

KSR II (Kommunikation – Supervision – Reflexion)

Medizin Univ. Graz, SS 2008

Scriptum zum Seminar
ETHIK IN DER MEDIZIN

(II) Anwendung (Fallbeispiele, Texte)

Ao.Univ.-Prof. Dr. Sonja Rinofner-Kreidl

in Zusammenarbeit mit

Mag. Dr. Harald A. Wiltsche

Mag. Michael Wallner

Martin Eigler

Für Anfragen (Seminarorganisation, Beurteilung etc.)

wenden Sie sich bitte an

harald.wiltsche@uni-graz.at

michael.wallner@edu.uni-graz.at

martin.eigler@st.rotekreuz.at

UE 1: Do., 6.3.2008

Gruppenarbeit (Anwendung): 16.30-18.00

Intersexualität

**im Spannungsfeld von personaler Würde und
naturwissenschaftlichem Menschenbild**

Offener Brief an Politik, Wissenschaft und Kirche¹

Auch Babys haben Menschenwürde

Geschlechtsuneindeutigkeit oder Geschlechtsmehrdeutigkeit, und dabei geht es nicht nur um den Blick der Hebamme zwischen die Beine des Neugeborenen, sondern in der Folge der weiteren Entwicklung um den ganzen Menschen, bis zum Ende seiner körperlichen und seelischen Entwicklung, ist eindeutig ein weltanschauliches, also kulturelles, soziales und religiöses Problem. Es ist nicht die Schöpfung, noch die Natur, die sich in ihrer unüberschaubaren Vielfalt den „Luxus von Irrtum“ leistet. Es ist der Mensch, der in allen Bereichen, und hier muss ich eben vor allem die Wissenschaft und die Kirchen ansprechen, der Kategorien und Grenzen, Ausgrenzungen und Abgrenzungen, geschaffen hat und somit den Eindruck erweckt, dass Schöpfung – oder eben Natur – Fehler macht, die vom Menschen korrigiert werden müssen. Jahrhunderte lang hat sich so die Wissenschaft, die medizinische, die pädagogische und die psychologische Wissenschaft (aber auch die Religionswissenschaften) selbst eingengt und behandelt die Symptome statt sich der Ursachen anzunehmen. Nur so ist es zu erklären, warum von Ärzten der Geburtshilfe, ohne jedes Schuldbewusstsein, Menschen, die bei ihrer Geburt nicht der „Norm“ entsprechen, als krank und unnormale deklariert werden. Die Politik und die Rechtsprechung folgten dieser fatalen – und ich sage sogar überheblichen – Ansicht der Wissenschaft. Sie verlangt „Heilung“ von gesunden Menschen und nimmt billigend in Kauf, dass in über 75% der Fälle damit nur ein lebenslanges Leid, verbunden mit unnötigen Belastungen für das Gesundheits- und Sozialwesen – vom menschlichen Leid des einzelnen betroffenen Menschen einmal ganz abgesehen – als rechtlich gesichert, da „wissenschaftlich“ belegt, in Kauf genommen wird. Nicht anders ist z.B. die Antwort auf die Anfrage der PDS zum Umgang mit Intersexuellen zu verstehen.

In einem, bereits bis zum Bundesgerichtshof geführten Prozess (der nächste Schritt kann nur noch eine Verfassungsklage sein), wurde von einem Richter die Behauptung aufgestellt, dass es zur Anerkennung als Frau die wichtigste Voraussetzung sei, ein „Loch“ zwischen den Beinen zu haben, in dem ein Mann sich befriedigen könne. Jede einzelne Frau wird damit auf das „Loch“ reduziert und auf das höchste diskriminiert. Jedes männlich geborene Baby, dessen Penis zu klein ist – ein sogenannter Mikropenis – wird „umgebaut“, da er seiner Pflicht als Mann, penetrieren zu können, möglicherweise nicht nachkommen kann. Leider muss ich aber

¹ Offener Brief der deutschen Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V. und der Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Frauen in Köln (AsF), 24. März 2003, www.dgti.org/babys_menschenwuerde.htm

feststellen, dass genau diese Reduzierung geltendes Recht ist. Entsprechend reagieren Ärzte bei uneindeutigen Geschlechtsmerkmalen bei der Geburt eines Kindes.

Der Blick der Hebamme wird so zum gesellschaftlich normierenden Zwang. Ich sage eindeutig und ohne jede Schnörkel, dass wir uns damit an unseren Babys vergehen und schuldig machen. Der Geschlechtschromosomensatz XX bedeutet meist „weiblich“, aber es gibt auch „XX-Männer“. Das sind Menschen die sich trotz weiblichem Chromosomensatz männlich entwickeln. Der Chromosomensatz XY ist fast immer ein Indiz für die Entwicklung zum Mann, aber es gibt auch XY-Frauen. Bei diesen Menschen entwickelt sich das Erscheinungsbild trotz männlichem Chromosomensatz bis zum Ende der Pubertät eindeutig weiblich. Die Wissenschaft weiß es, tut aber beim Neugeborenen so, als könnte sie korrigierend wirken. Der Artikel 3 des Grundgesetzes sagt eindeutig, ohne jedes wenn und aber, dass kein Mensch wegen seines Geschlechtes bevorzugt oder benachteiligt werden darf. Wir, Politik, Wissenschaft und Kirchen verhalten uns aber so, als ob genau diese Zusage des Grundgesetzes für Intersexuelle keine Bedeutung hat. Wir sind mehrheitlich nicht bereit die Konsequenzen aus unserem Wissen zu ziehen und erklären der Einfachheit halber alles, was nicht in ein einfaches, klares Schema passt als krank und heilbar. In Wirklichkeit nehmen wir billigend in Kauf, dass einzelne Menschen, unsere Babys, verstümmelt und vereindeutigt werden, im Sinne unserer beschränkten Vorstellungen von Leben. Gleichzeitig wird den Eltern suggeriert, dass es notwendig sei, den Kindern die wahre Ursache des Eingriffes zu verschweigen, damit sie sich „normal“ entwickeln können. Wir stellen uns blind und taub gegenüber der Tatsache, dass sie es eben gerade durch den Eingriff und das Verschweigen nicht können. Wir stellen uns gegen die von uns selbst so hoch gehaltenen Gebote des Grundgesetzes, der Basis unserer Rechtsnorm. Wir verdrehen den Sinngehalt zur Bestätigung unserer kulturellen und sozialen Normierung.

Artikel 1 GG sagt: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Was aber machen wir daraus? Hat ein geschlechtsuneindeutig oder geschlechtsmehrdeutig geborenes Kind keine Würde? Muss es „umgebastelt“ und zugewiesen werden um eine Würde als Mensch zu erhalten?

Artikel 2 GG sagt: „Jeder Mensch hat das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, ...“ und weiter „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“ Gilt dieses Recht nur für „anständig“ Geborene, die keine Uneindeutigkeit oder Mehrdeutigkeit haben? Muss sich die Schöpfung – Natur – einer deutschen Rechtsauslegung unterwerfen um seine „Produkte“, unsere nicht eindeutig geborenen Babys, in den Genuss deutscher Rechtssprechung kommen zu

lassen. Wir Kölner Frauen sagen eindeutig NEIN! Wir verlangen Aufklärung statt des bisherigen Schweigens.

Artikel 3 GG sagt eindeutig (und dazu bedarf es keiner weiteren Interpretation), dass „niemand wegen seines Geschlechtes, ... benachteiligt oder bevorzugt werden darf“. Ist Geschlechtsuneindeutigkeit oder Geschlechtsmehrdeutigkeit kein Geschlecht? Wer erhebt sich darüber entscheiden zu dürfen oder zu müssen? Sind es Politiker, Wissenschaftler oder Vertreter kirchlicher Einrichtungen? Tatsache ist, dass unsere gesellschaftlichen und kulturellen Normen hier als Alibi dienen. Wir, Menschen, die einer mehrheitlich „gesicherten“ Norm entsprechen haben Angst, dass es mehr gibt als wir akzeptieren wollen. Billigend nehmen wir in Kauf, dass Babys, die wehrlosesten Opfer die wir uns aussuchen können, verstümmelt und vergewaltigt werden, damit unsere Welt der klaren Vorstellung von Mann und Frau heil bleibt – obwohl wir gar nicht wissen, was es denn sei, Mann oder Frau zu sein. Die Wissenschaft hat darauf auch noch keine Antwort gefunden. Aus kulturellen Zwängen heraus verschweigt sie aber genau diesen Umstand.

Seit über zwei Jahren liegt der Bundesregierung und dem Parlament der Entwurf eines Gendergesetzes vor. In diesem Entwurf werden Wege aufgezeigt wie eine, mit den Menschenrechten und dem Grundgesetz vereinbare Lösung geschaffen werden kann. Leider ist seither nur sehr wenig zur Verbesserung der Lage geschlechtsuneidertiger oder geschlechtsmehrdeutiger Neugeborenen geschehen. Nach wie vor geschieht es, dass sogar ohne Wissen der Eltern, Manipulationen an Babys, zum Zweck der „Eindeutigkeit“ vorgenommen werden.

V.i.S.d.P. Helma Katrin Alter, Godorfer Hauptstr. 60, 50997 Köln, im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft

UE 2: Do., 13.3.2008

Gruppenarbeit (Anwendung): 16.30-18.00

Dieter Birnbacher, Suizid und Suizidprävention aus ethischer Sicht (Textanalyse)

Der folgende Text ist bis zum oben genannten Termin vorzubereiten und von jeder Teilnehmerin mitzubringen. „Vorbereitung“ meint:

- genaue Lektüre des Textes
- Was sind die zentralen Begriffe?
- Stimmen Sie den Überlegungen des Autors zu?
- Ist seine Argumentation überzeugend? Warum (nicht)?
- Was ergibt sich aus Birnbachers Ausführungen im Hinblick auf den Wert des Lebens einerseits, den Wert der Autonomie andererseits? Welche Position vertritt der Autor? Welche Position vertreten Sie?

Dieter Birnbacher, Suizid und Suizidprävention aus ethischer Sicht

1. Die Beurteilung des Suizids in der Tradition der philosophischen Ethik

1.1 Einleitung

Die Beurteilung des Suizids ist eine der Fragen, die in der Geschichte der philosophischen Ethik am heftigsten umstritten waren. Während sich in der Frage der Fremdtötung die Ethiken über deren moralische Unzulässigkeit so gut wie einig sind, gehen die Standpunkte in der Frage der Selbsttötung weit auseinander. Dass die Fremdtötung (außer in Ausnahmefällen) moralisch verboten sein muss, lässt sich bereits an elementaren Erwägungen der sozialen Nützlichkeit zeigen: Eine Aufhebung des Verbots würde jeden um sein Leben bangen lassen. Dass die Selbsttötung moralisch bedenklich ist, liegt nicht in derselben Weise auf der Hand. Im Gegenteil, es scheint kaum möglich, die Frage nach der moralischen Wertung des Suizids zu beantworten, ohne zugleich eine ganze Reihe metaphysisch-weltanschaulicher Fragen zu beantworten: nach der Stellung des Menschen in der Welt, nach der Existenz eines Gottes, dem menschliches Leben verpflichtet sein könnte, dem Sinn individueller Existenz überhaupt — Fragen, die seit jeher extrem umstritten sind.

Moralische Gebote und Verbote im Sinne der philosophischen Ethik erheben einen Anspruch auf Allgemeingültigkeit und universale Zustimmung. Sie müssen sich deshalb auf das berufen, was allen Menschen gemeinsam ist, nämlich die Vernunft, und zwar in einer für jedermann im Prinzip nachprüfbarer Weise. Schlichte Glaubenssätze oder die Berufung auf religiöse oder andere Autoritäten, von denen nicht erwartet werden kann, dass sie von allen Adressaten der moralischen Gebote gleichermaßen anerkannt werden, haben deshalb in einer auf Universalität bedachten Ethik keinen Platz. Von einem Christen aufgestellte moralische Normen müssen auch von einem Hinduisten oder Atheisten akzeptiert werden können.

