

Zwischen Annehmen und Loslassen

|| Konflikte der Frühgeborenenmedizin aus theologisch-ethischer Sicht

Die wachsenden technischen Möglichkeiten in der Medizin haben auch im Bereich der Früh- bzw. Neugeborenenmedizin (Neonatologie) beachtliche Erfolge mit sich gebracht. Inzwischen können bereits Frühgeburten ab der 23. oder 24. Schwangerschaftswoche, die früher keine Chance hatten, überleben. Andererseits sind mit dem technischen Fortschritt die ethischen Problemsituationen in diesem Bereich nicht geringer geworden. So stellt sich nicht nur die Frage, ob man Kinder mit schweren gesundheitlichen Schädigungen überhaupt behandeln soll, welche Schädigungen man behandeln soll und ab wann man mögliche Maßnahmen abbrechen kann. Es stellt sich auch die Frage, ob und ab wann man bei frühgeborenen Kindern, die zunächst gesund sind, bei denen dann aber – möglicherweise auch durch die Behandlung – Komplikationen und Schädigungen auftreten, auf Behandlungsmöglichkeiten verzichten oder bereits ergriffene Maßnahmen absetzen kann.

Für die Eltern der Kinder, aber auch für die Ärzte und Pflegekräfte, sind solche Situationen nicht nur emotionale Wechselbäder, sondern angesichts der Aufgabe einer verantwortlichen Entscheidung auch höchst ambivalent¹. Auf der einen Seite steht der Wunsch, alles nur Mögliche zu tun, damit das Kind überlebt. Andererseits besteht die Angst vor der möglichen Schädigung und Behinderung und – wenn sich bereits Komplikationen ergeben haben – die Angst vor dem ungewissen Ausgang sowie die Angst vor der Überforderung.

Auf der einen Seite stellt sich die Aufgabe, das Kind auch mit seiner möglichen Behinderung anzunehmen. Andererseits kann es unausweichlich werden, das Kind, auf das man sich gefreut hat, loslassen zu müssen. Doch wo liegt die verantwortbare Grenze zwischen Annehmen und Loslassen? Wie weit reicht die Aufgabe, ein Kind trotz Schädigungen und Behinderungen anzunehmen und alles zu tun, damit es überlebt?

Ab wann muß man es loslassen, ja *darf* man es loslassen? Die Sprache allein ist hier problematisch und für Mißbrauch offen. Denn die Rede vom „Annehmen“ und „Loslassen“ ist von vornherein mit einer positiven Wertung besetzt. Wenn man von einer Handlung sagt, es gehe dabei um ein Annehmen oder Loslassen, wird nahegelegt, die Handlung entspringe aus einer ethisch guten Grundhaltung. Ob diese Rede aber tatsächlich auch durch die Situation gedeckt ist, ob die so bezeichnete Handlungsweise tatsächlich ethisch gut ist und die entsprechende Bezeichnung verdient, ist damit noch

nicht entschieden. Daß man das Kind trotz schwerster Schädigungen „annehmen“ muß, kann zum unbarmherzigen Urteil und zur unmenschlichen Überforderung werden. Daß man das Kind „loslassen“ muß, kann umgekehrt leicht als Ausrede gebraucht werden, um sich nicht mit der Behinderung auseinandersetzen zu müssen.

So stellt sich die Frage, ob und wie man – abgesehen von solchen wertenden Formulierungen – auch begründet zu einer ethisch verantwortbaren Entscheidung kommen kann, wann die Rede vom Annehmen und wann die Rede vom Loslassen am Platz ist.

Entscheidungsfindung im Diskurs

Im Blick auf diese Frage werden heute in der medizinischen Ethik verschiedene Verfahrensmodelle genannt und diskutiert, die die Bedingungen für eine verantwortliche Entscheidung sicherstellen sollen: das *Autoritätsmodell*, bei dem der leitende Arzt aufgrund seiner Erfahrung und seiner Einstellung – wenn auch möglicherweise unter Beratung mit den Betroffenen – die Entscheidung trifft. Das *Richtlinienmodell*, das der Willkür der Einzelfallentscheidung entgegenwirken will; hier ließe sich etwa auf die „Einbecker Empfehlungen“ verweisen, die den Grundsatz festhalten, lebenserhaltende Maßnahmen solange zu ergreifen, wie das Kind auch nur eine geringe Überlebenschance hat, aber auch auf Richtlinien, die festlegen, daß Frühgeborene, die vor der 25. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen, nur leidensmindernd behandelt werden. Das *Delegationsmodell*, das die Entscheidungsfindung an die Eltern bzw. ein Ethikkomitee überträgt.

