

Ethisches Urteilen in Entscheidungskonflikten

Ein Unterrichtsentwurf am Beispiel des Umgangs mit schwerstgeschädigten Neugeborenen (Gy 11.2 WP)

Mirjam und Ruben Zimmermann

Hinführung

In konfliktiven Situationen (Dilemmata) wie z.B. bei der Behandlungsentscheidung von schwerstgeschädigten Neugeborenen ist ethische Reflexion in besonderem Maß angezeigt. Unter Ethik verstehen wir dabei den Versuch, eine Handlungsentscheidung hinsichtlich ihrer zu Grunde liegenden Maximen und Kriterien systematisch zu untersuchen, mit dem Ziel, für nachfolgende konkrete Entscheidungen eine Handlungsorientierung zu geben bzw. vollzogene Entscheidungen argumentativ und intersubjektiv überprüfbar zu machen. Eine derartige „analytische Ethik“ präjudiziert zugleich die didaktische Umsetzung im Bereich „ethischer Erziehung“: Neben einer materialen Werteerziehung, bei der einzelne inhaltlich gefüllte Werte und Normen vorgegeben werden, sehen wir die Aufgabe der Moralerziehung vorrangig darin, das selbstständige ethische Urteilsvermögen der Schüler/innen zu schulen. Dies setzt zunächst voraus, dass die Schüler/innen Grundprinzipien ethischer Argumentation sowie verschiedene Wertemodelle kennen lernen und konkrete Fallentscheidungen hinsichtlich ihrer impliziten Werte und Normen prüfen lernen.

Die Notwendigkeit ethischer Urteilsfähigkeit wird hier am Beispiel der Behandlungsentscheidung zusätzlich untermauert, da der Konfliktbereich rechtlich nur unzureichend geklärt ist (Beurteilungsrahmen des Arztes). Dadurch wird ein bei den Schüler/innen beliebter Orientierungsmaßstab innerhalb der konventionellen Begründung moralischer Urteile (Gesetz und Ordnung, L. Kohlberg) entzogen. Ethische Urteile können also nicht einfach als Applikation vorhandener Regeln vollzogen werden, sondern müssen im Spannungsfeld unterschiedlicher Wertesysteme jeweils begründet und ausgelotet werden. Ethische Urteilsfähigkeit wird demnach auf der Basis eines Grundwissens über prinzipielle Begründungsweisen an konkreten Konfliktfeldern erprobt und gefördert. Als Methode der ethischen Urteilsfindung soll die von H. E. Tödt ausgeformte Schrittfolge (Problemfeststellung, Situationsanalyse, Erörterung der Verhaltensalternativen, Prüfung der Normen, Urteilsentscheid, Überprüfung der Angemessenheit des Urteils) eingeübt werden.¹

Wahl des Fallbeispiels: Behandlungsentscheidung bei Spina bifida-Kindern

Innerhalb des Themas der Behandlungsentscheidung ist es wiederum ratsam ein konkretes Beispiel herauszugreifen. Wir haben exemplarisch die „Spina bifida“-Erkrankung / Schädigung ausgewählt, weil sie mit einem Vorkommen von 1-2 Promille in der BRD zu einer der häufigsten angeborenen schweren Behinderungen zählt. Ferner ist die pränatale Diagnostik der Spina bifida trotz weit reichender Verbesserungen keineswegs flächendeckend möglich. Eine neuere Statistik ergab, dass nur bei ca. 27% der Spina bifida-Behinderten die Schädigung vor der Geburt erkannt worden war², so dass das Problem in absehbarer Zeit nicht pränatal (etwa durch Abtreibung) zu „umgehen“ ist. Schließlich wurde das Problem der Behandlungsgrenzen von behinderten Neugeborenen am Beispiel der Spina bifida in der Fachwelt am intensivsten diskutiert.