Der historisch bedeutsamste Moralist des Suizids, Augustinus, spricht insofern als Theologe und nicht als Philosoph, wenn er in seinem *Gottesstaat* (Augustinus 1979, Buch 1, Kap. 20) die These vertritt, dass mit dem fünften Gebot dem Menschen nicht nur die Fremdtötung, sondern auch die Selbsttötung von Gott verboten sei («Wer sich selbst tötet, tötet auch einen Menschen»), denn Augustinus bezieht sich auf das fünfte Gebot als eine göttliche Offenbarung und nicht als eine Forderung der praktischen Vernunft. Dennoch ist ein theologisches Argument wie das des Augustinus nicht schlechthin immun gegen ethische Argumente. Die Mittel der praktischen Vernunft reichen allein nicht aus, es zu begründen, aber sie reichen aus, es zu kritisieren. Augustinus zitiert ja das fünfte Gebot nicht, er interpretiert es, und seine Interpretation ist, wie zahlreiche spätere Autoren gesehen haben, durchaus fragwürdig. Erstens ist sie nur schwer mit der Tatsache in Einklang zu bringen, dass die Bibel von einer ganzen Reihe von Suiziden berichtet, ohne sie als verbotswidrig zu verurteilen, und dass sich in der Bibel auch sonst eine göttliche Verurteilung des Suizids nirgends finden lässt. Zweitens bleibt, indem Augustinus das fünfte Gebot als universales Tötungsverbot versteht, kein Raum für gerechtfertigte oder entschuldigte Tötungen. Augustinus war jedoch weder Pazifist, noch verurteilte er die Todesstrafe (vgl. Augustinus 1969, Buch 1, Kap. 21). Es ist aber kaum plausibel, einerseits bestimmte Arten von Fremdtötungen moralisch zu entschuldigen, diese Entschuldigung aber nicht auch zumindest für gewisse Arten des Suizids gelten zu lassen. Immerhin fehlt bei Suiziden zumindest eines der moralisch bedeutsamen Merkmale gewöhnlicher Fremdtötungen, nämlich dass sie gegen den Willen des Getöteten erfolgen.

Augustinus' Beurteilung des Suizids — eine Auffassung, die sich innerhalb der Kirche durchsetzte und dazu führte, dass die Bestrafung des Suizidversuchs zu einem festen Bestandteil des kanonischen und weltlichen Rechts wurde — hat die Einstellung des Abendlands jahrhundertlang, bis in unsere Tage hinein, entscheidend geprägt. Heute, da

sich die Einschätzung des Suizids grundlegend wandelt, gewinnen die prominenten Kritiker dieser Einstellung neue Aktualität: Montaigne, der in einem seiner ausführlichsten Essays den Suizid zumindest dann für entschuldigt hält, wenn unerträgliche Leiden oder ein schlimmerer Tod als der von eigener Hand drohen (Montaigne 1976, Buch 2, Kap. 3); Hume mit seinem aus Vorsichtsgründen erst posthum (anonym 1777, unter seinem Namen 1783) veröffentlichten Essay *On Suicide*; die Philosophen der französischen Aufklärung, die Humes Kritik aufnahmen und zum Teil verschärften.

1.2 Metaphysisch-ethische Argumente gegen den Suizid

Historisch kaum weniger folgenreich als das Argument des Augustinus wurde ein Argument, das sich nicht auf die Autorität einer Offenbarung, sondern auf die Grundsätze der natürlichen, sich lediglich auf Vernunft und Erfahrung stützenden Religion beruft: das der Unverfügbarkeit des eigenen Lebens. Die gemeinsame Voraussetzung, von der die verschiedenen Varianten dieses Arguments ausgehen, ist die, dass wir unser Leben in letzter Instanz nicht natürlichen Bedingungen, sondern einem wohlwollenden Schöpfergott verdanken.

Eine erste Variante des Arguments ist von Thomas von Aquin vertreten worden: Das Leben sei ein von Gott empfangenes Geschenk und deshalb weiterhin seiner Gewalt unterworfen. Während wir hinsichtlich der Inhalte unseres Lebens — in den durch die moralischen Gebote gesetzten Grenzen — frei seien, sei seine zeitliche Begrenzung unserem Willen entzogen. Eine autonome Entscheidung über Leben und Tod wäre die Anmaßung eines göttlichen Prärogativs (vgl. Thomas von Aquin 1953, II, q. 64, art. 5).

Wie die nachfolgende Kritik gezeigt hat, ist dieses Argument mit drei gravierenden Schwierigkeiten konfrontiert:

1. Ein Geschenk ist dadurch definiert, dass es in das Eigentum des Beschenkten übergeht. Wenn das Leben ein Geschenk Gottes ist, dann sollten dem Beschenkten dieselben Verfügungsrechte über sein Leben zustehen wie über anderes Eigentum auch.

2. Während wir ein Geschenk gewöhnlich zurückweisen können, haben wir unser Leben nicht frei gewählt. Es kann aber nicht moralisch kritikwürdig sein, ein ungewolltes Geschenk zurückzugeben, wenn es sich als beschwerlich erweist. In den Worten Montesquieus (Montesquieu 1986, Brief 76): »Will Gott, so verschieden von allen Wohltätern, mich dazu verdammen, Gnadenbezeugungen anzunehmen, die mir eine erdrückende Last sind?« Ein Gott andererseits, der ein Geschenk aufzwingt, wäre kaum als wohlwollend zu verstehen (vgl. Hammer 1975, S. 79).

3. Es wäre willkürlich, das Leben als Geschenk Gottes aufzufassen, nicht aber auch die anderen dem Menschen verliehenen Handlungsmöglichkeiten — einschließlich der Möglichkeit, sein Leben selbst zu beenden (vgl. Hume 1984, S. 99). Wenn der Mensch in Situationen gerät, die ihn am Leben verzweifeln lassen, warum sollte er diese von Gott gewährte Möglichkeit nicht nutzen?

Eine zweite Variante des Arguments der Unverfügbarkeit des eigenen Lebens findet sich unter anderem in Kants Vorlesungen über Moralphilosophie. Der Mensch — so Kant —, der »unter der Vorsorge eines gütigen Herrn steht, handelt sträflich, wenn er sich den Absichten desselben widersetzt« (Kant 1924, S.193). Das entscheidende Gegenargument gegen diese Variante ist (vor Kant) von Hume geliefert worden: Wenn die Lebensverkürzung verboten ist, weil sie Gottes Vorsorge widerstreitet, dann muss auch die Lebensverlängerung verboten sein, da auch sie Gottes Vorsorge widerstreitet. Träfe das Argument zu, müssten also zusammen mit dem Suizid sämtliche Vorkehrungen zur Lebensverlängerung einschließlich großer Bereiche der Medizin verworfen werden.

Eine dritte Variante des Arguments der Unverfügbarkeit des eigenen Lebens erklärt das Leben rundheraus statt zu einem Geschenk zum Eigentum dessen, der es gegeben hat:

Alle Menschen sind das Werk eines einzigen allmächtigen und unendlich weisen Schöpfers, die Diener eines einzigen souveränen Herrn, auf dessen Befehl und in dessen Auftrag sie in die Welt gesandt wurden. Sie sind sein Eigentum, da sie sein Werk sind, und er hat sie geschaffen, so lange zu bestehen, wie es ihm, nicht aber wie es ihnen untereinander gefällt. [...] Ein jeder (ist) verpflichtet, sich selbst zu erhalten und seinen Platz nicht vorsätzlich zu verlassen (Locke 1967, II, § 6; ähnlich Thomas von Aquin und Kant).

Der Gedanke einer Verpflichtung, »seinen Platz nicht vorsätzlich zu verlassen«, findet sich in der Antike bereits bei Pythagoras, später beim platonischen Sokrates, der im Dialog *Phaidon* unter Berufung auf gewisse »Geheimlehren« die Auffassung vertritt, dass »wir Menschen hier gewissermaßen auf einem Wachtposten stehen und dass wir uns nicht selbst davon ablösen oder weglaufen dürfen« (Platon 19886, 62 b-c) — was für Sokrates allerdings nicht ausschließt, dass die Götter im Einzelfall die Notwendigkeit eines Suizids verfügen können, wie sie auch seinen eigenen Suizid verfügt hätten. (Das Gespräch findet im Gefängnis statt, am Tage, an dem Sokrates den Schierlingsbecher trinken wird.) Offensichtlich ist diese dritte Variante des Unverfügbarkeitsarguments den übrigen darin überlegen, dass sie durch das Argument Humes gegen die zweite Variante nicht so leicht zu erschüttern ist. Wenn der Mensch als Eigentum Gottes, als »Leibeigener« (Kant 1924, S.193) vorgestellt wird, ist es nicht widersprüchlich, sondern nur konsequent, ihm einerseits das Recht auf Selbsttötung (und Selbstschädigung) abzusprechen, da sie seine Nützlichkeit für den Herrn herabsetzen, ihm andererseits jedoch die Pflicht aufzuerlegen, seine Arbeitskraft zu erhalten bzw. nach Kräften zu steigern. Wird der Mensch ernsthaft als Eigentum aufgefasst, so wie Sklaven oder Soldaten als Eigentum aufgefasst worden sind, ist die Symmetrie zwischen dem Verbot des Suizids und dem Verbot der Lebensverlängerung aufgehoben.

Eine vierte, nichttheologische Variante des Arguments der Unverfügbarkeit des eigenen Lebens, die die verpflichtende Instanz von Gott in den Menschen selbst verlegt, findet sich in der Moralphilosophie Kants. Kant denkt den von ihm postulierten metaphysischen Persönlichkeitskern, das intelligible Subjekt, als etwas Heiliges, schlechthin Achtung Gebietendes, das über die Grenzen der individuellen Existenz hinausreicht und insofern der Verfügung des Individuums entzogen ist:

Die Menschheit hat eine Unverletzlichkeit in seiner Person, es ist was Heiliges, was uns anvertraut ist, dem Menschen ist alles unterworfen, nur sich selbst muß er nicht angreifen [...] Nach der Regel der Klugheit wäre es oft das beste Mittel, sich selbst aus dem Wege zu räumen, aber nach der Regel der Sittlichkeit ist es unter keiner Bedingung erlaubt, weil es die Destruktion der Menschheit ist (Kant 1924, 5.189 f.).

Die Überzeugungskraft dieses Arguments ist jedoch dadurch eingeschränkt, dass es sich bei diesem metaphysischen Persönlichkeitskern um ein bloßes Postulat handelt, von dem Kant selbst zugesteht, dass es für seine Existenz in der Erfahrungswelt keinerlei Anhaltspunkte gibt. Aber auch dann, wenn man die Existenz dieses Ewigen im Menschen zugibt, ist nicht klar, wieso seine Erhaltung einen so unvergleichlich hohen Wert darstellen soll, dass dieser den Unwert aller Leiden des potenziellen Suizidenten überwiegt.

Als Resultat ist festzuhalten, dass keines der traditionellen metaphysisch-ethischen Argumente ein moralisches Verbot des Suizids plausibel zu machen vermag. Dieses Resultat folgt bereits dann, wenn lediglich immanente Gegenargumente berücksichtigt werden und die Vernünftigkeit der metaphysischen Annahmen selbst nicht in Frage gestellt wird. Wie immer vernünftig oder unvernünftig die metaphysischen Annahmen sein mögen, auf die sich der

metaphysische Ethiker beruft, in jedem Fall reichen die von ihm angegebenen Gründe für eine generelle moralische Verurteilung des Suizids nicht aus.

1.3 Individualethische Argumente

Eines der ältesten nicht-metaphysischen Argumente gegen die moralische Zulässigkeit des Suizids ist das seiner Unnatürlichkeit. Dass es wider das natürliche Gesetz sei, sich selbst den Tod zu geben, führt die Reihe der Argumente gegen den Suizid in Thomas von Aquins *Summa theologica* an, und sie findet sich wieder in zumindest einer (und wohl bekanntesten) der zahlreichen Argumentationen Kants gegen den Suizid.

Nun lässt sich aber – wie unter anderem John Stuart Mill in seinem Essay »Natur« gezeigt hat (vgl. Mill 1984, S.9 ff.) – kein schlechteres Argument für die moralische Verurteilung irgendeiner menschlichen Verhaltensweise denken als das, sie sei unnatürlich. Denn entweder heißt »unnatürlich«, dass etwas in der Natur nicht vorkommt oder mit einem Naturgesetz unvereinbar ist – dann könnte der Suizid, wäre er in diesem Sinne unnatürlich, nicht vorkommen und brauchte nicht moralisch verurteilt zu werden. Oder »unnatürlich« wird in einem normativen, moralisch verwerfenden Sinne gebraucht, wobei der Maßstab für »natürlich« und »unnatürlich« dann nicht in der Natur insgesamt (einschließlich des Menschen), sondern nur in irgendeinem besonderen Ausschnitt der Realität gesehen werden kann. Aber welcher Ausschnitt könnte das – etwa im Falle des Suizids – sein? Sicher nicht die außermenschliche Natur. Denn wer sagen wollte, dass der Suizid beim Menschen moralisch unakzeptabel sei, weil er von keinem anderen Naturwesen bekannt ist, wäre gezwungen, sämtliche spezifisch menschlichen Fähigkeiten als moralisch unakzeptabel gelten zu lassen. Wollte man hingegen den Maßstab von »natürlich« und »unnatürlich« in der Natur des Menschen im Sinne einer Wesensdefinition sehen, wäre ebenso wenig gewonnen, da die Begründungslast nur auf die Frage verschoben wäre, warum unter den vielen möglichen Wesensdefinitionen des Menschen gerade diese in den Rang eines moralischen Kriteriums erhoben werden soll.