Alle drei Modelle haben dabei auch ihre Grenzen: Das Autoritätsmodell gewährleistet nicht immer die nötige Verobjektivierung und Transparenz der Entscheidung sowie die systematische Erfassung aller relevanten Faktoren. Das Richtlinienmodell hat das Problem, daß es nicht immer der Einzelsituation gerecht wird. Das Delegationsmodell hat den Nachteil, daß sich Eltern in der Situation zwischen Annehmen und Loslassen oft überfordert fühlen, die Entscheidung eines Ethikkomitees aber möglicherweise zu lang dauert.

Dennoch spricht insgesamt viel für ein *Diskursmodell* der Entscheidungsfindung, nach dem alle Betroffenen – Ärzte, Pflegekräfte, Eltern, Mitglieder eines Ethikkomitees – in einem gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozeß einen Konsens erarbeiten. Dies ermöglicht Transparenz, Objektivität und systematisches Zustandekommen der Entscheidung; es kann Ärzte von der Alleinentscheidung entlasten sowie durch die Einbeziehung der Eltern und aller anderen Betroffenen zu einer Entscheidung führen, die alle in ihrem Gewissen mittragen können und die deshalb auch das Annehmen und Loslassen erleichtern kann.

Andererseits aber scheint es mit der Einhaltung eines solchen formalen Verfahrens der Entscheidungsfindung noch nicht getan. Es ist keineswegs überflüssig ge-

worden, sich auch über Kriterien Gedanken zu machen, die eine Entscheidung zu einer verantwortlichen Entscheidung machen und die deshalb im Diskurs leitend sein sollten. Wie können solche Kriterien aussehen?

Regeln der Güter- und Übelabwägung

Im Blick auf diese Frage läßt sich nun wiederum auf verschiedene Modelle verweisen, die Gesichtspunkte für die Entscheidungsfindung angeben. Bekannt ist etwa das seit 1994 am Universitätsspital in Zürich entwickelte „Züricher Modell“ für die medizin- und pflegeethische Entscheidungsfindung in der neonatologischen Intensivmedizin².

Dieses Modell empfiehlt ein Vorgehen in sieben Schritten. Nach der Erhebung des medizinischen und pflegerischen Sachverhalts (1) sowie des konkreten Lebenskontextes des Kindes (2) soll anhand der vier Prinzipien der Medizinethik – Autonomie, Non-Malefizenz, Benefizienz, Gerechtigkeit – das ethische Dilemma formuliert werden (3). Ausgehend von der Sammlung der Fakten und der Formulierung des Dilemmas erfolgt eine Abwägung von Gütern und Übeln (4), die dann zur Konsensfindung darüber führt, ob intensivmedizinische Maßnahmen aufrechterhalten oder abgebrochen werden oder ob noch weiterer Informationsbedarf besteht (5). Schließlich folgt die Festlegung der Elternbetreuung (6) sowie eine Überprüfung der Entscheidung (7).

In der Abfolge dieser sieben Schritte ist im Blick auf die ethische Entscheidung die Güter- und Übelabwägung der zentrale Kern dieses Verfahrens. Nach welchen Regeln aber soll eine solche Abwägung erfolgen? Das Züricher Modell nennt dazu folgende vier Leitfragen: Wie groß sind die Überlebenschancen jeweils bei Fortsetzung bzw. bei Abbruch der bestehenden Behandlungsmaßnahmen? Wie belastend und schmerzhaft sind weitere Maßnahmen für das Kind? Wann wird das Kind unabhängig von medizinischen Maßnahmen sein, und besteht Hoffnung auf selbständige Vitalfunktionen? Welche irreversiblen oder langfristigen Schädigungen und Behinderungen des Kindes sind zu erwarten?