Methodisch-didaktische Impulse

Das den Schüler/innen bekannte Schema einer ethischen Urteilsfindung (H. E. Tödt) bildet den Grundriss der Vorgehensweise: Ausgangspunkt ist dabei die Feststellung des Problems bzw. des ethischen Handlungsbedarfs, was zunächst affektiv erreicht werden soll. Die Fotografie eines schwerstbehinderten Säuglings (**M1**) macht betroffen und evoziert Assoziationen. Indem von verschiedener Seite Assoziationen geäußert werden, werden in dieser Spontanphase neue Gedanken angestoßen. Ein (weiterer) emotional-affektiver Bezug soll durch Äußerungen eines direkt Betroffenen erzeugt werden. Die „Gedanken eines Vaters“ (**M2**) bei der Geburt seines schwerstbehinderten Kindes können vorgelesen, besser sogar mit einem unbekanntem Sprecher auf Kassette aufgenommen werden, um sie dann möglichst authentisch zu Gehör zu bringen. Dieser Betroffenaussage liegen Zitate aus biografischen Aufarbeitungen des Problemkreises zugrunde.³ In Ergänzung zum visuellen Impuls der Fotografie kommen die „Gedanken“ nun auditiv zu Gehör und fordern durch die implizite „Anrede“ zusätzlich zu einer „Antwort“ der Schüler/innen, d.h. zu einer ethischen Stellungnahme, heraus. Die pointierte Schlussfrage des Vaters: „Was soll ich sagen, wenn sie mich morgen fragen?“ unterstreicht die Intention dieses einleitenden Teils.

Werden im Reflexionstext des Vaters bereits Sachinformationen gegeben und die Problemfeststellung ermöglicht, soll die hier aufs Notwendigste beschränkte Sachanalyse in Form eines Frage-Dialogs (Sammlungsphase) vertieft werden, bei dem sich der Lehrer als „Experte“ (im Rahmen seiner Möglichkeiten) zur Verfügung stellt. Die Inhaltsbereiche der Sachanalyse (rechtliche, gesellschaftliche, medizinische Situation) sollen so wiederholt und im Befragen angewandt werden und führen dabei zu einer Versachlichung des Problems.⁴

Die Normenprüfung kann dann anhand individueller Reflexion theoretischer Positionen erfolgen, bedarf aber ferner eines Dialogs der verschiedenen Betroffenen und ethischen Instanzen. Um die Normenprüfung zu systematisieren, ist jeweils ein Text zu den drei Verhaltensalternativen abgedruckt (siehe **M3**: Arbeitsblatt), der hinsichtlich der auf einer vorbereiteten Tabelle (**M4**) vorgeschlagenen Stichworte zu lesen und zu erfassen ist (z.B. als Gruppenarbeit).

Dabei sollen die Schüler/innen:

1. Die Normen (Kriterien des Lebenswertes) einzelner Positionen benennen
2. Die Positionen einem ihnen bekannten ethischen Grundmodell zuordnen
3. Diese beurteilen, indem sie die unterschiedlichen Ansätze auf Probleme und Gefahren überprüfen.

So setzen sie sich soweit mit dem Problem auseinander, dass das Abwägen einer eigenen begründeten ethischen Position in Ansätzen möglich wird.

Ergebnisse der daran anschließenden Schlussdiskussion anhand der eigenen Stellungnahme könnten sein:

- Die ärztliche Behandlungspflicht darf nicht allein durch die medizinisch-technischen Möglichkeiten bestimmt werden, vielmehr sind human-ethische Beurteilungskriterien in die Entscheidungen miteinzubeziehen.
- Eine steile Normenethik („Unantastbarkeit des Lebens“) allein reicht als praktische Entscheidungshilfe nicht. Konkrete Entscheidungen sind stets an das Abwägen verschiedener Güter geknüpft.
- Dennoch mag die Grundnorm der „Ehrfurcht vor dem Leben“ als Leitsatz gelten, von dem aus alle abweichenden Entscheidungen zu begründen sind. Solche Abweichungen sind jedoch im Einzelfall möglich (im Sinne A. Schweitzers nicht ausnahmslos wie in der Ethik Kants).

- Die Norm der „Ehrfurcht vor dem Leben“ darf nicht nur als Pflicht zur dogmatischen Lebenserhaltung des Säuglings ausgelegt werden, sondern muss auch das Leben der betroffenen Angehörigen miteinbeziehen.
- Die Folgen einer Singerschen Ethik sind nicht absehbar und die Gefahr einer Ausweitung ist groß (Dammbruchargument).
- Entscheidungen über Leben und Tod müssen in einen rechtlich verbindlichen Rahmen gestellt werden. Diese rechtlichen Grundlagen sollen eine angemessene Vermittlung zwischen dem Schutz des Lebens behinderter Säuglinge und den Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht leisten und nach Möglichkeit auch soziale Komponenten (Situation, Sorgerecht der Eltern / Erziehungsberechtigten) berücksichtigen.⁵

Informationen zu Spina bifida

Kernsymptome einer Spina bifida sind: die angeborene Querschnittslähmung, die damit einhergehende Blasen- und Mastdarmlähmung, sowie der Hydrocephalus (Wasserkopf). Zusätzliche Beeinträchtigungen können Anfallsleiden, Wahrnehmungsdefekte, Intelligenzminderungen als Begleitscheinungen des Hydrocephalus, sowie Erkrankungen der Gelenke (Hüfte, Füße, Knie) und Nierenfunktionsstörungen infolge der Lähmungen sein.

