

UMSCHAU

Wann dürfen wir sterben?

Ein Plädoyer gegen die Tötung auf Verlangen

Hans Küng hat jüngst sein Plädoyer für ein menschenwürdiges Sterben, das die Möglichkeit der Tötung auf Verlangen unter genau geregelten Bedingungen einschließt, angesichts des Schicksals von Walter Jens erneuert (FAZ, 21.2.2009: „Ehrfurcht vor dem Leben“). Küng weist in diesem Zusammenhang zurecht darauf hin, daß Aussagen zur Patientenautonomie vom Komplex der Fragen, die durch Entscheidungen am Lebensende aufgeworfen werden, nicht isoliert werden dürfen: Wer die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen in Frage stellt, anstatt sie durch die Gestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen für eine differenzierte Rekonstruktion des mutmaßlichen Patientenwillens zu stärken, der unterstützt – gewollt oder ungewollt – den Ruf nach der Legalisierung der Tötung auf Verlangen. Unbestritten ist auch, daß die menschliche Würde am Ende des Lebens nicht primär von theoretischen Diskursen um die Patientenautonomie, sondern von praktischen Maßnahmen wie dem Ausbau der Hospizarbeit und der Palliativmedizin lebt.

Ich setze mich im folgenden mit dem für den ethischen Diskurs wichtigen Argument Küngs auseinander, die begriffliche Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe werde in der medizinischen Praxis häufig unscharf. Das könne seinen Grund darin haben, daß das Unterlassen in einem Tun bestehe, etwa dem Abstellen einer Beatmungsmaschine; das könne seinen Grund umgekehrt auch darin haben, daß das Unterlassen einer medizinischen Maßnahme gleich einem Tun – etwa der Verabreichung

einer Überdosis Morphinum – den Tod eines Menschen herbeiführen könne. Was sich begrifflich klar trennen lasse, könne in concreto oft kaum auseinandergehalten werden; die Grenzen seien fließend.

Mein Einwand gegen dieses Argument Küngs lautet: Die begriffliche Unterscheidung von Tun und Unterlassen ist nicht nur für die ethische Theorie, sondern auch für die medizinische Praxis von großer Bedeutung. Denn hinter den *praktischen Entscheidungsproblemen* am Lebensende verbirgt sich ein *theoretisches Unterscheidungsproblem*. Die Frage, ob die Tötung auf Verlangen aus ethischer Sicht unter bestimmten Bedingungen legitim ist, kann aus diesem Grund nicht einfach mit einem pragmatischen Argument beantwortet werden. Ich möchte zeigen, welchen Sinn die Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen besitzt und warum aus ethischer Sicht die Tötung auf Verlangen abzulehnen ist.

1. *Das Problem.* Zunächst soll die Unterscheidung von Tun und Unterlassen aus einem Fallbeispiel heraus entwickelt werden. Stellen wir uns folgende zwei Fälle vor. Erstens: Ein Krebspatient kann nur überleben, wenn er sich einer zusätzlichen Chemotherapie unterzieht. Er ist durch frühere Behandlungen schon sehr geschwächt, läßt sich über die Heilungschancen aufklären und kommt dann zu dem Entschluß: Er möchte keine weitere Therapie über sich ergehen lassen. Der Arzt, der ihn behandelt, weiß um den Zustand des Patienten. Ihm stehen die notwendigen Mittel zur Therapie zur Verfügung, aber er respektiert den Willen des

Patienten, verzichtet auf die Therapie, und der Patient stirbt nach geraumer Zeit. Zweitens: Es ist nun aber auch denkbar, daß der Patient sagt: Ich bin des Lebens so überdrüssig, daß ich auf den Tod nicht warten will. Der Arzt soll mich von diesem Leiden schnell erlösen und mir ein Mittel verabreichen, das den Tod direkt nach sich zieht. Der Arzt kommt diesem Vorschlag nach, und der Patient stirbt unmittelbar darauf.

