

James F. Keenan SJ

Töten oder Sterbenlassen?

In der medizinischen Ethik müssen klare Grenzen gezogen werden, die das, was wir tun dürfen, von dem unterscheiden, was wir nicht tun dürfen. In der Frage der Abtreibung ziehen einige die Grenze bei der Empfängnis, was bedeutet, daß Abtreibung immer verboten ist. Andere machen die Ausnahme, daß das Leben der Mutter in gewissen lebensbedrohenden Situationen gerettet werden darf. Wieder andere erlauben der Mutter jedwede Entscheidung über ihren Körper.

In der Auseinandersetzung „Töten oder Sterbenlassen“ ziehen wir nicht einfach die Grenze zwischen Töten (aktive Euthanasie) und Sterbenlassen (passive Euthanasie). Wenn auch Töten grundsätzlich verboten ist, ist Sterbenlassen nicht einfach das Kriterium für das Zulässige. Wenn jemand am Ertrinken ist, haben wir die Verpflichtung, dieses Leben zu retten. Wir können nicht einfach sagen: „Ich töte ihn nicht, ich lasse ihn sterben.“ Wir müssen versuchen festzulegen, wo wir in der Frage des Sterbenlassens die Grenze ziehen sollen. Zuerst müssen wir jedoch überlegen, warum es in der medizinischen Ethik ein Tötungsverbot gibt.

I. Töten

Nehmen wir einen Menschen, der derzeit unheilbar krank ist, bei dem jede Hoffnung auf Genesung ausgeschlossen ist, der unerträgliche und nicht mehr zu mildernde Schmerzen leidet und der den festen und wohlüberlegten Wunsch hat, zu sterben¹. Die meisten würden wohl darin übereinstimmen, daß man das Sterben dieses Menschen nicht verhindern sollte. Wenn wir jedoch die Entscheidung treffen, den Sterbevorgang nicht zu verhindern, das heißt, wenn wir argumentieren, daß in dieser Lage für den Menschen der Tod das beste wäre, was haben wir dann zu tun? Töten oder Sterbenlassen?

In einem Appell an die American Medical Association sagt dazu *James Rachels*, Philosophieprofessor an der University of Alabama: „Sobald die Entscheidung gefallen ist, die Agonie nicht zu verlängern, ist aktive Euthanasie der passiven tatsächlich vorzuziehen. Etwas anderes sagen heißt eine Wahl treffen, die zu mehr statt zu weniger Leiden führt.“ Rachels meint weiter, daß „der Abbruch einer Behandlung die beabsichtigte Beendigung des Lebens ist“. Im Licht dieser beiden Argumente folgert er, daß „der bloße Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen in sich selbst keinen moralischen Unterschied darstellt“².

Das ist faktisch das Argument des Philosophen *Gerard Hughes SJ* vom Heythrop College (Universität London). Hughes behauptet, daß ein Arzt, der bei einem irreversibel sterbenden Patienten eine außerordentliche Behandlung einstellt, nicht mehr und nicht weniger schuldig ist als ein Arzt, der angesichts eines im Endstadium kranken Patienten sich entscheidet, den Tod des Patienten zu beschleunigen, damit die Leiden eines unnötig verlängerten Sterbens erspart bleiben. „Was auch immer der Grund sein mag, die Unterscheidung zwischen einem Handeln, das zum Tod führt (was wir normalerweise als Töten bezeichnen), und dem Unterlassen eines Handelns, aufgrund dessen jemand stirbt (was wir normalerweise als Sterbenlassen bezeichnen), ist auf gar keinen Fall die gleiche Unterscheidung wie die zwischen einem moralisch falschen und einem moralisch richtigen Verhalten.“³

Das Prinzip des angemessenen Grundes

Wissentlich oder nicht verwenden beide, Rachels wie Hughes, eine allgemeine Theorie, die von *Bruno Schüller SJ*, Professor für Moralthologie an der Universität Münster, vorgetragen wurde. Schüller untersucht, warum die Unterscheidung zwischen direkten (verbotenen) und indirekten (erlaubten) Handlungen nicht länger als eine logisch zwingende Argumentation betrachtet werden kann⁴. Bei einer Eileiterschwangerschaft zum Beispiel, bei der der Fötus nicht überleben und die Mutter im Verlauf der Schwangerschaft sterben würde, waren frühere Interpreten der Meinung, daß ein medizinischer Eingriff nur erlaubt sei, wenn man den Fötus indirekt entferne, d. h. durch Herausnahme des gesamten Eileitersystems, wodurch die Mutter unfruchtbar wurde. Der direkte Abortus oder das Ausschaben des Fötus aus dem Eileiter, wobei die Fruchtbarkeit der Mutter erhalten bleibt, galt als unmoralisch. Aber dieses Argument ist kasuistisch. Bei der ersten Operation ist der Tod des Fötus genauso gewollt wie bei der direkten Abtreibung. Es wird nur verschiedenartig vorgegangen, um den Eindruck zu erwecken, daß die moralische Haltung eine andere sei. Tatsächlich jedoch bleibt die moralische Entscheidung die gleiche: das Leben der Mutter zu retten durch Tötung eines ohnedies zum Tod verurteilten Fötus.