»Natürlich« und »unnatürlich« fungieren als Leerformeln, mit denen sich Beliebiger rechtfertigen oder verwerfen lässt. Mit Berufung auf die Natur rechtfertigt d'Holbach und verwirft Kant den Suizid. Für d'Holbach ist nichts so natürlich, wie dass der Mensch sein Leben nur so lange liebt, wie es glücklich ist, und dass man ihn nicht zwingen kann, ein ungeliebtes Leben zu leben. Der Suizid sei deshalb nicht weniger natürlich als die Geburt (d'Holbach 1978, Teil 1, Kap. 14). Aber entweder (wenn »natürlich« so viel heißt wie »moralisch unbedenklich«) ist die Natürlichkeitsargumentation eine *Petitio principii*, oder sie impliziert (wenn »natürlich« so viel heißt wie »real«), dass auch jede Fremdtötung erlaubt ist, da auch sie ja zweifellos etwas Reales ist. Kant auf der anderen Seite sieht im Suizid etwas Unnatürliches im strengstmöglichen Sinne, insofern sich nach ihm im Suizid die Natur mit sich selbst in Widerspruch setzt. Dass es sich jedermann zur Regel machte, »sich aus Selbstliebe das Leben abzukürzen, wenn es unerträglich geworden zu sein scheint«, ist für Kant ein unmöglicher Sachverhalt, da »eine Natur, deren Gesetz es wäre, durch dieselbe Empfindung (die Selbstliebe), deren Bestimmung es ist, zur Beförderung des Lebens anzutreiben, das Leben selbst zu zerstören, ihr selbst widersprechen und also nicht als Natur bestehen würde« (Kant 1968, S.422). Aber ein Widerspruch liegt hier offenkundig nicht vor. Im Normalfall ist es die Funktion der Selbstliebe, zum Leben anzutreiben, aber eben nicht in der Situation des Suizidenten. Überdies kann nicht zu denken unmöglich sein, was wirklich ist. Wie Schopenhauer gegen Kant geltend gemacht hat, ist es ja ganz gewiss, »dass der Mensch wirklich zum Suizid greift, sobald der angebotene riesenstarke Trieb zur Erhaltung des Lebens von der Größe der Leiden entschieden überwältigt wird« (Schopenhauer 1986, S.7). Wenn hier ein Widerspruch vorliegt, dann in dem fiktiven Naturbegriff, von dem Kant bei seiner Überlegung ausgeht.

Schopenhauer, dem unter den Philosophen der Vergangenheit das Verdienst zukommt, die vorurteilsloseste und differenzierteste ethische Beurteilung (und psychologische Deutung) des Suizids gegeben zu haben (vgl. Birnbacher 1985, S. 115), hat Kants Argumente gegen den Suizid als »Armseligkeiten« bezeichnet, »die nicht einmal eine Antwort verdienen« (Schopenhauer 1986, S.5). In der Tat sind die von Kant vorgebrachten Argumente so wenig überzeugend, dass es nahe liegt, sie — unter Rückgriff auf eine ansonsten eher problematische Interpretationsstrategie — als Rationalisierungen anderweitig motivierter Einstellungen zu deuten. Nahe gelegt wird diese Deutung insbesondere durch die Intensität des Abscheus vor dem Suizid als einer anarchischen, schlechthin unkontrollierbaren Bedrohung, dem Kant in seinen Vorlesungen Ausdruck gibt:

Dieses ist das Erschrecklichste, was sich denken läßt, denn wer es schon so weit gebracht hat, daß er jedesmal ein Meister über sein Leben ist, der ist auch Meister über jedes anderen sein Leben, dem stehen die Türen zu allen Lastern offen [...] Es erweckt also der Selbstmord ein Grausen, indem sich der Mensch dadurch unter das Vieh setzt, wir sehen einen Selbstmörder als ein Aas an (Kant 1924, S. 189).

Wenig überzeugend ist auch eine andere Variante von Kants Widerspruchsargument, bei der nicht die Natur, sondern der suizidale Wille selbst als widersprüchlich bezeichnet wird. Der Suizid sei — so Kant — »der obersten Pflicht gegen sich zuwider«, da durch ihn etwas gewollt werde, wodurch die Bedingungen dieses Wollens aufgehoben werden. Man könne sein Leben nicht durch seinen Willen aufheben, denn die »Macht, seine Willkür selbst zu zerstören, widerstreitet [...] der freien Willkür selbst; wenn die Freiheit die Bedingung des Lebens ist, so kann sie nicht dazu dienen, das Leben aufzuheben, denn sonst zerstört und hebt sie sich selbst auf« (ebd., S.184). Aber an dem Gedanken, zu wollen, dass man später nicht mehr wollen kann, ist ebenso wenig etwas Widersprüchliches wie an dem Gedanken, seine Freiheit dazu zu gebrauchen, diese Freiheit aufzuheben. Wenn der Suizid oder die Selbstaufhebung der Freiheit unzulässig sind, dann nicht aus logischen, sondern aus moralischen Gründen.

Eine wiederum andere Argumentation Kants gegen den Suizid greift auf jene Version des kategorischen Imperativs zurück, die gebietet, »die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person jedes andern jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel« zu gebrauchen (Kant 1968, S.429). Der Suizident bediene sich seiner Person als eines bloßen Mittels zur Erhaltung eines erträglichen Zustandes, mache sich damit selbst zur Sache und würdige »die Menschheit in seiner Person herab« (ebd., S.423). Dieser Versuch Kants, den Begriff eines interpersonalen Ausbeutungsverhältnisses auf ein intrapersonales Verhältnis zu übertragen, ist jedoch nicht leicht nachzuvollziehen. Jemanden zu einem bloßen Mittel zu erniedrigen bzw. sich dazu erniedrigen zu lassen, ist zunächst nur für solche Fälle definiert, in denen Ausbeuter und Ausgebeuteter verschieden sind: Der Ausgebeutete ist bloßes Mittel für die Zwecke des Ausbeuters. Sind jedoch Ausbeuter und Ausgebeuteter identisch, sind die Zwecke, zu denen die Person als Mittel gebraucht wird, Zwecke dieser selben Person. Es kann deshalb nicht sein, dass der Suizident, indem er sich als Mittel gebraucht, sich als bloßes Mittel gebraucht.

Ausdrücklich bejaht wurde das Recht auf Suizid aus individuellethischer Sicht in der Antike unter anderem von den Stoikern, in der Neuzeit von den Philosophen der französischen Aufklärung, im 19. Jahrhundert von Schopenhauer. Nach Diogenes Laertius (1968, Buch VII, 130) haben die älteren Stoiker den wohlwollenen, aus guten Gründen vollzogenen Suizid nicht nur erlaubt, sondern auch empfohlen. Gute Gründe waren die Rettung des Vaterlandes oder der Freunde oder die Aussicht auf fortgesetztes Leiden durch Verstümmelungen oder unheilbare Krankheiten. Für Seneca ist menschliche Freiheit undenkbar ohne die Möglichkeit, Not, Schande, Leiden oder Altersbeschwerden durch Suizid zu umgehen. Er zitiert Epikur: »Ein Leben in Not ist schlimm; aber: in Not zu leben,

dazu nötig nichts« (Seneca 1974, Brief 12). Die französischen Aufklärer wandten sich — anders als die Philosophen der deutschen Aufklärung (Pufendorf, Thomasius und Wolff, die an der herkömmlichen Verurteilung des Suizids festhielten) — nicht nur gegen die moralische, sondern auch gegen die strafrechtliche Verfolgung des Suizids. Dass die Bestrafung des Suizids zuerst in Preußen aufgehoben wurde, geht vielleicht auf den Einfluss Voltaires auf Friedrich den Großen zurück (die Entscheidung fiel während eines Aufenthalts Voltaires in Berlin; vgl. Bernstein 1907, S.33). Die schärfste Kritik erfahren die individualethischen Argumente gegen den Suizid bei Schopenhauer. Schopenhauers Hauptargument lautet: Bestünde eine individualethische Verpflichtung zur Selbsterhaltung, bestünde diese entweder als Rechtspflicht (das heißt als Pflicht zu etwas, worauf jemand ein Recht hat) oder als Liebespflicht. Als Rechtspflicht könne sie jedoch nicht bestehen, da man einem eigenen Recht nicht willentlich zuwiderhandeln kann: *volenti non fit injuria*. Als Liebespflicht könne sie aber ebenso wenig bestehen, da der Mensch von Natur aus genug an seinem Leben hängt, um eine solche Liebespflicht überflüssig zu machen (Schopenhauer 1986, § 5)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass auch die individualethischen Argumente eine moralische Verurteilung des Suizids nicht begründen können. Es bleiben abschließend die Argumente zu prüfen, nach denen der Suizid aus sozialetischen Gründen, d. h. aufgrund von Pflichten gegenüber Staat, Gesellschaft und Familie, abzulehnen ist.

1.4 Sozialetische Argumente

Die Auffassung, dass der Suizid ein Unrecht an der Gesellschaft sei, ist insbesondere von Aristoteles vertreten worden: Da der Suizident der Gesellschaft ein Unrecht zufüge, habe der Staat das Recht, den Suizidenten mit einem unehrenhaften Begräbnis zu bestrafen (Aristoteles 1972, Buch 5, 1138 a). Aus heutiger Sicht stellt sich allerdings die Frage, warum sich dieses Argument über Jahrhunderte hinweg halten konnte (es wurde unter anderem von Thomas von Aquin aufgegriffen), ohne dass ernsthaft gefragt wurde, was der Suizident der Gesellschaft denn eigentlich entzieht. Diese Frage wurde erst von den Aufklärungsphilosophen gestellt und für einen großen Bereich der Fälle als schlicht irrelevant erwiesen: D'Holbach bezweifelt die Erheblichkeit des Nutzens, den eine Gesellschaft von jemandem erwarten kann, der an seiner Existenz keine Freude hat (d'Holbach 1978, Teil I, Kap. 14); Beccaria rechnet dem Staat vor, dass ihm der Suizident weniger entzieht als der Auswanderer, der immerhin einen Teil seines Eigentums mitnimmt (Beccaria 1988, Kap. 32); und Hume folgert ironisch, dass, wenn das sozialetische Argument gültig wäre, jeder Suizid, der der Gesellschaft Belastungen erspart (wie es nach seiner Meinung nicht selten der Fall ist), nicht nur als schuldlos, sondern sogar als löblich gelten müsste (Hume 1984, S.98).

Ich bezweifle allerdings, ob diese Einwände den Nerv des klassischen sozialetischen Arguments treffen. Schon Aristoteles scheint es weniger um den gesellschaftlichen Nutzen und Schaden durch den Suizid gegangen zu sein als um die Sicherung des staatlichen Herrschaftsanspruchs über das Individuum. Was in Frage steht, sind weniger unterschiedliche Nutzen-Kosten-Kalküle als gegensätzliche Bewertungen individueller Autonomie. Das Anstößige am Suizid für den Kollektivisten (wie man ihn nennen könnte) ist nicht, dass der Suizident dem Staat Nutzen, sondern dass er ihm Macht entzieht. Er verletzt den Herrschaftsanspruch des Staates noch schwerer als der Verbrecher, da er ihm sogar noch die Möglichkeit zur Vergeltung nimmt. Die Argumentation des Kollektivisten ist insofern das genaue säkulare Gegenstück zum theologischen Argument der Unverfügbarkeit des Lebens. Am deutlichsten wird das in der Staatstheorie Hegels, der dem Staat dasselbe ausschließliche Recht über das Leben seiner Bürger einräumt, das Thomas von Aquin Gott über das Leben seiner Geschöpfe einräumt (vgl. Hegel 1969, § 70, Zusatz).

Das kollektivistische Element in der aristotelischen Form des sozialetischen Arguments ist den

philosophes der Aufklärung nicht verborgen geblieben. Sie setzen ihm radikal individualistische Überlegungen auf der Grundlage einer vertragstheoretischen Konzeption des Staates entgegen. Montesquieu bezweifelt, ob man verpflichtet sein kann, Mitglied einer Gesellschaft zu bleiben, die man sich bei seiner Geburt nicht aussuchen konnte: »Die Gesellschaft ist auf gegenseitigem Vorteil begründet; aber wer hindert mich, ihr zu entsagen, wenn sie mir lästig wird?« (Montesquieu 1986, Brief 76). Nach d'Holbach haben weder Staat und Gesellschaft noch die Familie ein Recht gegen den Suizidenten. Sie hätten es nur, wenn sie imstande wären, ihm ein glückliches Leben zu sichern. Eine Gesellschaft jedoch, die unfähig oder unwillig ist, uns die Mittel zum Glück zu verschaffen, verliere alle Rechte über uns (d'Holbach 1978, Teil 1, Kap. 14). Ähnlich argumentiert später Schopenhauer (Schopenhauer 1986, Bd. 5, S 1210).