An dieses Modell und vor allem an seine konkrete Durchführung lassen sich freilich eine Reihe von kritischen Anfragen stellen. Wie sieht es etwa mit der Beteiligung aller Betroffenen *tatsächlich* aus angesichts der Arbeitsbelastung und der hierarchischen Strukturen einer Klinik? Wie läßt sich eine kompetente und unparteiliche Gesprächsführung sicherstellen? Vor allem aber stellt sich die Frage nach der *konkreten Gestaltung der Güterabwägung*³. Denn anhand der genannten Leitfragen können zwar die für die anstehende Entscheidung relevanten Güter und Übel erhoben werden. Damit aber ist noch nicht gesagt, nach welchem Kriterium und nach welcher Regel die so erhobenen Güter und Übel abgewogen werden sollen. Was bedeutet es etwa, wenn das Kind langfristige Schädigungen davonträgt?

Was folgt daraus, wenn eine Behandlung schmerzhaft ist? Die Frage nach den Regeln der Abwägung aber ist im ethischen Diskurs der eigentlich entscheidende Punkt. Sie muß beantwortet werden, damit die Abwägung nicht einfach zufälligen moralischen Überzeugungen und Intuitionen oder auch bestimmten gesellschaftlichen Trends überlassen bleibt.

Stellungnahmen des Lehramtes

Wenn nun freilich ausgerechnet von Seiten der *theologischen* Ethik diese Frage gestellt wird, wäre es nicht verwunderlich, wenn gerade auch von Seiten der Frühgeborenenmedizin eine gewisse Skepsis aufkäme. Sind dann nicht doch wieder inhaltliche Vorgaben und Reglementierungen des Richtigen und Falschen, Guten und Schlechten zu erwarten, die eine Entscheidungsfindung im Diskurs überflüssig machen? Immerhin ließe sich in diesem Bereich auf gewisse Erfahrungen mit dem Lehramt der katholischen Kirche verweisen.

Erinnern ließe sich etwa an frühere Stellungnahmen des Lehramtes zu bestimmten Problemen der Geburtshilfe, in der es im Fall, daß bei der Geburt das Leben der Mutter durch den Fötus bedroht ist, abgelehnt wurde, das Kind direkt durch Kraniotomie (operative Öffnung des Schädels) zu töten, während es als erlaubt galt, eine Totaloperation zur Entfernung eines Gebärmutterkrebses auch bei bestehender Schwangerschaft durchzuführen und dabei den Tod des Kindes mitzuverursachen. Diese unterschiedliche Beurteilung ist – übrigens auch in der theologischen Ethik – immer umstritten gewesen. Der ethisch relevante Unterschied zwischen der *direkten* Tötung und dem *indirekten* Inkaufnehmen des Todes des Fötus, der zur Begründung angegeben wurde, ist für viele nur schwer nachvollziehbar.

Darüber hinaus aber ließe sich darauf verweisen, daß die Unterscheidung von Papst Pius XII. zwischen sogenannten „ordentlichen“ und „außerordentlichen“ Mitteln – wobei ordentliche Mittel angewendet werden müssen, während man auf außerordentliche Mittel verzichten kann – als Kriterium medizinischer Entscheidungen nicht besonders tragfähig ist. Pius XII. äußerte sich zur Frage nach dem Recht und der Pflicht zur Anwendung der künstlichen Beatmung dahingehend, daß der Arzt zwar die Pflicht zur Lebenserhaltung habe, aber sie verpflichte „gewöhnlich nur zum Gebrauch der (entsprechend den Umständen, dem Ort, der Zeit, der Kultur) üblichen Mittel, d.h. der Mittel, die keine außergewöhnliche Belastung für einen selbst oder andere mit sich bringen“. Er fügt hinzu:

„Da übrigens diese Arten der Behandlung die gewöhnlichen Mittel übersteigen, zu denen man sonst pflichtgemäß zu greifen hat, kann man nicht behaupten, man müsse sie anwenden und müsse folglich den Arzt beauftragen ... Was die eigene und unabhängige Pflicht der Angehörigen betrifft, so sind sie gewöhnlich nur zur Anwendung der üblichen Mittel verpflichtet. Wenn es sich daher zeigt, daß der Versuch der Wiederbelebung in Wirklichkeit für die