Die Spina bifida bietet sich auch deshalb als Beispiel des Problemfeldes an, weil hier zwar durch aufwendige, aber immerhin mögliche Maßnahmen eine Therapie möglich ist, die z.T. gute Erfolge zeigt. Seit den 60er Jahren wurde durch die Entwicklung eines Shunt-Drainage-Systems der Hydrocephalus operierbar, was heute an allen Kinderkliniken routinemäßig durchführbar ist. In vielen Fällen kann somit die geistige Beeinträchtigung auf ein Minimum reduziert oder aufgehoben werden. Allerdings sind z.T. bis zu 20 Folgeoperationen in den ersten 20 Lebensjahren notwendig. Bei manchen Kindern hat der Hydrocephalus schon während der Schwangerschaft das Gehirn so geschädigt, dass eine dauerhafte geistige Behinderung bleibt. Der offene Rücken (Austreten des Rückenmarks) kann zwar operativ verschlossen werden, eine Vermeidung der Querschnittslähmung ist dabei nur in sehr wenigen, minder schweren Fällen (Meningocele) möglich. Prognosen über das Ausmaß der bleibenden Behinderung sind nur schwer möglich. Beide Operationen sind zur Vermeidung von Folgeschäden innerhalb der ersten Tage – wenn möglich sogar bis 24 Std. nach der Geburt zu vollziehen, so dass akuter Handlungsbedarf unter Zeit

Unterrichtsverlauf (mindestens eine Doppelstunde)

Motivation:

Assoziationen zum Bild eines behinderten Neugeborenen

- L. zeigt Bild von behindertem Säugling (**M1**)
- L. schreibt die Assoziationen der Schüler/innen an die Tafel

Hinführung:

Die Gedanken eines Vaters bei der Geburt seines schwerstgeschädigten Kindes hören

- L. führt Kassettenaufnahme mit „Gedanken eines Vaters“ (**M2**) vor oder liest den Text

Erarbeitung:

Klärung des notwendigen Sachwissens – Auseinandersetzung mit je einer Position zur Behandlungsentscheidung

a) Sachanalyse:

Schüler/innen befragen L. zur Situation (medizin. Diagnose – Prognose, jurist. und gesellschaftl./soziale Aspekte)

b) Analyse einer Verhaltensalternative und Prüfung der zu Grunde liegenden Normen als arbeitsteilige Einzelarbeit über je eine Position (Lebenswertkriterien) (M3)

- L. hilft bei Fragen
- L. leitet Sammlung an

Ergebnissicherung:

Erstellen der Tabelle (**M4**)

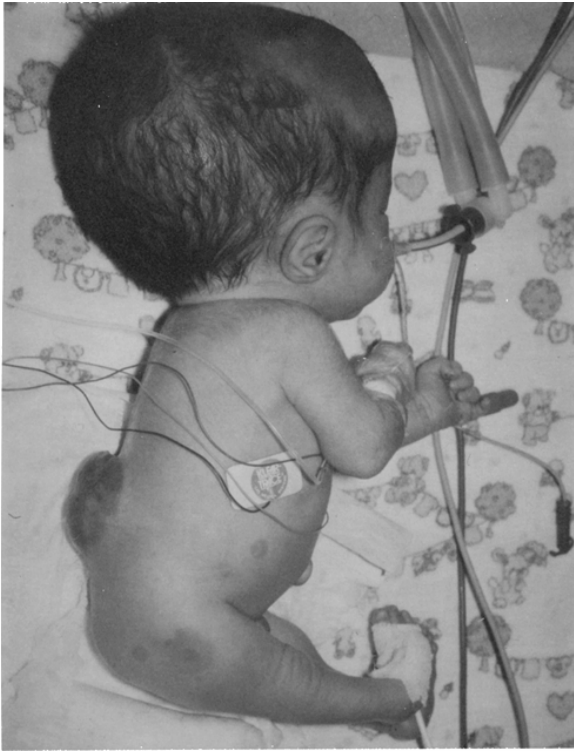
- L. ergänzt die Tabelle

Vertiefung:

Diskussion der verschiedenen Meinungen

- L. leitet an und fragt nach, strukturiert und bündelt

M1
Neugeborenes mit Spina bifida



M2

Gedanken eines Vaters

Wir haben uns so auf unser Kind gefreut. Hat es wohl meine Augen oder deine. Blonde oder braune Haare. Hoffentlich nicht meine große Nase

Ob es wohl auch einmal die Musik so lieben würde wie ich, ein großer Klavierspieler oder Geiger. Mein Sohn und ich spielen eine große Brahms-Sonate, die g-moll.

