

## Töten oder Sterbenlassen?

### Zur bleibenden Bedeutung der Aktiv-Passiv-Unterscheidung in der Euthanasiediskussion

VON FRANZ-JOSEF BORMANN

In der gegenwärtigen medizinethischen Diskussion um Grenzen und Ermessensspielräume ärztlicher Behandlungspflicht gegenüber schwerstkranken und sterbenden Patienten spiegelt sich die zutiefst gespaltene Einstellung unserer modernen westlichen Gesellschaft zu den anthropologischen Grundphänomenen von Krankheit, Sterben und Tod.<sup>1</sup> Während die einen die Errungenschaften der modernen Medizintechnik nicht nur vorbehaltlos begrüßen, sondern bis zum Äußersten – ja im Extremfall bis über die Grenze des human sinnvollen und medizinisch wirksamen hinaus<sup>2</sup> – auszuschöpfen bereit sind und eine Gefahr vor allem dort ausmachen, wo infolge der mit solcher Maximalversorgung einhergehenden Kostenexplosion bestimmten Personengruppen (wie z.B. Alten<sup>3</sup>) schon bald eine gezielte medizinische ‚Unterversorgung‘ drohen könnte,<sup>4</sup> verweisen die anderen auf die schon heute bestehende Inhumanität einer nicht selten aufgezwungenen ‚Übertherapie‘, der gegenüber sich insbesondere schwerstkranken Patienten zunehmend ohnmächtig und hilflos erfahren. Daß sich die höchst unterschiedlichen Wahrnehmungen und Einschätzungen des derzeitigen klinischen Umgangs mit Sterben und Tod aufgrund seines vielschichtigen Konfliktpotentials nicht zuletzt auch aus disparaten Wertpräferenzen und teilweise gegenläufigen Strategien zur Überwindung tatsächlicher oder vermeintlicher Fehlentwicklungen speisen, liegt auf der Hand. So berufen sich die Anhänger eines eher traditionellen ärztlichen Standesethos vor allem auf die unbedingte Verpflichtung des Arztes zum Heilen und Helfen sowie auf ein kategorisches ärztliches Tötungsverbot, dessen Geltung sie unter dem

<sup>1</sup> Zur epochenspezifischen Signatur des neuzeitlichen bzw. modernen Umgangs mit Sterben und Tod vgl. *W. Fuchs*, Todesbilder in der modernen Gesellschaft, Frankfurt a.M. 1969; *P. Ariès*, L'homme devant la mort, Paris 1978; *N. Elias*, Über die Einsamkeit des Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt 1982; *A. Nassehi*, *G. Weber*, Tod, Modernität und Gesellschaft, Opladen 1989; sowie *A. Heller* (Hg.), Kultur des Sterbens, Freiburg 1994.

<sup>2</sup> Zur sog. *futility*-Diskussion vgl. *L. J. Schneiderman*, *N. S. Jecker*, *A. R. Jonsen*, Medical Futility: its meaning and ethical implications, in: *Annals of internal medicine* [= *Ann. Int. med.*] 112 (1990) 949–954; sowie *D. Lamb*, Therapy Abatement, Autonomy and Futility, Aldershot 1995, bes. 74–90.

<sup>3</sup> Vgl. *M. P. Battin*, Age Rationing and the Just Distribution of Health Care: Is There a Duty to Die?, in: *Ethics* 97 (1987) 317–340; *D. Callaban*, Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society, New York 1987; *ders.*, Controlling the costs of health care for the elderly—fair means and foul, in: *The New England journal of medicine* [= *NEJM*] 335 (1996) 744–746 sowie *F.-J. Illhardt*, „Ageism“: Vorurteile gegen das Alter, in: *Zeitschrift für Gerontologie* [= *Z. Gerontol.*] 26 (1993) 335–338.

<sup>4</sup> Vgl. *D. C. Thomasma*, Moving the aged into the house of dead. A critique of ageist social policy, in: *Journal of the American Geriatrics Society* [= *J. Am. Geriatr. Soc.*] 37 (1989) 169–172; sowie *C. Ernst*, Tote sind billiger. Wider eine aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid, in: *Psychoscope* 17 (1996) 8–10.

wachsenden Einfluß eines aggressiven utilitaristischen Denkansatzes einer fortschreitenden Erosion ausgesetzt sehen. Demgegenüber führen die Apologeten einer ärztlichen Tötung auf Verlangen bzw. der ärztlichen Suizidbeihilfe gern das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ins Feld, demzufolge es unzumutbar sei, daß ein Mensch gegen seinen Willen zu einem Weiterleben gezwungen werde, das aus der Perspektive des Betroffenen nicht mehr wünschenswert erscheint. Wie beide Aspekte, das dem Lebensschutz dienende Tötungsverbot auf der einen und die Freiheit zum Sterben bzw. die Autonomie von Arzt und Patient auf der anderen Seite in überzeugender Weise miteinander zum Ausgleich zu bringen sind, ist nach wie vor heftig umstritten. Sollte dem im Rahmen der Forderung nach mehr Patientenautonomie immer lauter werdenden Ruf vieler Zeitgenossen entsprochen werden, man möge der Not unzähliger Schwerstkranker durch eine Legalisierung der freiwilligen aktiven Euthanasie i.S. einer ärztlichen Tötung auf Verlangen Abhilfe schaffen? Mit dieser auch rechtspolitisch immer drängender werdenden Frage steht zugleich die Plausibilität eines wichtigen Aspekts unserer traditionellen moralischen Begriffssprache auf dem Prüfstand, die nicht nur zwischen den verschiedenen Assoziationen weckenden Substantiven ‚Euthanasie‘ und ‚Sterbehilfe‘ unterscheidet<sup>5</sup>, sondern den Geltungsbereich des Tötungsverbots durch verschiedene adjektivische Gegensatzpaare näher zu spezifizieren sucht. Neben der ‚Aktiv-Passiv‘-Unterscheidung wäre hier auf das Begriffspaar ‚direkt-indirekt‘<sup>6</sup> sowie auf die klassische Unterscheidung zwischen einer ‚freiwilligen‘ (*voluntarium*), ‚nicht-freiwilligen‘ (*non voluntarium*) und einer ‚unfreiwilligen‘ (*involuntarium*) Tötung zu verweisen<sup>7</sup>. Obwohl sich einzelne Autoren unterdessen bewußt von dieser Begrifflichkeit distanzieren und nur noch von unterschiedlichen Stufen der ‚Therapiebegrenzung‘ sprechen wollen,<sup>8</sup> ist nicht zu übersehen, daß sich die neuere, insbesondere im angelsächsischen Bereich geführte Euthanasiedebatte selbst da noch weithin in den

<sup>5</sup> Zur wechselvollen Geschichte des Euthanasiebegriffs vgl. *W. B. Fye*, Active Euthanasia. A Historical Survey of its Conceptual Origins and Introduction into Medical Thought, in: *Bulletin of the History of Medicine* 52 (1979) 492–502; *H.-W. Schmuhl*, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie, Göttingen 1987; *H. Gleixner*, Euthanasie? Moralthistorische und moraltheologische Anmerkungen zum Thema Sterbehilfe, in: *ThGl* 82 (1992) 73–94; *D. v. Engelhardt*, Euthanasie in historischer Perspektive, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik [= ZME]* 39 (1993) 15–25; *E. J. Emanuel*, The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain, in: *Ann. Int. med.* 121 (1994) 793–802; sowie *M. Zimmermann-Acklin*, Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung, Freiburg 1997, 21–90. Zum Begriff der Sterbehilfe vgl. *E. Schockenhoff*, Sterbehilfe und Menschenwürde. Begleitung zu einem „eigenen Tod“, Regensburg 1991.

<sup>6</sup> Vgl. dazu die instruktiven Ausführungen von *M. Zimmermann-Acklin*, 282–350.

<sup>7</sup> Vgl. *Thomas von Aquin*, S. Th. I II 6, 8.

<sup>8</sup> Vgl. *M. Ashby*, *B. Stoffel*, Therapeutic ratio and defined phases: proposal of ethical framework for palliative care, in: *British medical journal [= BMJ]* 302 (1991) 1322ff.; *R. Pichlmayer*, Entwurf einer Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie, 1996. Eine unverkennbare Relativierung der Bedeutung der Aktiv-Passiv-Unterscheidung findet sich auch bei *M. Dornberg*, Angefragt: „Sterbehilfe“. Behandlungsbegrenzung und Sterbehilfe aus der Sicht internistischer Krankenhausärzte-Ergebnisse einer Befragung und medizin-ethische Bewertung, Frankfurt 1997.

Bahnen der traditionellen Terminologie bewegt, wo einzelne ihrer Elemente einer gezielten Kritik unterzogen werden.

Die nachfolgenden Überlegungen sind einer Analyse der immer mehr ins Zentrum der Diskussion rückenden Gegenüberstellung von aktiver und passiver Euthanasie gewidmet.<sup>9</sup> Näherhin geht es dabei um die Frage, ob zwischen den Handlungstypen der bewußt angezielten ärztlichen Tötung auf ausdrückliches freies Verlangen des Patienten i. S. der freiwilligen direkten aktiven Euthanasie auf der einen und dem einvernehmlichen Verzicht auf die Fortführung oder die Aufnahme lebensverlängernder Maßnahmen i. S. der freiwilligen direkten passiven Euthanasie auf der anderen Seite eine moralische Symmetrie besteht oder nicht.<sup>10</sup> Gegner wie Befürworter der sog. Aktiv-Passiv-Unterscheidung stimmen darin überein, daß diese für unser alltägliches moralisches und rechtliches Urteilen so wichtige Differenz durchaus ein hohes Maß an intuitiver Plausibilität besitzt. Umstritten ist jedoch, ob diese lebensweltlichen Intuitionen auch einer kritischen philosophischen Analyse standhalten oder sich schließlich als unbegründete Vorurteile bzw. „Dogmen“<sup>11</sup> erweisen, da entweder überhaupt kein deskriptiv aufweisbarer Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen zu ermitteln ist oder eine zwar bestehende deskriptive Differenz als moralisch bedeutungslos entlarvt werden kann. Mit J. C. Wolf<sup>12</sup> lassen sich grob schematisierend drei verschiedene Interpretationsvarianten der Aktiv-Passiv-Unterscheidung gegeneinander abgrenzen. Verfechter einer sog. Signifikanzthese behaupten, daß der Unterschied zwischen aktiver und passiver Euthanasie als solcher (d. h. intrinsisch, folgenunabhängig, allein kraft seiner deskriptiv faßbaren handlungstheoretischen Merkmale) immer moralisch relevant ist.<sup>13</sup> Anhänger einer sog. Äquivalenzthese bestreiten dagegen die Existenz eines moralisch bedeutsamen Unterschieds zwischen aktiver und passiver Euthanasie, da die Folgen beider Handlungstypen dieselben sein könnten.<sup>14</sup>

<sup>9</sup> Vgl. J. P. Wils, *Sterben*. Zur Ethik der Euthanasie, Paderborn 1999, 201.

<sup>10</sup> Ich verwende die beiden Begriffspaare Töten und Sterbenlassen bzw. aktive und passive Euthanasie nachfolgend synonym. Die Problematik der sog. indirekten aktiven Euthanasie, also der Inkaufnahme eines beschleunigten Todesintritts als Nebenfolge einer hochdosierten Schmerzmedikation, dürfte durch die Fortschritte vor allem im pharmakologischen und medizintechnischen Bereich unterdessen erheblich an Brisanz verloren haben und soll daher hier nicht weiter diskutiert werden. Ebenfalls ausgeklammert wird hier der Problembereich der sog. indirekten passiven Euthanasie.

<sup>11</sup> Solchen Dogmatismus sieht D. Birnbacher (*Tun und Unterlassen*, Stuttgart 1995, 117f.) nicht nur bei „einem Großteil der Vertreter einer folgenunabhängigen moralischen Relevanz der Unterscheidung“ – also insbesondere bei moralphilosophischen und moraltheologischen Anhängern eines deontologischen Begründungsansatzes –, sondern auch innerhalb der vorherrschenden rechtswissenschaftlichen Tradition am Werk.

