

Tötungsphantasien contra Behandlungspflicht : Verweigerung medizinischer Hilfeleistung für Neugeborene mit schwerer Behinderung

Autor(en): **Sierck, Udo**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Puls : Drucksache aus der Behindertenbewegung**

Band (Jahr): **34 (1992)**

Heft 4: **Existenzbedrohung-Existenzangst-Autonom Leben**

PDF erstellt am: **11.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-158306>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Tötungsphantasien contra Behandlungspflicht

Verweigerung medizinischer Hilfeleistung für Neugeborene mit schwerer Behinderung

von Udo Sierck

Die öffentliche Auseinandersetzung um das Töten von Neugeborenen begann zunächst unscheinbar, als Anfang der Achtziger Jahre in den Tageszeitungen vermehrt Berichte über Säuglinge mit meistens mehreren Behinderungen auftauchten, die die Emotionen der Leserschaft ansprachen und für den «Gnadentod» warben. Diese Entwicklung in der veröffentlichten Meinung traf und trifft auf ein verbreitetes Denken, das für behinderte Menschen den Tod zur besseren Alternative gegenüber dem Leben erklärt: Eine repräsentative Umfrage Anfang der siebziger Jahre ergab, dass 70 % der in den Grossstädten lebenden Befragten meinten, man solle behinderten Neugeborenen ein Medikament geben, damit sie schmerzlos «einschliefen».

Bereits im Sommer 1989 meldete das Fernsehmagazin «Panorama», dass in der BRD Jahr für Jahr einige hun-

dert behinderte Babys nicht am Leben erhalten werden, um dann bedauernd hinzuzufügen: Es müsse ein Gesetz her, das die «Grenzen der Behandlungspflicht etwa bei Neugeborenen mit offenem Rücken oder Wasserkopf» aufhelle. **Die «Euthanasie»-Diskussion zielt auf die Frage, ob es Grenzen der Behandlungspflicht bei behinderten Neugeborenen geben darf.** In diesem Zusammenhang ist häufig von den «Einbecker Empfehlungen» die Rede, die 1986 auf einer Tagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht erarbeitet wurden.

Hinter den nach dem Tagungsort des Expertenkreises benannten «Einbecker Empfehlungen» verbergen sich Richtlinien zu den «Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen». Versammelt hatten sich 18 profilierte Verfassungsjuristen, renommierte Mediziner oder bekannte Moralthologen. Die ausnahmslos männlichen Professoren und Doktoren suchten einen allgemeingültigen Ratgeber für Konfliktsituationen zu schaffen, demnach Ärzte ihre Behandlungspflicht nicht voll ausschöpfen müssen, sobald bestimmte Voraussetzungen vorliegen:

«Diese Voraussetzungen sind zu

bejahen, wenn nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erfahrungen

- 1. das Leben dadurch nicht auf Dauer erhalten werden kann, sondern nur der sichere Tod hinausgezögert wird ...)**
- 2. es trotz der Behandlung ausgeschlossen ist, dass das Neugeborene jemals die Fähigkeit zur Kommunikation mit der Umwelt erlangt (...)**
- 3. die Vitalfunktionen des Neugeborenen auf Dauer nur durch intensiv-medizinische Massnahmen aufrechterhalten werden können (...)**
Für den Arzt besteht ein Beurteilungsrahmen, wenn eine Behandlung dem Neugeborenen nur ein Leben mit schwersten, nicht behebbaren Schäden ermöglichen würde».

Das wesentliche an den in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlichten «Einbecker Empfehlungen» scheint mir die Signalwirkung für die Praktiker in den Kliniken zu sein: **Ein Kriterienkatalog zur Nichtbehandlung, der keine vehementen kritischen Reaktionen auslöst und von Richtern des Bundesverfassungsgerichtes sowie des Bundesgerichtshofes, von bekannten Theo-**

logen und etlichen Chefärzten deutscher Kinder- und Frauenkliniken unterschrieben ist, scheint bereits weitgehender Konsens zu sein.