Der Sekt wartet seit Tagen kaltgestellt im Kühlschrank.

(verzweifelt) Es kann nicht sein, es darf nicht sein, das ist nicht mein Kind!

„Spina bifida“ nennen sie das, einen offenen Rücken.

Kein Glückwunsch – nur besorgte Gesichter, die leise sprechen, flüstern. Das Kind sollte ich besser noch nicht anschauen.

Ich habe es dennoch getan. Das ist nicht mein Kind, es kann nicht sein! Ich erkenne keine Ähnlichkeit.

Mir wäre es lieber, dieses Kind verschwände aus meinem Leben. Möge dieses Kind sterben, bitte, es soll sterben. Nur sein Tod wäre ein Trost für mich, lieber ein Ende mit Schrecken als ein Schrecken ohne Ende.

Aber das kann ich doch nicht den Ärzten sagen, wenn sie mich fragen, ob sie alles versuchen sollten. Nein, möchte ich schreien, nein, lasst es sterben und wenn es nicht stirbt, dann helft ihm nach, das ist nicht mein Kind!

(Pause)

Heike denkt ganz anders. Liebevoll ist ihr Blick. Unser Sohn, mir geht das nur schwer über die Lippen, hätte so etwas Himmlisches, einen Funken der nicht von dieser Welt sei. Sie meint, noch könne man gar nichts sagen. Sie glaubt der Zukunftsperspektive Rollstuhl, lebenslang Windeln, mehr als zehn Operationen in den ersten Jahren, geistige Behinderung, sie glaubt dieser Perspektive nicht. Sie will es halt auch nicht wahrhaben.

Es wäre so viel einfacher, dieses Kind würde sich verabschieden. Er soll nicht so leiden müssen.

Die Chancen bei einer neuen Schwangerschaft wieder ein behindertes Kind zu bekommen, stehen fast bei Null, sagte der Chefarzt. (Pause)

Spina bifida und Wasserkopf – das ist nicht mein Kind.

Was soll ich sagen, wenn sie mich morgen fragen werden?

M3

Texte – Schülerarbeitsblatt

1. Text: *Der australische Philosoph P. Singer schreibt:*

„Die Zugehörigkeit eines menschlichen Wesens zur Species Homo sapiens allein (hat) keine Bedeutung dafür, ob es verwerflich ist, es zu töten; entscheidend sind vielmehr Eigenschaften wie Rationalität, Autonomie und Selbstbewusstsein. Missgebildete Säuglinge haben diese Eigenschaften nicht. Sie zu töten kann daher nicht gleichgesetzt werden mit dem Töten normaler menschlicher Wesen oder anderer selbstbewußter Wesen. (...) Tötet man eine Schnecke oder einen 24 Stunden alten Säugling, so vereitelt man keine Zukunftspläne, weil Schnecken und Neugeborene unfähig sind, solche Wünsche zu haben. (...)“

Ein häufiger Geburtsfehler besteht in einer Fehlentwicklung des Rückgrats, bekannt als Spina bifida. (...) Obwohl bis zu einem gewissen Grad eine Behandlung möglich ist, können Lähmungen, Inkontinenz (Unfähigkeit, Harn und Stuhl zu halten) und Entwicklungshemmung in schweren Fällen nicht überwunden werden. Einige Ärzte, die an Spina bifida leidende Kinder behandeln, sind der Meinung, das Leben mancher dieser Kinder sei so elend, dass es falsch wäre, eine Operation vorzunehmen, um sie am Leben zu erhalten. Das bedeutet, dass ihr Leben nicht lebenswert ist. Veröffentlichungen, die das Leben dieser Kinder beschreiben, stützen dieses Urteil. Wenn das stimmt, dann legen utilitaristische Prinzipien den Schluss nahe, dass es richtig ist, solche Kinder zu töten. Wenn das Leben eines Kindes so elend sein wird, dass es sich aus der inneren Perspektive des Wesens, das dieses Leben führen wird, nicht zu leben lohnt, dann folgt (...), dass es, sofern keine „äußeren Gründe“ vorliegen den Säugling am Leben zu erhalten – wie etwa die Gefühle der Eltern –, besser ist, ihm ohne weiteres Leiden zum Sterben zu verhelfen. (...) Damit lassen sich auch die hohen Kosten der Langzeitbehandlung sparen.“