Schüller betrachtet fünf Handlungen, für die die Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Handeln in der Moralthologie angewandt wird: das Verleiten zur Sünde, das Mitwirken bei der sittlichen Verfehlung eines anderen, die Selbsttötung, die Tötung eines Unschuldigen und kontrazeptive Eingriffe. Er argumentiert, daß die Unterscheidung in den ersten beiden Fällen anwendbar ist, weil die Folgen des Verleitens zur Sünde oder der Mitwirkung bei der Sünde eines anderen moralisch böse sind. Wir können keinen absoluten Unwert, das heißt moralisch Schlechtes oder eine Sünde, beabsichtigen (direkt wollen). In gewisser

Weise ist hier die Anwendung der Unterscheidung eher deskriptiv als normativ: Direkt Sündigenwollen heißt eine Sünde begehen.

Schüller fragt dann, ob die Selbsttötung, die Tötung eines Unschuldigen und kontrazeptive Eingriffe Handlungen sind, die sittliche Übel zur Folge haben. Er ist der Auffassung, daß diese Handlungen in sich selbst nichtsittliche Übel sind. Sie sind „Übel“ insofern, als sie allgemein gesprochen nicht vollzogen werden sollten. Sie sind jedoch nicht moralisch schlecht; sie sind keine absoluten Unwerte. Mord ist sittlich böse. Töten ist ein nichtsittliches Übel. Manchmal muß zum Schutz gewisser Werte getötet werden. Die Tradition, die die Theorie der Notwehr, die Theorie des gerechten Krieges und die Theorie des tolerierbaren indirekten Tötens erarbeitet hat, hebt die „Nichtmoralität“ der Handlung des Tötens hervor⁵. Wenn aber nur das sittlich Böse nicht direkt bewirkt werden darf, dann ist es sittlich nicht relevant, ob das nichtsittliche Übel direkt oder indirekt bewirkt wird. Sittlich relevant ist dagegen die Tatsache, daß – anders als bei der Verleitung zur Sünde und bei der Mitwirkung bei der Sünde eines anderen – der sich ergebende Wert dieser anderen drei Handlungen nicht notwendigerweise und immer ein sittliches Übel ist. Es ist deshalb sittlich relevant, ob das beabsichtigte Gute dem damit notwendig verbundenen nichtsittlichen Übel angemessen ist. So muß also, um zulässig zu sein, im Fall der Eileiterschwangerschaft das beabsichtigte Gute – die Rettung des Lebens der Frau – dem damit verbundenen nichtsittlichen Übel – dem Töten des schon zum Tod verurteilten Fötus – angemessen sein. Schüller hält diese Argumente für akzeptabel; wir müssen abwägen, ob der daraus folgende Wert dem nichtsittlichen Übel angemessen ist.

Selbstverständlich behauptet Schüller nicht, daß jede individuelle Handlung nur nach ihren unmittelbaren Folgen beurteilt werden muß. Er führt den berühmten hypothetischen Fall eines Sheriffs an, von dem ein mörderischer rassistischer Lynchmob das Leben eines schwarzen Mannes verlangt, der fälschlicherweise beschuldigt ist, eine Frau vergewaltigt zu haben. Wenn der Sheriff den Mann nicht ausliefert, werden viele ihr Leben verlieren. Jedoch ist, nach Schüller, der Sheriff nicht nur verpflichtet, die vielen Toten, die es geben könnte, abzuwägen gegen die falsche Beschuldigung dieses einen Unschuldigen. Er muß vielmehr auch berücksichtigen, daß die gesamte Integrität des Strafrechts angegriffen ist⁶. Würde der Sheriff nach dem Prinzip der Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Handeln entscheiden, wäre es denkbar, daß er den Tod des Unschuldigen zuließe (im Sinn des indirekten Wollens). Aufgrund dieses und vieler anderer Fälle argumentiert Schüller, daß die Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Handeln durch ein anderes Prinzip ersetzt werden muß, nämlich das Prinzip des angemessenen Grundes, der die Bewirkung nichtsittlicher Übel als Mittel zur Erlangung erwünschter Folgen rechtfertigt.

Nicht alle Moralisten stimmen vollständig mit Schüllers Position überein. Angenommen jedoch, daß er recht hat, haben auch Hughes und Rachels recht,

wenn sie erklären, daß die Unterscheidung zwischen (direktem) Töten und (indirektem) Sterbenlassen nicht identisch ist mit der Unterscheidung zwischen sittlich richtigem und sittlich falschem Handeln. Das soll nicht besagen, daß Töten in diesem Fall sittlich zulässig wäre. Wir erörtern hier nur die Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Handeln als eines rational und moralisch annehmbaren Arguments zur Grenzziehung gegen das Töten. Obwohl Hughes und Rachels übereinstimmen, daß es keinen sittlichen Unterschied in der Handlung selbst gibt, weichen sie in der Beurteilung des sozialen Status des Handelnden voneinander ab. Hier trennen sich ihre Wege. Für Rachels ist Töten zulässig, weil die Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen nicht stichhaltig ist. Nach Hughes' Meinung fordert die Unzulänglichkeit der Unterscheidung die gesamte ethische Gemeinschaft auf, erneut zu artikulieren, warum Töten unzulässig ist. Nach Hughes würde eine Gesellschaft, die ihrem Ärztestand das Recht des Tötens zugesteht, den gesamten sittlichen Rahmen des Gesundheitswesens aufs Spiel setzen. Aber bevor wir dem Argument Hughes' weiter nachgehen, wollen wir uns mit einem anderen Verteidiger der Zulässigkeit des Tötens oder der direkten Euthanasie befassen.