<sup>12</sup> J. C. Wolf, *Aktive und passive Euthanasie*, in: ARSP 79 (1993) 409.

<sup>13</sup> Vgl. z. B. die Positionen von P. Ramsey, *The Patient as Person*, London 1970, 151; O. H. Green, *Killing and Letting Die*, in: APQ 17 (1989) 201; und A. van den Beld, *Töten oder Sterbenlassen-Gibt es einen Unterschied?*, in: ZEE 35 (1991) 69.

<sup>14</sup> Vgl. z. B. C. R. Morillo, *Doing, Refraining and the Strenuousness of Morality*, in: APQ 14 (1977) 32; J. Rachels, *Aktive und passive Sterbehilfe*, in: H.-M. Sass (Hg.), *Medizin und Ethik*, Stuttgart 1989, 259f.; *ders.*, *The End of Life: Euthanasia and Morality*, Oxford 1986; P. Singer,

Eine vermittelnde Position beziehen die Vertreter einer sog. Kompromißthese, derzufolge der Unterschied zwischen aktiver und passiver Euthanasie entweder nicht in allen Fällen<sup>15</sup> oder aber nicht auf Grund interner, sondern auf Grund externer Merkmale moralisch relevant ist.<sup>16</sup> Die zuletzt genannte Überzeugung wird auch als „modifizierte Signifikanzthese“ bezeichnet.<sup>17</sup> Ein Blick in die jüngste deutschsprachige Literatur zu diesem Thema zeigt, daß sich nicht nur von rechts<sup>18</sup> und moralphilosophischer<sup>19</sup>, sondern auch von moraltheologischer Seite<sup>20</sup> die Stimmen derer mehren, die sich infolge vermeintlich unüberwindlicher Begründungsprobleme der Signifikanzthese ausdrücklich für die Äquivalenz- oder Kompromißthese i.S. der modifizierten Signifikanzthese aussprechen. Dieser Schritt hat insbesondere dort, wo man einer weiteren Lockerung der rechtlichen Bestimmungen des Lebensschutzes durchaus kritisch gegenübersteht, insofern erhebliche Auswirkungen auf die Diskussionslage, als nunmehr vor allem empirische Argumente, wie z.B. der Verweis auf Mißbrauchs- und Dambruchgefahren oder ein möglicher Vertrauensverlust gegenüber der Ärzteschaft, beherrschend in den Vordergrund treten.<sup>21</sup> Obwohl diese extrinsischen Argumente allesamt zweifellos sehr ernst zu nehmen sind, vermögen sie m.E. doch nicht die Hauptlast der Argumentation zu tragen,<sup>22</sup> sondern sind

---

Praktische Ethik, Stuttgart 1994 (2. Aufl.), 204f.; *H. Kuhse*, Die „Heiligkeit des Lebens“ in der Medizin, Erlangen 1994, 62–68.

<sup>15</sup> Vgl. z. B. *P. Foot*, Euthanasie, 1990; sowie *T. Beauchamp*, Intending Death. The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia, Upper Saddle River 1996.

<sup>16</sup> Vgl. *D. Birnbacher*, 127f. und 351; sowie *M. Zimmermann-Acklin*, 234 und 275.

<sup>17</sup> Vgl. *M. Zimmermann-Acklin*, ebd.

<sup>18</sup> Vgl. *N. Hoerster*, Sterbehilfe im säkularen Staat, Frankfurt 1998.

<sup>19</sup> Vgl. *D. Birnbacher*, Ist die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe ethisch bedeutsam?, in: *H. H. Atrott, H. Pohlmeier* (Hgg.), Sterbehilfe in der Gegenwart, Regensburg 1990; *D. Birnbacher*, Tun und Unterlassen, 1995; *J. C. Wolf*, Aktive und passive Euthanasie, 1993; sowie *L. Siep, M. Quante*, Ist die aktive Herbeiführung des Todes im Bereich des medizinischen Handelns philosophisch zu rechtfertigen?, in: *A. Holderegger* (Hg.), Das medizinisch assistierte Sterben, Freiburg 1998, 37–55.

<sup>20</sup> Vgl. *H. M. Kuitert*, Der gewünschte Tod, Gütersloh 1991; *M. Zimmermann-Acklin*, Euthanasie, 1997; sowie *J. P. Wils*, Sterben, 1999.

<sup>21</sup> Darauf macht zu Recht auch *N. Hoerster*, 23 f., aufmerksam.

<sup>22</sup> Während *J. P. Wils* Dambruchargumente generell für „äußerst fragwürdig“ hält (223), scheinen die Untersuchungen zur niederländischen Praxis einen anderen Schluß nahezu legen. Zum sog. Rimmelink-Bericht von 1991 vgl. *P. J. van der Maas, J. J. M. van Delden, L. Pijenburg*, Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life. An Investigation Performed Upon Request of the Commission of Inquiry into Medical Practice Concerning Euthanasia, in: *Health Policy* 22 (1992), Special Issues: Health Policy Monographs Vol. 2, 1–262; *J. J. M. van Delden, L. Pijenburg, P. J. van der Maas*, The Rimmelink Study. Two Years Later, in: *HCR* 23 (1993) 24–27; *P. J. van der Maas, L. Pijenburg, J. J. M. van Delden*, Changes in Dutch Opinions on Active Euthanasia 1966 Through 1991, in: *The Journal of the American Medical Association* [= *JAMA*] 273 (1995) 1411–1414. Zu den Resultaten der Nachfolgestudie „A Second Nation Wide Study of Euthanasia and Other Medical Practices Involving the End of Life“ von 1995 vgl. *P. J. van der Maas* [u. a.], Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, in: *NEJM* 335 (1996) 1699–1705; sowie *M. Angell*, Euthanasia in the Netherlands—Good News or Bad?, in: *NEJM* 335 (1996) 1676ff. *M. Zimmermann-Acklin* ist daher uneingeschränkt zuzustimmen, wenn er im Anschluß an seine umsichtige Analyse der niederländischen Situation feststellt: „Ist es gegenwärtig möglich, in einem europäischen Staat wie den Nie-

durch genau jene intrinsischen handlungstheoretischen Argumente zu ergänzen, die der recht verstandenen Signifikanzthese zugrunde liegen und von manchem vielleicht doch zu voreilig preisgegeben wurden. Eine Rehabilitierung der Signifikanzthese ist allerdings nur dann möglich, wenn es gelingt, ihren genauen Geltungsbereich klar zu bestimmen, möglicherweise bestehende übertriebene Kontrastierungen zwischen aktiver und passiver Euthanasie zu vermeiden und die von ihren Kritikern zu Recht monierten terminologischen Verwirrungen auszuräumen. Um diesem Ziel näherzukommen, werde ich zunächst drei unzureichende Strategien zur Begründung der Signifikanzthese skizzieren. Ein etwas umfangreicherer zweiter Argumentationsschritt verfolgt ein doppeltes Ziel. Erstens soll der deskriptive Unterschied zwischen den beiden Handlungstypen der aktiven und passiven Euthanasie möglichst präzise rekonstruiert werden. Zweitens versuche ich zu zeigen, warum dieser Unterschied auch moralisch bedeutsam ist. Die wichtigsten aus dieser Analyse zu ziehenden Schlußfolgerungen werden in einem abschließenden dritten Schritt kurz zusammengefaßt.

## I. Unbrauchbare Argumente zur Rekonstruktion der Aktiv-Passiv-Unterscheidung

Die ausführliche Debatte der letzten Jahre hat gezeigt, daß zumindest die folgenden Strategien ungeeignet sind, die moralische Bedeutung der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie zu rekonstruieren. Es sind dies erstens der Rückgriff auf religiös-weltanschauliche Vorstellungen wie etwa die ‚Heiligkeit des Lebens‘, zweitens die Verabsolutierung partikulärer Einzelgüter und drittens die Behauptung, die Differenz zwischen Töten und Sterbenlassen entspreche derjenigen von Handeln und Nicht-handeln bzw. Tun und Unterlassen.

### 1. Das Heiligkeitsargument

Das sog. Heiligkeitsargument taucht in verschiedenen Versionen auf.<sup>23</sup> Nach seiner religiösen Interpretationsvariante widerspricht das aktive Töten eines Menschen im Gegensatz zum passiven Sterbenlassen sowohl der besonderen Würde des Menschen als *imago Dei* wie auch der Souveränität Gottes, dem als Schöpfer und Erhalter allen Seins auch das Vorrecht zustehe, über Leben und Tod jedes Wesens zu entscheiden. Wer einen ande-

---

derlanden eine liberale Euthanasiepraxis einzuführen, ohne dabei eine ganze Reihe unerwünschter Nebeneffekte oder unerwünschte Ausweitungserscheinungen in Kauf nehmen zu müssen? – Die Antwort auf diese ... Frage fällt mit Blick auf die Entwicklungen in den Niederlanden eindeutig negativ aus. Es ist offensichtlich nicht möglich, die freiwillige aktive Euthanasie zu praktizieren, ohne gleichzeitig umstrittene ärztliche Entscheidungen akzeptieren zu müssen und Bedenken hinsichtlich weiterer unerwünschter Ausweitungsmöglichkeiten mit Hinweis auf die einzuhaltenden Richtlinien („safeguards“) überzeugend widerlegen zu können“ (411).

<sup>23</sup> Einen Überblick über die verschiedenen Varianten vermitteln *H. Kuhse*, 17–49; und *M. Zimmermann-Acklin*, 161–226.

ren Menschen tötet, greift also in die Hoheitsrechte Gottes ein und maßt sich eine Verfügungsgewalt über Leben und Tod an, die ihm als Geschöpf nicht zusteht, während derjenige, der einen Menschen sterben läßt, sich keiner derartigen Kompetenzüberschreitung schuldig macht, sondern demütig die von Gott verfüzten Grenzen menschlichen Lebens anerkennt. Kritiker wie N. Hoerster<sup>24</sup> wenden gegen eine solche Argumentation zu Recht ein, daß der Hinweis auf besondere göttliche Vorrechte prinzipiell nur denjenigen zu überzeugen vermöge, der grundsätzlich bereit sei, einen religiösen bzw. theistischen Standpunkt zu beziehen. Wer dagegen die Existenz Gottes bezweifle oder die Vorstellung göttlicher Hoheitsrechte für einen fragwürdigen Anthropomorphismus halte, werde solchen Überlegungen von vornherein ablehnend gegenüberstehen. Da die Gesetzgebung moderner pluralistischer Gesellschaften zu religiös-weltanschaulicher Neutralität verpflichtet sei, müßten Verbotsnormen wie die der Tötung auf Verlangen entweder auf ein für jedermann einsichtiges rationales Fundament gestellt werden<sup>25</sup>, oder, falls dies nicht möglich sei, aus dem geltenden Recht entfernt werden.

In diesem Zusammenhang gewinnt eine schwächere, rein säkulare Variante des Heiligkeitsargumentes an Bedeutung, die auf die besondere Würde menschlich-personalen Lebens abhebt. Aber auch hier tauchen insofern neue Probleme auf, als einerseits umstritten ist, ob überhaupt allen Menschen in allen Phasen ihrer biologischen Existenz der Personstatus zuzuerkennen ist, und andererseits nicht wenige Zeitgenossen gerade unter ausdrücklicher Berufung auf ihre Menschenwürde ein Recht auf aktive Euthanasie für sich reklamieren, um einem Zustand zu entkommen, den sie als unwürdig und mit ihrem Selbstverständnis als autonome Personen für schlechterdings unvereinbar erachten. Wer eine solche Forderung für unberechtigt hält und sich aus fundamentalen anthropologischen Gründen einer fortschreitenden Auflösung der Einheit menschlichen Lebens widersetzt, der muß auch zeigen, wie es möglich ist, die biologisch-körperliche und die geistig-seelische Dimension individueller personaler Existenz so miteinander zu verbinden, daß auch und gerade im Blick auf schwerste Krankheitszustände eine Entkoppelung von selbstbestimmt-biographischem und bloß biologisch-körperlichem Leben wirksam ausgeschlossen werden kann. Die an dieser Stelle unvermeidlichen anthropologischen, insbesondere identitätstheoretischen Reflexionen lassen sich jedenfalls nicht durch den pauschalen Verweis auf die ‚Personalität‘ bzw. besondere ‚Würde‘ menschlichen Lebens ersetzen.

