika hatten, war es sozusagen Routine, an einer Lungenentzündung zu sterben. Niemand würde deshalb heute fordern, einen Patienten mit einer Lungenentzündung nur deshalb sterben zu lassen, weil man ihn früher nicht heilen konnte. Nicht anders ist es mit zahlreichen Erkrankungen und Fehlbildungen Neugeborener und Frühgeborener. Wir können heute angeborene Verschlüsse von Speiseröhre und Darm, Bauchspalten, die Mehrzahl angeborener Herzfehler und andere Fehlbildungen korrigieren. Wir beherrschen die Mehrzahl der schweren Atemstörungen Frühgeborener, die noch vor zwei Jahrzehnten ausschließlich zum Tode führten. Es besteht nicht der geringste Grund, diese Möglichkeiten der heutigen Medizin nicht zu nutzen. Insofern geht Ihre Frage, die in dieser Weise sehr häufig anzutreffen ist, am eigentlichen Problem vorbei.

„Niemand würde fordern, einen Patienten mit Lungenentzündung sterben zu lassen, weil man ihn früher nicht heilen konnte“

HK: Aber in jedem Fall steht der Arzt damit vor veränderten Entscheidungssituationen. Was folgt für Sie daraus?

von Loewenich: Die entscheidende Frage ist für mich: Welchen unseren Patienten können wir Heilung oder Besserung ihrer Leiden verschaffen, und welchen Patienten verhelfen wir nur zu einem ihnen selbst, vielleicht auch ihren Angehörigen, unzumutbaren Leben. Diese Frage ist völlig unabhängig vom jeweiligen Stand der Medizin. Nur die Antwort wird, je nach Stand des Könnens und des Wissens, verschieden ausfallen. Voraussetzung für ein fundiertes Beantworten dieser Frage ist selbstverständlich Wissen und Können einschließlich der Inanspruchnahme des Wissens und Könnens von Kollegen benachbarter Fachrichtungen. Ein Beispiel: Wird ein Problem beim noch Ungeborenen oder gerade geborenen Kind erkannt, so wird der verantwortungsbewusste Geburtshelfer nicht aus eigener Machtvollkommenheit Entscheidungen für oder gegen das Leben des Kindes treffen, sondern er wird sich des Rates des Neonatologen (d. h. des in Neugeborenenheilkunde spezialisierten Kinderarztes) und ggf. des Kinderchirurgen, des Kinderneurologen, des Neurochirurgen usw. bedienen.

HK: Singer spricht als kühler, an der Abwägung von Interessen ausgerichteter Ethiker vom „nicht lebenswerten“ Leben, das dann nicht lebenswert erscheint, wenn eine Entwicklung zur vollen Persönlichkeit mit vollem Selbstbewusstsein und zu voller Wahrnehmungsfähigkeit nicht möglich ist. Aber läßt sich selbst jenseits aller religiöser

Überzeugungen Leben von Menschen überhaupt so bewerten, überhaupt bewerten? Oder andersherum gefragt: Kommt der Arzt in Konfliktsituationen an solchen Bewertungen überhaupt vorbei?

von Loewenich: Für mich stellt sich zunächst einmal die Frage, wie weit man den Utilitarismus Singers überhaupt als Ethik bezeichnen kann ...

„Singer landet letzten Endes bei dem Denkansatz des nutzlosen Essers“

HK: Einverstanden. Aber Bewerten oder Nichtbewerten, das ist wohl nicht nur eine an Singer zu richtende Frage?

von Loewenich: Lebenswertes und nicht lebenswertes Leben: Diese Vokabeln sind im Deutschen schwer verwendbar, da sie historisch belastet sind. Dennoch sind sie prinzipiell durchaus brauchbar. Die Schwierigkeit liegt

Aus: Singer, *Praktische Ethik*, S. 105/106:

Diese beiden Bedeutungen von „menschliches Wesen“ überschneiden sich, aber sie fallen nicht zusammen. Der Fötus, der stark zurückgebliebene „dahinvegetierende Mensch“, selbst das neugeborene Kind – sie alle sind unbestreitbar Angehörige der Spezies *Homo sapiens*, aber niemand von ihnen besitzt ein Selbstbewusstsein oder hat einen Sinn für die Zukunft oder die Fähigkeit, mit anderen Beziehungen zu knüpfen. Daher kann die Wahl zwischen den beiden Bedeutungen für unsere Antwort auf Fragen wie „Ist der Fötus ein menschliches Wesen?“ einen großen Unterschied ausmachen ...