Wie Rachels verteidigte ein englischer Jurist der Universität Cambridge, *Glanville Williams*, vor 25 Jahren das Recht zu töten auf Grund zweier Werte: der Verhinderung von Qualen und des Prinzips der Freiheit⁷. Williams argumentierte, daß wir verpflichtet sind, Qualen zu verhindern. Aber Ärzte und Ethiker entgegneten, daß angesichts der Möglichkeit einer Fehldiagnose oder einer späteren Entdeckung eines Heilmittels dies kein realistischer, praktischer Weg zur Verhinderung von Qualen sei. Ferner sei die Verwendung schmerzstillender Mittel ein vorläufiger Behelf, bis zu einem gewissen Grad die Qualen zu mildern, die ein verlängertes Sterben mit sich bringt. Da Töten jedoch ein unwiderruflicher Akt ist, sei er keine Alternative zur Verabreichung von Medikamenten, da damit die Möglichkeit eines Irrtums oder späterer Heilung effektiv ausgeschlossen wird⁸.

Williams' Prinzip der Freiheit geht davon aus, daß ein Individuum das Recht auf Selbsttötung hat. Seitdem haben viele unter Berufung auf gesellschaftliche Interessen wirksam gegen ein solches individuelles Recht argumentiert⁹. Hier wiederum könnte sich Williams, gestützt auf Schüllers Position, für das Recht eines leidenden Patienten auf Selbsttötung aussprechen. Er könnte argumentieren, daß der Patient am Beatmungsgerät, der den Wunsch äußert, davon befreit zu werden und so sterben zu dürfen, in einer ähnlichen Situation wäre wie ein Patient, der nach einer langen Krankheit im Sterben liegt und den Wunsch nach aktiver Euthanasie äußert. Beide sind der Überzeugung, daß Sterben unvermeidlich und in diesem Moment vorzuziehen ist. Unter diesen Umständen bedeutet es an sich für den einzelnen als solchen keinen sittlichen Unterschied, ob der Tod direkt oder indirekt gewollt wird.

Wir könnten nun glauben, daß, sofern es einen angemessenen Grund gibt, weder

der Arzt noch der Patient wegen der direkten Wahl der Euthanasie mehr schuldig ist als wegen der indirekten. Hier liegt jedoch, wie ich glaube, eine wichtige Unzulänglichkeit bei einigen Interpretationen des angemessenen Grundes vor, wenn auch Schüller ein gewisses Verständnis der Problematik zeigt, wo er vom Sheriff spricht.

Bedeutung der sozialen Stellung

Ich glaube, daß jeder Mensch einen je verschiedenen Grad von Verantwortung den verschiedenen Werten gegenüber hat, und zwar nicht nur, weil im abstrakten Sinn ein Wert wichtiger ist als ein anderer, sondern weil jeder einzelne Mensch aufgrund seiner Stellung in der Gesellschaft besondere Verantwortung für gewisse Werte hat. Es ist nicht einfach ein Abwägen der Werte, ein Suchen nach Vorrangigkeit der Werte. Da der Mensch ein soziales Wesen ist, trägt er zum Wohl der Gesellschaft nicht nur als Individuum bei, sondern auch als Person mit einer spezifischen Funktion aufgrund seiner sozialen Stellung, und eben so, das heißt in diesem Zusammenhang, wägt er die Werte.

Allgemein gesprochen ist also für einen Lehrer die Erziehung vorrangiger Wert, für einen Polizisten die öffentliche Ordnung, für einen Arzt die Gesundheit. Das soll nicht heißen, daß der eine Wert über die anderen Werte dominieren soll oder daß einer, der einen bestimmten Wert schützt, deswegen andere Werte nicht mehr zu achten bräuchte. Es heißt vielmehr, daß der Mensch als soziales Wesen eine Verantwortung hat, den Wert bzw. die Werte zu schützen, die er aufgrund seiner Stellung in der Gesellschaft schützen muß.

Wie ein Anwalt in einem amerikanischen Gericht die individuelle Freiheit seines Klienten schützt, so muß der Staatsanwalt das Gemeinwohl des Staates schützen. Als Unbeteiligte meinen wir vielleicht, daß der primär angezielte Wert Fairneß oder Gerechtigkeit sein sollte; wenn jedoch ein Anwalt findet, daß sein Klient schuldig ist, und dann schlechten Rechtsbeistand leistet, dann handelt dieser Anwalt unmoralisch. Obgleich er recht haben kann mit der Schuld seines Klienten, handelt er dennoch nicht entsprechend seiner primären Verantwortung, nämlich die Rechte des einzelnen auf ein faires Gerichtsverfahren zu schützen.