(P. Singer, *Praktische Ethik*. Neuausgabe, Stuttgart 1994, S.123, 233, 236)

2. Text: *Zur Behandlungsweise eines Arztes in England*

John Lorber, ein britischer Chirurg und Kinderarzt, teilt die Kinder mit Spina bifida in drei Gruppen auf, die leicht (normale Intelligenz; leichte, zu behebende Lähmungen), die mittelschwer (leichte Lähmung der Beine, durch Beinschienen, Prothesen auszugleichen; Unfähigkeit, Harn zu halten; Entzündung der Harnwege und des Nierenbeckens; Wasserkopf, der keine Ableitung über ein Ventil braucht; normale Intelligenz, IQ über 80) und die schwer und vielfältig Geschädigten (z. B. Lähmungen, die an Rollstuhl fesseln; Unfähigkeit, Harn und Stuhl zu halten; Wasserkopf, der ein Ventil nötig macht, das häufig operativ korrigiert werden muss). Seit 1971 hat Lorber nur noch etwa 35 % der Fälle zur Operation ausgewählt und die anderen „ausgeschaltet“, die dann wie gewöhnliche Kinder gefüttert und gepflegt wurden, aber meist bald an einer Infektion des offenen Rückens starben. Ausschlaggebende medizinische Kriterien waren dabei:

1. die Lage und Größe der Öffnung des Rückenmarks, von der im Wesentlichen der Grad der Lähmung und das Ausmaß der Inkontinenz (Fähigkeit, Harn und Stuhl zu halten) abhängt.
2. die Dicke des Hirnmantels, von der nach Erfahrungswerten der Intelligenzquotient ungefähr abgeschätzt werden kann.

Aus einer Kombination beider Kriterien wird dann die Definition der Lebensqualität gebildet, und zwar wie eine mathematische Gleichung:

Lebensqualität = Lage und Größe der Öffnung des Rückenmarks „geteilt durch“ die Dicke des Hirnmantels.

An dem Zahlenwert lasse sich ablesen, ob eine Behandlung stattfinden oder besser unterbleiben soll. Grundlegende Annahme ist für Lorber, dass die geistigen Fähigkeiten um so größer sein müssen, je größer die körperlichen Schäden sind, damit der Behinderte durch seine geistigen Fähigkeiten die körperlichen Schäden, z. B. durch Bedienen von Prothesen, Rollstuhl usw. ausgleichen kann. Durch ein günstiges Verhältnis zwischen körperlicher Behinderung und Intelligenz könne sich der Betroffene im späteren Leben selbst helfen und sei nicht nur abhängig von anderen oder müsse ihnen nur zur Last fallen. Darüber hinaus werden die sozialen Verhältnisse der Familie mitberücksichtigt.

3. Text: Die christliche Heilpädagogin S. Wulfes schreibt in einer Petition an den Bundestag:

„Manche Eltern erfahren die drohende Behinderung ihres Kindes mit Spina bifida als Zumutung, die über ihre Kräfte geht. Die Krankheit eines Kindes kann aber niemals eine sittliche Rechtfertigung für seine Tötung sein, denn der „Wert“ eines Menschen gründet entscheidend darin, dass der Mensch von Gott nach seinem Bilde geschaffen, von ihm bei seinem Namen gerufen und in Liebe angenommen ist.

Zahlreiche Fälle schwerstkranker / behinderter Neugeborener, die trotz geringer Erfolgsaussichten weiterbehandelt oder operiert wurden und leben, belegen eindrucksvoll, dass eine sichere Erfolgsabschätzung in solchen Extremsituationen – zumal diese schnelles Handeln erfordern – kaum möglich ist.

Entscheidend am Beispiel der Spina bifida-Kinder ist vielmehr: Wo immer Abstriche am Grundprinzip der „Unantastbarkeit des Lebens“ gemacht werden – egal nach wie immer eingegrenzten, wissenschaftlich präzisen oder unexakten Kriterien –, da droht eine fortschreitende Aushöhlung verfassungsmäßiger Grundrechte und humaner Grundsätze des Lebensschutzes. Diese aber haben über Jahrhunderte hinweg zentrale Bedeutung in unserer Kultur erlangt.