<sup>24</sup> Vgl. N. Hoerster, bes. Kap. 1 und 9.

<sup>25</sup> Im Gegensatz zu N. Hoerster hält es z. B. J. Rawls, der sich ebenso wie Hoerster für eine Liberalisierung der Euthanasiegesetzgebung einsetzt (vgl. R. Dworkin [u. a.], Assisted Suicide: The Philosopher's Brief, in: New York Review of Books vom 27.3.1997, 41–47), keineswegs für ausgeschlossen, daß religiöse Vorstellungen so formuliert werden, daß sie sich vor dem Forum des „öffentlichen Vernunftgebrauchs“ als rational begründet ausweisen können. Vgl. J. Rawls, The Idea of Public Reason Revisited, in: University of Chicago Law Review 64 (1997); sowie Commonwealth Interview with J. Rawls (in: *ders.*, Collected Papers, Cambridge/Mass. 1999) 618f.

## 2. Die Verabsolutierung partikulärer Einzelgüter

Eng mit dem undifferenzierten Rückgriff auf Kategorien wie ‚Personalität‘ und ‚Menschenwürde‘ ist nicht selten der Versuch verbunden, aus der unbestrittenen Objektivität des Gutes menschlichen Lebens auf dessen prinzipielle Unverfügbarkeit zu schließen. Jede Handlung, die wie z. B. die aktive Euthanasie geeignet ist, ein solches objektives Gut preiszugeben, wird dabei unter ein kategorisches Verbot gestellt.<sup>26</sup> Anstatt den möglichen Konflikt zwischen der Verwirklichung verschiedener partikulärer Güter anzuerkennen und mit Hilfe rationaler Vorzugsregeln eine begründete Güterabwägung vorzunehmen, wird hier der Blick ungebührlich auf ein einzelnes Element einer komplexen Handlungssituation verengt und mit einem unzureichend spezifizierten Begriff des Tötungsverbots operiert. Kritiker eines solchen Vorgehens verweisen zu Recht auf die axiologische Differenz zwischen dem Guten, das zu tun jedem Handelnden immer und überall strikt ausnahmslos aufgetragen ist, und den verschiedenen partikulären Einzelgütern, denen in aller Regel ungeachtet ihrer Objektivität lediglich sog. *prima facie*-Pflichten korrespondieren.<sup>27</sup> Daß es nicht genügt, einzelne Güter einfach isoliert für sich zu betrachten, hat auch die abendländische moralphilosophische Tradition stets gewußt, wenn sie in produktiver Aneignung des jüdisch-christlichen Erbes das Tötungsverbot bestimmten Einschränkungen unterwarf<sup>28</sup> und nur ganz bestimmte hinreichend spezifizierte Handlungstypen als geeignete Referenzpunkte deontologischer Normierung betrachtete<sup>29</sup>. Der bloße Hinweis auf die Objektivität des Gutes menschlichen Lebens bietet als solcher noch kein hinreichendes Kriterium zur Unterscheidung zwischen gerechtfertigten und ungerechtfertigten Tötungshandlungen und ist deshalb ungeeignet, die Frage zu beantworten, ob es im Grenzbereich der ärztlichen Betreuung Schwerstkranker nicht auch Tötungshandlungen geben könnte, die nach Abwägung aller Gesichtspunkte durchaus im wohlverstandenen Selbstinteresse des Betroffenen liegen und daher vor dem Forum der natürlichen praktischen Vernunft als

<sup>26</sup> Vgl. etwa J. Finnis, *Natural Law and Natural Rights*, Oxford 1980, 85–95, bes. 93.

<sup>27</sup> Vgl. W. D. Ross, *The Right and the Good*, Oxford 1930, 19f. und 28.

<sup>28</sup> Neben dem Recht zur Notwehr wäre auf die Verteidigung der Todesstrafe und das Töten im gerechten Krieg zu verweisen.

<sup>29</sup> Im Gegensatz zu der ausgesprochen weiten und unspezifischen Verwendung des Deontologiebegriffs, die bisweilen in der gegenwärtigen moraltheologischen Diskussion anzutreffen ist (so bezeichnet etwa J. P. Wils all jene Argumentationen als ‚deontologisch‘, „die Regeln und Prinzipien in den Mittelpunkt stellen“ [216]), gebrauche ich den Begriff der Deontologie im Anschluß an C. D. Broad (*Five Types of Ethical Theory*, London 1930) nur für die Fälle, in denen ein bestimmter ausreichend spezifizierter Handlungstyp allein aufgrund seiner intrinsischen Handlungsmerkmale ohne Rücksicht auf die Handlungsfolgen moralisch qualifiziert wird. Wenn daher nachfolgend zugunsten eines *deontologischen Tötungsverbot*es argumentiert wird, heißt das gerade nicht, daß das Gut des Lebens generell in keinem Konflikt mit anderen Gütern geraten könne. Vielmehr ist gemeint, daß das Tötungsverbot unter der spezifischen Konstellation der Standardsituation der Sterbehilfe durch keinen derartigen Konflikt in seiner normativen Geltung eingeschränkt ist.

begründet erscheinen. Es braucht kaum eigens betont zu werden, daß die hier kritisierte Strategie einer Verabsolutierung partikulärer Einzelgüter letztlich eine Zerrform der Deontologie darstellt,<sup>30</sup> deren offensichtliche Unzulänglichkeiten noch kein Präjudiz für die Frage darstellen, ob nicht auf anderem Wege ein striktes moralisches Verbot der ärztlichen Tötung auf Verlangen durchaus gut zu begründen ist.

### 3. Die Identifikation der Unterscheidung von aktiver und passiver Euthanasie mit der Gegenüberstellung von Handeln und Nichthandeln bzw. von Tun und Unterlassen

Eine dritte unzureichende Strategie zur Rekonstruktion der Unterscheidung von aktiver und passiver Euthanasie besteht in der Behauptung, daß derjenige, der einen anderen Menschen töte, handle bzw. aktiv etwas tue, also sichtbare Körperbewegungen ausführe, während derjenige, der einen Menschen sterben lasse, nicht handle, sondern lediglich etwas zu tun unterlasse, also keine sichtbaren Körperbewegungen ausführe. Zwar besteht heute weithin Einigkeit darüber, daß die Versuche, die Differenz zwischen aktiver und passiver Euthanasie mit den Gegensatzpaaren ‚Handeln‘ und ‚Nichthandeln‘ bzw. ‚Tun‘ und ‚Unterlassen‘ zu identifizieren und von der Ausführung bzw. Nichtausführung bestimmter beobachtbarer Körperbewegungen her zu interpretieren<sup>31</sup> insofern zum Scheitern verurteilt sind, als sie zu überaus fragwürdigen Konsequenzen und begrifflichen Verwirrungen führen,<sup>32</sup> doch scheint bislang weder Klarheit über die tatsächlichen Ursachen für derartige Ungereimtheiten zu herrschen, noch zeichnet sich ein Konsens über die daraus zu ziehenden terminologischen Konsequenzen ab.

Der Sprachgebrauch, an den ich mich zur Klärung der Sachlage im Anschluß an G. H. von Wright<sup>33</sup> nachfolgend halten werde, verwendet ‚Handeln‘ nicht als Gegenbegriff zu ‚Unterlassen‘, sondern als Oberbegriff, unter den ‚Tun‘ und ‚Unterlassen‘ als zwei verschiedene Handlungsmodi subsu-

<sup>30</sup> W. Wolbert (Ist der Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen noch sinnvoll?, in: A. Holderegger [Hg.], 73) spricht in diesem Zusammenhang zu Recht von einer „zelotischen“ Deontologie.

<sup>31</sup> Vgl. J. Bennett, Whatever the Consequences, in: *Analysis* 26 (1965/66) 83–102; D. Dinello, On Killing and Letting Die, in: B. Steinbock (ed.), *Killing and Letting Die*, Englewood Cliffs/New York 1980, 128–131; R. Trammel, Saving Life and Taking Life, in: *JPhP* 72 (1975) 131 ff.; sowie R. C. Morillo, 32.

<sup>32</sup> Symptomatisch für die aus der Vermischung verschiedener Problemfelder resultierende heillose Begriffsverwirrung ist die folgende Aussage von J. P. Wils: „Hier dürfte deutlich sein, daß beispielsweise die Einordnung einer Handlung als ‚aktives Tun‘ weitreichende Konsequenzen im Hinblick auf das bislang geltende Verbot der ‚aktiven‘ Sterbehilfe haben wird: Entweder muß dann auch das ‚Unterlassen‘ als eine aktive Handlung gewertet werden, so daß auch der Behandlungsverzicht oder -abbruch verboten werden müßte. Oder die Unterscheidung zwischen ‚aktiv‘ und ‚passiv‘ verliert ihre bisherige Relevanz, so daß die Sterbehilfe auf eine andere moralische Grundlage gestellt werden muß.“ (201).

<sup>33</sup> G. H. von Wright, *Norm and Action*, London 1963, § III 8.



miert werden.<sup>34</sup> Eine Unterlassung liegt immer dann vor, wenn eine Person a) etwas Bestimmtes tun kann, b) weiß, daß sie es tun kann und c) sich entscheidet, es nicht zu tun oder sich nicht entscheidet, es zu tun.<sup>35</sup> Auch bei Unterlassungen findet sich also die für den Handlungsbegriff generell konstitutive kausale und intentionale Relation zwischen einer Person und einem bestimmten Ereignis bzw. einer Veränderung. Ob ein bestimmtes Handlungsindividuum unter den Handlungstyp der aktiven oder der passiven Euthanasie fällt, also als Töten oder als Sterbenlassen zu interpretieren ist, läßt sich nicht aus einer rein äußerlich-technischen Perspektive entscheiden, die allein auf das Ausführen oder Nichtausführen bestimmter beobachtbarer Körperbewegungen abhebt. Vielmehr bedarf es dazu einer detaillierten handlungstheoretischen Analyse, die jenseits der Ebene sinnlich wahrnehmbarer Körperbewegungen die spezifische kausale und intentionale Eigenart einer bestimmten Einzelhandlung freilegt.<sup>36</sup> Sowohl der Handlungstyp der aktiven wie derjenige der passiven Euthanasie kann im rein technischen Sinne sowohl durch ein Tun (d.h. durch die Ausführung bestimmter Körperbewegungen) wie auch durch ein Unterlassen (d.h. durch den Verzicht auf entsprechende Körperbewegungen) realisiert werden. Man kann einen Menschen töten, indem man etwas tut (z. B. ein schnell wirkendes Gift injiziert), oder indem man etwas zu tun unterläßt (z. B. eine geschuldete Hilfeleistung verweigert).<sup>37</sup> Ebenso kann man jemanden sterben lassen, indem man eine bestimmte Körperbewegung ausführt, also etwas tut (z. B. ein Beatmungsgerät abschaltet), oder indem man es unterläßt, irgend etwas zu tun (z. B. darauf verzichtet, Maßnahmen zur Lebensverlängerung überhaupt einzuleiten). Soll die Diskussion um die moralische Relevanz der Aktiv-Passiv-Unterscheidung nicht von vornherein begrifflich in die Irre gehen, dann ist es erforderlich, streng zwischen dem generellen Gegensatzpaar ‚Tun‘ und ‚Unterlassen‘ im rein äußerlich-technischen Sinne der Ausführung oder Nichtausführung bestimmter Körperbewegungen und dem spezifischen Gegensatzpaar ‚Töten‘ und ‚Sterbenlassen‘ im handlungstheoretisch-moralischen Sinne zu unterscheiden.<sup>38</sup> Während es im ersten Fall lediglich um das konkrete ‚Wie‘, also um alternative technische

<sup>34</sup> Bedauerlicherweise wird das einschlägige Sachproblem im neuen Lexikon der Bioethik (Bd. 2, 198 ff.) unter dem Schlagwort „Handeln und Unterlassen“ abgehandelt.