Untersuchen wir nun unser Thema. Ein fundamentales Prinzip der medizinischen Fürsorge ist, vor allem nicht zu schaden. Wenn ein Mediziner pflegen und heilen soll, darf er jedenfalls keinen Schaden zufügen, d. h. der Arzt wird sich nicht für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Patienten entscheiden. Für jeden, der ärztliche Hilfe sucht, schafft dieses Prinzip die Grundlage für das Vertrauen in die Behandlung durch den Arzt. *Thomas Beauchamp*, Philosophieprofessor für Ethik an der Georgetown University, und *James Childress*, protestantischer Professor für religiöse Studien an der University of Virginia, behaupten in ihrem Buch „*Principles of Biomedical Ethics*“, daß jede aktive Euthanasie dieses

Prinzip und dieses Vertrauen ernstlich untergraben würde¹⁰. *Rudolf Ginters*, mit Schüller Moraltheologe an der Universität Münster, ist in seinem neuen Werk „Werte und Normen“ auch der Meinung, daß dieses notwendige Vertrauen die Anwendung der aktiven Euthanasie durch einen Arzt ausschließt¹¹.

Wenn das genannte Prinzip Ausnahmen zuläßt, dann ist auch zu befürchten, daß Argumente für aktive, nicht frei geforderte Euthanasie gefunden und akzeptiert würden¹². Deshalb argumentieren viele, daß gerade dieses Prinzip die Gesellschaft heute und morgen vor einem Zusammenbruch des Vertrauens in den ärztlichen Stand bewahrt. Auch wenn es für einen Arzt hypothetisch vertretbar scheinen könnte, daß er aktive und passive Euthanasie leistet, so ist er doch an dieses Prinzip gebunden und darf keinen Schaden zufügen, auch nicht aktive Euthanasie.

Beauchamp und Childress gehen von diesem ärztlichen Dilemma aus, um noch eine andere Unterscheidung hervorzuheben, nämlich zwischen einzelnen Handlungen (acts) und Praktiken (practices). „Eine Handlung rechtfertigen, das heißt, sie als richtig vertreten, ist eines; etwas anderes ist es jedoch, eine Praktik mit ihren eigenen Regeln und Verfahrensweisen zu rechtfertigen.“¹³ Handlungen, die barmherziger erscheinen, sollten nicht zu normativen Kriterien für die Rechtfertigung einer Praktik aktiver Euthanasie führen. So schreiben sie: „Es wird notwendig sein, einige Handlungen, die nicht falsch zu sein scheinen, zu verbieten, um eine gangbare Praxis aufrechtzuerhalten, die meistens unseren Prinzipien entspricht und gewisse unerwünschte Folgen vermeidet. Obwohl einzelne Tötungshandlungen die Pflicht, nichts Schädliches zu tun, vielleicht nicht verletzen und sogar human und voller Mitgefühl sein können, könnte eine Politik des autorisierten Tötens diese Pflicht verletzen, weil sie die ernste Gefahr schafft, daß in vielen Fällen Schaden zugefügt wird.“¹⁴

Es kann natürlich der Fall eintreten, daß ein Arzt trotzdem glaubt, einen bestimmten Patienten töten zu müssen. Manche Ethiker sagen übereinstimmend, daß dies möglich ist; aber grundsätzlich argumentieren sie, daß das Prinzip, nichts Schädliches zu tun, im Interesse der Allgemeinheit zwingender ist¹⁵. Es kann gefolgert werden, daß der Arzt nur dann moralisch gerechtfertigt wäre zu töten, wenn bewiesen werden kann, daß sein Handeln dieses Prinzip nicht untergräbt. Mehr als jedes andere Mitglied der Gesellschaft hat der Arzt eine vorrangige Verpflichtung diesem Prinzip gegenüber. Hughes, Ginters, Beauchamp und Childress sind alle der Meinung, daß es gesellschaftliche Interessen gegen das Töten von Patienten gibt.

Wenn wir das Dilemma aus der moralischen Perspektive des einzelnen, des Patienten, betrachten können, müssen wir auch die Verantwortung des Sterbenden untersuchen. Ginters sagt dazu: „Der Verzicht auf aktive Tötung in diesen Fällen wäre dann unter Umständen als eine besondere Art der sogenannten kostspieligen Ausdruckshandlungen zu verstehen: Indem man darauf verzichtet, sich selbst oder anderen das Ende aktiv zu setzen, und statt dessen ein längeres Siechtum in Kauf

nimmt, bringt man seine Entscheidung für das Leben und vielleicht, religiös gesprochen, für den Schöpfer des Lebens zum Ausdruck.“ Ginters fügt jedoch hinzu, daß dies möglicherweise mit „sehr großen Lasten verbunden ist“¹⁶.

Ist dies jedoch ausreichend? Nachdem die Handlungen der direkten und indirekten Tötung (aktive und passive Euthanasie) in sich selbst moralisch nicht verschieden sind, stellt sich die Frage, ob nicht die spezifische Stellung des Patienten eine Bedeutung für den sittlichen Wert dieses Tuns hat. Ist nicht die „Ausdruckshandlung“ letztlich identisch mit dem Auftrag derer, die zur moralischen Entwicklung anderer beitragen? Haben nicht diejenigen eine spezielle Verpflichtung, die durch die Annahme ihres Leidens auf die moralische Entwicklung anderer Einfluß haben? Hat nicht ein Pfarrer, ein Vater oder eine Mutter, ein Moralthologe eine größere Verpflichtung, die Entscheidung für das Leben zu treffen, trotz der großen Lasten?