Angehörigen eine derartige Belastung darstellt, daß man ihnen nicht guten Gewissens zustimmen kann, so können sie rechtmäßigerweise darauf bestehen, daß der Arzt seine Versuche abbricht. Der Arzt kann ihnen also erlaubterweise Folge leisten. In diesem Fall liegt keinerlei direkte Verfügung über das Leben des Patienten noch auch Euthanasie vor, die niemals erlaubt wäre.“⁴

Schließlich ließe sich darauf verweisen, daß die Rede von der „Heiligkeit des Lebens“ und davon, daß Gott allein Herr über das Leben ist und der Mensch nicht eigenmächtig darüber verfügen darf, nicht nur Ethikern wie Peter Singer, Helga Kuhse und Norbert Hoerster fragwürdig erscheint, sondern daß sie auch bei genauerem theologischen Nachdenken nicht von der Aufgabe dispensieren kann, selbst mit der eigenen – doch auch von Gott geschaffenen – Vernunft entscheiden zu müssen, wann denn ein *eigenmächtiges* Verfügen vorliegt und wann nicht.

Auf der anderen Seite wird aber in jüngeren Äußerungen des Lehramts zur Frage der Sterbehilfe auch ein Prinzip genannt, das für unsere Frage nach einem Kriterium für die Abwägung von Gütern und Übeln bedenkenswert und konstruktiv sein kann. In der „Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie“ vom 20. Mai 1980 wird im Blick auf die Frage, ob man unter allen Umständen alle verfügbaren Mittel anwenden muß, zunächst wieder die traditionelle Unterscheidung zwischen „ordentlichen“ und „außerordentlichen“ Mitteln angeführt, dann aber heißt es relativierend:

„Diese Antwort, die als Grundsatz weiter gilt, erscheint heute vielleicht weniger einsichtig, sei es wegen der Unbestimmtheit des Ausdrucks oder wegen der schnellen Fortschritte in der Heilkunst. Daher ziehen es manche vor, von verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln zu sprechen.“⁵

In der Enzyklika „*Evangelium vitae*“ von Papst Johannes Paul II. vom 25. März 1995 wird dann die neue Unterscheidung der alten sogar gleichgestellt:

„Der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie; er ist vielmehr Ausdruck dafür, daß die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird.“⁶

Worin aber liegt der Unterschied zwischen der Rede von ordentlichen und außerordentlichen Mitteln einerseits und von verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln andererseits? Was ordentliche und außerordentliche Mittel sind, hat sein Kriterium ausschließlich in Umständen, die dem medizinischen Handeln selbst *äußerlich* sind. So können in Ländern, die über höchste Standards der Medizintechnik verfügen, Mittel ordentlich sein, die in weniger entwickelten Gegenden als außerordentlich gelten. Demgegenüber hat die Unterscheidung von verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln ihr Kriterium in dem Verhältnis, das zwischen dem Ziel medizinischen Handelns und den hierfür eingesetzten Mitteln besteht. Es geht also um eine Unterscheidung, die die *innere Struktur der Handlung*

selbst betrifft und nicht um den zufälligen kulturellen, geographischen oder gesellschaftlichen Kontext. Jedenfalls ist es durchaus möglich, daß eine Behandlungsmaßnahme, die leicht verfügbar ist und deshalb als gewöhnliche Maßnahme gelten müßte, dennoch unverhältnismäßig ist.

Kriterien zur Verhältnismäßigkeit der Mittel

Was aber ist mit der Rede von verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln genauer gemeint? Woran läßt sich erkennen, ob ein Mittel verhältnismäßig oder unverhältnismäßig ist? Wenn man die Beurteilung nicht einfach der subjektiven Einschätzung überlassen möchte, müßte man hierfür wiederum Kriterien benennen können.

Zum Verständnis, was mit dieser Unterscheidung gemeint ist, läßt sich zunächst auf den in den Rechtswissenschaften gängigen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit der Mittel bzw. des Übermaßverbots verweisen. Zweck dieses Grundsatzes ist es, vor übermäßigen Eingriffen des Staates in Grundrechte und in die allgemeine Handlungsfreiheit der einzelnen Bürger zu schützen. So stellt sich etwa die Frage der Verhältnismäßigkeit, wenn es darum geht, biometrische Daten aller Bürger zum Schutz vor Verbrechen zu erheben. Genauer läßt sich dieser Grundsatz dahingehend entfalten, daß staatliche Eingriffe in die Grundrechte der Bürger nur dann rechters und verantwortbar sind, wenn diese Eingriffe im Blick auf das jeweils angestrebte Ziel *geeignet*, *erforderlich* und *angemessen* bzw. verhältnismäßig im engen Sinn sind. Alle drei Bedingungen müssen der Reihe nach erfüllt sein, damit eine staatliche Maßnahme als nicht übermäßig, sondern als gerechtfertigt gelten kann. Allerdings bleibt das Problem, daß die dritte Bedingung wieder die Verhältnismäßigkeit fordert und damit die eigentliche Frage nur verschiebt.