<sup>35</sup> Vgl. D. Davidson, Handlungsfreiheit, Frankfurt 1985, 99–125.

<sup>36</sup> Daß zwei sich einander äußerlich (*secundum genus naturae*) gleichende Handlungsindividuen dennoch in moralischer Hinsicht (*secundum genus moris*) höchst unterschiedlich bewertet werden können, da sie völlig verschiedene Handlungstypen realisieren, ist für Thomas von Aquin (vgl. InSent II 40, 1, 1, ad 4; InSent IV 16, 3, 1 sol.2 ad 2; S. Th. I II 1, 3 ad 3) wie die gesamte abendländische Moralphilosophie ein selbstverständlicher Gedanke.

<sup>37</sup> Daher erscheint auch D. Birnbachers Forderung, „der aktive Euthanasie Leistende (müsse) mit dem Patienten in einen physischen Kontakt treten“ (344) unbegründet. Die für die Realisierung der aktiven Euthanasie erforderliche Tötungshandlung kann sehr wohl auch durch eine Unterlassung verwirklicht werden (z. B. Vorenthalten einer bestimmten lebensrettenden Medikation), die ohne einen solchen physischen Kontakt auskommt.

<sup>38</sup> Das betonen zu Recht auch die Verfasser des „Philosopher's Brief“, 45.

Methoden der Ausführung ein und desselben Handlungstyps geht, steht im letzteren Fall das Faktum der Realisierung distinkter Handlungstypen zur Diskussion, das jenseits der Fragen des äußerlichen Ausführungsmodus nur durch eine umfassende handlungstheoretische Analyse unter Einbeziehung sämtlicher moralischer Rechte und Pflichten aller an der Handlung beteiligten Personen zu begründen ist. Die *prima facie*-Plausibilität der Äquivalenzthese beruht zu einem nicht geringen Teil darauf, daß die unbestrittene moralische Gleichwertigkeit von Tun und Unterlassen im generellen Sinne einfach auf die völlig andersartige spezifische Unterscheidung von Töten und Sterbenlassen übertragen wird, beide Ebenen – die äußerlich-technische des Ausführungsmodus und die handlungstheoretisch-moralische des Handlungstyps – also unzulässigerweise miteinander vermischt werden.<sup>39</sup> Worin die entscheidende handlungstheoretische Differenz zwischen den beiden Handlungstypen des Tötens und Sterbenlassens näherhin besteht, soll im folgenden möglichst präzise herausgearbeitet werden.

## II. Bausteine zur Begründung der Signifikanzthese

Die Frage nach der moralischen Bedeutung der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie ist zunächst einmal im Hinblick auf all jene klinischen Konstellationen zu diskutieren, die als „Standardsituationen der Sterbehilfe“ bezeichnet werden.<sup>40</sup> Diese Situation ist dadurch charakterisiert, daß sich ein noch urteils- und entscheidungsfähiger Patient in einem schweren, mit hoher Wahrscheinlichkeit irreversiblen Krankheitszustand, jedoch noch nicht im Sterbeprozess, befindet, und im klaren Bewußtsein der Tragweite seines Ansinnens den behandelnden Arzt wiederholt über einen längeren Zeitraum (also nicht nur während eines vorübergehenden Schmerz- oder Krisenzustandes) um die Beendigung seines Leidens durch eine rasche Tötung ersucht. Ich vertrete die These, daß in dieser Situation, die durch das Begriffspaar aktive und passive Euthanasie bezeichneten Handlungsalternativen des Arztes nicht nur im deskriptiven Sinne klar unterscheidbar, sondern auf Grund ihrer spezifisch intrinsischen Handlungsmerkmale auch in moralischer Hinsicht eindeutig unterschiedlich zu bewerten sind: Während die aktive Euthanasie i.S. der „absichtlichen und aktiven Beschleunigung des Todeseintritts“<sup>41</sup> eine moralisch unzulässige Tötung darstellt, ist die passive Euthanasie i.S. des bewußten Verzichts auf

<sup>39</sup> Ein besonders prominentes Beispiel dafür liefert *J. Rachels*, Aktive und passive Sterbehilfe, 258f. Zur Kritik an Rachels suggestiver Argumentation vgl. Abschnitt II, 2. dieser Arbeit.

<sup>40</sup> Vgl. *D. Birnbacher*, Tun und Unterlassen, 348. Die Normfindung tut wie in jedem anderen Bereich auch hier gut daran, zunächst einmal die Normalfälle, also statistisch häufige Konstellationen in den Blick zu nehmen, bevor dann in einem zweiten Schritt über Regelungen für bestimmte, ungleich seltenere „Extremfälle“ (vgl. dazu *D. Birnbacher*, 364f.) nachgedacht werden muß.

<sup>41</sup> *M. von Lutterotti*, Art. ‚Sterbehilfe‘-Teil 1: Medizin, in: *A. Eser, M. von Lutterotti, P. Sporken* (Hgg.), Lexikon Medizin-Ethik-Recht, Freiburg 1989, 1094.

die Einleitung oder Weiterführung künstlicher Maßnahmen zur Lebensverlängerung nicht nur moralisch erlaubt, sondern u. U. sogar geboten. Zur Begründung dieser These werde ich eine bestimmte Version des Kausalitäts- und des Intentionalitätsarguments entwickeln.

### 1. Das Kausalitätsargument

Aktive und passive Euthanasie lassen sich zunächst einmal durch die unterschiedliche kausale Rolle des handelnden Akteurs voneinander abgrenzen. Zwar stimmen heute die meisten Autoren durchaus in der Annahme einer solchen kausalen Differenz grundsätzlich überein, doch weisen die jeweils vorgelegten Rekonstruktionsversuche derselben noch immer z. T. erhebliche Diskrepanzen und Unzulänglichkeiten auf. Insbesondere Anhänger der Signifikanzthese scheinen nicht selten der Versuchung zu erliegen, im Bemühen um eine möglichst deutliche Profilierung des Kontrastes zwischen den Handlungstypen des Tötens und Sterbenlassens den tatsächlich bestehenden kausalen Unterschied in übertriebener Form zur Geltung zu bringen. So hat z. B. der protestantische Theologe Paul Ramsey festgestellt:

„Bei Unterlassen verursacht kein menschlicher Akteur den Tod des Patienten, weder direkt noch indirekt. Er stirbt seinen eigenen Tod an Ursachen, deren Bekämpfung mit möglichen medizinischen Eingriffen nicht mehr barmherzig oder sinnvoll ist.“<sup>42</sup>

Eine ähnliche Aussage findet sich bei Barry F. Brown:

„Beim Töten ist der menschliche Akteur die Ursache – die notwendige und hinreichende Bedingung des Todes. Beim Sterbenlassen, wenn das Sterben auf ein Ende gerichtet, also nicht aufhaltbar ist, ist der menschliche Akteur in keiner Weise die Ursache; weder eine notwendige Bedingung, weil der Tod ohne ihn eintreten wird, noch eine hinreichende, weil die Krankheit die hinreichende Bedingung ist.“<sup>43</sup>

In dieselbe Richtung weist auch Anselm Winfried Müller, der erklärt:

„Das Sterbenlassen besteht darin, daß jemand in einem von ihm unabhängigen Wirkungsablauf, der auf den Tod zuführt, nicht eingreift. Dagegen besteht die Tötung darin, daß jemand selbst, z. B. durch Gift, für die Ursache des Todes sorgt.“<sup>44</sup>

Ramsey, Brown und Müller ist zweifellos darin zuzustimmen, daß die Handlungstypen des Tötens und Sterbenlassens insofern kausaltheoretisch unterscheidbar sind, als der menschliche Akteur bei Tötungshandlungen in einer Weise notwendige und hinreichende Bedingung für den Todeseintritt ist, wie er das beim Sterbenlassen nicht ist. Ihre weiterreichende Behauptung, bei Akten des Sterbenlassens sei das Handlungssubjekt „weder direkt noch indirekt“ (Ramsey) bzw. „in keiner Weise“ (Brown) Ursache des Todes, so daß von seinem „Eingreifen“ in den Sterbeprozess keine Rede sein könne (Müller), scheint mir jedoch äußerst problematisch. Gerade im Blick

<sup>42</sup> P. Ramsey, 151.

<sup>43</sup> B. F. Brown, On Killing and Letting Die, in: PACPA 53 (1979) 162.

<sup>44</sup> A. W. Müller, Tötung auf Verlangen – Wohltat oder Untat?, Stuttgart 1997, 103.

auf einen verantwortungsbewußten Arzt, der zur Vermeidung einer technischen Überfremdung zunächst des Krankheits- und schließlich des Sterbeprozesses von einem bestimmten Zeitpunkt an auf den Einsatz lebensverlängernder intensivmedizinischer Maßnahmen verzichtet und statt dessen eine rein palliative Therapie einleitet, wird man angesichts der vielfältigen unvermeidlichen Nebenwirkungen der zum Einsatz gebrachten Medikamente kaum von einer generellen kausalen Wirkungslosigkeit seines Handelns hinsichtlich des Sterbeprozesses bzw. Todeseintritts sprechen können. Da die kausale Differenz zwischen aktiver und passiver Euthanasie auch dann noch zur Geltung gebracht werden kann, wenn man zugibt, daß auch im Fall der passiven Euthanasie ein ärztliches Eingreifen in den Sterbeprozess vorliegt, hat O. H. Green in seiner Argumentation zugunsten der Signifikanzthese zu Recht auf die fragwürdige Forderung der ‚Nichtintervention‘ verzichtet<sup>45</sup>. Obwohl Greens ausdrückliche Anerkennung mehrerer kausal wirksamer Faktoren sowohl bei der aktiven wie bei der passiven Euthanasie bereits insofern einen wichtigen Fortschritt darstellt, als damit ein primitives monokausales Denkmodell, das der kausalen Komplexität eines Krankheits- bzw. Sterbeprozesses unter modernen klinischen Bedingungen nicht gerecht wird, vom Grundansatz bereits überwunden ist, vermag sein eigener Rekonstruktionsversuch doch noch nicht in jeder Hinsicht zu überzeugen. Green unterscheidet folgende drei Konstellationen:

- „(I) P tötet Q, wenn
- (a) es einen kausalen Prozeß c gibt, der zu Q's Tod führt,
  - (b) P c in Bewegung setzt; und
  - (c) Q als Folge von c stirbt.
- (II) P tötet Q, wenn
- (a) es einen kausalen Prozeß c gibt, der zu Q's Tod führt, es sei denn, P oder ein anderer Akteur interveniert und schafft eine Sachlage s, durch die der Prozeß zum Stillstand gebracht wird;
  - (b) P c in Bewegung setze;
  - (c) P darauf verzichtet, s zu schaffen; und
  - (d) Q als Folge von c stirbt.
- (III) P läßt Q sterben, wenn P darauf verzichtet, Q's Tod zu verhüten, wenn
- (a) es einen kausalen Prozeß c gibt, der zu Q's Tod führt, es sei denn, P oder ein anderer Akteur interveniert und schafft eine Sachlage s, durch die der Prozeß zum Stillstand gebracht wird;

<sup>45</sup> O. H. Green erklärt in diesem Sinne: „Whether A kills B or lets B die, A causally contributes to B's death. The causal role which A has with respect to B's death is different in the two cases, however, and this is what distinguishes them.“ (201). Wie Green nimmt auch A. van den Beld, dessen Argumentation weitgehend derjenigen Greens folgt, einen kausalen Beitrag des Sterbenlassens für den Todeseintritt an, hält aber im Unterschied zu Green an der Forderung der Nichtintervention in den Sterbeprozess fest, ohne daß deutlich würde, wie beide Aspekte zugleich realisiert werden können: „Ich habe bereits vorgebracht, daß sowohl derjenige, der tötet, wie derjenige, der sterben läßt, kausal zum Eintritt des Todes beiträgt. Es ist darum nicht möglich, demjenigen, der sterben läßt, eine kausale Rolle abzuspochen. Das bedeutet aber nicht, daß die kausalen Rollen gleich sind. Wer tötet, der beginnt den Prozeß; wer sterben läßt, verzichtet darauf, in den Prozeß zu intervenieren.“ (68).