Ferner kann man sich auch fragen, ob ein Patient anderen Patienten gegenüber eine Verantwortung hat. Selbstverständlich sind zuerst die Ärzte für die medizinische Versorgung verantwortlich. Aber in welchem Maß beeinflusst ein leidender Patient durch seinen Wunsch nach aktiver Euthanasie die Grundsätze in der Pflege der Patienten? Wenn Ärzte und Ethiker anführen, daß die Praktizierung einer aktiven, freiwilligen Euthanasie zur Praxis einer aktiven, nicht frei geforderten Euthanasie führen kann, muß dann nicht ein urteilsfähiger Patient diese Überlegung aus Rücksicht auf seine weniger urteilsfähigen Mitpatienten bedenken? Wenn Ginters dem Patienten eine Lösung anbietet, die eine Entscheidung für das Leben enthält, kann hinzugefügt werden, daß ein Fall von aktiver Euthanasie möglicherweise die Pflege von Nichturteilsfähigen in Frage stellen könnte. Im Bereich individueller Handlungen gibt es keinen Unterschied, ob direkt oder indirekt getötet wird, wenn man sich einmal vergegenwärtigt, daß der Tod in Kürze mit Sicherheit eintreten wird und in diesem Moment vorzuziehen ist. Wegen des Einflusses von Präzedenzfällen kann es jedoch einen Unterschied ausmachen.

Am Schluß seines Aufsatzes schreibt Hughes, daß es zwar keinen moralischen Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen gibt, nur weil die eine Tat direkt und die andere indirekt wäre, daß wir aber dennoch Gründe finden können, warum Töten nicht erlaubt sein dürfte: „Andererseits haben wir, wie Austin zu bemerken pflegte, solche Sprachfeinheiten nicht zum Spaß entwickelt. Ich meine, daß die Unterscheidung sogar von größerer Bedeutung ist, wenn auch nicht in einer metaphysischen Weise, weil sie ein moralisches und rechtliches Klima schafft, ohne das wir nicht auskommen können. Und wir sind uns voll bewußt, daß wir ohne dieses nicht auskommen können. Philosophen, Theologen und Juristen sollten ihre ganze Aufmerksamkeit dieser wichtigen Frage zuwenden, bevor es zu spät ist.“¹⁷

Die Gründe ergeben sich, glaube ich, aus dem Verständnis des Menschen als eines sozialen Wesens, das der moralischen Ordnung unserer Gesellschaft besondere Dimensionen gibt. Die Ärzte, die das Prinzip befolgen müssen, nicht zu

schaden, können keine aktive Euthanasie anwenden. Es ist also eine soziale Forderung, in der Euthanasiedebatte gegen aktive Euthanasie eine Grenze zu ziehen. Ferner muß jeder Patient im Bereich der individuellen Moral überlegen, in welchem Grad seine private Entscheidung auf diejenigen Einfluß ausübt, deren Wertsystem zu bilden er geholfen hat. Letztlich müssen die urteilsfähigen Patienten bedenken, wie ihre persönlichen Entscheidungen die Behandlung Nichturteilsfähiger beeinflussen können.

II. Sterbenlassen

Da viele Fälle passiver Euthanasie diejenigen betreffen, die sich bereits in der kritischen Phase des Sterbens befinden – Kinder mit Mißbildungen, Unfallopfer, Altersschwache, also Nichturteilsfähige –, beziehen sich die Bemerkungen über passive Euthanasie, sofern nicht anders vermerkt, sowohl auf Fälle frei erbetener wie nicht frei erbetener Euthanasie.

Die Diskussion über passive Euthanasie wird auf verschiedene Weise angegangen. Einige sehen hier eine Frage der Lebensverlängerung¹⁸, andere die Entscheidung, das Sterben nicht zu verlängern¹⁹. Andere haben eine mehr allgemeine Einstellung und nennen es Entscheidung über Lebensqualität. Wir wollen zunächst festhalten, daß es einen realen Unterschied gibt zwischen der Entscheidung, das Sterben nicht zu verlängern, und der Entscheidung, das Leben nicht zu verlängern; denn im ersten Fall „besteht keine Hoffnung, daß die Gesundheit wiedererlangt werden kann“, wie Bernhard Häring formuliert²⁰. Wir wollen uns deshalb mit denen befassen, deren Krankheit irreversibel zum Tod führt.

Noch eine wichtige Vorbemerkung. Damit die Unterscheidung zwischen direkten und indirekten Handlungen beibehalten werden kann, argumentieren einige, daß das Abschalten des Respirators keine Handlung, sondern eine Unterlassung darstelle²¹. Zur Begründung sagen sie, daß nicht ihre Handlung, sondern vielmehr die Krankheit den Tod des Patienten verursache; also könne ihr Handeln nicht den Tod des Patienten direkt intendieren. Wie wir jedoch von Schüller wissen, ist das absurd. Wenn der Patient fünf Minuten nach Abschalten des Respirators stirbt, ist das nicht nur ein zufälliges Zusammentreffen; es war die erwartete und somit beabsichtigte Folge. Wenn die Folgen die gleichen sind, ändert die Handlungsweise nicht die Absicht.

Andere, auch der Verfasser dieses Beitrags, sind der Ansicht, daß weder die Handlung noch die Unterlassung das moralisch Entscheidende ist. In der Tat sind die moralischen Beweggründe für das Unterlassen der Therapie die gleichen wie für das Einstellen der Therapie. Den Respirator abstellen paßt ebenso auf die Beschreibung des Sterbenlassens, wie wenn man ihn überhaupt nicht einschaltet. Aber wir müssen die sittlichen Kriterien für beide Handlungen finden, das heißt:

Wann ist es moralisch legitim, diese Entscheidungen zu treffen? Wo ziehen wir die Grenzen?