Etwas klarer wird das Prinzip jedoch, wenn man es in den Zusammenhang der Abwägung von Gütern und Übeln, Nutzen und Schaden überträgt. Dann geht es darum, wie groß die Übel sein dürfen, die man bei der Verfolgung eines Gutes in Kauf nehmen darf. Die Prinzipien der Erforderlichkeit und der Angemessenheit lassen sich dabei – mit Wilhelm Korff⁸ – so verstehen, daß man bei einer Handlung, in der es ja um die Verwirklichung eines Gutes geht, darauf achten muß, daß erstens die zugleich immer auch mitverursachten Übel – die negativen Nebenwirkungen also – möglichst gering gehalten werden und zweitens die Übel, die bei einer Handlung mitgesetzt werden, geringer sind als diejenigen Übel, die entstehen, wenn man die Handlung unterläßt und auf sie verzichtet.

Eindeutig läßt sich dabei die Unverhältnismäßigkeit und damit die Unverantwortlichkeit einer Handlung dann festmachen, wenn die Übel, die bei einer Handlung als Nebenwirkungen mitverursacht werden, dazu führen, daß man das eigentlich mit der Handlung angestrebte Gut faktisch mindert oder gar zerstört, wenn die

Handlung also *kontraproduktiv* wird, wenn zum Beispiel durch die häufige Verwendung von Antibiotika resistente Bakterien gefördert werden und damit die Wirksamkeit des Mittels aufgehoben wird.

Was läßt sich nun aus diesem Prinzip der Verhältnismäßigkeit der Mittel für die Frage nach dem verantwortlichen Handeln im Bereich der Frühgeborenenmedizin entnehmen? Einige Konsequenzen seien im folgenden genannt. Dabei kann es nicht um eine genaue Kasuistik gehen, in die immer auch äußere Lebensqualitätsurteile einfließen, etwa wenn in Regelungsvorschlägen von juristischer Seite bereits eine dauerhafte Angewiesenheit auf Hilfe Dritter als ein solcher Mangel an Eigenständigkeit gesehen wird, daß mit Einwilligung der Eltern oder Sorgeberechtigten ein Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen gerechtfertigt erscheint⁹. Angesichts solcher Bestimmungen ist zu fragen, ob hier nicht zu viel gesetzlich geregelt werden soll. Gegenüber solchen Vorschlägen soll es im folgenden lediglich um zwei Orientierungspunkte oder auch „Leitplanken“¹⁰ gehen, zwischen denen die Verhältnismäßigkeit der Mittel zu suchen ist.

Bleibende Beeinträchtigung der Lebensmöglichkeiten

Ein erster Orientierungspunkt besteht darin, daß es wohl kaum als verhältnismäßig gelten kann, nur deswegen auf mögliche medizinische Maßnahmen zu verzichten und so den Tod eines Frühgeborenen hinzunehmen, weil eine Behinderung besteht oder weil das Risiko besteht, daß eine bleibende Beeinträchtigung der Lebensmöglichkeiten eintritt. Zur Begründung läßt sich dabei nicht nur darauf verweisen, daß es gerade bei Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen bei Frühgeborenen immer wieder vorkommt, daß das Kind dennoch überlebt, dann aber mit größeren Beeinträchtigungen und Schädigungen als es mit Behandlung der Fall gewesen wäre.