Man kann nun aber – damit James Rachels folgend, der dieses Problem aufwarf – beide Situationen miteinander vergleichen, indem man Ursache und Folge unterscheidet. Rachels Argumentation zufolge zeigt sich dieses Ergebnis: In beiden Situationen ist der Arzt Ursache für den Tod. Einmal durch sein Unterlassen, denn er hätte ja auch handeln und therapieren können; und einmal durch sein Handeln, also dadurch, daß er den Patienten auf seinen Wunsch hin tötet. Weil das beide Male zur Folge hat, daß der Patient stirbt, gibt es, so folgert Rachels, zwischen den beiden diskutierten Möglichkeiten keinen Unterschied. Das ist das verblüffende Ergebnis dieser Analyse. Rachels geht aber noch einen Schritt weiter und macht darauf aufmerksam, daß wir gewöhnlich keine moralischen oder rechtlichen Bedenken hegen, wenn wir einen Patienten sterben lassen, wohl aber, wenn ein Patient auf eigenen Wunsch hin getötet werden soll. Wenn wir aber das Sterbenlassen, also die sogenannte passive Sterbehilfe, erlauben, dann müssen wir auch das Töten auf Verlangen, die sogenannte aktive Sterbehilfe, gestatten. Zwischen beiden Handlungssituationen gibt es nämlich offenbar keinen normativ bedeutsamen Unterschied. Das Interessante an dieser Argumentation ist, daß die Diskussion der genannten begrifflichen Unterscheidung das Problem mit allen wichtigen Implikationen klar auf den Tisch legt. Diese Schwierigkeiten gilt es im folgenden aufzulösen.

2. *Individueller Wunsch und kollektive Erwartung.* Wo soll die Kritik ansetzen? Zunächst wird der Umgang mit dem Begriff des Nicht-Handelns als problematisch markiert. Kann man ein Nicht-Handeln als Ursache für eine Folge in der Wirklichkeit betrachten? Kann man das Nicht-Handeln des Arztes als Ursache für den Tod des Patienten qualifizieren? Wenn ja, unter welchen Umständen ist dies möglich? Eine erste Antwort lautet: Man kann das Nicht-Handeln des Arztes nur dann als Ursache für den Tod des Patienten qualifizieren, wenn man die normativen Vorstellungen, die im Hintergrund verborgen sind, ins Spiel bringt. Man muß also über die reine Handlungssituation – Ursache und Folge – hinausgehen und implizite normative Vorstellungen mit in die Diskussion einbringen.

Um welche normativen Hintergrundannahmen handelt es sich dabei? Wir können uns das an einem einfachen Beispiel vergegenwärtigen: Ein Spaziergänger wandert im Winter über einen zugefrorenen See und bricht ein. Ein weiterer Spaziergänger, der Zeuge des Geschehens wird, hilft nicht, sondern geht weiter, obwohl er – so setzen wir voraus – hätte helfen können. Wir können diesen Menschen des schuldhaften Unterlassens nur bezichtigen, weil die normative Vorstellung für diesen Fall lautet: Er hätte helfen müssen. Anders formuliert: Wir können das Nicht-Handeln des Spaziergängers als Ursache für den Tod des Ertrunkenen nur qualifizieren, weil im Hintergrund eine kollektive Erwartung wirksam ist. Diese kollektive Erwartung sagt: In der beschriebenen Notlage gibt es eine Verpflichtung zur Hilfe. Wir können diese Erwartung durchsetzen, indem wir Normen etablieren und ihre Befolgung durch Sanktionen schützen.