... Um nichts zu präjudizieren und um meine Absicht klarzumachen, werde ich den verwickelten Begriff „menschlich“ vorübergehend aufgeben und zwei verschiedene Begriffe dafür einsetzen, die den beiden verschiedenen Bedeutungen von „menschlich“ entsprechen. Für die erste, biologische Bedeutung werde ich den schwerfälligen, aber präzisen Begriff „Mitglied der Gattung *Homo sapiens*“ verwenden, für die zweite Bedeutung den Begriff „Person“.

Dieser Gebrauch von „Person“ kann selbst irreführend sein, weil „Person“ oft in der Bedeutung von „menschliches Wesen“ verwendet wird. Dennoch sind die Begriffe nicht bedeutungsgleich; es könnte eine Person geben, die nicht Mitglied unserer Gattung ist. Es könnte auch Mitglieder unserer Gattung geben, die nicht Personen sind.

aber in der Wertung selbst. Wie schon erwähnt, bindet Singer die Qualität der menschlichen Existenz an das Vorhandensein vollen Selbstbewusstseins und voller Wahrnehmungsfähigkeit. Person ist bei ihm nur, wer uneingeschränkt autonom in seinen Entscheidungen ist bzw. sein kann. Diese Kriterien werden vom Neugeborenen nicht erfüllt, aber auch nicht vom jüngeren Kind und auch nicht vom sehr alten Menschen, jedenfalls in der Regel. Wenn der Erwerb der vollen Autonomie nicht zu erwarten ist, ist nach Singer das Leben nicht lebenswert. Das Leben dürfte auch dann nicht mehr lebenswert sein, wenn diese Autonomie teilweise oder ganz verlorengelht. Die Qualität „menschliche Person“ würde dann nicht erreicht oder wäre nicht mehr gegeben. Es wird bei diesem Denkansatz außerordentlich schwierig, überhaupt noch Gren-

zen zu ziehen zwischen voller Autonomie und eingeschränkter oder fehlender Autonomie. Jedes Leben eines Schwachsinnigen wäre dann nicht lebenswert. Allerdings ist das, und das muß man betonen, die Sicht eines Denkers, der sich im Besitz der vollen Autonomie zu sein weiß oder glaubt. Aus der Sicht des Schwachsinnigen stellt sich der Wert seines Lebens ganz anders dar. Hat nun der autonome Denker das Recht, über den Wert des Lebens des nicht ganz so autonomen Menschen zu befinden? Letzten Endes landet er bei dem Denkansatz des nutzlosen Essers, der zu eliminieren ist. Wo ist aber hier die Grenze? Hat der autonome Denker mehr recht als der Schwachsinnige? Der Schwachsinnige könnte durchaus zu der Meinung gelangen, der autonome Denker sei nutzlos und deshalb zu eliminieren.

HK: Und wie beantwortet sich das in der ärztlichen Praxis ...

von Loewenich: Der ärztliche Denkansatz kann nie utilitaristisch sein, solange sich der Arzt auch nur irgendwie als Helfer des Kranken versteht. Dann wird er sich nicht herausnehmen zu beurteilen, wie wertvoll ein Mensch ist. Er wird nur danach zu fragen haben, ob er dem Patienten helfen kann zu einem besseren oder erträglichen Leben, oder ob er durch sein Tun dem Patienten Schlimmeres aufbürdet als den Tod.

HK: Abgesehen von der Häufigkeit des Auftretens solcher Fälle, die ohne die medizinischen Möglichkeiten von heute wenig oder keine Überlebenschance hatten, ist das Kernproblem nicht die Prognose? Wie sicher können Prognosen bezüglich Lebensfähigkeit und bezüglich der geistig-seelischen Entwicklung überhaupt gestellt werden? In der „Zeit“ meldete sich nach der Singer-Debatte ein 26jähriger Mann zu Wort, der von sich sagte, er sei als 1100-Gramm-Kind zur Welt gekommen und habe bis vor wenigen Jahren noch zur Gruppe der nicht Lebensfähigen gezählt. Er habe aufgrund eines Hydrozephalus seit dem zweiten Lebensjahr eine künstliche Gehirnwasserableitung. Er habe sich zwar bis heute 20 Operationen und 40 Krankenhausaufenthalten unterziehen müssen, habe aber Abitur gemacht und studiere heute, möchte aber keine Minute gerade dieses Lebens missen. Lassen sich Prognosen so eindeutig stellen, wie es von außen oft unterstellt wird? Und läßt sich „Lebensqualität“ nicht von recht verschiedenen Seiten beleuchten?