Außer auf solche möglichen kontraproduktiven und damit unverhältnismäßigen Folgen läßt sich aber vor allem darauf hinweisen, daß der Verzicht auf eine mögliche Behandlung, um so eine von außen beurteilte schlechte Lebensqualität zu vermeiden¹¹, gerade unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit problematisch ist. Die Grundlage dafür scheint mir darin zu liegen, daß das Leben des Menschen eben nicht ein Gut neben allen anderen Gütern und Übeln ist, die wir in unserem Leben erfahren und verwirklichen können, sondern daß das Leben die Voraussetzung und Grundlage dafür ist, daß man überhaupt Gutes und Schlechtes erfahren, Güter und Übel verwirklichen kann. Dann aber kann man das Leben des Menschen nicht einfach gegen einzelne Übel und Einschränkungen abwägen und ihnen gegenüber relativieren und verrechnen.

In diesem Sinn gilt das menschliche Leben auch in unserer Rechtsprechung als *fundamentales Rechtsgut*, das Tötung nur im Notwehrfall, also zur Rettung bedrohten menschlichen Lebens erlaubt. Nur hier erscheint es verhältnismäßig zu

sein, das Leben eines Menschen zu beenden. Weil das Leben die Voraussetzung für Wertverwirklichung und Werterfahrung überhaupt ist, ist es *ein fundamentaler* – wohlgemerkt aber auch *kein absoluter* – Wert.

Dies ist deutlich festzuhalten im Blick auf den immer wieder gegen die Position einer christlichen Ethik erhobenen Vorwurf, mit der Position der „Heiligkeit“ des Lebens würde ein absoluter Lebensschutz um jeden Preis vertreten. Wenn in der theologischen Ethik also von der „Heiligkeit des menschlichen Lebens“ gesprochen wird, so meint dies nicht – wie etwa Peter Singer der katholischen Morallehre immer wieder unterstellt –, es könne grundsätzlich keine Situationen geben, in denen die Tötung eines Menschen moralisch gerechtfertigt werden könnte. Wohl aber meint sie, daß eine Tötung allein dann gerechtfertigt sein kann, wenn sie selbst im Schutz des menschlichen Lebens im Ganzen steht¹².

Auf mögliche Maßnahmen zum Lebenserhalt zu verzichten, um eine Einschränkung der Lebensmöglichkeiten zu vermeiden, scheint dann aber – gerade wenn man von einer Verhältnismäßigkeit der Mittel ausgeht – nur schwer begründbar zu sein. Oder anders ausgedrückt: Eine geistige oder körperliche Schädigung des Kindes als solche, ist noch kein rechtfertigender Grund dafür, lebenserhaltende Maßnahmen nicht zu ergreifen oder abzubrechen und das Kind damit sterben zu lassen. Aufgrund von äußeren Lebensqualitätsurteilen über Leben- und Nicht-leben-dürfen zu befinden, erweist sich vielmehr als höchst problematisch und anfällig für subjektive Wertsetzungen derjenigen, die die Entscheidung treffen.

„Lebenserhaltung“ als Ziel heutigen medizinischen Handelns?

Dies ist jedoch nicht alles, was sich im Blick auf Verhältnismäßigkeit und Unverhältnismäßigkeit des Handelns sagen läßt. Vielmehr muß ein zweiter Orientierungspunkt hinzugefügt werden. Zu bedenken ist nämlich auch, daß das Ziel medizinischen und ärztlichen Handelns heute, angesichts der hochtechnischen Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Intensivmedizin, nicht mehr ungebrochen – wie in der Tradition der Medizin – einfach mit „Lebenserhaltung“ angegeben werden kann. Sonst müßte man auch bei vollständigem und irreversiblen Hirntod alles unternehmen, um den Organismus am Funktionieren zu halten. Es scheint mir vielmehr notwendig zu sein, zu unterscheiden zwischen dem *biologischen Leben* einerseits und dem *Lebensvollzug* andererseits, dem Aspekt also, daß jemand sein Leben lebt und vollzieht bzw. die Fähigkeit hat, sein Leben zu leben und zu vollziehen. Diese Bestimmung ist unabhängig von Lebensqualitätsurteilen, setzt aber dennoch Bewußtheit voraus.

Das Ziel der Medizin müßte dann darin bestehen, einem Patienten im Rahmen dessen, was möglich ist, optimale Bedingungen für seinen Lebensvollzug zu schaffen und zu erhalten. Im Blick auf dieses Ziel müssen die Mittel verhältnismäßig sein,

keinesfalls dürfen sie kontraproduktiv werden. Medizinische Maßnahmen wären demnach dann verhältnismäßig, wenn sie – insgesamt gesehen – Lebensvollzugsmöglichkeiten erhalten bzw. erweitern, sie wären unverhältnismäßig, wenn sie diese letztlich untergraben bzw. ohne Aussicht auf Erfolg sind.