- (b) P c nicht in Bewegung setzte;
- (c) P darauf verzichtet s zu schaffen; und
- (d) Q als Folge von c stirbt.“<sup>46</sup>

Problematisch scheint mir vor allem<sup>47</sup> die starke und in kausalitätstheoretischer Hinsicht unpräzise Forderung, das Subjekt der Tötungshandlung müsse den zum Tode führenden kausalen Prozeß „in Bewegung setzen“, „in Gang setzen“<sup>48</sup>, „anstoßen“<sup>49</sup> bzw. „initiiieren“<sup>50</sup>. Von der ‚Initiierung‘ eines zum Tode führenden Kausalprozesses durch eine Tötungshandlung kann im strengen Sinne nur dann gesprochen werden, wenn die Ausführung dieser Handlung in dem Sinne einen absoluten Anfang dieses Prozesses markiert, daß sie sich nicht ihrerseits noch einmal auf Faktoren zurückführen läßt, denen bereits von sich aus eine kausale Wirksamkeit hinsichtlich des Todeseintritts zukommt. Das mag auf den Normalfall bestimmter Tötungsdelikte wie den Mord oder die fahrlässige Tötung tatsächlich genau zutreffen, entspricht aber nicht der Standardsituation der freiwilligen aktiven Euthanasie, die dadurch gekennzeichnet ist, daß die Tötungshandlung des Arztes an zwei entscheidende Bedingungen gebunden ist. Es ist dies erstens eine entsprechende Tötungsbitte von seiten des lebensmüden Patienten und zweitens die Existenz einer diese Tötungsbitte auslösenden unheilbaren Erkrankung. Zwischen beiden Bedingungen besteht jedoch ein wesentlicher Unterschied. Während die unheilbare körperliche Erkrankung selbst unmittelbar auf der Ebene der physischen Ursachen situiert ist, also prinzipiell von sich aus in der Lage ist, zu einem bestimmten Zeitpunkt den Tod des Patienten herbeizuführen, kommt der Tötungsbitte des Patienten selbst keine unmittelbare physische Wirksamkeit hinsichtlich des Todesein-

<sup>46</sup> O. H. Green, 198 (dt. Übers. zitiert nach T. van den Beld, 65).

<sup>47</sup> Auf die Frage, ob Greens Analyse des Sterbenlassens geeignet ist, auch Fälle der Tötung durch unterlassene Hilfeleistung auszuschließen, gehe ich hier nicht näher ein. Es sei lediglich vermerkt, daß die Bedingung „III c“ m.E. unvollständig ist, da nur dann, wenn P begründeterweise (d.h. wegen Nichtbestehens einer positiven Interventionspflicht) darauf verzichtet, s zu schaffen, sog. unechte Unterlassungsdelikte aus der Definition des moralisch möglichen (bzw. erlaubten) oder sogar moralisch notwendigen (bzw. gebotenen) Unterlassens ausgeschlossen werden.

<sup>48</sup> So erklärt M. Zimmermann-Acklin im Anschluß an O. H. Green und A. van den Beld: „Im Vergleich mit den Situationen des Sterbenlassens kommt hier entscheidend hinzu, daß durch die jeweilige Handlung ein Prozeß in Bewegung gesetzt wurde, der schließlich zum Tod der Betroffenen geführt hat. Darum kann mit Recht von einer Tötung gesprochen werden. Auch der Unterschied zwischen Sterbenlassen und Töten, wie er im allgemeinen vorliegt, läßt sich anhand dieser Kriterien erläutern: Diejenige, die tötet, bringt einen oft sehr kurzen Prozeß des Sterbens in Gang, diejenige hingegen, die sterben läßt, initiiert keinen Sterbeprozess, trägt jedoch einen gewissen kausalen Beitrag dazu bei.“ (238). Vgl. ähnlich auch: F. Ricken, Handeln und Unterlassen, in: Lexikon der Bioethik, Bd. 2, Gütersloh 1998, 200.

<sup>49</sup> Vgl. H. Kubse, 65, Anm. 41.

<sup>50</sup> So A. van den Beld: „Derjenige, der tötet, initiiert einen meistens sehr kurzen Prozeß des Sterbens. Wer sterben läßt, initiiert keinen Sterbeprozess, aber er liefert dazu bewußt einen kausalen Beitrag.“ (65).

Ähnlich J. C. Wolf: „Unterlassungen unterscheiden sich von Handlungen dadurch, daß sie den Prozeß, in den sie nicht eingreifen, auch nicht eingeleitet haben.“ (408).

tritts zu. Aber auch dann, wenn der behandelnde Arzt noch einmal entscheiden muß, ob er der Tötungsbitte des lebensmüden Patienten nachkommen will oder nicht – die Bitte des Patienten also nicht unmittelbar, sondern nur vermittelt über die Entscheidung des Arztes ihr physisches Ziel erreichen kann –, ändert dies nichts daran, daß zumindest im Fall der freiwilligen aktiven Euthanasie nicht die Entscheidung des Arztes, sondern die ihr zwingend vorausgehende Bitte des Patienten den entscheidenden Faktor für die Initiierung des komplexen, den Tod des Patienten verursachenden Prozesses darstellt und folglich nicht aus einer umfassenden Kausalanalyse ausgeblendet werden darf, die i. S. einer vollständigen Bedingungsanalyse neben den unmittelbar physisch wirksamen Faktoren auch die zwar nur vermittelt wirksamen, aber gleichwohl notwendigen Voraussetzungen für den Eintritt eines Ereignisses in die Betrachtung einbezieht.<sup>51</sup> Zwar ist nicht auszuschließen, daß es Grenzfälle schwerer Leidenszustände gibt, die nicht zwingend an das Vorliegen einer tödlich verlaufenden somatischen Grunderkrankung gebunden sind (z. B. schwere Depressionen)<sup>52</sup>, doch sollte sich die kausaltheoretische Rekonstruktion der freiwilligen aktiven Euthanasie zunächst einmal an jenen statistisch weitaus häufigeren Konstellationen orientieren, in denen eine letztlich letale Erkrankung wohl schon ausgebrochen ist, aber noch lange nicht ihren Zielpunkt erreicht hat, dieser Zwischenzustand jedoch für den Patienten bereits so belastend ist, daß er um eine Tötung nachsucht. Da sowohl das unheilbare Grundleiden wie auch die entsprechende Tötungsbitte des Patienten notwendige Bedingungen und folglich auch kausal wirksame Faktoren für den Vollzug der freiwilligen aktiven Euthanasie darstellen, kann von einer voraussetzungslosen Initiierung<sup>53</sup> des schließlich zum Tode führenden Kausalprozesses durch das

<sup>51</sup> Während Green offensichtlich einen engen Kausalitätsbegriff voraussetzt, der nur die unmittelbar wirksamen physischen Ursachen in den Blick nimmt, wird hier im Anschluß an J. L. Mackie mit einem weiteren Kausalitätsbegriff gearbeitet.

<sup>52</sup> So operiert N. Hoerster, der in der zusätzlichen Forderung des Vorliegens „unerträglicher körperlicher Leiden oder Schmerzen“ seitens des Patienten „eine grobe Verkürzung dieser Problemlage“ erblickt (46), neben dem Schmerzensargument auch mit den ungleich weiteren Begriffen des ‚Leidens‘ bzw. der ‚Sinnlosigkeit des Lebens‘ und erklärt: „Auch ein Leben, das nicht von Schmerzen heimgesucht ist oder dessen Schmerzen sich weitgehend beheben lassen, kann für einen Menschen, der in irgendeiner Form einem schweren, unheilbaren Leiden unterliegt, in seiner Gesamtheit als nicht mehr lebenswert empfunden und betrachtet werden.“ (Ebd.) – „Darf man einfach ignorieren, was in der anderen Schale der Waage liegt: das gewaltige physische und psychische Leiden zahlreicher Menschen, die aus unschwer nachvollziehbaren Gründen ihrem weiteren Leben keinen Sinn mehr abgewinnen können?“ (40f.). Eine derartige Entkopplung der Tötungsbitte von somatischen Erkrankungen scheint mir insbesondere immer dann höchst problematisch, wenn von ‚schweren psychischen Leiden‘ die Rede ist, da völlig unklar ist, wie unter solchen Bedingungen noch die für die Freiwilligkeit der Tötungsbitte schlechthin unverzichtbare volle Urteils- und Entscheidungsfreiheit der betreffenden Person vorausgesetzt werden kann.

<sup>53</sup> Der Begriff der ‚voraussetzungslosen Initiierung‘ meint selbstverständlich keine ‚unmotivierte Initiierung‘. Natürlich ist jede Handlung – nicht nur die des behandelnden Arztes – motiviert und in diesem Sinne nicht ‚voraussetzungslos‘. Es geht hier jedoch nicht darum, beliebige Handlungsmotive einfach in den Rang eigenständiger Ursachen bzw. kausal wirksamer Faktoren

die Tötung ausführende Handlungssubjekt keine Rede sein. Eine genauere Analyse des in der Standardsituation der freiwilligen aktiven Euthanasie tatsächlich vorliegenden „Kausalfeldes“<sup>54</sup> wird daher neben der ärztlichen Tötungshandlung und ihrer spezifischen kausalen Wirksamkeit noch weitere Faktoren zu berücksichtigen haben, die sich im Anschluß an die Kausaltheorie von John Leslie Mackie als „INUS-conditions“, d. h. als „nicht hinreichende, aber notwendige Teile einer nicht-notwendigen, aber hinreichenden Bedingung“ für den Tod des Patienten interpretieren lassen.<sup>55</sup> Bezieht man diese Faktoren konsequent in die kausale Rekonstruktion ein, dann zeigt sich, daß es ebenso unzulässig ist, im Fall der freiwilligen aktiven Euthanasie das ärztliche Tötungssubjekt zum einzigen kausalen Wirkfaktor zu stilisieren und folglich dem Arzt die alleinige moralische Verantwortung für den Tod des Patienten aufzubürden, wie es unangemessen erscheint, im Fall der passiven Euthanasie der ärztlichen Handlung des Sterbenlassens jegliche kausale Wirksamkeit hinsichtlich des Todeseintritts abzuspochen. Beide Behauptungen stellen unzulässige Simplifizierungen dar und beruhen letztlich auf dem strategischen Interesse einer übersteigerten Form der Signifikanzthese, die kausale Differenz zwischen aktiver und passiver Euthanasie möglichst drastisch zur Geltung zu bringen. Da eine differenzierte Beweisführung auf derartige Annahmen verzichten sollte, schlage ich vor, Greens kausale Analyse der Handlungen des Tötens und Sterbenlassens folgendermaßen zu präzisieren:

- (I) P tötet Q i. S. der freiwilligen aktiven Euthanasie, wenn
- (a) es einen kausalen Prozeß c gibt, der zum Zeitpunkt t zu Q's Tod führt;
  - (b) Q P bittet, c in Bewegung zu setzen;
  - (c) Q's Bitte durch die Existenz eines anderen, bereits begonnenen kausalen Prozesses d motiviert ist, der zum Zeitpunkt t+n zu Q's Tod führen würde;

zu erheben und damit den Begriff der Kausalität zu verunklaren. Vielmehr soll betont werden, daß wir es bei der freiwilligen aktiven Euthanasie mit einer Handlungskette zu tun haben, durch die die Handlungen zweier Akteure engstens miteinander verbunden sind. Das Handeln des Arztes ist deshalb keine voraussetzungslose Initiierung des zum Tode des Patienten führenden Kausalprozesses, weil ihm ein bestimmtes Handeln des Patienten vorausgeht, das eine notwendige Bedingung für das ärztliche Handeln darstellt. Im Fall sog. ärztlicher Mitleidstötungen – also bei der nicht-freiwilligen oder sogar unfreiwilligen aktiven Euthanasie – kann dagegen ungeachtet der vorliegenden Motivlage insofern von einer voraussetzungslosen Initiierung gesprochen werden, als wir es hier mit einem einzigen Handlungssubjekt zu tun haben, welches folglich (anders als im Fall der freiwilligen aktiven Euthanasie!) auch die alleinige Verantwortung für sämtliche Handlungsfolgen zu tragen hat.