von Loewenich: Prognosen sind immer Aussagen, die sich aus der medizinischen Erfahrung herleiten. Nachuntersuchungen an ehemals schwerkranken Neugeborenen beschreiben immer die Ergebnisse einer Medizin, die inzwischen 5–10 Jahre zurückliegt. Insofern bieten uns Längsschnittuntersuchungen, sogenannte Follow-up-Studien nur die Basis für Schätzungen. Im Einzelfall ist eine Prognose immer mit nennenswerten Unsicherheiten belastet. Das heißt nicht, daß bei sehr schwerwiegenden Befunden nicht Aussagen gemacht werden könnten: Die im Ultraschallbild sichtbar zu machende weitgehende Zerstörung des Gehirnes eines schwerstkranken Frühgebore-

nen läßt den Schluß zu, daß das Kind entweder nicht überleben wird oder, falls es überlebt, neurologische und geistige Schäden haben wird. Wie schwer diese Schäden dann im Einzelfall sein werden, ist auch wieder nicht vorherzusagen. Wer aufmerksam und sorgfältig untersucht und die überlebenden Patienten später auch nachuntersucht, wird immer wieder erleben, daß seine Prognosen nicht zutrafen, wobei die Spätergebnisse schlechter oder besser sein können als das, was man ursprünglich erwartete. Dieser Gefahr der Fehleinschätzung muß man sich bewußt sein, wenn man eine Prognose stellt und von dieser sein weiteres Vorgehen abhängig macht. Voraussetzung ist selbstverständlich, daß alle heute zur Verfügung stehenden und im gegebenen Fall sinnvollen diagnostischen Möglichkeiten zur Erarbeitung der Prognose genutzt werden.

„Daß man als Arzt solche Erfahrungen fürchtet, dürfte zu verstehen sein“

HK: Also wenn ich Sie recht verstehe, kann auch die abgewogenste Prognose unzutreffend sein. Fällt die Wirklichkeit schlechter aus als die Prognose, steht der Arzt u. U. schlecht da. Führt sie zum Sterbenlassen, ist an ihr nichts mehr revidierbar ...

von Loewenich: Dies ist in der Tat eine weitere Gefahr, der man sich bewußt sein muß. Stellt man eine lebenserhaltende Behandlung ein, oder unterläßt man sie und der Patient stirbt, so kann man sich als behandelnder Arzt in dem Glauben wiegen, man habe richtig und im Interesse

Aus: *Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (1986)*

- (1) Wer lebenserhaltende Maßnahmen abbricht oder unterläßt, handelt nicht rechtswidrig, wenn ...
2. der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis das Bewußtsein unwiederbringlich verloren oder im Falle eines schwerstbeschädigten Neugeborenen niemals erlangen wird.

Aus: *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Resolution zur Behandlung Todkranker und Sterbender*

„Bei schweren angeborenen Mißbildungen Neugeborener darf eine Behandlung unterbleiben oder abgebrochen werden, wenn wegen schwerer Beeinträchtigung vitaler Funktionen offensichtlich keine Lebensfähigkeit besteht.“

des Patienten gehandelt. Eine Korrekturmöglichkeit für dieses Dafürhalten gibt es nicht. Hat der Patient aber überlebt und begegnet einem wieder in schwer geschädigtem Zustand, so mag man diesen Patienten als einen lebenden Vorwurf empfinden. Daß man als Arzt solche Erfahrungen fürchtet, dürfte zu verstehen sein. Hieraus ergibt sich aber eine gewisse Verführung, im Zweifelsfall Leben nicht zu erhalten, mehr oder weniger auf Verdacht. Diese Verführung wird derzeit immer virulenter, da Rechtsstreitigkeiten viel häufiger wegen körperlicher oder geistiger Schäden eines Kindes angestrengt werden als wegen des Todes eines Neugeborenen. Dieser Gesichtspunkt hat zwar nichts mit ethisch fundierten Ent-

scheidungen zu tun, beschreibt aber dennoch eine menschliche Realität. Im übrigen, um nochmals an Ihre vorausgegangene Frage anzuknüpfen, die Frage nach der Beurteilung der Lebensqualität beantwortet sich eigentlich schon von alleine. Ich darf in diesem Zusammenhang nur daran erinnern, wie unterschiedlich die Lebensqualität von verschiedenen krebserkrankten Individuen beurteilt wird und wie auch beim einzelnen Individuum diese Beurteilung erheblichen Schwankungen unterworfen sein kann.