Bei vielen Theologen geht es bei dieser Frage eindeutig um die Sterbenden. *Richard McCormick*, Professor für christliche Ethik am Kennedy Institut of Ethics (Georgetown University), bemerkt jedoch dazu: „Immer mehr hängt der Begriff des Sterbens mit der verfügbaren Technologie zusammen. Noch vor einigen Jahren starb ein Kind mit bestimmten Anomalien; heute ist das anders, weil die Bedingungen verbessert werden können. Und ist ein Dialysepatient ein Sterbender oder nicht?“²³

Aus diesem Grund muß das Recht, die Therapie zu unterlassen oder einzustellen, im Zusammenhang mit der jeweiligen Situation des Patienten gesehen werden. Wenn der Sterbevorgang voraussichtlich nicht umkehrbar ist, müssen wir uns fragen, in welcher Lage der Patient sein muß, bevor wir von der Anwendung von Technologien absehen.

Die Frage nach den Maßstäben

Einige versuchen, auf die Lebensqualität abzustellen. McCormick meint, daß unter „den objektiven Bedingungen des Patienten, die es zu bedenken gilt, eine der schwierigsten die Frage ist, was für ein Leben als Folge unserer Eingriffe erhalten bleiben wird“²⁴. McCormick sieht die untere Grenze des Menschlichen in der Fähigkeit zu Erfahrungen oder zu sozialen Beziehungen. Danach könne man entscheiden, ob Eingriffe unterbrochen werden sollen. Dieses Kriterium sei keine detaillierte Regel, die „Entscheidungen vorwegnimmt; denn die Fähigkeit zu menschlichen Beziehungen ist keiner mathematischen Analyse unterworfen, sondern menschlicher Beurteilung“. Wie viele andere zieht er den Schluß, daß wir im Fall einer Unsicherheit immer dem Leben den Vorzug geben sollten.

Nach *Paul Ramsey*, protestantischer Professor für christliche Ethik an der Princeton University, dürfen wir dagegen nicht versuchen, auf die Lebensqualität abzustellen. Das medizinisch Indizierte sei das Moralische. Der Patient, und nur der Patient, könne hinsichtlich des Sterbens die Wahl treffen, ob er weiter palliativ behandelt werden soll oder nicht. Bewußtlose und Nichturteilsfähige sollte man medizinisch behandeln, um jeder Praktik einer aktiven, nicht frei geforderten Euthanasie entgegenzuwirken²⁷.

Ramsey argumentiert gegen McCormick, daß ein Abstellen auf die Lebensqualität gegen das Prinzip der Gleichheit verstoße. Damit würden wir ein Urteil fällen, welches Leben es wert ist, erhalten zu bleiben, und welches nicht. McCormick antwortet darauf, daß die Entscheidung, welches Leben gerettet werden soll und welches nicht, dem Gleichheitsprinzip nicht widerspreche, da dieses, wie er betont, die Person betreffe. Er schreibt: „Die menschliche Person ist von

unschätzbarem Wert, aber von einem gewissen Punkt an ist ein rein physisches Fortbestehen für den Menschen kein Gewinn mehr.“²⁸

Wir müssen bei Ramseys Logik etwas zögern. „Medizinisch indiziert“ heißt, daß die Diagnose das moralisch Bestimmende ist. Daß Computer diese Aufgabe übernehmen können, macht Ramseys Programm eher verwirrend. Wenn man ferner wie in diesem Fall durch fortdauernde Behandlung von bewußtlosen Patienten einer bestimmten Praktik entgegenwirken will, fragt man sich, ob Ramsey nicht das Prinzip Kants verletzt, Personen niemals als Mittel zu benutzen. Wieviele Bewußtlose, die an lebenserhaltende Systeme angeschlossen sind, wird Ramsey brauchen, um dem entgegenzuwirken, was er als die gefährliche zeitgenössische Nichtachtung des menschlichen Lebens bezeichnet?

Ein anderer protestantischer Professor für christliche Ethik, *James Gustafson* (University of Chicago), argumentiert, daß wir nicht gut auf die Lebensqualität abstellen können, indem wir nach dem „wesentlich Menschlichen“ fragen. Diese philosophischen oder theologischen Kriterien seien dem Arzt, der einem Sterbenden beisteht, keine Hilfe. Der Arzt stütze sich auf empirische Daten, „die einen spezifischeren Charakter haben als die der Philosophen, und deshalb muß die Diskussion über die Beziehung dieser Daten zu den ethischen Normen mit einer Spezifizierung vorgenommen werden, die den damit verbundenen Problemen angemessen ist“²⁹.

Gustafson scheint vorzuschlagen, daß eine umfassende Liste von Krankheiten das Dilemma derzeit lösen könnte. So sollte zum Beispiel ein Kind mit Mongolismus lebensunterstützende Therapie erhalten; ein Neugeborenes mit Anenzephalie (unentwickeltes Gehirn) sollte nicht wiederbelebt oder am Leben erhalten werden. Aber wie lange wird es dauern, bis wir die Liste neu überprüfen müssen? Und wird es nicht so viele „Ausnahmen“ von der Liste geben, daß ihre Brauchbarkeit in Frage gestellt wird?