<sup>54</sup> Zum Begriff des ‚Kausalfeldes‘ vgl. J. Anderson, *The Problem of Causality*, in: *Studies in Empirical Philosophy*, Sydney 1962, 126–136.

<sup>55</sup> Den ursprünglich auf D. C. Stove zurückgehenden Begriff der INUS-condition erläutert Mackie wie folgt: „The so-called cause is, and is known to be, an insufficient but necessary part of a condition which is itself unnecessary but sufficient for the result. ... let us call such a condition (from the initial letters of the words italicised above), an INUS condition.“ (*Causes and Conditions*, in: *APQ* 2 [1965] 245) Vgl. dazu auch J. L. Mackie, *The Cement of the Universe. A Study of Causation*, Oxford 1974.

- (d) P c auf Grund der Bedingungen (b) und (c) in Bewegung setzt;  
 (e) Q als Folge von c zum Zeitpunkt t stirbt.
- (II) P läßt Q i. S. der freiwilligen passiven Euthanasie sterben, wenn
- (a) es einen kausalen Prozeß c gibt, der zum Zeitpunkt t zu Q's Tod führt, es sei denn, P interveniert und schafft eine Sachlage s, durch die der Prozeß c zum Stillstand gebracht wird, und P erst zum Zeitpunkt  $t+n$  stirbt;  
 (b) P c nicht in Bewegung setzt;  
 (c) P auf Q's Bitte hin darauf verzichtet, s zu schaffen; und  
 (d) Q als Folge von c zum Zeitpunkt t stirbt.

Wenn wir es also sowohl bei der aktiven wie bei der passiven Euthanasie mit einer Mehrzahl kausal wirksamer Faktoren zu tun haben und dennoch i. S. der Signifikanzthese an der Behauptung eines deskriptiven kausalen Unterschieds zwischen beiden Handlungstypen festgehalten werden soll, stellt sich um so drängender die Frage, wie die kausale Differenz zwischen Töten und Sterbenlassen dann genauer zu bestimmen ist. Einigkeit scheint in der umfangreichen Literatur zu dieser Thematik darüber zu bestehen, daß das Handeln des Arztes im Fall der aktiven Euthanasie unter den gegebenen Umständen nicht nur eine notwendige, sondern sogar eine hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten ist.<sup>56</sup> Ungeachtet der Existenz weiterer kausal wirksamer Faktoren gilt, daß der Patient ohne die Tötungshandlung zum gegebenen Zeitpunkt (noch) nicht verstorben wäre. Demgegenüber wird die kausale Wirksamkeit des Sterbenlassens hinsichtlich des Todeseintritts in der Literatur höchst unterschiedlich beurteilt. Die Spannweite der vertretenen Positionen reicht von der Leugnung jeder kausalen Wirksamkeit<sup>57</sup> über die Qualifizierung der passiven Euthanasie als INUS-condition<sup>58</sup> bzw. notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für den Todeseintritt<sup>59</sup> bis hin zur Behauptung der völligen kausalen Gleichrangigkeit von aktiver und passiver Euthanasie<sup>60</sup>. Während die erste Annahme be-

<sup>56</sup> So stellt z. B. F. Ricken zutreffend fest: „Sein Verhalten [sc.: das des tötenden Arztes] ist die hinreichende Bedingung für das Eintreten der Folgen.“ (200). Ebenso betont O. H. Green: „Where A kills B, he does something which is sufficient to bring about B's death.“ (201). Vgl. auch B. F. Brown, 162.

<sup>57</sup> Vgl. B. F. Brown, ebd.

<sup>58</sup> So behauptet J. C. Wolf: „Die Unterlassung ist ein nicht-hinreichender, aber nicht-überflüssiger Teil einer nicht-notwendigen, aber hinreichenden Bedingung für das Eintreten des voraussehbaren Endzustandes.“ (408).

<sup>59</sup> So meint F. Ricken: „Wer etwas unterläßt, greift in einen Prozeß, den nicht er ausgelöst hat, nicht ein, obwohl er eingreifen könnte; sein Verhalten ist unter den gegebenen Umständen notwendig, aber nicht hinreichende Bedingung für das Eintreten der Folgen.“ (200).

<sup>60</sup> H. Kuhse behauptet: „Mackies Darstellung der Kausalität ... zeigt, daß Unterlassungen beim Herbeiführen einer Folge (z. B. des Todes) dieselbe kausale Wirksamkeit haben wie Handlungen.“ Zur Vermeidung möglicher Mißverständnisse wäre i. S. des auf Seite 71 f. Gesagten allerdings stärker zwischen dem allgemeinen Begriff der ‚Unterlassung‘, der auch die schuldhaftige Unterlassung einschließt, und dem spezifischen Begriff des ‚Sterbenlassens‘ zu unterscheiden, bei dem eine positive Pflicht zu einem entsprechenden Tun gerade nicht besteht. Kuhses Aussage ist nur unter der Voraussetzung eines völlig unspezifischen Begriffs der Unterlassung plausibel.



reits aus begriffsanalytischen Gründen inkonsistent ist,<sup>61</sup> unterscheiden sich die beiden danach genannten Positionen – also die Interpretation der passiven Euthanasie als INUS-condition bzw. als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung des Todeseintritts – lediglich terminologisch, nicht aber der Sache nach<sup>62</sup>. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die Qualifikation der kausalen Wirksamkeit des ärztlichen Handelns im Fall des Sterbenlassens als bloß notwendiger Bedingung des Todeseintritts tatsächlich sämtlichen Fällen der passiven Euthanasie gerecht wird. Dies scheint mir zumindest im Blick auf das immer wieder als Grenzfall diskutierte Beispiel eines Arztes, der einen Patienten dadurch sterben läßt, daß er die künstliche Beatmung abstellt, fraglich.<sup>63</sup> M. E. ist es gar nicht erforderlich, zur Verteidigung der kausalen Differenz zwischen aktiver und passiver Euthanasie die strenge Forderung zu erheben, das Unterlassungshandeln des Arztes dürfe auf keinen Fall die kausale Wirksamkeit einer hinreichenden Bedingung des Todeseintritts besitzen. Selbst wenn man zugibt, daß bestimmte für das Sterbenlassen typische Therapiebegrenzungsmaßnahmen (wie z. B. der Verzicht auf eine antibiotische Bekämpfung interkurrenter Infektionserkrankungen oder die Extubation) nicht nur als notwendige, sondern durchaus als hinreichende Bedingungen für den Tod des Patienten zu qualifizieren sind,<sup>64</sup> folgt daraus noch nicht, daß aktive und passive Euthanasie in kausaler Hinsicht ununterscheidbar sind. Gerade bei schwerstkranken, multimoribunden Patienten kann es nämlich durch das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer hinreichender Bedingungen des Todeseintritts zur sog. kausalen Überdetermination des Todes kommen.<sup>65</sup> Ein Arzt, der in einer solchen Situation darauf verzichtet, bestimmte Mittel zur Lebensverlängerung zu ergreifen, tötet den Patienten i. S. der aktiven Euthanasie auch dann nicht, wenn seine

<sup>61</sup> Aus dem Begriff der ‚Handlung‘ folgt analytisch, daß sie eine Veränderung hervorruft, also kausal wirksam sein muß. Die Behauptung der völligen kausalen Wirkungslosigkeit des Handlungstyps der passiven Euthanasie stellt daher eine selbstwidersprüchliche Aussage dar. Vgl. dazu auch *G. H. von Wright*, § III 7.

<sup>62</sup> Die ‚Notwendigkeit‘ ist in der Interpretation von F. Ricken (200) keine absolute, sondern eine relative („unter den gegebenen Umständen“), d. h., sie ist bezogen auf ein bestimmtes Set von Wirkfaktoren innerhalb eines komplexen Kausalfeldes und entspricht damit dem Verständnis der INUS-condition.

<sup>63</sup> F. Ricken nimmt denn auch gerade zu diesem Fall ausdrücklich Stellung: „Beim Beispiel der Beatmungsmaschinen bedeutet es unter sonst gleichen Umständen keinen Unterschied, ob die Maschine abgeschaltet oder nicht wieder angeschaltet wird; beides ist notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung des Todes; der Tod tritt auf Grund organischer Ursachen ein; der Patient wird durch das Abschalten nicht getötet, sondern man läßt ihn sterben; es handelt sich also in beiden Fällen um eine Unterlassung.“ (Allgemeine Ethik, Stuttgart 1998 (3. Aufl.), 95).

<sup>64</sup> Diese Annahme dürfte auf Grund der Tatsache schwer zu bestreiten sein, daß selbst Patienten, die sich z. B. infolge einer schweren Lungenentzündung oder bestimmter Atembeschwerden in einem akuten, aber kurativ gut behandelbaren (also nur vorübergehenden) gesundheitlichen Krisenzustand befinden, sich aber ansonsten eines guten organischen Gesamtzustandes erfreuen, regelmäßig versterben, wenn es zu den genannten Unterlassungshandlungen kommt.

<sup>65</sup> Zum Phänomen der kausalen Überdetermination bestimmter Wirkereignisse vgl. *J. L. Mackie*, *Causes and Conditions*, 251; *H. L. A. Hart*, *A. M. Honoré*, *Causation in the law*, Oxford 1985, XLIII; sowie *D. Birmbacher*, 78.

Unterlassung zwar *eine* hinreichende Bedingung für den Todeseintritt darstellt, daneben aber weitere Wirkfaktoren (wie z. B. ein irreversibles, weit fortgeschrittenes Tumorleiden oder eine schwere Herzinsuffizienz) existieren, die ebenfalls als hinreichend für das Ableben des Patienten zu qualifizieren sind. Die nicht zu überschreitende Obergrenze der kausalen Wirksamkeit des Unterlassungshandelns besteht also darin, daß es nicht die *einzig* hinreichende Bedingung des Todeseintritts sein darf.