Man muss sich allerdings fragen, ob *die philosophes* an diesem Punkt nicht über das Ziel einer berechtigten Kritik an totalitären Verfügungsansprüchen des Staates hinausschießen. Dem Staat oder der Gesellschaft das Recht auf das Leben des Bürgers abzusprechen, heißt ja nicht schon, diesem jede Pflicht abzusprechen, zugunsten anderer sein Leben zu erhalten. Dass der Staat oder die Gesellschaft nicht berechtigt sind, von mir die Erhaltung meines Lebens zu verlangen oder durch die Androhung von Sanktionen gegen mich oder mir Nahestehende (Konfiskation des Vermögens) zu erzwingen, impliziert nicht, dass ich nicht dennoch verpflichtet sein könnte, von einem Suizid abzusehen, von dem ich erwarten muss, dass er andere in beträchtlichem Maße schädigt. Unter den französischen Aufklärern scheint allein Diderot diese Möglichkeit ernst genommen zu haben: Man dürfe das Leben nicht willentlich verlassen, wenn das Glück oder die Ehre anderer von der eigenen Existenz abhängen (Diderot 1875, Bd. 3, S. 245, 252f.). Mit dieser Auffassung folgt er den Philosophen der jüngeren Stoa, die ebenfalls die Erlaubnis zum Suizid durch Pflichten gegenüber der Familie beschränkt sahen. So berichtet Seneca einmal — in der für ihn charakteristischen pharisäischen Art — von einem Fieberanfall, bei dem er zum Suizid versucht gewesen war, sich jedoch mit Rücksicht auf seinen »hochbetagten, grundgütigen« Vater, den sein Tod schwer getroffen hätte, zurückgehalten habe: »Mitunter ist auch das Leben eine mutige Tat« (Seneca 1974, S.78).

In der Tat scheinen moralische Vorbehalte gegen den Suizid immer dann berechtigt, wenn der Suizid Rechte oder berechnete Interessen anderer (insbesondere persönlich Nahestehender) in gravierender Weise verletzt, sei es durch Entzug der materiellen Lebensgrundlagen, sei es durch Belastung mit Schuldgefühlen oder durch soziale Stigmatisierung. Wie groß die negative Betroffenheit anderer sein muss, um für den Suizidenten eine Pflicht zu begründen, um der anderen willen seine Suizidabsichten unausgeführt zu lassen, wird dabei weitgehend eine Sache der Einzelfallabwägung, also des moralischen Augenmaßes bleiben müssen. Allgemein wird man nur so viel sagen können, dass, je schwerwiegender die Gründe sind, die den Suizidenten zum Suizid bestimmen, und je weniger er auf eine Besserung seiner inneren Situation hoffen kann, die Betroffenheit anderer umso schwerer wiegen muss, um den Suizid als moralisch bedenklich erscheinen zu lassen. Die praktische Relevanz solcher moralischen Bedenken ist allerdings dadurch eingeschränkt, dass die Belastung Nahestehender vom Suizidenten oft geradezu bezweckt ist und moralische Vorhaltungen angesichts der emotionalen Intensität suizidaler Rache- und Bestrafungsmotive in der Regel wenig ausrichten. Solange ein Suizid keine nennenswerten Auswirkungen auf andere hat, muss er dagegen als moralisch indifferent gelten, das heißt als weder moralisch geboten noch als moralisch verboten. Dies dürfte auch die Überzeugung der meisten philosophischen Ethiker der Gegenwart sein. Dass diese Position in der Öffentlichkeit bis in die jüngste Zeit eher nur defensiv vertreten worden ist, ist dem beherrschenden Einfluss der christlichen Ethik zuzuschreiben, die den Suizid traditionell streng verurteilt hat. Noch 1954 urteilte der Bundesgerichtshof, dass »das Sittengesetz je-den Suizid — von äußersten Ausnahmefällen vielleicht abgesehen — streng missbilligt, da niemand selbstherrlich über sein eigenes Leben verfügen und sich den Tod geben darf« (Bundesgerichtshof 1954, S.153).

1.5 Die moralische Qualität von Suizidhandlungen

Mit der These der moralischen Indifferenz des Suizids verzichtet der Ethiker nicht auf jede Art der Beurteilung von Suizidhandlungen. Erstens lassen sich Suizidhandlungen weiterhin unter dem Gesichtspunkt individueller Klugheit beurteilen: Liegt der Suizid im besten Interesse des Suizidenten, oder ist er verblendet und irrational? Zweitens lassen sich Suizidhandlungen weiterhin nach der moralischen Qualität der ihnen zugrunde liegenden Motive beurteilen: Auch wer in einer Suizidhandlung nichts moralisch Verwerfliches zu sehen vermag, braucht ihre Motive nicht zu billigen. Es ist eine Sache, einen Suizidenten für das, was er tut, nicht zu verurteilen, hin-gegen eine andere, seine Motive als moralisch vorbildlich hinzustellen. Die Gesinnung eines Bankrotteurs, der sich durch Suizid der Verantwortung entzieht, ist weniger vorbildlich als die eines buddhistischen Mönchs, der dadurch gegen den Vietnamkrieg protestiert.

Ein Blick zurück in die Geschichte der Ethik zeigt, dass trotz der Verschiedenheit der Auffassungen von moralischer Vollkommenheit die philosophische Beurteilung der Suizidmotive erstaunlich einhellig war:

1. Unbestritten ist die moralische Qualität des altruistisch oder anderweitig moralisch motivierten Suizids. Altruistische Suizide werden dabei vorwiegend als heroische (supererogatorische) Akte aufgefasst, die moralisch vorbildlich sind, deren Ausführung jedoch nicht von jedermann gefordert werden kann. Unübertroffen in der Verherrlichung des moralisch motivierten Suizids ist Seneca. Dem stoischen Weisen, dessen Bild Seneca in seinen Briefen entwickelt, bedeutet seine Tugend alles und sein Leben nichts. Nicht aus hedonistischen Gründen hält er sich den Ausweg des Suizids offen, sondern aus Stolz, aus dem Wunsch heraus, seine Würde auch unter widrigsten Umständen zu wahren: »Der schmutzigste Tod ist der saubersten Sklaverei vorzuziehen« (Seneca 1974, S. 70).
2. Unter den Philosophen, die den Suizid zumindest unter bestimmten Bedingungen für moralisch zulässig halten, besteht ein weitgehender Konsens in der Hochschätzung des philosophischen, wohlwogenen, auf der Abwägung der weiteren Lebenschancen beruhenden Suizids und in der Geringschätzung des affektbestimmten, kurzschlüssigen und wahnhaften Suizids. Diese Beurteilung entspricht dem auch ansonsten vorherrschenden Persönlichkeitsideal eines autonomen, rationalen, im Handeln an realistischen Zukunftsprojektionen orientierten Individuums. Bereits Platon, der in seinen *Gesetzen* (Platon 1988a, Buch 9, 873 c-d) die Suizidenten mit einem entehrenden Begräbnis bestrafen lässt, nimmt davon diejenigen aus, die »ein höchst schmerzliches und unentfliehbares Schicksal« getroffen hat oder die einer »unheilbaren, das Leben unerträglich machenden Schmach« anheim gefallen sind. Bestraft werden sollen dagegen die, die sich aus »Schlaffheit und feiger Verzagtheit« den Tod gegeben haben. Für den Rationalisten Spinoza ist der Suizident sogar per definitionem ein Mensch »ohnmächtigen Gemüts«, der schwächlich äußeren Ursachen erliegt, anstatt sich kraftvoll gegen sie zu behaupten (Spinoza 1976, IV, Lehrsatz 18, Anm.). Er wird schlechthin als Negativtypus zu Spinozas Ideal eines affektfreien, aktiven, auf Autonomie und Selbsterhaltung sinnenden Menschen gezeichnet. Auch für Schopenhauer, der den Suizidenten nachdrücklich von moralischer Schuld entlastet, bleibt die große Mehrzahl der Suizidenten hinter dem von ihm postulierten moralischen Ideal zurück. Weit entfernt davon, das Leben insgesamt zu verneinen und damit die höchste dem Menschen erreichbare Form der Weltbewältigung, die Askese, zu erreichen, verneint der Suizident bloß die Kontingenz seines individuellen Lebens. Was ihn treibt – und was sich für Schopenhauer unter anderem auch in der Gewalttätigkeit der Suizidhandlung selbst manifestiert –, ist derselbe aggressive, expansive, durch nichts zu sättigende Lebenstrieb, dem zu entsagen allein dem Asketen gelingt.

1.6 Ethik des Suizids versus Ethik der Suizidverhütung

In der philosophischen Auseinandersetzung mit dem Problem des Suizids haben ethische Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Beteiligung anderer an einem Suizid ergeben, keine Rolle gespielt. Fragen wie die nach den Bedingungen, unter denen man einen anderen am Suizid hindern oder ihm dazu Beihilfe leisten darf oder soll, tauchen in der Geschichte der Ethik nicht auf. Mögen auch einige der Ethiker (etwa Augustinus) mit der Verurteilung des Suizids das Ziel verfolgt haben, einen Beitrag zur Suizidverhütung zu leisten, so wurde dieses Ziel selbst doch nicht eigens zur Debatte gestellt. Das theoretische Interesse konzentrierte sich auf die Frage nach der moralischen Richtigkeit und Falschheit des Suizids selbst. Dabei sind moralische Fragen der Suizidverhütung unter praktischen Gesichtspunkten aber zweifellos wichtiger als moralische Normen der Zulässigkeit des Suizids selbst – schon deshalb, weil sie in der Situation des potenziell Intervenierenden eine größere Chance haben, das faktische Handeln zu beeinflussen, als in der Situation des Suizidenten, der sich vielfach in einer akuten psychischen Notlage befindet.

Recht und Unrecht des Suizids und Recht und Unrecht der Suizidverhütung sind weitgehend unabhängig voneinander. Die moralischen Beurteilungsgesichtspunkte der Verhinderung oder Unterstützung eines Suizids sind andere als die, nach denen der Suizid selbst beurteilt werden muss. Auch in Fällen, in denen ein Suizid nicht als moralisch kritikwürdig bezeichnet werden kann, kann eine Pflicht für andere bestehen, den Suizidenten an seinem Vorhaben zu hindern. Wir sind nicht nur verpflichtet, jemandem in den Weg zu treten (sofern dies keine unverhältnismäßig große Gefahr für uns bedeutet), der einen anderen töten, verletzen oder in anderer Weise erheblich schädigen will, sondern vielfach auch dazu, jemanden davor zu bewahren, sich selbst in erheblicher oder unwiderruflicher Weise zu schädigen. Auch die glühendsten Verfechter des Verbots paternalistisch bevormundender Eingriffe in die individuelle Entscheidungsfreiheit haben ihr Prinzip für einige Fälle relativiert. John Stuart Mill hielt es nicht nur für moralisch erlaubt, sondern auch für moralisch geboten, einen Fußgänger, der ahnungslos eine einstürzende Brücke betreten will, mit Gewalt davon abzuhalten, wie er es auch für moralisch geboten hielt, einen Menschen, der seine Gesundheit ruiniert, zwar nicht mit Gewalt, aber doch durch gutes Zureden von seinem selbstschädigenden Verhalten abzubringen (Mill ¹⁹⁷⁴, ^{Kap. 5}). Umgekehrt gilt, dass aus der moralischen Verwerflichkeit einer Handlung nicht folgt, dass wir die Pflicht oder auch nur das Recht haben, ihre Ausführung zu verhindern, geschweige denn, sie mit Gewalt zu verhindern. Einschränkungen der persönlichen Freiheit bedürfen weitergehender Begründungen. Auch wer den Suizid aus moralischen Gründen glaubt verurteilen zu müssen, verfügt damit nicht eo ipso über einen Rechtfertigungsgrund für staatliche Zwangsmaßnahmen, wie etwa die Einweisung eines Suizidgefährdeten in die geschlossene Abteilung einer psychiatrischen Klinik.

2. Ethische Aspekte der Suizidverhütung

2.1 Starker und schwacher Paternalismus

Auf die Frage nach den moralischen Kriterien für die Suizidverhütung gibt es keine einfache Antwort. Verschiedene Fallgruppen verlangen unterschiedliche Antworten, und wir kommen nicht darum herum, Differenzierungen vorzunehmen.