Übertragen wir das auf das Fallbeispiel vom krebserkrankten Patienten. Die Aussage, das Nicht-Handeln des Arztes sei die Ursache für den Tod des Patienten, ist nur dann

sinnvoll, wenn im Hintergrund die normative Erwartung anwesend ist: Ein Arzt soll grundsätzlich heilen. Wenn er dieser Erwartung nicht nachkommt, kann sein Nicht-Handeln tatsächlich als Ursache für den Tod des Patienten gewertet werden. Es geht deshalb um die Frage, wie wir erlaubtes und unerlaubtes Nicht-Handeln unterscheiden können. In bezug auf unsere beiden eingangs genannten Beispiele lauten die normativen Hintergrundannahmen: Im ersten Fall soll der Arzt heilen, und der Patient will leben. Hier besteht Übereinstimmung zwischen kollektiver Erwartung und individuellem Wunsch. Wo der Arzt gegen diese normativen Hintergrundannahmen handelt, macht er sich schuldig. Er wird bestraft. Im zweiten Fall soll der Arzt nach unserer Erwartung ebenfalls heilen, aber der Patient will sterben. Hier stimmen kollektive Erwartung und individueller Wunsch nicht überein.

3. *Zwei Arten des Unterlassens.* Die Frage ist, wie wir mit dieser Divergenz umgehen sollen. Zunächst entsteht dadurch die auf den ersten Blick vielleicht befremdliche, aber wichtige Konsequenz, daß das Zulassen des Sterbens nicht der Vereinbarung zwischen Patient und Arzt überlassen werden kann, sondern daß wir dafür verbindliche allgemeingültige Normen brauchen. Ohne explizite Regeln würde die normative Relevanz der Unterscheidung von Tun und Unterlassen zusammenbrechen, mit drastischen Konsequenzen für medizinische Entscheidungslagen. Blicke nämlich das Zulassen des Sterbens der Übereinkunft zwischen Arzt und Patient überlassen, dann bestünde einerseits die Gefahr, daß der Wille des Patienten, sterben zu dürfen, mißachtet wird; und es bestünde andererseits die Gefahr, daß der Wille des Patienten, leben zu dürfen, mißachtet wird. Denn ohne verbindliche Normen des Unterlassens sähe sich der Arzt prinzipiell dem Verdacht ausgesetzt, gegen sein Berufsethos zu verstoßen; der Patient

sähe sich prinzipiell der Willkür des Arztes ausgeliefert. Man kann auch sagen: Der Patient will unter Umständen keine Fortsetzung der Therapie, er will aber doch grundsätzlich den Zeitpunkt des Unterlassens selbst bestimmen. Der Arzt hat das Wohl des Patienten im Blick und respektiert seinen Willen, er will aber nicht, daß ein vom Patienten gewünschtes Unterlassen als Verstoß gegen sein Berufsethos gewertet wird. Wir haben in der Tat ein vitales Interesse an dieser Unterscheidung, denn keiner von uns möchte in eine Situation geraten, in der ihm die ärztliche Hilfe, die er zurecht erwartet, versagt wird.

Um diese Schwierigkeiten zu überwinden, müssen wir zwei Arten des Unterlassens unterscheiden: die *unerlaubte Tötung durch Unterlassen* einerseits und das *erlaubte Zulassen des Sterbens* andererseits. Wir müssen begründen, unter welchen Umständen es erlaubt ist, daß ein Arzt nicht handelt, also auf eine Therapie verzichtet oder eine Therapie abbricht. Die These lautet: Die normativ bedeutsame Trennlinie zwischen den beiden Varianten des Unterlassens kann zwar nur vom individuellen Wunsch des betroffenen Patienten aus gezogen werden, der Patientenwunsch muß aber in Normen seinen Ausdruck finden, die den kollektiven Erwartungen, geheilt zu werden, nicht widersprechen. Dies gilt auch für den Fall, daß der Patient seine Wünsche nicht mehr artikulieren kann. Denn auch hier ist klar: Wir haben ein Interesse daran, Normen für den Fall zu vereinbaren, daß wir die Entscheidung, ob wir leben oder sterben wollen, nicht mehr selbst treffen können – und zwar so, daß diese Entscheidung von anderen Menschen in unserem Sinn getroffen wird. Der Wille des Patienten bleibt in jedem Fall die letzte normative Basis für das, was medizinisch zu tun ist oder auch unterlassen werden darf. Ohne die normative Signifikanz des Patientenwillens, von dem auch das ärzt-