Jegliche Form von Infragestellung der „Unantastbarkeit des Lebens“ oder damit in engem Zusammenhang des Schutzes von Minderheiten hat in der Geschichte stets zu schwer kontrollierbaren und korrigierbaren Ausweitungen, zu einem Verlust an Solidarität und Mitmenschlichkeit und zu massenhaftem menschlichen Leid geführt. (...)

Gefordert wird also: Sicherung einer Behandlung ausnahmslos aller Neugeborenen unabhängig von deren Situation nach allen Regeln ärztlicher Kunst.

Der Staat und die Kirchen müssen sich dann in der Pflicht wissen, Hilfsangebote in breiter Form zur Verfügung zu stellen, damit etwaige Belastungen von vielen Schultern getragen werden können.“

(Siglinde Wulfes, Petition 2 vom 27.12.1990, 3-5)

M 4: Tabelle (Schülerblatt)
Verhaltensalternativen zur Behandlungsentscheidung
bei schwerstgeschädigten Neugeborenen

Verhaltens-Alternativen (Vertreter)	Welche Kriterien des Lebenswertes werden genannt?	Wie wird hier ethisch argumentiert? (Methode/ Ethik-Typ)	Welche Kritik gibt es an dieser Verhaltensalternative? (Gefahren dieses Ansatzes)
Kindstötung (aktive Früheuthanasie)			
Selektive (Nicht-) Behandlung			
Maximale Behandlung			

M 5: Tabelle (Lösungsvorschlag/ Folie)

<i>Verhaltens-Alternativen (Vertreter)</i>	Kriterien des Lebenswertes	Ethisches Grundmodell; Weg der Urteilsfindung	Probleme, Gefahren dieses Ansatzes
Kindstötung (P. Singer)	Personsein (Autonomie, Selbstbewusstsein, Rationalität)	(Präferenz-) Utilitarismus; konsequentialistisch	- Reduktionistisches Menschenbild (kopfzentriert); - Gleichsetzung von Behinderung und Leid (leidfreie Gesellschaft ist eine Illusion); - Schiefe Bahn: Aufweichung des Tötungsverbots bewirkt Dammbbruch (Ausweitung z.B. auf erwachsene Behinderte, alte Menschen)
Selektive Behandlung (J. Lorber)	»Lebensqualität«, Quotient aus körperlicher Behinderung und geistigen Fähigkeiten	Handlungs-Utilitarismus; Verantwortungsethik; diskursethisch – durch Güterabwägung	- Maßstäbe für Kriterien sind umstritten (Autonomie?; Lebensqualität?) - Prognosen sind fehlerhaft
Maximale Behandlung (S. Wulfes)	jeder Mensch ist lebenswert, Wert an sich durch Gottes Ebenbildlichkeit und Liebe	Deontologische Normenethik; präskriptiv, deduktiv	- »Leben erhalten um jeden Preis« kann zu einem »Terror der Humanität« führen - wo bleibt der Lebenswert der Angehörigen?

Anmerkungen

- 1 Vgl. H. E. Tödt, Versuch einer Theorie ethischer Urteilsfindung, ZEE 21 (1977), 80–93, wieder in: Ders., Perspektiven theologischer Ethik, München 1988, 21–48.
- 2 Von diesen 27 % wurde die Diagnose bei 83 % der Fälle erst zwischen der 30. und 40. Schwangerschaftswoche gestellt. Vgl. dazu B. Schell, Die Lebenssituation Erwachsener mit Spina bifida, Diss. Masch., Heidelberg 1994, 87ff. Zu Einzelheiten auch M. Zimmermann, Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen, Frankfurt a.M. 1997.
- 3 Vgl. neben persönlich geführten Interviews P. Dreyer, Ungeliebtes Wunschkind, Frankfurt 1988; M. Jonas, Behinderte Kinder – behinderte Mütter?, Frankfurt a.M. 1990; ferner E. Zeile (Hg.), Ich habe ein behindertes Kind. Mütter und Väter berichten, München 1988.
- 4 Vgl. zur medizinischen, rechtlichen und psychologischen Situation Einzelheiten in M. Zimmermann, Geburtshilfe als Sterbehilfe? (a.a.O.).
- 5 Vgl. dazu die „Grundsätze der Bundesärztekammer“ als Standesrichtlinie und unsere Auseinandersetzung damit in M. und R. Zimmermann, Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Eine ethische Stellungnahme, ZEE 43 (1999), 86-97.