Konsequenzen für den Bereich der Frühgeborenenmedizin

Im Blick auf den Bereich der Frühgeborenenmedizin würde das mindestens drei Konsequenzen beinhalten:

1. Kinder, die aufgrund einer schweren gesundheitlichen Schädigung mit großer Sicherheit sterben werden, bevor sie überhaupt einen eigentlichen Lebensvollzug entwickeln können, müssen nicht mit allen verfügbaren Mitteln behandelt werden. Im Gegenteil: Belastende und schmerzhaftes Behandlungen und Eingriffe – etwa Wiederbelebungversuche trotz infauster Prognose – müssten in diesem Fall als unverhältnismäßig gelten. Andererseits sollten solche Eingriffe erfolgen, die unnötige Schmerzen und Qualen vermeiden können.

2. Dasselbe ließe sich auch im Blick auf solche Kinder sagen, die mit Sicherheit nie zu einem eigentlichen Lebensvollzug finden werden, weil sie nie ein Bewußtsein entwickeln können. Dabei ist auch zu bedenken, daß für die Entwicklung von Bewußtsein ein Mindestmaß an Kommunikationsfähigkeit Voraussetzung ist. Intensivmedizinische Maßnahmen müssen in solchen Fällen nicht ergriffen werden oder können – wenn die Entwicklung in der Behandlungsphase in diese Richtung führt – auch abgebrochen werden.

3. Schließlich ließe sich auch sagen, daß weitere Maßnahmen und Eingriffe dann unterbleiben oder auch abgebrochen werden können, wenn ein hohes Risiko gegeben ist, daß dadurch solche Behinderungen entstehen oder hervorgerufen werden, die einen Lebensvollzug unmöglich machen. Dies gilt um so mehr, je geringer die mit diesen Maßnahmen verbundenen Überlebenschancen sind.

Eine weitere Frage ist die nach der ethischen Vertretbarkeit einer aktiven Tötung des Kindes: Wenn es in den oben genannten Fällen ethisch gerechtfertigt sein kann, Behandlungsmaßnahmen zu unterlassen oder abubrechen, ist es dann nicht – wie dies etwa in Frankreich gehandhabt wird – auch gerechtfertigt, das Kind *aktiv* zu töten, wenn die Eltern es wünschen? Kann der Unterschied zwischen bewußtem und gewolltem Sterbenlassen und aktivem Töten wirklich eine so unterschiedliche ethische Beurteilung begründen? Grundsätzlich läßt sich dazu sagen, daß der Handlungsmodus allein nicht entscheidend sein kann, vor allem dann, wenn den Übeln überhaupt kein mögliches Gut mehr entgegensteht. Andererseits würde die Straffreiheit der aktiven Tötung von Neugeborenen – vermutlich in höherem Maß als bei der Sterbehilfe am Ende des Lebens, wo man oft von einer Willensäußerung des Betroffenen ausgehen kann – die Gefahr mit sich bringen, daß das Leben eines

Kindes auch dann beendet wird, wenn keine infauste Prognose gegeben ist, wenn durchaus Lebensvollzug möglich ist und somit allein nach äußeren Lebensqualitätsurteilen entschieden wird.

Tastende Suche nach dem geringeren Übel

Diese Regeln stellen kein absolut trennscharfes Kriterium für alle Fälle dar. Selbst in lehramtlichen Äußerungen gibt es Ansätze, die solche Fragen nicht einfach mit geschlossenen inhaltlichen Vorschriften oder dem platten Verweis auf die Heiligkeit des Lebens beantworten, sondern die ein offenes, formales Überprüfungskriterium angeben, das sich situationsbezogen anwenden läßt. Es wird vermutlich ein Leichtes sein, einzelne Fälle zu nennen, die sich mit diesen Regeln nicht lösen lassen oder genau zwischen die genannten „Leitplanken“ fallen. Mit dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit der Mittel könnte jedoch eine Orientierung, also gewissermaßen eine Art „Leuchtturm“ gegeben sein, in welche Richtung Abwägungen in solchen Konfliktfällen laufen sollten.