liche Ethos zehrt, erscheint die Unterscheidung von unerlaubter Tötung durch Unterlassen und erlaubtem Zulassen des Sterbens willkürlich. Es ist aber einsichtig, daß es für den Patienten einen Unterschied macht, ob man die von ihm gewünschte Therapie verweigert oder ob man eine Therapie unterläßt, weil es sein ausdrücklicher Wunsch ist.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Bei der Beurteilung der Handlungssituation, von der wir ausgegangen waren, müssen implizite normative Hintergrundannahmen, nämlich kollektive Erwartungen und individuelle Wünsche, berücksichtigt werden. Nur auf diese Weise können wir den Unterschied zwischen einem *Töten durch Unterlassen* und einem *Zulassen des Sterbens* begründen. An dieser Unterscheidung aber haben wir ein vitales Interesse. Wegen der Divergenz von kollektiver Erwartung und individuellem Wunsch darf das Zulassen des Sterbens nur unter genau geregelten Bedingungen stattfinden. Das heißt konkret: Es muß eine Norm existieren, nach der der Arzt unter bestimmten Umständen das medizinisch noch Mögliche unterläßt. Nun könnte man aber folgendermaßen weiter argumentieren: Wenn der Arzt gehalten ist, den Wunsch eines Patienten, eine medizinisch mögliche Maßnahme nicht einzuleiten oder abzusetzen, zu respektieren, sollte dann eben nicht auch die Tötung auf Verlangen gestattet sein? Kehren wir zur Unterscheidung von individuellem Wunsch und kollektiver Erwartung zurück: Der zu kollektiver Erwartung verdichtete individuelle Wunsch des Patienten, geheilt zu werden, bringt ein ärztliches Ethos hervor, das der Logik des Heilens (bzw. des Helfens) folgt. Wenn wir den Arzt zu einer Logik des Heilens verpflichten, dann können wir zwar von ihm verlangen zu unterlassen, was dieser Logik entspricht, nicht aber zu tun, was dieser Logik widerspricht. Ich ziehe daraus die Konsequenz: *Die Tötung auf Verlangen* – gleichgültig ob durch ein Tun oder ein Unterlassen – ist aus diesen Gründen *kate-*

gorisch abzulehnen, da auf diese Weise das ärztliche Ethos, das der Logik des Heilens und Helfens folgt, beschädigt werden würde. Gerade das würde zu einer Schwächung der Patientenautonomie führen.

4. *Selbstbestimmung*. Klar ist damit, daß wir ärztliches Handeln an Normen binden, die wir im Einzelfall nicht einfach aufgeben können, ohne die Bindungswirkung dieser Normen zu beeinträchtigen. Autonomie ist aus theoretischer Perspektive ein postkonstitutionelles Phänomen: Sie kommt durch Normen allererst zustande, und sie kann deshalb von der Geltung dieser Normen nicht abgelöst werden. Vielleicht keimt an dieser Stelle der Verdacht auf, die Patientenautonomie sei nicht nur ein Ideal, sondern geradezu eine Illusion, weil der Patientenwunsch durch Expertenwissen und Expertenhandeln überlagert wird. Klar bleibt dabei immer: So wie wir uns dieses hoch spezialisierten Wissens gerade in praktischer Hinsicht alltäglich versichern, können wir auch den Verzicht darauf nicht anders als über Expertenkommunikation (d. h. durch allgemein verbindliche Normen) sicherstellen. Daß dabei Restbestände bleiben – wie überall, wo es gilt, Normen anzuwenden –, daß also der Patient nur aufgrund von durch Experten getroffenen Entscheidungen selber entscheiden kann oder, wenn er nicht mehr entscheiden kann, durch Experten über ihn entschieden wird, stellt weder die Berechtigung der Normen noch die Autonomie des Patienten grundsätzlich in Frage. Denn auch wenn das individuell Wünschenswerte durch rechtliche Regulierungen zu kollektiver Erwartbarkeit verdichtet und verfestigt wird, bleibt eine letzte Sicherheit und Eindeutigkeit eine Illusion.