Es gibt Suizidhandlungen, bei denen kein Zweifel besteht, dass sie wohlerwogen sind, das heißt, bei denen der Suizident über längere Zeit hinweg das Für und Wider des Suizids gründlich ab-gewogen hat. Solche auf einer Bilanzierung der verbleibenden Lebenschancen basierenden Suizide sind gewöhnlich sorgfältig geplant und stehen, falls sie überhaupt von

einem bestimmten aus-lösenden Ereignis abhängen, zu einem solchen Ereignis in einer gewissen zeitlichen Distanz. Auch wenn solche Suizide statistisch eher selten sind, kann doch nicht daran gezweifelt werden, dass sie vor-kommen. Unter Psychotherapeuten und Psychiatern wird zwar gelegentlich die These vertreten: »Als Täter ist jeder Selbstmörder krank und darum für sein Tun nicht verantwortlich. Als Opfer aber bedarf er des Schutzes vor sich selbst« (Thomas 1977, S.35). Aber hier drängt sich der Verdacht auf, dass die Vertreter solcher Thesen die Befunde, mit denen sie im klinischen Kontext konfrontiert sind, unbesehen auf die Gesamtheit der Suizidenten übertragen (vgl. Pohlmeier 1983, S. 26). Eindeutige Beispiele für wohlerwogene Suizide sind die von terminal Kranken, die sich der qualvollen Endphase der Krankheit durch Suizid entziehen wollen. Hier ist zwar die Krankheit eine Bedingung dafür, den Suizid zu wollen, aber das heißt nicht, dass der Wille des Kranken selbst krank oder gestört ist. Im Gegenteil, das willentliche Herbeiführen des Lebensendes, bevor die Krankheit möglicherweise so weit fortgeschritten ist, dass sie eine freie Willensbetätigung nicht mehr zulässt, ist eher der Musterfall einer Erhebung menschlicher Rationalität und Autonomie über die physische Verfallenheit an die Natur. Weniger leicht ist die Wohlerwogenheit eines Suizids bei psychischen Krankheiten zu beurteilen. Hier ist die Krankheit ja vielfach nicht nur eine Vorgabe, auf die der Wille des Suizidenten autonom reagiert, sondern eine Beeinträchtigung, die diesen Willen selbst durchdringt. Man sollte sich allerdings auch bei psychischen Krankheiten vor pauschalen Verallgemeinerungen hüten. Ein psychisch Kranker ist nicht eo ipso zu einer wohlerwogenen Entscheidung unfähig. »Wir müssten außerdem wissen, ob diese geistige Erkrankung die Person außerstande setzte, klar und logisch über ihr Vorhaben nachzudenken, oder bei seiner Ausführung die Kontrolle über ihre Bewegungen zu behalten« (Flew 1976, S.100). Mag auch der Suizid von Jean Amery Resultat und Ausdruck einer depressiven Störung gewesen sein, so wäre es doch offenkundig verfehlt, ihn deshalb unfrei zu nennen.

Ich halte es für evident, dass eine wohlerwogene Entscheidung zum Suizid im Allgemeinen respektiert werden muss. Wir haben nicht das Recht, einem Suizidenten in den Weg zu treten, der seine Entscheidung nach reiflicher Überlegung und sorgfältiger Abwägung aller Alternativen getroffen hat. Eine schwerwiegende Frage stellt sich allerdings dann, wenn zwar an der subjektiven Rationalität (der Denkfähigkeit) des Suizidenten kein Zweifel besteht, jedoch begründet angenommen werden muss, dass der Suizid keineswegs im besten Interesse des Suizidenten und insofern objektiv irrational ist. Das kann etwa dann der Fall sein, wenn der Suizident bei seiner Bilanzierung von abergläubischen oder anderweitig abwegigen Glaubensannahmen ausgeht und zum Beispiel harmlose körperliche Symptome fälschlicherweise als zutiefst bedrohlich einschätzt. Darf ein anderer in diesem Fall in das zum Tode des Suizidenten führende Geschehen mit Zwangsmitteln eingreifen? Der starke Paternalismus gibt hier eine bejahende, der schwache Paternalismus eine verneinende Antwort. Für den starken Paternalismus ist ein Eingreifen mit Zwangsmitteln immer dann gerechtfertigt, wenn ein anderer seinen langfristigen Interessen zuwiderhandelt, gleichgültig ob seine Absicht, das objektiv Unvernünftige zu tun, auf eine gründliche Abwägung von Chancen und Risiken zurückgeht oder auf eine durch Krankheit oder psychische Notlage bedingte Störung seines Willens. Der schwache Paternalismus dagegen erlaubt ein Eingreifen mit Zwangsmitteln nur dann, wenn Einsichtsfähigkeit oder Freiheit des Betroffenen eingeschränkt sind und er nicht in der Lage ist, seine wahren Interessen zu erfassen oder ihnen gemäß zu handeln.

Der starke Paternalismus bedeutet eine gravierende Einschränkung der Autonomie des Betroffenen und ist von daher grundsätzlich bedenklich. Er ist auch da noch bedenklich, wo irreversible Entscheidungen auf dem Spiel stehen. In einen wohlerwogenen Suizid mit Zwangsmitteln einzugreifen, von dem man annehmen muss, dass er objektiv unvernünftig ist, ist eine vielleicht verständliche, aber doch kaum zu rechtfertigende Anmaßung. Ich kann

mir nur einen Umstand denken, der bei einem wohlerwogenen Suizid zur Anwendung von Zwangsmitteln berechtigen könnte: wenn in die Entscheidung des Suizidenten Irrtümer und Fehlinformationen (zum Beispiel über den Verlauf einer Krankheit oder über Therapiemöglichkeiten) eingegangen sind, deren Aufklärung ihn veranlasst hätte, seine Absicht aufzugeben. In einem solchen Fall wären wir wohl nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, wenn nötig Zwang anzuwenden. Dies allerdings nur unter der Bedingung, dass der Suizident, über seinen Irrtum aufgeklärt, seine Absichten ändern würde. Lässt sich der Suizident etwa von religiösen Überzeugungen bestimmen – wie die Erwartung eines Lebens nach dem Tode oder eines Eingehens ins Nirwana – und hält ein anderer diese Überzeugungen für schlichte Irrtümer, kann dieser daraus kein Recht zur Zwangsanwendung gegen den Suizidenten herleiten. Denn wenn diese Überzeugungen Irrtümer sind, dann nicht solche, deren Richtigstellung bewirken würde, dass der Suizident seine Absichten aufgibt.

Will ich einen (Bilanz-)Suizidenten von seinem Vorhaben abbringen, werde ich auf weniger einschneidende Mittel der Verhaltensbeeinflussung zurückgreifen müssen: klärende Gespräche, Überzeugung, gutes Zureden (Patzig spricht hier von »mildem Paternalismus«, vgl. Patzig 1989, S.7). Beurteile ich die Lebenschancen eines Freundes, der sich mit Suizidgedanken trägt, etwa sehr viel günstiger als er selbst, ohne dass jedoch von einer leicht zu korrigierenden Fehlinformation gesprochen werden könnte, werde ich vielfach sogar verpflichtet sein, ihn von meiner optimistischeren Sichtweise zu überzeugen und zumindest den Versuch zu unternehmen, ihn zum Leben zu überreden.

Bei einem Suizid, der krankhaft bedingt ist, aus einer akuten Verzweiflungssituation heraus begangen wird oder in anderer Weise

nicht die Kriterien eines ersichtlich wohlerwogenen Suizids erfüllt, darf eine Intervention zur Verhinderung des Suizids (bzw. des Todeseintritts infolge eines Suizidversuchs) zweifellos sehr viel weiter gehen und sich einschneidender Mittel bedienen. Denn hier hat die Intervention den Charakter einer Schutzmaßnahme, die den Suizidenten vor Impulsen schützt, die nicht oder nicht völlig die seinen sind. Die Anwendung von Zwang, bei einem wohlerwogenen Suizid in der Regel eine unerträgliche Beeinträchtigung der persönlichen Freiheit, kann in diesem Fall nicht in gleicher Weise ausgeschlossen werden.

Moralische Fragen der Suizidverhütung stellen sich idealtypisch in zwei Arten von Entscheidungssituationen: erstens in Situationen, in denen auf der Stelle gehandelt werden muss, ohne die Hintergründe der Tat erfassen und beurteilen zu können. Für diese Situation werden Faustregeln benötigt, die unter Bedingungen beschränkter Information, beschränkter Zeit und beschränkter Fähigkeit zur Informationsverarbeitung möglichst einfache und eindeutige Handlungsanweisungen geben. Zweitens in Situationen, in denen für einen geretteten Suizidenten nach eingehender Beobachtung und Untersuchung durch Psychologen oder Psychiater eine Diagnose und eine darauf basierende Prognose angegeben werden kann und sich die Frage stellt, ob der Suizident sich selbst überlassen werden soll (mit dem Risiko eines erneuten, eventuell erfolgreichen Suizidversuchs) oder weiterhin eine Zwangsunterbringung indiziert ist. Ich wende mich zunächst den Prinzipien zu, die in dieser zweiten Art von Situationen zur Anwendung kommen.

2.2 Berechtigung und Verpflichtung zur Suizidverhütung

An welchen Gesichtspunkten sollten sich die Prinzipien für die Entscheidungsfindung bei gegebener Diagnose und Prognose orientieren? Ein erster Gesichtspunkt ist zweifellos die Tatsache, dass kurzschlüssigen oder aus einer akuten Belastungssituation heraus unternommenen Suizidversuchen häufig unrealistische und affektiv verzerrte Situationswahrnehmungen zugrunde liegen. Oft ist das Bild, das sich der Suizident von seinen zukünftigen Lebenschancen macht, stark depressiv eingefärbt: Die punktuelle Gegenwart mit ihrer Verzweiflung wird überbewertet gegenüber einer objektiv um ein

Vielfaches ausgedehnteren Zukunft mit Möglichkeiten eines wenn nicht glücklichen, so doch zumindest befriedigenden Lebens.

Unter diesem Gesichtspunkt muss die gesuchte Norm eine Variante des schwachen Paternalismus sein: In Fällen, in denen der Betroffene nur eingeschränkt in der Lage ist, seine Interessen zu erkennen oder nach ihnen zu handeln, sollte sie es gestatten, im Sinne der längerfristigen Interessen des Betroffenen in seine Freiheit einzugreifen. Sie sollte demjenigen, der eingreifen kann, in einem bestimmten Maße erlauben, den Suizidenten für den Augenblick quasi zu entmündigen, dem Schwarzsehen in der inneren Repräsentation der Zukunft, wie es insbesondere für depressive Störungen charakteristisch ist, eine realistischere Sichtweise entgegenzusetzen und notfalls auch durch Zwangsanwendung das herbeizuführen, wozu sich dieser von selbst entschließen würde, würde er sich ausschließlich von seinen gesunden Anteilen leiten lassen.

Das Ausmaß, in dem Freiheitsbeschränkungen auf diese Weise legitimiert werden können, hängt wesentlich von dem Ausmaß ab, in dem die Situationswahrnehmung des Suizidenten gegenüber seinen objektiv bestehenden Lebenschancen verzerrt ist. Dabei ist nicht zu übersehen, dass diese ihrerseits unter anderem davon abhängen, inwieweit derjenige, der sich die Frage stellt, bereit ist, dem Suizidenten nach erfolgter Intervention Hilfe zu leisten. In die Beantwortung der prognostischen Frage geht also zu einem kleinen, aber unaufhebbaren Teil auch ein Element der persönlichen Entscheidung ein. Vielfach wird bei einem nicht ersichtlich wohlwogenen Suizid oder Suizidversuch aber nicht nur die Berechtigung, sondern auch die Verpflichtung zu einem Eingreifen bestehen. Denn oft ist ein Suizid weniger der Ausdruck letzter Hoffnungslosigkeit als ein Hilfeschrei, der gehört werden will. Bei einem Hilfeschrei besteht jedoch nicht nur ein moralisches Recht, sondern auch eine moralische Pflicht zur Hilfeleistung — sowohl für Ärzte, Therapeuten und Betreuer, die offiziell mit dem Suizidenten konfrontiert sind, als auch für Familienangehörige und Freunde. Die Lage des Suizidenten muss als eine verzweifelte Krisensituation gesehen werden, aus der er sich nicht selbst zu befreien vermag und die deshalb in der Regel auch einen erheblichen Aufwand an menschlicher Kraft und menschlicher Geduld fordert. Aufgabe einer therapeutischen Betreuung des Suizidenten ist vor allem die Stärkung der eigenen Kräfte des Suizidenten, einer eventuell pathogenen sozialen Umwelt (in Ehe, Familie und Arbeitsleben) standzuhalten bzw. Konflikte, die er nicht zu bestehen vermag, aus dem Weg zu gehen (vgl. Thomas¹1977, S.98).

Ein zweiter Gesichtspunkt für die gesuchte Norm ist, dass Freiheitsbeschränkungen ein erhebliches Übel sind und von den Betroffenen vielfach intensiv als solches erfahren werden. Freiheitsbeschränkungen sind nicht nur ein Angriff auf die Selbstachtung dessen, der ihnen unterworfen wird, sondern tragen auch dazu bei, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Suizident zu zerstören und damit den Therapieerfolg in Frage zu stellen. Zwang sollte insofern nur als äußerste Notmaßnahme eingesetzt werden.