Fast noch bedrohlicher als die allgemein gehaltene Empfehlung ist die Diskussion, die zu deren Verabschiedung geführt hat. Sie spiegelt ein Denken wider, in dem behinderte Neugeborene ihren Platz als Last und mehr oder weniger «minderwertige Existenzen» zugewiesen bekommen. Ein Wortführer unter den Medizinern war Hans Ewerbeck, seinerzeit Direktor der Pädiatrischen Klinik des Kinderkrankenhauses und des Akademischen Lehrkrankenhauses in Köln. Für ihn bestanden jährlich bei 8000 Neugeborenen «grössere Missbildungen» – wovon es sich in 70–80 % um einen Schaden am Zentralnervensystem handeln sollte –, die Gewissenskonflikte im Arzt im Hinblick auf seine Behandlungspflicht auslösen. Denn, so Ewerbeck, die Beeinträchtigung erlaubt es **«seinem Träger nicht, diese elementaren Fähigkeiten zur Kommunikation, zum Selbstbewusstsein und zum prospektiven Denken zu entwickeln.»**

Aufgegriffen wurden in diesem Satz Kriterien zur legalen Tötung des australischen «Euthanasie»-Propagandisten Peter Singer, von dessen Nütz-

lichkeits-Philosophie sich die gesamte bundesdeutsche Kinderheilkunde ansonsten gern distanziert. Hans Ewerbeck, Jahrgang 1919, hielt aber noch weitere eigene Vorschläge für die Nichtbehandlung parat: Denkbar sei etwa ein **«Wasserkopf, der durch operativ eingebaute Ventile bekämpft werden muss»** oder eine Person, die **«immer auf Fremdhilfe angewiesen»** ist und nur **«einigermassen die Stuhl- und Urinproduktion unter Kontrolle»** hat. Selbst fehlende Gliedmassen könnten aus **«Mitleid die Aktivität des handelnden Arztes dämpfen»**, das auch dann, wenn die Kinder voraussichtlich **«nicht sitzen und gehen lernen können, v.a. die menschliche Sprache nie erlernen»**.

Chefarzt A. Holschneder von der Kinderchirurgischen Klinik in Köln ergänzte seinen Kollegen Ewerbeck: Für ihn sei der Entschluss zur Operation bei Neugeborenen mit Schäden des Zentralnervensystems schwer, da **«77,6 % unter Bewegungseinschränkungen leiden, wobei fast die Hälfte Beinschienen, Krücken oder sogar einen Rollstuhl benutzen muss.»**

Ewerbecks Ansicht von der sozialen Dimension seines Handelns liest sich mit Erschrecken. Sein Beispiel im Rahmen der Debatte zu den Grenzen

der Behandlungspflicht: die Mutter eines behinderten Neugeborenen **«ist alleinstehend und steht unter entsetzlichem wirtschaftlichen Druck. Sie arbeitet in einem Sekretariat. Sie kann die Pflegerin für das Kind kaum bezahlen. Das sind Situationen, bei denen ich denke, dass man mit nur juristischen Parametern den Aufgaben eines Arztes nicht gerecht wird.»** Über Eltern, die sich dem ärztlichen Votum verschliessen, fällt der Mediziner Dieter Hiersche sein eigenes Urteil: **«Wenn sie ein Kind in die Welt gesetzt haben, müssen sie auch die Kraft haben, dieses Kind von dieser Welt zu verabschieden.»**

An dem Streitpunkt, ob extrem seltene und zum Tode führende Krankheiten (das Edwards- oder Patau-Syndrom) in den letztlich zu veröffentlichen Kriterienkatalog aufzunehmen seien, unterstrich Ewerbeck dann, dass es ihm um aktives Töten ging: **«Ich würde das nicht einfügen, weil dies Dinge sind, die sich von selbst erledigen. Was sich von selbst erledigt, soll man nicht legalisieren.»**

Der an der Ausarbeitung der Empfehlungen beteiligte bayrische Staatsdiener Günther Hirsch verdeutlichte seine Gedanken gegenüber der **«völligen Hilflosigkeit schwerstgeschä-**



digter Kinder» erst ein Jahr nach dem Einbecker Treffen, als er volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Analysen im Rahmen genetischer Beratung anstellte: So **«könnte der Staat an jedem nicht geborenen Behinderten durchschnittlich 7,3 Millionen DM sparen, eingerechnet Pflegeheime, Sonderschulen usw.; bei 100000 genetisch Geschädigten also 730 Milliarden Mark. Selbst wenn man diesen Betrag umrechnet auf die Generationenfolge, bliebe pro Jahr ein Betrag von vielleicht 1-2 Milliarden Mark anzusetzen. Wie lange kann sich ein unter der Diktatur der Kostendämpfungs-**

pflicht ächzender Gesundheitsminister diesen Verlockungen verschliessen?»