Damit läßt sich die kausale Differenz zwischen aktiver und passiver Euthanasie folgendermaßen bestimmen: Beim Töten auf Verlangen ist das Handeln des Arztes zwar nicht der einzige kausal wirksame Faktor, wohl aber die alleinige hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten, während beim Sterbenlassen das Handeln des Arztes entweder die zwar notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung oder zumindest nicht die einzige hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten ist. Obwohl gegenüber extremen Formen der Signifikanzthese also ausdrücklich zu betonen ist, daß zwischen aktiver und passiver Euthanasie in kausaler Hinsicht keine prinzipielle Differenz (i. S. alleiniger kausaler Wirksamkeit des Arztes im Fall der aktiven Euthanasie gegenüber einer totalen kausalen Wirkungslosigkeit des ärztlichen Handelns im Fall der passiven Euthanasie), sondern nur eine graduelle Differenz besteht, dürfte sie genug Trennschärfe besitzen, um den Handlungstyp des Tötens kausalitätstheoretisch eindeutig von demjenigen des Sterbenlassens abzugrenzen und damit die für bestimmte Versionen der Äquivalenzthese zentrale Behauptung zu widerlegen, derjenige, der in der Standardsituation der Sterbehilfe darauf verzichte, den Tod eines Patienten zu verhindern, sei in derselben Weise ursächlich am Tod dieses Menschen beteiligt wie derjenige, der diesen Patienten töte.<sup>66</sup>

Mit dem Nachweis der unterschiedlichen kausalen Wirksamkeit von Akten des Tötens und Sterbenlassens hat das Kausalitätsargument sein systematisches Ziel aber noch keineswegs erreicht. Bisher wurde lediglich an einem einzelnen – allerdings besonders wichtigen – intrinsischen handlungstheoretischen Merkmal, nämlich der kausalen Rolle des Akteurs, gezeigt, daß zwischen Akten der aktiven und der passiven Euthanasie eine de-

<sup>66</sup> Vgl. H. Kuhse, 92; D. Birnbacher, 117; sowie ders., Ist die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe ethisch bedeutsam?, 30. Aus der Annahme, daß auch das Unterlassungshandeln des Arztes in bestimmten Fällen eine hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten darstellt, würde nur dann die von der Äquivalenzthese behauptete kausale Ununterscheidbarkeit von aktiver und passiver Euthanasie folgen, wenn das ärztliche Handeln den einzigen wirksamen Faktor der Todesverursachung darstellen würde, und es möglich wäre, diesen isoliert für sich, d. h. unabhängig vom konkreten situativen Kontext, hinreichend zu beschreiben. Genau diese Vorstellung erweist sich aber als äußerst fragwürdig. Eine umfassende Kausalanalyse muß nämlich sämtliche kausal wirksame Faktoren in die Rekonstruktion des Kausalfeldes einbeziehen, da nur so der tatsächliche kausale Status eines bestimmten Wirkfaktors vollständig bestimmt werden kann. Die Existenz mehrerer hinreichender Bedingungen für den Eintritt eines Ereignisses verändert zwar nicht den *logischen Status* jeder einzelnen dieser Bedingungen als hinreichender, wohl aber modifiziert sie ihre Stellung (und damit ihr *moralisches Gewicht*) im Gesamt des Kausalfeldes.

skriptiv klar bestimmbar besteht. Offen geblieben ist dagegen die weitergehende Frage, ob dieser deskriptive Unterschied auch stets moralisch bedeutsam ist.<sup>67</sup> Soll das Kausalitätsargument mehr als nur die Widerlegung einiger kruder Spielarten der Äquivalenzthese leisten, dann muß deutlich werden, worin die unmittelbare moralische Relevanz der herausgearbeiteten kausalen Differenz bereits auf der Ebene des Einzelaktes – also nicht erst auf der Ebene einer allgemeinen sozialen Praxis – besteht. Dazu ist an eine wichtige Einsicht zu erinnern, die bereits O. H. Green in seiner Analyse der Aktiv-Passiv-Unterscheidung formuliert hat. Green betont dort den „wesentlichen Zusammenhang“ zwischen der kausalen Differenz und der moralischen Verantwortung des jeweiligen Handlungssubjektes.<sup>68</sup> Das ist zunächst einmal in dem ganz elementaren Sinne zu verstehen, daß der Grad der Verantwortung vom Grad der kausalen Wirksamkeit einer Handlung abhängt, niemand also für Ereignisse zur Verantwortung gezogen werden kann, an deren Entstehung er nicht auch im kausalen Sinne beteiligt gewesen ist. Ein Arzt, der einen Patienten in der Standardsituation der Sterbehilfe tötet, ist folglich allein schon deswegen in einem höheren Maße für dessen Tod verantwortlich als ein Arzt, der einen Patienten sterben läßt, weil dem Tötungshandeln ein höheres Maß an kausaler Wirksamkeit hinsichtlich der Todesverursachung eignet als dem Sterbenlassen.<sup>69</sup> Darüber hinaus besagt die These vom Nexus zwischen kausaler Differenz und moralischer Verantwortung, daß die kausale Unterscheidbarkeit von aktiver und passiver Euthanasie insofern eine wichtige praktische Orientierungsfunktion besitzt, als sie entscheidend dazu beiträgt, Umfang und Grenzen verantwortlichen ärztlichen Handelns im Umgang mit schwerstkranken und sterben-

<sup>67</sup> Während M. Zimmermann-Acklin zunächst den Eindruck erweckt, es herrsche weitgehender Konsens bezüglich der rein deskriptiven Rekonstruktion von aktiver und passiver Euthanasie, indem er zu Recht erklärt: „Es geht nicht darum, die Unterscheidbarkeit von Töten und Sterbenlassen an sich in Frage zu stellen, wobei auch der Nachweis dieser Differenz einer genauen Kausalanalyse bedarf. Vielmehr kreist die Diskussion um die Frage nach der moralischen Relevanz der Aktiv-Passiv-Unterscheidung.“ (233), zeigt sein später folgendes Plädoyer zugunsten der Kompromiß- bzw. modifizierten Signifikanzthese nicht nur, welche gravierenden Unterschiede nach wie vor im Verständnis der deskriptiven Differenz immer noch bestehen, sondern daß er den zunächst noch reklamierten, auf der Kausalebene zu situierenden deskriptiven Unterschied offenbar mittlerweile selbst weitgehend in Zweifel zieht: „Die Ergebnisse der voraufgegangenen Abschnitte haben gezeigt, daß die Äquivalenzthese grundsätzlich kaum zu widerlegen ist: Eine intrinsisch angelegte moralische Signifikanz der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie ist offensichtlich nur mit dem Hinweis auf intuitiv und emotional verankerte Urteile zu behaupten. Überlegungen zur praktischen Umsetzung der Äquivalenzthese in eine normative Regelung der Euthanasiepraxis haben allerdings weitere Untersuchungen zu kovariierenden bzw. extrinsischen Faktoren nahegelegt, deren Ergebnisse eine Korrektur an der Äquivalenzthese zumindest hinsichtlich der Formulierung von Praxisnormen nahelegt.“ (275).

<sup>68</sup> Green stellt fest: „What will be argued here is that in view of the difference in the causal role of the agent which distinguishes killing from letting die, there is an essential connection between the distinction and the moral responsibility of the agent.“ (201).

<sup>69</sup> Nicht nur besitzt eine *hinreichende* Bedingung ein höheres Maß an kausaler Wirksamkeit für den Eintritt eines Ereignisses als eine bloß *notwendige* Bedingung, vielmehr läßt sich dasselbe auch von einer *einzig* hinreichenden Bedingung im Vergleich zu einer *Mehrzahl* hinreichender Bedingungen sagen.

den Patienten zu bestimmen.<sup>70</sup> Da die grundlegenden moralischen Rechte und Pflichten von Arzt und Patient gar nicht ohne einen Rückgriff auf die kausale Rolle des jeweiligen Handlungssubjektes sprachlich zur Geltung gebracht werden können,<sup>71</sup> muß die zwischen der Identifikation der sitzlich richtigen Handlungsalternative und der kausalen Differenz zwischen Töten und Sterbenlassen waltende Relation als notwendiger innerer Zusammenhang bzw. in der Terminologie Greens als „essential connection“ begriffen werden.<sup>72</sup> Wer tötet, greift immer in das Lebensrecht bzw. das Recht auf Nichtschädigung eines anderen Menschen ein und verstößt damit gegen eine negative moralische Pflicht. Wer einen Menschen dagegen sterben läßt, also unter bestimmten Bedingungen auf die Anwendung lebensverlängernder Maßnahmen verzichtet, der macht sich weder einer Übertretung des Tötungsverbots noch eines Verstoßes gegen eine positive Hilfspflicht schuldig, da er alle medizinisch sinnvollen Maßnahmen zur Erhaltung personalen Lebens bereits ausgeschöpft hat, so daß von einer Nichterfüllung eines Lebenserhaltungsgebotes nicht gesprochen werden kann.<sup>73</sup>

<sup>70</sup> Green stellt dazu zutreffend fest: „The distinction between killing and letting die is thus of crucial importance in determining the extent of the moral responsibility of the agent. ... And the determination of blame depends on considerations of justification as well as on those of causal agency.“ (Ebd.). Diesen Aspekt betont auch E. Schockenhoff: „Das Begriffspaar von ‚aktiv‘ und ‚passiv‘ ... bleibt für den Arzt ... eine entscheidende Orientierungshilfe im Schnittfeld zwischen Lebensschutz und Tötungsverbot, die ihm hilft, die Reichweite und Grenze seines ärztlichen Auftrags zu erkennen.“ (Sterbehilfe und Menschenwürde, 92).

<sup>71</sup> Während ein ärztliches Handeln, das die einzige hinreichende Bedingung für den Eintritt des Todes des Patienten darstellt, „per se – als Verletzung eines Tötungsverbots – rechtlich relevant ist“ (A. Eser, Lebenserhaltungspflicht und Behandlungsabbruch in rechtlicher Sicht, in: A. Auer (Hg.), Zwischen Heilauftrag und Sterbehilfe, Köln 1977, 94), gebietet es die am Gesamtwohl des Patienten orientierte ärztliche Hilfspflicht, einen Menschen, dem „aufgrund unwiderruflichen Verlustes jeglicher Reaktions- und Kommunikationsmöglichkeit jede Möglichkeit weiterer Selbstwahrnehmung und Selbstverwirklichung genommen ist“ (A. Eser, 131), sterben zu lassen, d. h. die ärztliche Intervention so zu gestalten, daß der Patient weder getötet noch am Sterben gehindert wird.

<sup>72</sup> Demgegenüber hat F. Ricken jüngst festgestellt: „Die handlungstheoretische Unterscheidung [sc. zwischen Tun und Unterlassen] ist nicht als solche moralisch relevant. Sie wird moralisch relevant in den Fällen, wo ein Konflikt besteht, zwischen einem Recht auf Hilfe bzw. einer positiven Pflicht und einem Recht auf Nichtschädigung bzw. einer negativen Pflicht und die positive Pflicht durch ein Unterlassen, die negative dagegen durch ein Tun verletzt wird.“ (Handeln und Unterlassen, 200). – M. E. ist Ricken darin zuzustimmen, daß die generelle handlungstheoretische Unterscheidung zwischen ‚Tun‘ und ‚Unterlassen‘ tatsächlich noch nichts über die moralische Qualität der jeweiligen Akte aussagt. Anders verhält es sich jedoch bei den spezifischen Handlungstypen des ‚Tötens‘ bzw. ‚Sterbenlassens‘, deren distinkte handlungstheoretische Struktur (im Unterschied zum bloß äußerlich-technischen Ausführungsmodus) als solche immer schon moralisch bedeutsam ist, da sie eben auf Grund dieser intrinsischen Struktur ein jeweils bestimmtes, aber höchst unterschiedliches Verhältnis zu objektiven Rechten und Pflichten des Akteurs zum Ausdruck bringt.

<sup>73</sup> Die Verpflichtung des Arztes zu positiver Hilfeleistung kann sich grundsätzlich nur auf den Bereich der *medizinisch wirksamen* und im Blick auf das Gesamtwohl des Patienten *sinnvollen* kurativen bzw. pflegerischen Maßnahmen erstrecken und findet zudem eine generelle Grenze am Selbstbestimmungsrecht des Patienten, das eine aufgezwungene Behandlung kategorisch ausschließt. Im Fall der freiwilligen passiven Euthanasie, also des *einvernehmlichen* Verzichts auf die Aufnahme bzw. Fortführung lebensverlängernder Maßnahmen ist ein grundsätzlich möglicher Konflikt zwischen der Patientenautonomie und der medizinischen Sinnhaftigkeit einer bestimmten Behandlung nicht anzunehmen.