HK: Wo liegt denn eigentlich der Schwerpunkt des Problems: In der Rettung der Lebensfähigkeit von Schwerstbehinderten durch die moderne Apparatemedizin oder in der Vermeidung von Leben, das nach Kriterien des gesunden, auf Wohlergehensoptimierung gerichteten Menschen nicht als lebenswert erscheint?

von Loewenich: Zunächst zu dem Ausdruck „moderne Apparatemedizin“. Dieses Schlagwort wird unentwegt benutzt ...

HK: Es ist gängiger Sprachgebrauch, soweit zu hören, auch bei Medizinern ...

von Loewenich: Dadurch wird es nicht richtiger. Wir benutzen in der heutigen Medizin mehr Apparate, als wir das früher konnten. Diese Apparate sind Knechte, die uns mechanische Tätigkeiten abnehmen, oder die Informationen sammeln, die wir für die Diagnostik oder für die Therapieführung benötigen. Die Apparate führen kein Eigenleben und ersetzen weder den denkenden oder fühlenden Arzt, noch treffen sie Entscheidungen. Eine Beatmungsmaschine macht nichts anderes als das, was ich auch mit einem Beatmungsbeutel mit der Hand machen kann, nur macht die Maschine dies exakter und vor allem unermüdbar. Aufwendige Monitore, die Vitalfunktionen unserer Patienten überwachen, sorgen dafür, daß wir nicht aus Unkenntnis Fehler begehen und die Patienten schädigen. Der eigentliche Fortschritt der modernen Medizin liegt darin, daß wir heute sehr viel mehr Zusammenhänge verstehen, mehr wissen und unser Problembewußtsein laufend schärfen.

„Dieses Vorgehen wird seit langem einhellig als barbarisch angesehen“

HK: Meine Frage ging mehr in die Richtung, wohin zielen eigentlich jene, die „Früheuthanasie“ zulassen möchten, denkt man etwa an eine Panorama-Sendung, ich glaube vom vorigen Jahr? Sterbenlassen von Schwerstbehinderten, die ohne die heutigen Behandlungsmethoden keine Lebenschance hätten, oder Wohlergehensoptimierung durch „Eliminierung“ Behinderter?

von Loewenich: Sicher ist es nicht der Ehrgeiz der heutigen Medizin, Leben um jeden Preis zu erhalten, z. B. um den Preis schwerster, unerträglicher Behinderung oder einer Behinderung, die menschliches Miteinander nicht mehr zuläßt. Das heißt aber keineswegs, daß jede Art von

Behinderung durch Eliminierung ihres Trägers vermieden werden dürfte. Die Panorama-Sendung vom 25. Juli 1988 hat den Eindruck zu erwecken getrachtet, die 1986 von Ärzten, Juristen und Theologen gemeinsam erarbeiteten Einbecker Empfehlungen in diesem Sinne umzuinterpretieren. Die Sendung war journalistisch unseriös gemacht, denn es wurden wesentliche Passagen der Einbecker Empfehlungen weggelassen, die ganz klar erklären, daß

Aus: *Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht – „Einbecker Erklärung“ (1986)*

III.

Die gezielte Verkürzung des Lebens eines Neugeborenen durch aktive Eingriffe verstößt gegen die Rechts- und die ärztliche Berufsordnung.

IV.

1. Der Arzt ist verpflichtet, das Beste, das Wirksamste zu tun, um das Leben zu erhalten und bestehende Schädigungen zu mildern oder zu beheben.
2. Die ärztliche Behandlungspflicht wird nicht allein durch die Möglichkeit der Medizin bestimmt. Sie ist ebenso an human-ethischen Beurteilungskriterien und am Heilauftrag des Arztes auszurichten.
3. Es gibt daher Fälle, in denen der Arzt die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten insbesondere
 - zur Herstellung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und/oder
 - der massiven operativen Intervention nicht ausschöpfen muß.

VII.