Klar ist aber, daß die Autonomie des Patienten nur über die Bindung an allgemein verbindliche Normen zustande kommt. Anders formuliert: Die Unterscheidung eines erlaubten Zulassens des Sterbens und einer unerlaub-

ten Tötung durch Unterlassen findet ihren normativen Anker im Willen des Patienten, der freilich die Logik ärztlichen Handelns, welche die Tötung auf Verlangen ausschließt, zu respektieren hat. *Christof Breitsameter*

Literatur:

D. Birnbacher, Tun u. Unterlassen (Stuttgart 1995); W. Jens u. H. Küng, Menschenwürdig ster-

ben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung (München 1995); J. Rachels, Active and Passive Euthanasia, in: New England Journal of Medicine 292 (1975) 78–80; F. Ricken, Handeln u. Unterlassen, in: Lexikon der Bioethik, hg. v. W. Korff u.a., Bd. 2 (Gütersloh 1998) 198–201; R. Spaemann, Nebenwirkungen als moralisches Problem, in: ders., Kritik der politischen Utopie (Stuttgart 1977) 167–183.

Interkulturelle Philosophie

Angesichts der zentralen Rolle, welche die Sprache für die Philosophie spielt, kann es nicht verwundern, daß Philosophie lange Zeit ein ziemlich ethnozentrisches – und vor allem eurozentrisches – Geschäft geblieben ist. „Philosophie“ und „Europa“ scheinen meist als notwendig zusammengehörend gedacht zu werden. Philosophiegeschichten, welche ihre verschiedenen Ursprünge in Indien, China, Japan, Griechenland, dem Islam, dem subsaharischen Afrika und dem präkolumbianischen Mexiko gleichwertig nebeneinanderstellen, scheinen ebenso die Ausnahme zu sein wie die Idee, daß es „die eine Weltphilosophie ... nur im Chor der vielen Stimmen spezifischer Philosophien“ (246) gibt¹.

Genau diese Eingebundenheit von Philosophie in eine jeweils einzigartige Sprache und die Eingebundenheit jener wiederum in eine stets spezifische Kultur, die sich im Lauf der Zeit beständig verändert, ist der Ausgangspunkt für eine „interkulturelle Philosophie“, die weder Kulturphilosophie noch Philosophie der Kulturen oder der Kulturbeziehungen sein will. Eine solche interkulturelle Philosophie möchte sich auch nicht an die Stelle empirischer Kulturanthropologie, Ethnologie, Soziologie oder interkultureller Kommunikationsforschung setzen, obwohl sie natürlich von deren De-

batten profitiert und sich ständig auf sie beziehen muß.

Das erste Bändchen der seit 2005 im Verlag Traugott Bautz erscheinenden „Interkulturellen Bibliothek“ (IB)² ist von Hamid Reza Yousefi und Ram Adhar Mall – zwei der fünf Herausgeber der Reihe – verfaßt. Für die Autoren der „Grundpositionen der interkulturellen Philosophie“ (IB 1, 2005) geht es darum, „die Mauer *intrakulturellen*, rein kulturgebundenen Denkens zu durchbrechen, um den Weg für eine *interkulturelle* Orientierung und die Harmonisierung der Begegnung verschiedener Kulturen, Religionen und Weltphilosophien zu ebnen“ (12). Interkulturalität wird dabei als eine „Denkrichtung mit der Einsicht und Bereitschaft, mehrere Wege zuzulassen“ (27) bezeichnet, deren Prinzip „weder einen Synkretismus noch das kulturelle Primat eines bestimmten Kulturkreises“ (29) meint.

Auch für die Menschenrechte, die internationalen Beziehungen, den interreligiösen Dialog und ganz allgemein die Probleme des immer häufigeren, intensiveren, mehr und mehr Lebensbereiche umfassenden Aufeinandertreffens von immer mehr Kulturen postuliert Yousefi (geb. 1967 in Teheran) im Rückgriff auf den Religionswissenschaftler Gustav Mensching das „dialogische Verfahren der Angewandten Toleranz“ (83): Sie er-