Auch dieser Gesichtspunkt stützt den schwachen Paternalismus. Denn dieser legitimiert Freiheitsbeschränkungen nur insoweit, als diese durch die gegenwärtigen, durch die vergangenen oder die zu erwartenden späteren Präferenzen des Betroffenen selbst gewollt sind. Jeder hat ein Interesse daran, nur solchen Freiheitsbeschränkungen unterworfen zu werden, die er entweder selbst will (etwa dann, wenn sich ein psychiatrischer Patient selbst einliefert, weil er seine selbstschädigenden Tendenzen nicht aus eigener Kraft kontrollieren kann), die er vorausschauend in Kauf genommen hat (etwa dann, wenn jemand wissentlich in eine totalitär strukturierte Institution militärischer oder religiöser Art eintritt) oder voraus-sichtlich rückblickend billigen wird (wie im Fall medizinischer Zwangsbehandlungen oder bestimmter Erziehungsmaßnahmen bei Kindern).

Charakteristisch für den Paternalismus in allen seinen Varianten ist, dass die Interessen, in deren Namen er eine Zwangsintervention rechtfertigt, die Interessen des Betroffenen selbst sein müssen. Eine Zwangsintervention darf nicht nur im Namen Dritter — etwa der Gesellschaft als ganzer — erfolgen. Auch bei einem Suizid, der moralisch kritikwürdig ist, weil andere durch ihn

erheblichen Schaden leiden, erscheint es kaum vertretbar, den Suizidenten allein um dieses Schadens willen Zwangsmaßnahmen zu unterwerfen. Auch in der deutschen Rechtstradition ist die Rechtspflicht zur Lebenserhaltung stets unabhängig von Gesichtspunkten des Nutzens für andere gesehen worden, mit Ausnahme der Zeit des Nationalsozialismus, in der eine Rechtspflicht zur Lebenserhaltung nur dann bestand, wenn das zu erhaltende Leben für die Volksgemeinschaft von Nutzen war (vgl. Wagner 1975, S.77). Dass die Pflicht zur Lebenserhaltung von Suizidgefährdeten in den Unterbringungsgesetzen einiger Bundesländer durch die »Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung« begründet wird, die angeblich von dem Selbstmörder ausgeht (so § 11 des PsychKG NW, Eberhardt 1980), statt durch die langfristigen Interessen des Suizidgefährdeten selbst, kann nur als korrekturbedürftiger Anachronismus gewertet werden (vgl. auch Wagner 1975, S. 136).

Ein zweiter Aspekt kommt hinzu: Die (prospektiven) Interessen des Betroffenen dürfen nicht ihrerseits den Rationalitätsstandards anderer oder der Gesellschaft unterworfen und, sofern sie ihnen nicht genügen, als nicht zu beachten beiseite geschoben werden. Niemand sollte Freiheitsbeschränkungen im Namen einer Rationalität unterworfen werden, die er — wie seine bisherige Biografie erkennen lässt — auch in seinen klaren Momenten nur bedingt teilt. Ich denke hierbei vor allem an religiöse und quasi-religiöse Überzeugungen, die von der Mehrheit und insbesondere von natur-wissenschaftlich geprägten Medizinern leicht als abergläubisch beurteilt werden. Auch wenn die Suizidhandlung nicht ersichtlich wohlerwogen, sondern stark affektbestimmt ist, scheint es problematisch, etwa einen buddhistischen Asketen daran zu hindern, sich zu Tode zu hungern (für Schopenhauer immerhin die höchste Form der Selbstverneinung des Willens), oder einen traditionalistischen Japaner, rituelles Harakiri zu begehen.

Drittens kann eine Anwendung von Zwang nach dem schwachen Paternalismus immer nur dann gerechtfertigt sein, wenn eine substanzielle Chance besteht, dass der Betroffene die Fähigkeit, ein für ihn befriedigendes Leben zu führen, wiedererlangt. Die Zeitdauer der Zwanganwendung sollte in einem angemessenen Verhältnis zu dieser Chance stehen. So offenkundig die Verpflichtung ist, einem Suizid aus Liebeskummer bei einem Jugendlichen zuvorzukommen, so offenkundig ist die Verpflichtung, den Suizid eines terminal Kranken, begangen aus Verzweiflung über seinen als quälend erlebten Zustand, zuzulassen. Im letzteren Fall würde ein Zwang zum Weiterleben gegen den Willen des Betroffenen der Demütigung durch die Krankheit nur noch eine weitere Demütigung hinzufügen.

Das gesuchte Prinzip könnte also zusammenfassend so lauten: Wir sollten jemanden, der einen Suizid begehen will, immer dann mit allen Mitteln, notfalls auch mit Gewalt, von seinem Vorhaben abhalten bzw. jemanden, der einen Suizidversuch unternommen hat, mit allen Mitteln dem Leben wiederzugeben versuchen, wenn dieser nicht ersichtlich wohlerwogen ist und wenn zu erwarten ist, dass der Betroffene die Vereitelung seiner Tat (bzw. des Erfolgs seiner Tat) später billigen wird. Die Zeitdauer der Zwanganwendung sollte dabei in einem angemessenen Verhältnis zu der *nach* bestem Wissen beurteilten Chance des Suizidenten stehen, später ein für ihn befriedigendes Leben führen zu können. In allen anderen Fällen sollten wir dem Suizidenten oder Suizidgefährdeten freie Hand lassen.

2.3 Zwei Faustregeln

Welche Faustregeln lassen sich auf dem Hintergrund des schwachen Paternalismus für Interventionen bei Suizidhandlungen formulieren, die nicht ersichtlich wohlerwogen und langfristig vorbereitet sind?

Eine erste Faustregel könnte lauten, dass jemand, der entweder einen Suizidversuch unternommen hat oder dabei ist, einen Suizidversuch zu begehen, mit allen Mitteln, auch unter Anwendung von Gewalt, außer Lebensgefahr gebracht und, wenn möglich, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Beobachtung und, sofern erforderlich, Behandlung zugeführt

wird. Für diese Faustregel sprechen vor allem zwei empirische Befunde: Erstens ist die große Mehrzahl der Suizidhandlungen, die vor Eintritt des Todes entdeckt werden, von vornherein so angelegt, dass eine Chance zur Rettung besteht. Man kann daraus schließen, dass der Todeswunsch nicht eindeutig war. Der Tod wird in Kauf genommen, aber nicht direkt gewollt. Die mögliche Uneindeutigkeit des Todeswunsches ist aber ein guter Grund, den Suizidenten zunächst einmal außer Gefahr zu bringen. Zweitens ist die überwiegende Zahl der nach einem Suizidversuch Geretteten froh, am Leben geblieben zu sein. Das ist das übereinstimmende Ergebnis aller bisher durchgeführten Follow-up-Studien (vgl. Marten 1981, S.73; Wilkins 1970, S.155; Wold 1973, S. r78 f. und den Überblick bei Weihöfer 1981, S. 23 f.).

Durch eine zweite Faustregel sollte die Dauer der Zwangsintervention zur Erstellung einer Prognose begrenzt werden. Vertretbar erscheint mir ein Zeitraum von bis zu vier Wochen. Danach müsste aufgrund einer Prognose neu entschieden werden. Diese Faustregel schafft unter Bedingungen der Unsicherheit einen praktikablen Ausgleich zwischen dem ersten Ziel des schwachen Paternalismus, kurzschlüssige Suizidhandlungen und Suizidhandlungen, die von einer therapierbaren Grundstörung abhängen, zu verhindern, und dem zweiten Ziel, in Fällen, in denen Hilfe vergeblich ist, dem Suizidenten freie Hand zu lassen. Bei Kurzschlusshandlungen wird vielfach bereits der Akt des Sich-Bewusstmachens, dass man dem Tode knapp entgangen ist, genügen, um den Suizidenten außer Lebensgefahr zu bringen.

Eine ähnliche zeitliche Begrenzung wie für Zwangsmaßnahmen zur Erstellung einer Prognose scheint mir auch für paternalistische Täuschungsmanöver angebracht, auf die der Helfer im Interesse des Überlebens des Patienten oftmals zurückgreifen muss. Täuschung, sei es über die Verabreichung von Medikamenten, sei es über die Erfolgchancen angewandter oder angeratener Therapien, muss als eine Form verbalen Quasi-Zwangs verstanden werden, der moralisch nicht weniger problematisch ist als die Anwendung physischer Gewalt (vgl. Bok 1980, S.36ff.). Das Recht zu Täuschungsmanövern sollte deshalb ähnlichen Beschränkungen unterliegen wie die Anwendung anderer Zwangsmittel. Mögen sie auch unumgänglich sein zur kurzfristigen Krisenintervention, sollte der Patient doch nach Ablauf einiger Wochen das Recht wiedererlangen, wahrheitsgemäß unterrichtet zu werden.

2.4 Ist das Leben ein Höchstwert?

Von den Einwänden, die gegen die vorgeschlagene Version des schwachen Paternalismus erhoben werden könnten, möchte ich hier nur auf einen kurz eingehen: dass der schwache Paternalismus der Tatsache nicht gerecht wird, dass das Leben des Menschen ein Höchstwert ist, der nicht gegen andere Werte – wie die Freiheit, sich gegen das Leben zu entscheiden – abgewogen werden darf. Wer den Suizid eines anderen verhindern kann, sei in jedem Fall dazu verpflichtet. So etwa argumentiert der Große Senat für Strafsachen des Bundesgerichtshofs in dem bereits zitierten Beschluss vom 1. 3. 1954:

Für diese Hilfspflicht des Dritten ist es [...] gleichgültig, ob der Wille, der den Selbstmörder zu seiner Tat trieb, gesund oder krank, entschuldbar oder unentschuldbar war, ob der Selbstmörder die durch den Selbstmord entstandene Gefahrenlage noch beherrscht oder ob er sie, etwa weil er inzwischen bewußtlos geworden ist, nicht mehr beherrscht (Bundesgerichtshof 1954, S. 153)

Wäre das menschliche Leben tatsächlich ein Höchstwert, hätte das Konsequenzen, die aufgrund der oben angestellten Überlegungen zur Ethik des Suizids unhaltbar sind. Wir wären nicht nur verpflichtet, jeden – auch den wohlervogsten – Suizid zwangsweise zu verhindern, sondern für den Suizidenten bestünde eine Lebenspflicht, die dem Recht, seine

Freiheit auch gegen das eigene Leben zu wenden, unter allen Umständen vorgeordnet wäre – wie immer qualvoll seine Lebensumstände sein mögen. Im Übrigen ließe sich eine solche Position wohl kaum begründen im Rahmen einer Ethik, für die moralische Normen kein Selbstzweck sind, sondern Regeln des Zusammenlebens, die letztlich in menschlichen Interessen fundiert sind und die ihre Allgemeingültigkeit unter anderem der Tatsache verdanken, dass die von ihnen geschützten Interessen für jedermann nachvollziehbar sind. Aus dieser Perspektive ist das Leben kein Höchstwert unabhängig von der Lebensqualität und den mit der Aufrechterhaltung des Lebens verknüpften subjektiven Kosten. Wer das Leben als Höchstwert auffasst, vertritt kein Prinzip, das auf universale Anerkennung Anspruch erheben kann, sondern ein persönliches Ideal. Er ist nicht befugt, dieses Ideal anderen gegen ihren Willen aufzunötigen.

2.5 Konsequenzen für das Rechtssystem

Nach deutschem Recht ist der Suizidversuch nicht strafbar. Der Arzt, Pfleger oder nahe stehende Verwandte, der einen Suizid wissentlich zulässt, läuft dennoch Gefahr, nicht nur wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB), sondern als so genannter Garant auch wegen Tötung durch Unterlassung (§ 323b in Verbindung mit § 13 StGB) belangt zu werden. Die in der neueren Rechtsprechung zu beobachtende Tendenz, den freiverantwortlichen Suizid von der Interventionspflicht auszunehmen – eine Tendenz, die auch durch den Alternativentwurf Sterbehilfe (vgl. Baumann u. a. 1986, S. 25 ff.) unterstützt wird –, ist zu begrüßen, geht aber nicht weit genug. Bei einem wohlervogenen Suizid sollte nicht nur die Erlaubnis, sondern – sofern nicht die genannten Ausnahmebedingungen vorliegen – auch eine Rechtspflicht bestehen, dem Suizidenten freie Hand zu lassen. Der bei allen Beteiligten (Betroffenen, Ärzten, Angehörigen) nach wie vor spürbare Rechtsunsicherheit (vgl. ebd., S. 26) kann wohl nur durch eine gesetzliche Festlegung begegnet werden.