Der Umstand, daß dem Neugeborenen ein Leben mit Behinderungen bevorsteht, die diesen Schweregraden nicht entsprechen, z. B. caudale Dysplasie, Mongolismus, rechtfertigt nicht, lebenserhaltende Maßnahmen zu unterlassen oder abzubrechen.

es nicht zu rechtfertigen ist, Behinderungen, auch sehr nennenswerte Behinderungen, durch Einstellen oder Vorhalten lebenserhaltender Maßnahmen zu vermeiden. Allerdings war diese Sendung insofern nützlich, als sie sich sehr nachdrücklich gegen den Singer'schen Standpunkt stellte und damit gegen eine zweifellos vorhandene Zeitströmung. Diese Zeitströmung bezeichnen Sie treffend als Wohlergehensoptimierung. Solche Tendenzen sind vorhanden, deswegen aber keineswegs zu rechtfertigen. Sie führen letztendlich zu dem, was wir in Deutschland schon einmal hatten, der Forderung nach dem kraftstrotzenden, uneingeschränkt gesunden Herrenmenschen.

HK: Jetzt abgesehen einmal von der ethischen Beurteilung der Früheuthanasie von Schwerstbehinderten: Für Singer ist die direkte Tötung schwerbehinderter Neugeborener die humanere Lösung als das Sterbenlassen. Begründung (und dies ist ein Vorwurf Singers an die medizinische Praxis): das Sterbenlassen bedeute für die

Betreffenden übermäßiges Leiden und unnötiges Leid. Wie sieht das auf dem Hintergrund Ihrer klinischen Erfahrung aus?

von Loewenich: Ich weiß nicht, woher Peter Singer seine Informationen über die klinische Praxis erworben hat. In England wurde vor zwei Jahrzehnten vorgeschlagen und mancherorts auch praktiziert, Kinder mit nicht korrigierbaren schwersten Mißbildungen und daraus resultierenden schwersten Behinderungen nicht zu behandeln, nicht zu ernähren und ihnen nur dann, wenn sie weinten, Flüssigkeit zu geben. Dieses Vorgehen wird seit langem einhellig als barbarisch angesehen und abgelehnt. Beenden oder Vorenthalten einer lebensverlängernden bzw. lebenserhaltenden Therapie bedeutet niemals, daß deshalb auch eine Leiden mindernde Behandlung eingestellt werden dürfte. Umgekehrt besteht allgemeiner Konsens, daß dann, wenn unser Ziel nicht mehr sein kann, Leben zu erhalten bzw. zu verlängern, bei der Linderung von Leiden keine Rücksicht darauf genommen werden muß, daß durch diese leidensmindernde Behandlung das Leben evtl. verkürzt wird.

HK: Aber letztlich geht es bei Singer um die Rechtfertigung aktiver Sterbehilfe. Wie sehen Sie in diesem Zusammenhang den Unterschied „aktiv“–„passiv“?

von Loewenich: Aktive Sterbehilfe gilt nach unseren Gesetzen als Tötungsdelikt und ist deshalb mit Strafe bedroht. Dies ist keineswegs unzumutbar, stellt doch die aktive Sterbehilfe einen höheren Grad von Aggressivität gegen menschliches Leben und damit eine weitergehende Überschreitung uns gesetzter Normen dar als die passive Sterbehilfe. Andererseits soll kein Arzt vergessen, daß auch die passive Sterbehilfe, das Unterlassen lebensrettender Maßnahmen, nur juristisch, nicht aber ethisch so wesentlich verschieden ist von der aktiven Sterbehilfe. Motivation und Ergebnis sind in beiden Fällen die gleichen. Auch der Entschluß, Leben nicht weiter zu erhalten, ist mindestens ein gedanklich aktiver Prozeß. Der gedankliche Rückzug darauf, man habe ja nur *nichts* getan, dient daher eher der Salvierung des eigenen Gewissens, als daß es ein im Grundsatz anderes Vorgehen beschreibt. Auch bei der passiven Sterbehilfe werden uns gesetzte Normen, immer vorausgesetzt, daß man diese überhaupt anerkennt, überschritten, wenn auch aufgrund einer im besten Interesse des Patienten getroffenen Entscheidung.

HK: Wie ist Ihre Erfahrung aus der klinischen Praxis: nimmt der Druck auf den Arzt seitens von Eltern, aber auch in der öffentlichen Meinung zu, sich im Falle von schweren Behinderungen gegen die Lebenserhaltung der Behinderten zu entscheiden?

von Loewenich: Solchen Druck gibt es, wobei allerdings die Meinung von Eltern und auch die der Öffentlichkeit oft aus mangelnder Informiertheit resultiert. Die von Eltern vorgetragene Forderung, ein durch schwerste irreparable Behinderungen gekennzeichnetes Leben unbedingt zu erhalten, ist die große Ausnahme.