Bernhard Häring und *Robert Veatch*, protestantischer Professor für christliche Ethik am Kennedy Institute of Ethics, verlassen sich nicht einfach auf irgendein Konzept des wesentlich Menschlichen. Sie gehen davon aus, daß die persönliche Freiheit respektiert werden sollte, und sind daher der Überzeugung, daß man die Entscheidung des Patienten, die Behandlung zu verweigern, respektieren muß³⁰. Im Unterschied zu Williams behaupten sie jedoch nicht, daß das Individuum ein uneingeschränktes Recht auf Freiheit hat. Sie sprechen vielmehr von Vernünftigkeit. Sie fragen: „Welche Behandlungen können vernünftigerweise verweigert werden?“³¹ Das gibt dem Patienten großen Spielraum. Für den Bewußtlosen oder Nichturteilsfähigen schlagen sie die Frage vor: „Was würde ein vernünftiger Mensch in diesem Fall tun?“ Aber hier bieten sie eigentlich nur den gesunden Menschenverstand als Richtlinie an.

Die Debatte über Töten oder Sterbenlassen ist außerordentlich lebhaft. Wie wir gesehen haben, schließt das Prinzip, nicht zu schaden, jede Praktik aus, die in

einigen Fällen das Recht auf aktive, ja frei geforderte Euthanasie geben würde. Hinsichtlich des Sterbenlassens herrscht allgemein Übereinkunft, daß man diejenigen sterben lassen sollte, deren Gesundheit ernstlich geschwächt und deren Genesung ausgeschlossen ist. Wir stehen aber vor dem Dilemma, wer für passive Euthanasie optieren darf. McCormick und andere meinen, daß die Technologie uns zwingt, eine untere Grenze des Menschlichen zu bestimmen. Für Ramsey kommt das einer Mentalität der aktiven Euthanasie gefährlich nahe; er erlaubt die Entscheidung der Behandlungsverweigerung nur dem urteilsfähigen Patienten. In zu vielen Fällen jedoch ist der Patient nicht urteilsfähig. Für ihn und das medizinische Personal ist der Vorschlag der sozialen Interaktion genauso zweideutig wie jede Norm in der Art der „sinnvollen Existenz“. Seiner Meinung nach brauchen Ärzte empirische Daten, um entscheiden zu können. Schließlich erlauben Häring und Veatch dem Patienten, für sich selbst zu entscheiden; bei denen, die es nicht können, setzen sie einen vernünftigen Patienten voraus und versuchen herauszufinden, was ein vernünftiger Mensch tun würde.

Grundlegend sprechen Häring und Veatch über den persönlichen Entscheidungsprozeß: „Was habe ich, der vernünftige Patient oder die vernünftige Familie, zu tun?“ Gustafson, McCormick und Ramsey denken mehr interpersonal: „Nach welchen Richtlinien sollten wir uns als Gesellschaft (für Gustafson: ‚als Ärzte‘) richten?“ Hier liegt meiner Meinung nach die Verwirrung.

Wie Ramsey ist McCormick besorgt über die Art, wie Menschen für sich und andere Entscheidungen treffen, die zunehmend aktive Euthanasie erlauben. Wie Ramsey und Gustafson möchte McCormick „objektive“ Kriterien aufstellen, um der Willkür dieser Entscheidungen ein Ende zu setzen. Ich glaube, daß er sich im Irrtum befindet. Obwohl er auf dem Recht besteht, persönliche Entscheidungen zu treffen, nimmt man doch durch die Festsetzung objektiver Kriterien implizit den Betroffenen die Entscheidung aus der Hand und läuft so Gefahr, dadurch die persönliche Freiheit zu bedrohen. McCormicks Haltung führt dazu, daß wir größere soziale Interessen – die noch nicht notwendig sind – über das individuelle Recht setzen, moralisch annehmbare Entscheidungen zu treffen. In dem Dilemma, die Behandlung des Schwerkranken abubrechen oder zu unterlassen, unterstützen Häring und Veatch das Recht des einzelnen, vernünftige Entscheidungen zu treffen. Das ist, glaube ich, der Vorzug ihrer Argumente.

Wenn Ethiker auch für die persönliche Freiheit als den primären Wert in der Krankenpflege argumentieren müssen, so muß man doch zugestehen, daß es sich nicht um einen absoluten Wert handelt. In Zeiten, da der Begriff Sterben, wie McCormick aufzeigt, stärker von den verfügbaren Technologien abhängt, wird die jeweilige Entscheidung, die Behandlung abubrechen oder zu unterlassen, viel schwieriger. Während in früheren Zeiten die Diagnose die zu erwartenden Genesungschancen aufzeigen konnte, ändern sich in dieser unserer Welt ständig die Gewichte. Die Bereitschaft, Schmerz und Leiden zu ertragen, ist dann weniger

auf der Sicherheit der Genesung begründet, sondern muß viel stärker ein ungewisses Risiko in Kauf nehmen. Und wenn es auch angesichts solcher Ungewißheiten und Risiken vernünftig sein kann, eine Behandlung zu unterlassen, so dürfte es nicht immer eindeutig verantwortbar sein.