Literatur

- Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, hg. von Günther Bien, Hamburg 1972. Augustinus, Aurelius, *Der Gottesstaat*, hg. von Carl J. Perl, Paderborn 1979. Beccaria, Cesare Bonesana, *Über Verbrechen und Strafe*, Frankfurt am Main 1988.
- Baumann, Jürgen u. a., *Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe*, Stuttgart/New York 1986.
- Bernstein, Ossip, *Die Bestrafung des Suizids und ihr Ende*, Breslau 1907 (Nachdruck: Frankfurt am Main/Tokio 1977).
- Birnbacher, Dieter, »Schopenhauer und das ethische Problem des Suizids«, in: *Schopenhauer Jahrbuch* 66, (1985), 5.115-130.
- Bok, Sissela, *Lügen. Vom täglichen Zwang zur Unaufrichtigkeit*, Reinbek 1980.
- Bundesgerichtshof, *Urteile in Strafsachen*, Bd. 6, 1954.
- Diderot, Denis, *EEuvres completes*, Bd. 3, Paris 1875.
- Diogenes Laertius, *Leben und Meinungen berühmter Philosophen*, hg. von Klaus Reich, Hamburg 1968.
- Eberhard, Gunter A., »Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten«, in: *Handbuch PsychKG NRW*, 2. Auflage, Köln 1980.
- Flew, Antony, »Selbsttötung und Geisteskrankheit«, in: Eser, Albin (Hg.), *Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem*, Stuttgart 1976, S. 95-100.
- Hammer, Felix, *Selbsttötung philosophisch gesehen*, Düsseldorf 1975.
- Hegel, Georg Wilhelm Friedrich, *Grundlinien der Philosophie des Rechts*, in: Ders., *Werke*, Bd. 7, Frankfurt am Main 1969.

- d'Holbach, Paul Thiry, *System der Natur oder von den Gesetzen der physischen und der moralischen Welt*, Frankfurt am Main 1978.
- Hume, David, »Über Suizid«, in: Ders., *Die Naturgeschichte der Religion. Über Aberglaube und Schwärmerei. Über die Unsterblichkeit der Seele*.
Über Suizid, hg. von Lothar Kreimendahl, Hamburg 1984, S. 89-99.
- Kant, Immanuel, *Eine Vorlesung über Ethik*, hg. von Paul Menzer, Berlin 1924.
- Ders., *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, Akademie-Ausgabe, Bd. 4, Berlin 1903/11, 1968.
- Ders., *Metaphysik der Sitten*, Akademie-Ausgabe, Bd. 6, Berlin 1907/14, 1968.
- Locke, John, *Zwei Abhandlungen über die Regierung*, Frankfurt am Main/Wien 1967.
- Marten, Robert E, »Probleme und Ergebnisse von Verlaufsuntersuchungen an Suizidanten«, in: Henseler, Heinz/Reimer, Christian (Hg.), *Suizidgefährdung. Zur Psychodynamik und Psychotherapie*, Stuttgart 1981, S. 65-81. Mill, John Stuart, »Natur«, in: Ders., *Drei Essays über Religion*, Stuttgart 1984, S. 9-62.
- Ders., *Über die Freiheit*, Stuttgart 1974.
- Montaigne, Michel de, *Essais*, Frankfurt am Main 1976.
- Montesquieu, Charles de Secondat, *Perserbriefe*, Frankfurt am Main 1986. Patzig, Günther, »Gibt es eine Gesundheitspflicht?«, in: *Ethik in der Medizin* z. (1989), S. 3-12.
- Platon, »Die Gesetze«, in: Ders., *Sämtliche Dialoge*, Bd. 7, hg. von Otto Apelt, Hamburg 1988a.
- Ders., »Phaidon«, in: Ders., *Sämtliche Dialoge*, Bd. 2, hg. von Otto Apelt, Hamburg 1988b.
- Pohlmeier, Hermann, *Suizid und Suizidverhütung*, 2. Auflage; München 1983.
- Schopenhauer, Arthur, »Preisschrift über die Grundlage der Moral« (1840), in: Ders., *Sämtliche Werke*, Bd. 3, Frankfurt am Main 1986, S. 629-815.
- Ders., »Parerga und Paralipomena«, in: Ders., *Sämtliche Werke*, Bd. 4 und 5, Frankfurt am Main 1986.
- Seneca, Lucius Annaeus, *Briefe an Lucilius*, hg. von Manfred Rosenbuch, Darmstadt 1974.
- Spinoza, Baruch, *Die Ethik*, hg. von Carl Gebhardt, Hamburg 1976. Thomas von Aquin, *Summa theologica*, Bd. 18, Heidelberg 1953.
- Thomas, Klaus, *Warum weiter leben? Ein Arzt und Seelsorger über Suizid und seine Verhütung*, 2. Auflage, Freiburg 1977.
- Wagner, Joachim, *Suizid und Suizidverhinderung*, Karlsruhe 1975. Wellhöfer, Peter R., *Suizid und Suizidversuch*, Stuttgart 1981.
- Wilkins, James, »A Follow-Up Study of Those Who Called a Suicide Prevention Center«, in: *American Journal of Psychiatry* 127 (1970), S. 155-161.
- Wold, Carl I., »A Two-Year Follow-Up Study of Suicide Prevention Center Patients«, in: *Life-Threatening Behavior* 3 (1973), S. 171-183.
- Dieter Birnbacher: „Suizid und Suizidprävention aus ethischer Sicht“, in: Ders.: *Bioethik zwischen Natur und Interesse*. Frankfurt am Main 2006, 195-221

Hausarbeit I (2 Seiten, Abgabetermin: 1.4.2008):

- Beschreiben Sie **eine moralische Handlung** (im Kontext der Medizin), die Sie selbst ausgeführt haben oder von der Sie betroffen waren.
- Diskutieren Sie verschiedene mögliche Bewertungen dieser Handlung aus verschiedenen Gesichtspunkten (aus Sicht der Handelnden, der Betroffenen, der Gesellschaft, einer bestimmten sozialen Institution etc.).

UE 3: Di., 1.4.2008

Gruppenarbeit (Anwendung): 16.30-18.00

Fallbeispiele:

a) Aufklärung am Krankenbett (Informed Consent)

b) Therapieabbruch (Patientenverfügung)

Die folgenden Fallbeschreibungen sind bis zum oben genannten Termin vorzubereiten und von jeder Teilnehmerin mitzubringen.

- genaue Lektüre
- Auflistung der Schlüsselbegriffe
- argumentative Struktur: was sind die Probleme? Welche Bewertungen sind möglich? Welche sind zu empfehlen?

Fallbeispiel a) Aufklärung am Krankenbett²

Es ist Anfang Dezember, es liegt Schnee. Eine 80jährige Frau stürzt auf der Straße und wird anschließend durch einen Ambulanzwagen in die Klinik gebracht. Sie hat Schmerzen im rechten Oberschenkel. Die Röntgenaufnahme ergibt aufgelockerte, fleckförmige, corticale und in der Spongiosa gelegene Aufhellungsstrukturen proximal und distal vom Frakturbereich. Es wird der Verdacht auf eine pathologische Fraktur geäußert. Der Patientin wird vorgeschlagen, die Fraktur mit einem Gamma-Nagel zu versorgen. Sie willigt in diese Operation ein.

Während der Operation wird eine Gewebeuntersuchung angeordnet, die den Verdacht bestätigt: Es handelt sich um eine pathologische Fraktur mit epithelialen Tumorzellen. Das Ärzteteam beschließt am nächsten Tag mit der Suche nach dem Primärfokus (Mammakarzinom, Bronchialkarzinom oder Karzinom des Gastrointestinaltraktes) zu beginnen. Es wird ein Thorax-Röntgenbild erstellt mit dem Hinweis an die Patientin, sie müsse nach der OP nochmals untersucht werden. Die Befunde auf dem Röntgenbild erhärten den Verdacht auf ein fortgeschrittenes Bronchialkarzinom. Daraufhin werden ein Thorax-CT und eine Sonographie des Abdomes angeordnet. Das Thorax-CT bestätigt den Verdacht eines Bronchialkarzinoms, die Sonographie des Abdomens zeigt eine 2 cm messende fokale Leberläsion und eine Vergrößerung der rechten Nebenniere (Verdacht auf Leber- und Nebennierenmetastasen).

In der gemeinsamen Röntgenbild-Besprechung der Ärzte wird der Entschluss gefasst, dass der Patientin keine weiteren diagnostischen und operativen Maßnahmen zuzumuten seien. Außerdem solle sie noch nicht über ihre Erkrankung aufgeklärt werden.

Wenige Tage später erzählt die Patientin während der Visite, dass ihr bisweilen beim Sprechen die Luft wegbliebe, und sie fragt, ob dies im Zusammenhang mit ihrer Fraktur stehe. Im gleichen Zusammenhang fragt sie danach, ob sie denn bald das Krankenhaus wieder verlassen und an Weihnachten bei ihrer Familie sein könne. Der behandelnde Stationsarzt vertröstet sie darauf, dass er später, wenn ein wenig mehr Zeit sei, mit ihr über die näheren Befunde sprechen werde. Die Gruppe der an der Visite Beteiligten, bestehend aus Schwestern, Stationsarzt und PJ-Studenten, diskutiert nach dem Verlassen des Krankenzimmers die Frage, inwieweit der Patientin über ihre tatsächlichen Befunden Auskunft gegeben werden solle. Der Stationsarzt berichtet von einer Anweisung des

² In: *Ethik in der Medizin* 11, 1999, 182-184

Oberarztes, der in einem Gespräch mit dem Sohn der Patientin vereinbart hatte, die Patientin noch nicht aufzuklären. Der Sohn wolle dies nach dem Weihnachtsfest selbst vornehmen. Das Stationsteam solle sich an diese Abmachung halten. Es erfolgt daraufhin keine weitere Diskussion.

Am Nachmittag kommt es zu einem Kurzgespräch des PJlers mit der Patientin. Sie schildert ihm, dass sie sich so anstrengt, um wieder auf die Beine zu kommen, doch es würde nicht so klappen, wie sie es sich wünsche und wie es geplant sei. Die Patientin ist einerseits wach, intelligent, interessiert und hat andererseits aber hin und wieder Stimmungsschwankungen, wobei sie dann weinerlich und depressiv ist. Sie stellt dem PJler die Frage, ob man ihr wirklich die Wahrheit über ihren Zustand sage. Der PJ Student fühlt sich in dieser Situation gar nicht wohl und versucht, die Patientin auf die nächste Visite zu vertrösten.

Einen Tag später äußert die Patientin anlässlich der Chefarztvisite die Vermutung, die Atem- und Sprechprobleme stünden mit dem Sturz in Zusammenhang, und sie wird in dieser Ansicht bestätigt. Beim Verlassen des Zimmers kommt es zu einem sehr lebhaften Gespräch zwischen Schwestern, Stationsarzt, Chefarzt, Oberärzten und dem PJ-Studenten. Die Meinungen sind unterschiedlich. Die einen plädieren für einen Verzicht darauf, der Patientin die Wahrheit zu sagen. Sie solle im Glauben gelassen werden, dass ihre Probleme mit dem Sturz zusammenhängen, und motiviert werden, vor Weihnachten wieder auf die Beine zu kommen, um nach Hause entlassen zu werden. Man solle sie nicht unnötig mit einer schlimmen Nachricht belasten. Eine andere Gruppe setzt sich für eine begrenzte Aufklärung und eine weitere für eine volle Aufklärung der Patientin ein. Sie habe ein Recht auf die Wahrheit und frage auch ständig danach; möglicherweise möchte sie noch einige Angelegenheiten regeln.

Man kommt überein, noch einmal mit den Angehörigen zu sprechen. Am Nachmittag kommt es zu dem vorgesehenen Gespräch zwischen dem Sohn der Patientin, dem Stationsarzt sowie dem PJler.

Dem Sohn wird die Situation seiner Mutter detailliert geschildert und darauf hingewiesen, dass sie ständig nach den Ursachen der Luftnot frage. Auf die Anfrage an den Sohn, wie in seinen Augen weiter verfahren werden solle, äußert dieser die Vorstellung, dass seine Mutter im Glauben gelassen werden sollte, die Luftnot hinge mit dem Sturz zusammen, und man ihr nicht die Wahrheit sagen solle. Daraufhin wird der Konflikt des betreuenden Personals geschildert und nachgefragt, was nach der Entlassung der Patientin geschehen solle. Der Sohn teilt mit, dass er seine Mutter zu sich nach Hause nehmen möchte. In dem

gemeinsamen Gespräch wird deutlich, dass sich der Sohn der Problematik öffnet. Es wird versucht, eine Lösung zu finden, die für die Patientin tragbar ist mit dem Ziel, sie zu motivieren und medizinisch alles zu tun, um ihr ein Weihnachtsfest im Kreise ihrer Angehörigen ermöglichen. Zu Hause solle sie nach Weihnachten zusammen mit den Angehörigen, soweit als möglich, aufgeklärt werden. Dem Sohn wird hierbei die Hilfe eines Seelsorgers und/oder Psychologen angeboten.

Am nächsten Tag, einem Donnerstag, nimmt der Fall eine abrupte Wendung. Die Patientin hat zwei Grand Mal Anfälle, möglicherweise wegen Hirnmetastasen. Die Angehörigen, die unter anderem eine zeitweilige Beatmung im Stationszimmer miterleben, sind völlig verstört. Der Patientin geht es zunehmend schlechter. Sie ist unruhig, die Atemprobleme nehmen zu. Es ist ein Brodeln zu hören, und sie kann nicht mehr klar sprechen. Am nächsten Tag soll ein Schädel-CT gemacht werden.