HK: Besteht Ihrer Meinung nach ein Zusammenhang zwischen der jetzt laut werdenden Forderung nach Früh euthanasie und der erweiterten Möglichkeiten der Früherkennung von Behinderungen durch pränatale Diagnostik? Könnte es sein, daß angesichts der Möglichkeiten der Früherkennung die Geburt Behinderter vornehmlich als Betriebsunfall zu werten ist, der durch Früh euthanasie zu korrigieren ist?

von Loewenich: Der letzte Satz Ihrer Frage beschreibt in vielleicht etwas zu drastischer Formulierung das, was vielfach gedacht und auch zum Gegenstand von Rechtsstreitigkeiten gemacht wurde. Zweifellos fördert das Wissen um diese rechtlichen Komplikationen die Bereitschaft, die Indikation zur Abtreibung im Zweifelsfall eher weiter zu stellen. Diese Tendenz ist aus moralischer Sicht sicher alles andere als begrüßenswert. Allerdings erfordert die Frage eine etwas differenziertere Betrachtungsweise: Liegt eine Fehlbildung vor, die nach der Geburt des Kindes unausweichlich zu dessen Tode führt, so muß die Frage erlaubt sein, ob die Fortführung der Schwangerschaft, die ihren eigentlichen Zweck verloren hat, der werdenden Mutter zugemutet werden kann bzw. darf. Andererseits kann aber auch nicht jede erkennbare Krankheit oder prospektive Behinderung eines Feten dessen Tötung rechtfertigen (soweit diese überhaupt diskutabel erscheint). Es kann vom Pränatal-Mediziner verlangt werden, daß er vor solchen Entscheidungen Vertreter derjenigen Disziplinen zuzieht, die nach der Geburt des betroffenen Kindes tätig werden müßten, d.h. in erster Linie den Neonatologen und, je nach Problem, Kinderchirurgen, Kinderneurologen, Kinderneurochirurgen, Kinderkardiologen u. a.

„Unsere viel schwierigere Aufgabe ist, die vorherrschende Einstellung zu Behinderten zu korrigieren“

HK: Gerät der Mediziner, auch der Pädiater, soweit er es mit behinderten Kindern zu tun hat, also einerseits doch in die Spannung, sich mit den ambivalenten Wirkungen des medizinischen Fortschritts auseinandersetzen zu müssen, und auf der anderen Seite einer Einstellung zu begegnen, die Leiden möglichst nicht tolerieren möchte und den Sinn für den dafür notwendigen mitmenschlichen Einsatz trotz der öffentlichen Forderung nach „behindertengerechten“ Einrichtungen und Lebensformen nicht aufbringt?

von Loewenich: Ambivalente Wirkungen waren der Medizin schon immer eigen. Diskussionen entzündeten sich an den Fortschritten von vor 25 Jahren ebenso wie am heutigen Stand der Medizin, sie sind also nicht neu. Ebensowenig sind die sich für den Arzt ergebenden Spannungen neu. Sie begleiten die Medizin und werden sie weiter begleiten. Intoleranz gegenüber Behinderten ist in unserem Lande in der Tat üblich. Man muß nur ein Kind mit einer

noch so leichten Behinderung haben, um kalte Rücksichtslosigkeit auch von Menschen zu erleben, deren Bildung oder deren Tätigkeit eigentlich etwas Besseres erwarten lassen sollte. Dennoch ist dies kein Grund, jede Behinderung durch Ausmerzungen ihres Trägers in einem frühen Stadium seiner Entwicklung zu vermeiden. Unsere außerordentlich viel schwierigere Aufgabe ist es hingegen, die vorherrschende Einstellung zum Behinderten, zum Hilfsbedürftigen in unserer Gesellschaft zu korrigieren.

HK: Sehen Sie angesichts dieser Spannung einen neuen rechtlichen Regelungsbedarf, der dem Arzt, aber auch

den betreffenden Angehörigen gegenüber dem Arzt mehr Rechtssicherheit garantiert?

von Loewenich: Auf den Einbecker Workshops der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht von 1986 und von 1988 waren sich Ärzte, Juristen und Ethiker absolut einig darin, daß vom Gesetzgeber keine Regelungen gefordert werden sollen, wo individualisierte ethische Entscheidungen geboten sind. Wo bislang die Legislative eingeschaltet wurde, man denke an den Fall „Baby Doe“ in den USA, hat man damit ausschließlich schlechte Erfahrungen gemacht, die wir hierzulande möglichst nicht wiederholen sollten.