Prognosen, wie sie in der konkreten Abwägung vorausgesetzt werden, sind immer schwierig und unsicher. Es scheint mir aber in der Entscheidungsfindung keine wirklich tragfähige Alternative zum Ansatz bei der Verhältnismäßigkeit der Mittel zu geben. Wir müssen damit leben, daß ethische Entscheidungen fast immer in der tastenden Suche nach dem geringeren Übel bestehen und fast immer das Risiko enthalten, daß man sich irrt, gerade auch angesichts des oft herrschenden Zeitdrucks, unter dem entschieden werden muß. Allerdings bedeutet das auch, daß dann – wenn ein solcher Irrtum vorliegt – jedenfalls aus ethischer Sicht zwar von Tragik, nicht aber von Schuld gesprochen werden kann.

ANMERKUNGEN

¹ Vgl. Hoffnung für eine Handvoll Leben. Eltern von Frühgeborenen berichten, hg. v. H. Rinnhofer (Erlangen 1995).

² Vgl. An der Schwelle zum eigenen Leben. Lebensentscheide am Lebensanfang bei früh geborenen, kranken u. behinderten Kindern in der Neonatologie, hg. v. Medizin-ethischer Arbeitskreis Neonatologie des Universitätsspitals Zürich (Bern 2002).

³ Vgl. aus der Sicht der Sonderpädagogik J. Moosecker, Ethischer Brennpunkt: Entscheidungen zu Beginn des Lebens, in: Zeitschrift für Heilpädagogik 54 (2003) 69: „Eine nur anhand von vier Fragen orientierte Abwägung nicht genauer spezifizierter ‚Güter‘ wie u. a. Langzeitschäden, Schmerz des Kindes, Überlebenschance, zukünftige Lebensqualität bleibt diffus und ethisch fragwürdig.“

⁴ Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens. Soziale Summe Pius' XII., Bd. 3, hg. v. A.-F. Utz u. J.-F. Groner (Fribourg 1961) Nr. 5544, 5548f.; zur Kritik vgl. näherhin: A. Auer, Art. Behandlungsabbruch/Behandlungsverzicht, 2. Ethik, in: Lexikon Medizin – Ethik – Recht (Freiburg 1989) 179f.; E. Schockenhoff, Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß (Mainz 1993) 251.

⁵ Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie, VApSt 20 (Bonn 1980) 11.

⁶ Enzyklika „Evangelium vitae“ Nr. 65, VApSt 120 (Bonn 1995) 80.

⁷ Zum genaueren Verständnis dieser Unterscheidung im Blick auf das Problem der Sterbehilfe am Ende des Lebens vgl. St. Ernst, Verhältnismäßige u. unverhältnismäßige Mittel. Eine bedenkenswerte Unterscheidung in der lehramtlichen Bewertung der Sterbehilfe, in: MThZ 58 (2007) 43–57.

⁸ W. Korff, Art. Güter- u. Übelabwägung, in: LThK³, Bd. 4, 1118f.; Korff nennt hier die Übelminimierungsregel und die Übelabwägungsregel.

⁹ Vgl. M. Everschor, Probleme der Neugeborenen-euthanasie u. der Behandlungsgrenzen bei schwerstgeschädigten Kindern u. ultrakleinen Frühgeborenen aus rechtlicher u. ethischer Sicht (Frankfurt 2001) 476f.

¹⁰ Die hier konsequent vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit der Mittel entwickelten Aussagen treffen sich im Wesentlichen mit den Optionen von J. Gründel, Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen aus theologisch-ethischer Sicht, in: Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen, hg. v. H.-D. Hiersche u. a. (Berlin 1987) 73–80.

¹¹ Die zu erwartende Lebensqualität wird ausdrücklich zum entscheidenden Kriterium für Verzicht oder Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bzw. auch für den Infantizid gemacht bei H. Kuhse u. P. Singer, Muß dieses Kind am Leben bleiben? Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener (Erlangen 1993); vgl. P. Singer, Leben u. Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik (Erlangen 1998).

¹² Interessant ist die Interpretation der Rede von der „Heiligkeit“ des menschlichen Lebens als mythische Erfahrung des Vorgegebenseins des Lebens, bei M. Zimmermann, Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen u. Frühgeborenen (Frankfurt 1997) 355–359.