Hirsch und sein Co-Autor Wolfram Eberbach aus dem Bundesjustizministerium schreiben 1987 weiter: Es liegt daher **«nahe, die Genomanalyse darüber hinaus sogar für alle Schwangeren als Pflichtuntersuchung einzuführen. Diesem Schritt könnte mit direkten und indirekten Pressionen auf die freie Selbstbestimmung Nachdruck verliehen werden. Es bietet sich zum Beispiel an, jene, die sich der Massnahme verweigern, etwa weil sie sich nicht der Zwangslage aussetzen wollen, über Abtreibung oder Geburt des Kindes entscheiden zu müssen, mit Kostennachteilen zu belegen. Weshalb sollte «die Gesellschaft», die Solidargemeinschaft der Versicherten, bezahlen müssen, wenn ein Paar sich den vermeidbaren «Luxus» eines erbkranken Kindes leistet? Solche Eltern, wäre zu argumentieren, verspielen aus eigenem Verschulden den Anspruch auf Hilfe bei Schicksalsschlägen.»**

Neue medizin-soziologische Untersuchungen zur Situation von Kindern und Jugendlichen im fränkischen Raum mit einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte, im Volksmund «Hasenscharte» genannt, ergeben, dass fast

ausnahmslos die Mütter und Väter sich den schnellen Tod ihres Säuglings gewünscht haben, dass diese Wünsche dann unterschiedlich erst im Verlaufe der nächsten Wochen, Monate oder Jahre schwanden. **Die Tatsache, dass Eltern sich mit Todesphantasien gegenüber ihrem neugeborenen Kind tragen, sobald sie realisieren, dass es behindert ist, kennzeichnet die Brisanz von Vorschlägen der «Euthanasie»-Verfechter, die zur Entschärfung der Bedenken und der Kritik am Machtpotential der Medizin die Eltern in die Entscheidung über Behandlung und Nicht-Behandlung, also über Leben und Tod, einbeziehen wollen.** Aus den Reihen der Ärzteschaft kommt immer häufiger der Ruf nach einer «Verantwortungsethik» mit der Begründung: Mit Hilfe der Apparatedizin werde alles gemacht, was möglich sei, obwohl man wisse, dass die Gefahr von Behinderungen bei Frühgeburten steige. **Bedenkenlos wurde die Behinderung als die eigentliche Bedrohung aufgebaut;**

die Apparatedizin wäre demnach aus der Kritik, wenn keine Behinderungen auftreten würden. Die logische Konsequenz aus dieser Überlegung würde bedeuten, nur dann zu behandeln, wenn im Endergebnis Gesundheit oder Nichtbehinderung zu erwarten steht. Ein fataler Ansatz.

Trotzdem, es gibt Widersprüche, auf die die «Anti-Euthanasie-Bewegung» unterschiedliche oder keine Antworten hat. Etwa bei dem Reizwort «Behandlungspflicht», weil es auch beinhalten kann, dass Mediziner und Medizinerin gegen den Willen von Personen handeln; oder die Position der weitgehenden Ablehnung der Apparatedizin, einer Technik allerdings, ohne die etliche behinderte Menschen nicht leben würden. Über diese Gegensätze hat die Auseinandersetzung erst begonnen. ■

*Udo Sierck, Hamburg, freier Autor,
aktiv in der Krüppelszene*

An dieser Stelle war ein Artikel von Horst Frehe zum Thema 'Ein Recht entgegengestellt - Brauchen wir ein Antidiskriminierungsgesetz?' geplant. Aus Platz-, aber auch aus inhaltlichen Gründen erscheint dieser Artikel in der nächsten **PULS**-Nummer 'Gleichheit per Gesetz?', die vollumfänglich dem Thema der Antidiskriminierung gewidmet ist.