„Die Schwierigkeiten liegen in der Abschätzung eines Krankheitszustandes“

Fragen an Professor Paul Schölmerich

HK: Herr Professor Schölmerich, in einem Gedenkartikel zum 100. Geburtstag Martin Heideggers war jüngst zu lesen (Südd. Zeitung, 23/24.9.89), die Subjekt-Objektspaltung der instrumentellen Vernunft habe u. a. eine Medizin hervorgebracht, „die den Leib total vergegenständlicht“ und so darauf ausgehe, *Krankheiten* um jeden Preis zu „bekämpfen“ und „auszurotten“ und so „das Leben des einzelnen ohne Rücksicht auf Verluste zu verlängern“. Karikatur oder Wirklichkeit des heutigen Medizinbetriebs, insbesondere soweit es sich um den Einsatz von Intensivmedizin handelt?

Schölmerich: Es handelt sich bei der Aussage nicht um eine Karikatur, sondern um eine plakative Fehldeutung der Entwicklung der Medizin in den letzten Jahrzehnten. Sie wird in ähnlicher Form häufig von Publizisten vertreten, denen die eigene Erfahrung mit entsprechenden Situationen fehlt. Man hat ebenso plakativ von der „Arroganz der Gesunden“ gesprochen. Die Intensivmedizin stellt tatsächlich einen entscheidenden Fortschritt, allerdings nur in einem Teilbereich der Medizin dar, der sich auf schwere organische Krankheitszustände, die Bewältigung postoperativer Krisensituationen und andere lebensbedrohliche Extrembilder bezieht. Die Aufgabe der Intensivmedizin ist, prinzipiell reversible Funktionsausfälle vitaler, lebensnotwendiger Körperfunktionen meist mit apparativer Hilfe so lange zu beheben, bis der Organismus die Fähigkeit eines geordneten regulatorischen Funktionsablaufes wiedergewonnen hat. Diese Definition bedeutet, daß Krankheitsbilder, die in kürzerer Frist unabänderlich zum Tode führen, nicht Gegenstand intensivmedizinischer Behandlung sein sollen. Eine solche Sondersituation darf nicht zum Maßstab der Bewertung des weiten Bereiches der gesamten Medizin gemacht werden.

Im Gesamtsystem der sozialen Sicherung macht sie lediglich einen Minimalanteil aus.

HK: Nicht zuletzt das Mißtrauen gegenüber den Möglichkeiten heutiger Intensivmedizin führt aber verstärkt zur Forderung, nicht nur das Sterben nicht künstlich zu verlängern, tödlich erkrankte Patienten ohne Anwendung „außergewöhnlicher Maßnahmen“ in Würde sterben zu lassen. Dabei kommt auch der Ruf nach Euthanasie, auch der aktiven Euthanasie immer wieder neu ins Spiel. Und Umfragen bestätigen, daß die Möglichkeit aktiver Sterbehilfe von großen Teilen der Bevölkerung bejaht wird. Wie beurteilen Sie als Mediziner diese Entwicklung?

Schölmerich: Daß die Mehrheit der Bevölkerung eine aktive Sterbehilfe, also die bewußte Beendigung eines als unerträglich empfundenen Lebens bejaht, ist verständlich. Nur wenige sind bereit, ein langes, schmerzgeplagtes Leben ohne Aussicht auf Besserung oder gar Heilung zu ertragen. Die im FAZ-Magazin jede Woche gestellte Frage nach dem Sterben wird von fast allen Befragten mit dem Wunsch beantwortet, einen schnellen und schmerzlosen Tod zu erleiden ...

„Der Arzt wird im Zweifel sich immer für einen Maximaleinsatz entscheiden“

HK: ... Welche Konsequenzen würden Sie daraus für das ärztliche Ethos ableiten, besonders angesichts des Verlangens begrenzter Zulassung auch aktiver Euthanasie?

Schölmerich: Eine aktive Beendigung des Lebens durch den Arzt widerspricht der ethischen Maxime, nicht zu töten und ist andererseits auch dem Arzt nicht zumutbar, da