Am Freitag wird diese Untersuchung wegen ihres schlechten Zustandes abgesagt. Der Klinikseelsorger wird verständigt. Die Therapie wird auf das Nötigste beschränkt. Nach Dolantingabe erhält sie einen lytischen Cocktail.

Am Samstagmorgen wünschen die Angehörigen die Maximalversorgung der Patientin mit PEG-Sonde und zentralem Venenkatheter. Nach einem Gespräch mit dem Stationsarzt sehen sie aber von der Maximalversorgung ab.

Am nächsten Morgen ist die Patientin wieder voll ansprechbar, so dass die Angehörigen sich mit ihr unterhalten können. Gegen 12.00 Uhr stirbt sie an einem zentralen Herz-Kreislauf-Versagen. Am Tag nach der Beerdigung kommt der Sohn noch einmal auf die Station. Er hat Tränen in den Augen und sagt, dass es das Beste für seine Mutter gewesen sei. Sie habe nicht leiden müssen. Er bedankt sich bei der Station für die Hilfe und Betreuung seiner Mutter.

Fallbeispiel b) Therapieabbruch (Patientenverfügung)

Therapieabbruch nach nicht gewollter Reanimation. Eine Kasuistik zur Problematik von Patientenverfügungen³

Eine 91-jährige Frau wird bewusstlos im Pflegeheim aufgefunden. Nach erfolgreicher Reanimation durch den Notarzt wird die Patientin intubiert und beatmet auf die Intensivstation übernommen. Bei der Aufnahme besteht kein sicherer Anhalt für eine Myokardischämie. Erst jetzt wird bekannt, dass die Patientin am Vortag ein Patientenverfügungsformblatt unterschrieben hat, das vorher von ihrem Sohn ausgefüllt wurde. In der Patientenverfügung wird u. a. der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, einschließlich Wiederbelebung, verfügt. Der Notarzt hatte vermutlich keine Kenntnis von diesem Dokument.

Auf der Intensivstation kommt es nach Absetzen der Sedierung zum Wiedereintritt der Spontanatmung bei jedoch anhaltend komatösem Bewusstseinszustand, sodass klinisch von einem hypoxischen Hirnschaden ausgegangen wird. Die behandelnden Ärzte stufen die Prognose als infaust ein und rechnen damit, dass die Patientin innerhalb weniger Tage sterben wird. Vor dem Hintergrund der schlechten Prognose und des mutmaßlichen Willens der Patientin wird auf weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen verzichtet und lediglich Flüssigkeit intravenös substituiert. Die Extubation wird für den nächsten Tag vorgesehen, um sicher zu gehen, dass die vom Notarzt gegebenen Medikamente Atmung und Schluckreflexe nicht mehr beeinträchtigen. Danach soll die Patientin in das Pflegeheim zurückverlegt werden.

Dem Sohn gehen diese Maßnahmen nicht weit genug. Er drängt unter Berufung auf die Patientenverfügung darauf, dass jegliche Therapie abgebrochen wird, damit der Tod möglichst schnell eintritt. Trotz wiederholter Erklärungen durch die behandelnden Ärzte lehnt er alle lebensverlängernden Maßnahmen mit dem Hinweis auf die Patientenverfügung seiner Mutter vehement ab. Vom Pflegepersonal und den Ärzten wird sein Verhalten als emotional kühl und sehr drängend erlebt. Der Sohn bittet in dieser Konfliktsituation um eine Stellungnahme des klinischen Ethikkomitees.

Noch am selben Tag wird eine klinische Ethikberatung mit dem Behandlungsteam auf der internistischen Intensivstation durchgeführt. Da der Sohn der Patientin nicht teilnehmen kann, wird ein weiterer Beratungstermin für den nächsten Tag vereinbart. In den frühen Morgenstunden verstirbt die Patientin auf der Intensivstation wenige Stunden nach Extubation.

³ In: *Ethik in der Medizin* 15 (2003), 109

UE 4: Do., 3.4.2008

Gruppenarbeit (Anwendung): 16.30-18.00

**Fallbeispiel:
Organtransplantation, Organhandel**

Fallbeispiel: Organtransplantation, Organhandel

„Organ transplants and donors“, in: R. Chadwick/U. Schützlenk (eds.), *Encyclopedia of Applied Ethic*, Vol.3, 395:

The second qualification concerns the possibility of a market in organs. In the 1980s there were a number of cases concerning sale of kidneys, for example. In 1989 the U.K. government passed legislation to outlaw this. There are arguments to suggest that our ability to control what happens to our own bodies should not extend to selling bits of them. One aspect of this is a view that human beings have an intrinsic worth that puts them beyond price, and that selling human beings or parts of them is incompatible with respect for human dignity. Immanuel Kant's thought writing long before Organ transplantation became an issue, had arguments for the view that it is wrong to sell parts of oneself – even a tooth. One argument was that this involved a logical contradiction. "Man", he said "cannot dispose of himself because he is not a thing; he is not his own property; to say that he is would be self-contradictory". In selling himself man makes himself a thing and is in effect selling freedom. "We can dispose of things which have no freedom but not of a being which has free will" (Kant, I. (1963) *Lectures on Ethics* Translated by Infield, New York: Harper & Row).

An objection to this view, however, would be that if we are entitled to sell our Labor in the market, then where is the dividing line between, this in physical work, for example, and selling parts of the body? Kant's argument seems ultimately to depend on a view about what is intrinsically degrading to human beings. It also depends on his interpretation of human beings as ends in themselves, an idea that Schopenhauer rejected persuasively as a *contradictio in adjecto* in *On the Basis of Morality*.

If we confine our attention to interests, however, the argument may be that it is not really in the interests of the seller who may be forced into it because of dire circumstances, and that social change is what is needed to prevent such situations from occurring, so that people are not in effect coerced into such transactions. There are also arguments about the wide consequences of a market in organs, analogous to Richard Titmuss's arguments in *The Gift Relationship*.

The criticism of giving importance to control over our own bodies might be based on a view that life is more important than anything else. John Harris, in "The Survival Lottery" considered the possibility that whenever two or more persons need organs, one healthy person should be killed to provide them, thus maximizing the number of lives saved. One person would be "sacrificed" (and attitudes in society would need to 'be changed so' that this would be viewed as a noble thing to do) for the good of the greater number. The question is, of course, which implications for society such a strategy would have. There are a variety of negative "side-effects" that are not easily quantifiable, such as the anxiety people might feel that they could be sacrificed at any time to save other people's lives. These utilitarian lost considerations, as well as the fact that many donees (e.g., in the case of heart transplants) do not survive very long, make Harris's proposal an interesting thought experiment but practically unrealistic.

Hausarbeit II (2 Seiten, Abgabetermin: 10.4.2008):

In-vitro-Fertilisation bei einer Anlageträgerin für die Huntington-Krankheit

Bearbeiten Sie das folgende Fallbeispiel anhand nachstehender Fragen und halten Sie Ihre Ergebnisse schriftlich fest (2 Seiten):

- 1) Formulieren Sie das (vermutliche) Interesse der an dieser Situation Beteiligten: des Paares mit Kinderwunsch, des Arztes, des (ungezeugten) Kindes, der Versicherungsträger, der (anonymen) Angehörigen der Solidargemeinschaft. Welche dieser Interessen sind nicht miteinander verträglich?
- 2) Ist die Vorgangsweise des Arztes Ihrer Meinung nach medizinisch und moralisch richtig?
- 3) Ist der Standpunkt des Paares, das seinen Kinderwunsch trotz erschwerender Umstände verteidigt, nachvollziehbar und unter moralischen Gesichtspunkten akzeptabel?
- 4) Inwiefern hängt die moralische Beurteilung des Falles von der Einschätzung der konkreten Situation (einschließlich der Haltung der beteiligten Personen) ab? Inwiefern wäre eine Prinzipienentscheidung – unangesehen der besonderen Handlungsumstände und Personen – denkbar?
- 5) Stellen Sie sich vor, Sie vertreten a) eine deontologische (kantische), b) eine utilitaristische Ethik. Analysieren Sie die Situation gemäß a) und b).

Wunsch nach In-vitro-Fertilisation bei einer Anlageträgerin für die Huntington-Krankheit – Darf es Behandlungsverweigerung zu Gunsten eines noch nicht gezeugten Kindes geben?⁴

Frau und Herr B., beide 38 Jahre alt, suchen wegen ihres unerfüllten Kinderwunsches ein Zentrum für assistierte Reproduktion auf. Frau B. hat eine 17-jährige Tochter aus erster Ehe und einen 6-jährigen Sohn mit ihrem jetzigen Ehemann. Der Wunsch nach einem weiteren Kind blieb jedoch seither unerfüllt. Bei der andrologischen Abklärung zeigt sich bei Herrn B. eine ursächlich ungeklärte Oligozoospermie mit für eine natürliche Befruchtung nicht ausreichender Spermienzahl. Ansonsten sind beide Partner klinisch gesund. Nun wünscht das Paar als einzig aussichtsreiche Möglichkeit eine künstliche Befruchtung durch eine intracytoplasmatische, Spermieninjektion (KM).

Bei der Anamneseerhebung durch den Reproduktionsmediziner teilt Frau B. mit, dass ihr Vater im 50. Lebensjahr an der Huntington-Krankheit erkrankt und daran mit 62 Jahren verstorben sei. Auch ihr 42-jähriger Bruder zeige erste Huntington-Symptome; die Diagnose sei molekulargenetisch gesichert. Der Reproduktionsmediziner lehnt die Durchführung des Verfahrens, angesichts des sich aus der autosomal-dominant erblichen Huntington-Krankheit des Vaters von Frau B. ergebenden 50-prozentigen Erkrankungsrisikos für sie selbst, zunächst ab. Als Bedingung für die künstliche Befruchtung durch ICSI fordert der Mediziner vorab von Frau B. den Ausschluss einer Anlageträgerschaft für die Huntington-Krankheit mittels prädikativer genetischer Diagnostik.

Obwohl Frau B., ebenso wie ihr Ehemann, den unaufhaltsam fortschreitenden körperlichen und geistigen Abbauprozess und Tod ihres Vaters haut-nah miterlebt hatte und bereits seit Jahren um ihr eigenes 50-prozentiges Risiko wusste, selbst die Huntington-Anlage zu tragen, hatte das Paar bisher einvernehmlich den prädiktiven genetischen Test bei Frau B. selbst abgelehnt. Unter dem Eindruck der Forderung des Reproduktionsmediziners nach der Diagnostik entschließt sich das Paar dann doch zur Durchführung der molekulargenetischen Untersuchung, um sich so die Chance auf ein weiteres Kind zu bewahren.

Der nach dem weltweit üblichen vorbereitenden Beratungsprozess veranlasste Test weist zweifelsfrei die Huntington-Anlage bei Frau B. nach. Damit hat sich ihr vormals 50-prozentiges Risiko in Gewissheit gewandelt, im Laufe der kommenden Jahre ebenfalls

⁴ In: *Ethik in der Medizin* 15 (2003), 52

Krankheitssymptome zu entwickeln und einen ähnlich tragischen körperlichen und geistigen Abbau zu erfahren wie ihr Vater und absehbar auch ihr Bruder. Zusätzlich ergibt sich durch die Anlageträgerschaft von Frau B. wiederum ein jeweils 50-prozentiges Wiederholungsrisiko für ihre Tochter aus erster Ehe, den gemeinsamen Sohn mit dem jetzigen Ehemann und auch für das noch gar nicht gezeugte weitere Wunschkind.

Dennoch besteht das Paar weiterhin auf dem gemeinsamen Wunsch nach In-vitro-Fertilisierung und führt gegenüber dem Reproduktionsmediziner aus, sich auch in Kenntnis der bevorstehenden Krankheit den zu erwartenden Belastungen gewachsen zu fühlen. Für den Fall, dass eine Schwangerschaft zustande komme, spricht sich das Paar trotz der Huntington-Problematik und des deutlich erhöhten mütterlichen Alters gegen die Durchführung einer pränatalen Huntington- wie auch Chromosomendiagnostik aus; ein Schwangerschaftsabbruch komme für beide grundsätzlich nicht in Betracht.

UE 5: Do., 10.4.2008

Gruppenarbeit (Anwendung): 16.30-18.00

Helga Kuhse/Peter Singer, Sollen alle schwergeschädigten Neugeborenen am Leben bleiben? (Textanalyse)

Der folgende Text ist bis zum oben genannten Termin vorzubereiten und von jeder Teilnehmerin mitzubringen. „Vorbereitung“ meint:

- genaue Lektüre des Textes
- Was sind die zentralen Begriffe?
- Stimmen Sie den Überlegungen der AutorInnen zu?
- Ist ihre Argumentation überzeugend? Warum (nicht)?
- Was ergibt sich aus Kuhse/Singers Ausführungen im Hinblick auf den Wert des Lebens? Welche Position vertreten die AutorInnen? Welche Position vertreten Sie?

Der Text findet sich in einer eigenen pdf-Datei.