Soziale Verpflichtung

Das Problem hier ist, daß, wie bei der aktiven Euthanasie, die sozialen Verpflichtungen des einzelnen Patienten nicht genügend beachtet werden. So können wir Ramseys Argument auf den Kopf stellen, denn das Prinzip der Gleichheit würde beweisen, daß es für jedermann gleichermaßen vernünftig wäre, die Behandlung abubrechen oder zu unterlassen, wenn wirklich ernste Lasten und Zweifel bestehen. Ein Prinzip der sozialen Verantwortung dagegen würde nur von einzelnen Menschen verlangen, Risiken und Lasten in Erwägung zu ziehen. Die schwangere Frau im fünften Monat, der für einen jungen Haushalt Verantwortliche, ein Fachmann mit außergewöhnlichem Talent müßte also bereit sein, größere Leiden und Risiken auf sich zu nehmen zum Wohl anderer, während der „vernünftige“ Mensch rein als solcher das nicht muß.

Ferner gibt es noch diejenigen, deren Handlungen die Gesellschaft beeinflussen. Ein Ethiker oder ein religiöser Führer, der unter Wahrung des Rechts auf persönliche Freiheit sich entscheidet, die Anwendung technischer Therapien abubrechen oder zu unterlassen, etwa bei Nieren- oder Herzkrankheiten, und zwar aus Vernunftgründen, schafft einen Präzedenzfall. Nichturteilsfähige ohne Angehörige, die ihre Wünsche vorbringen können, könnten in ähnlichen Situationen ähnlich behandelt werden. Während ein anderer Mensch mit gleicher Entscheidungsfähigkeit sich entschieden hat, die technischen Therapien beizubehalten, wird die Behandlung des Nichturteilsfähigen beeinflußt vom Urteil einer öffentlich bekannten Persönlichkeit, obwohl sie die Absicht hat, eine rein private Entscheidung zu treffen. Daher haben solche Menschen die Verpflichtung, bei ihrer Entscheidung diesen ihren Einfluß auf andere und auf die in der Öffentlichkeit geltenden Maßstäbe in Rechnung zu stellen.

Die Problematik des Prinzips der Vernünftigkeit liegt darin, daß es dem einzelnen keine Verantwortung im Blick auf die Wirkung seines Handelns auf die Therapie anderer läßt. In Zeiten, in denen immer mehr Patienten bewußtlos und/oder nichturteilsfähig sind, ist die Vernünftigkeit allein weder eine vernünftige noch eine verantwortliche Norm. Was wir brauchen, ist eine vernünftige Person mit klarem Blick für die Verantwortung, die ihr aufgrund ihrer Stellung in der Gesellschaft zukommt. Es geht nicht mehr ausschließlich um die Situation des einzelnen; wir müssen auch bedenken, auf wen sich dies auswirkt und wer dabei geschützt werden muß.

ANMERKUNGEN

- ¹ Y. Kamisar, Some Nonreligious Views Against Proposed Mercy Killing Legislation, in: T. Beauchamp, L. Walters, *Contemporary Issues in Bioethics* (Belmont 1978) 309.
- ² J. Rachels, Active and Passive Euthanasia, ebd. 291, 293.
- ³ G. Hughes, Killing and Letting Die, in: *The Month* 236 (Febr. 1975) 43.
- ⁴ B. Schüller, Direkte Tötung – Indirekte Tötung, in: *Theologie und Philosophie* 47 (1972) 341–357; Typen der Begründung sittlicher Normen, in: *Concilium* 120 (1976) 648–654.
- ⁵ R. McCormick, Reflections on the Literature, in: *Readings in Moral Theology* Nr. 1, hrsg. v. C. Curran u. R. McCormick (New York 1979) 308.
- ⁶ Ebd. 304.
- ⁷ G. Williams, Mercy-Killing Legislation. A Rejoinder, in: Beauchamp, Walters, 318.
- ⁸ Kamisar, 308–317.
- ⁹ T. Beauchamp, J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (New York 1979) 85–94.
- ¹⁰ Ebd. 116; Kamisar, 316.
- ¹¹ R. Ginters, Werte und Normen (Göttingen 1982) 65.
- ¹² T. Beauchamp, J. Childress, 111; Kamisar, 314.
- ¹³ T. Beauchamp, J. Childress, 109.
- ¹⁴ Ebd. 110. ¹⁵ Ebd. 115; Ginters, 65. ¹⁶ Ginters, 64f. ¹⁷ Hughes, 45.
- ¹⁸ G. Gletcher, Prolonging Life: Some Legal Considerations, in: Beauchamp, Walters, 296.
- ¹⁹ R. Veatch, Choosing Not To Prolong Dying, ebd. 301.
- ²⁰ R. McCormick, The Quality of Life, the Sanctity of Life, in: ders., *How Brave a New World?* (London 1981) 392.
- ²¹ Fletcher, 296. ²² Beauchamp, Childress, 126. ²³ McCormick, 387.
- ²⁴ Beauchamp, Childress, 124; McCormick, 385.
- ²⁵ Beauchamp, Childress, 124; R. McCormick, To Save or Let Die, in: Beauchamp, Walters, 331–337.
- ²⁶ Ebd. 336. ²⁷ Beauchamp, Childress, 123f.
- ²⁸ Ebd. 124; McCormick, The Quality of Life? 396f.
- ²⁹ J. Gustafson, *Theology and Christian Ethics* (Philadelphia 1979) 243.
- ³⁰ Veatch, 306; McCormick 389–392. ³¹ McCormick, 389.