Spätestens an dieser Stelle ist jedoch auf einen gewichtigen Einwand einzugehen, der gewöhnlich von Vertretern der Äquivalenzthese gegen eine solche Argumentation erhoben wird. Die bislang angestellten Überlegungen zeigten lediglich – so die Kritik –, daß ein gravierender moralischer Unterschied zwischen der unfreiwilligen (bzw. nicht-freiwilligen) aktiven und der freiwilligen passiven Euthanasie bestehe. Im Fall der freiwilligen aktiven Euthanasie entfalle dagegen der Unrechtscharakter der Tötungshandlung, da der Patient ja aus freien Stücken auf sein Lebensrecht verzichte, und dieser Verzicht geeignet sei, zwar nicht einen Rechtsanspruch auf die Tötung durch einen Arzt zu begründen, wohl aber die Unzulässigkeit einer gleichfalls freiwillig vollzogenen ärztlichen Tötungshandlung aufzuheben.<sup>74</sup> Um diesen Einwand zu entkräften, ist zunächst darauf aufmerksam zu machen, daß die vorgebrachte Kritik auf einer doppelten Voraussetzung beruht. Erstens auf der Annahme, es stehe dem Patienten in der Standardsituation der Sterbehilfe ohne weiteres frei, auf sein Lebensrecht zu verzichten, da von einer rational begründbaren Pflicht, einen von fortschreitender Einschränkung und Belastung gekennzeichneten Lebensabschnitt anzunehmen, keine Rede sein könne.<sup>75</sup> Zweitens wird vorausgesetzt, daß die subjektive Erlaub-

<sup>74</sup> In diesem Sinne stellt etwa N. Hoerster geradezu programmatisch fest: „Während die Zulassung einer Tötung ohne Einwilligung des Betroffenen mit seinem Recht auf Leben unvereinbar wäre, trifft dies auf die Zulassung einer Tötung mit Einwilligung des Betroffenen nicht zu. Denn es gilt generell: Daß ein Individuum das Recht auf ein bestimmtes Gut hat, schließt nicht aus, daß dieses Individuum selber dieses Gut freiwillig zerstört oder preisgibt. ... Ebenso wie die Zerstörung einer eigenen Sache verstößt auch die Zerstörung einer fremden Sache mit Einwilligung ihres Eigentümers prinzipiell nicht gegen das Recht auf Eigentum. Gleiches aber muß prinzipiell für jedes individuelle Recht, also auch für das Recht auf Leben gelten.“ (13f.). Ob allerdings Hoersters Analogie zwischen dem Umgang mit beliebigen äußeren *Dingen* und der Verfügungsgewalt über das eigenen *Leben* über den positiv rechtlichen Bereich hinaus auch in moralphilosophischer Hinsicht zu überzeugen vermag, wird später noch eingehend zu prüfen sein.

<sup>75</sup> Für die rechtliche Anerkennung eines solchen starken Begriffs der „Freiheit zum Sterben“, der auch die Freiheit zur Selbsttötung einschließt, hat auch der dem Projekt einer ärztlichen Tötung auf Verlangen skeptisch gegenüberstehende Strafrechtler A. Eser in seiner Kritik an H. Otto (Recht auf den eigenen Tod? Strafrecht im Spannungsfeld zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung. Gutachten D zum 56. Deutschen Juristentag Berlin 1986) plädiert: „Denn solange der Sterbewille nur dann und allein deshalb beachtenswert sein soll, wenn und weil es sich um definitiv verlöschendes Leben handelt, geht es im Grunde gar nicht um eine positive Respektierung der Freiheit zum Sterben, sondern lediglich um eine eher negative Preisgabe nicht mehr erhaltenswerten Lebens und damit um dessen Abwertung.“ (Freiheit zum Sterben – Kein Recht auf Tötung, in: Juristenzeitung [=JZ] 17 [1986] 792). Vgl. auch: M. I. Urofsky, P. E. Urofsky (eds.), *The Right To Die*, Washington 1996. Demgegenüber wäre mit P. Foot (Euthanasie, in: A. Leist (Hg.), *Um Leben und Tod*, Frankfurt 1990, 310f.) und L. R. Kass (Is There a Right to Die?, in: HCR 23 [1993] 34–43) darauf hinzuweisen, daß auch der juristisch selbstverständlich mögliche Verzicht auf ein Recht noch einmal aus ethischer Perspektive auf seine rationale Begründetheit und moralische Legitimität hin zu befragen ist. Gerade in den Bereichen von Selbsttötung und Tötung auf Verlangen ist es also nicht grundsätzlich auszuschließen, daß es zwischen der *juristischen* (insbesondere der strafrechtlichen) und der *ethischen* Betrachtung zu nicht unerheblichen Unterschieden kommt, beide Perspektiven also streng zu unterscheiden sind und auf keinen Fall miteinander vermisch werden dürfen. Während aus (straf-)rechtlicher Perspektive vor allem die Freiwilligkeit oder Pathologie einer Willensäußerung von Interesse ist, fragt der Ethiker darüber hinaus nach der Rationalität bzw. Irrationalität einer zwar nicht pathologischen, aber möglicherweise dennoch defizitären, weil unbegründbaren Willensbestimmung.

nis von seiten des Patienten bereits ausreicht, der aktiven Euthanasie ihre moralische Unzulässigkeit zu nehmen, der Arzt folglich allein durch einen entsprechenden Willensentscheid des Patienten zum Tötungshandeln ermächtigt werden kann. Gegenüber beiden Prämissen verweisen die in der Tradition eines deontologischen Tötungsverbots stehenden Anhänger der Signifikanzthese m. E. zu Recht auf ein für die moralische Beurteilung entscheidendes objektives, d. h. von der individuellen Willensentscheidung des betroffenen Patienten unabhängiges, in der inneren Handlungsstruktur von Töten und Sterbenlassen selbst verankertes Merkmal, nämlich die ‚Natürlichkeit‘ bzw. ‚Unnatürlichkeit‘ des Todes, das engstens mit der unterschiedlichen kausalen Rolle des handelnden Akteurs bei der aktiven bzw. passiven Euthanasie verbunden ist und es ermöglicht, beide Handlungstypen auch wertungsmäßig klar gegeneinander abzugrenzen.<sup>76</sup> Selbstverständlich ist sogleich einzuräumen, daß auch die zur Verteidigung der Signifikanzthese erforderliche Behauptung, die aktive Euthanasie sei ganz unabhängig davon, ob sie nun freiwillig, nicht-freiwillig oder unfreiwillig erfolge, allein schon deswegen moralisch unzulässig, weil sie eine nicht zu rechtfertigende substantielle Verfremdung des natürlichen Todes darstelle, keineswegs aus sich heraus einfach evident ist. Sie beruht vielmehr ihrerseits auf mehreren, durchaus anspruchsvollen Voraussetzungen, deren Berechtigung teilweise hochgradig umstritten ist.

Es ist dies, erstens, die Annahme, daß es so etwas wie einen natürlichen Tod des Menschen überhaupt gibt. Angesichts der notorischen Mehrdeutigkeit des Naturbegriffs ist es kaum überraschend, daß gerade die für eine naturrechtliche Argumentation in dieser Frage zentrale Vorstellung eines natürlichen Todes des Menschen Anlaß zu immer neuen Mißverständnissen gibt. Als von vornherein verfehlt sind all jene Deutungen des Naturbegriffs zurückzuweisen, die diesen in einen prinzipiellen Gegensatz zur Kultur schaffenden Rationalität des Menschen setzen und damit naturalistisch verkürzen.<sup>77</sup> Wenn der Mensch als *animal rationale* wesentlich auf praktische Selbstentfaltung unter der Leitung seiner Vernunft angelegt ist, und diese Vernunft im eminenten Sinne Kultur und Technik hervorbringt, dann ist es weder zulässig, einen generellen Antagonismus zwischen der ‚Natur‘ und

<sup>76</sup> B. C. Reichenbach hat in diesem Sinne zutreffend festgestellt: „Der Unterschied zwischen aktiver und passiver Euthanasie ... bezieht sich... darauf, was den Tod der Person verursacht hat. Im ersten Fall stirbt die todkranke Person unnatürlich ...; im letzten Fall stirbt die todkranke Person natürlich ...“ (Euthanasie und die aktiv/passiv-Unterscheidung, in: *A. Leist* (Hg.), 338). Das Natürlichkeitsargument hat auch Eingang in die Deklaration der World Medical Association von 1987 Eingang gefunden: „Euthanasie, d.h. die absichtliche Herbeiführung des Todes eines Patienten, selbst auf dessen Wunsch oder auf den Wunsch naher Angehöriger, ist unethisch. Der Arzt sollte jedoch das Verlangen eines Patienten nach einem natürlichen Sterben im Endstadium einer tödlichen Krankheit respektieren.“ (Zit. nach: Österreichische Ärztezeitung [= ÖÄZ] 5, 1988).

<sup>77</sup> Zumindest den großen klassischen Vertretern eines naturrechtlichen Denkansatzes wie z. B. Aristoteles und Thomas von Aquin darf ein derartiger Naturalismus wenigstens in der Hauptlinie ihrer Argumentation nicht unterstellt werden. Vgl. dazu meine Überlegungen in: *Natur als Horizont sittlicher Praxis*, Stuttgart 1999, 282–285.

der ‚Kultur‘ zu behaupten, noch darf der Begriff eines natürlichen Todes mit der romantischen Vorstellung eines irgendwie archaischen Dahinscheidens verknüpft werden, das sich ohne jede Berührung mit den Errungenschaften der modernen Medizin(-technik) vollzöge.<sup>78</sup> *Natürlich* sind Sterben und Tod vielmehr immer dann, wenn sie infolge einer Erkrankung eintreten, die bereits soweit fortgeschritten ist, daß es zu einer definitiven, d. h. mit dem Einsatz verhältnismäßiger medizinischer Mittel nicht mehr zu revidierenden Zerstörung jener somatischen (insbesondere cerebralen)<sup>79</sup> Wirkungsabläufe gekommen ist, die die Bedingung der Möglichkeit eines wenigstens minimalen rationalen Selbstvollzuges darstellen.<sup>80</sup> *Nicht natürlich* ist ein Tod dagegen genau dann, wenn er entweder vor dem natürlichen Todeszeitpunkt erfolgt, weil überhaupt keine Erkrankung (sondern z. B. ein Unfall, Mord o. ä.) vorliegt bzw. eine schon ausgebrochene, aber noch behandelbare Erkrankung nicht behandelt wird, oder weil er nach dem natürlichen Todeszeitpunkt erfolgt, weil der Patient durch den unverhältnismäßigen (d. h. die Grenze der Behandlungspflicht überschreitenden) Einsatz intensivtherapeutischer Maßnahmen am Sterben gehindert wird.<sup>81</sup>

Die zweite Voraussetzung der Unterscheidung zwischen einem natürlichen und einem nicht natürlichen Sterben bzw. Tod besteht in der Annahme, daß man den natürlichen Verlauf dieser Prozesse auch tatsächlich erkennen kann. Neben der anthropologischen Einsicht in die allgemeine Struktur eines spezifisch menschlichen Sterbens bedarf es dazu umfangreicher empirischer Kenntnisse bezüglich der Dynamik komplexer Krankheitsverläufe.<sup>82</sup> Zwar ist unbestreitbar, daß gerade im Bereich der Erklärung von Entstehung, Ausbreitung und Interaktion vieler Erkrankungen trotz immenser medizinischer Fortschritte der letzten Jahrzehnte noch immer beträchtliche Wissenslücken bestehen, dennoch kann schon heute auf der Basis des gegenwärtigen Wissensstandes der Pathologie für die allermeisten Krankheitsbilder ein letaler Verlauf mit hoher Treffsicherheit prognostiziert

<sup>78</sup> Genau gegen diese in der Tat haltlose Vorstellung scheint sich A. Eser zu wenden, wenn er erklärt: „Was bedenklich erscheint, ist ... der Versuch, dem Begrenzungsproblem (s. der Lebenserhaltungspflicht) mit untauglichen „Natürlichkeits“-Kriterien und Methodendifferenzierungen beikommen zu wollen. Diese Betrachtungsweisen müssen vordergründig bleiben, solange sie nicht von der Zielsetzung des ärztlichen Auftrags her entwickelt werden.“ (Lebenserhaltungspflicht und Behandlungsabbruch in rechtlicher Sicht, 129). Nimmt man diese Forderung ernst, dann zeigt sich freilich jenseits aller nur allzu berechtigten Kritik an einem karikaturhaften Zerrbild des Naturbegriffs, daß eine genaue Bestimmung der „Zielsetzung des ärztlichen Auftrags“ nicht auf eine wenigstens in einem schwachen Sinne essentialistische Anthropologie und damit auf eine metanormative Vorstellung der *natura humana* verzichten kann. Vgl. M. C. Nussbaum, *Menschliches Tun und soziale Gerechtigkeit. Zur Verteidigung des aristotelischen Essentialismus*, in: M. Brumlik, H. Brunkhorst (Hgg.), *Gemeinschaft und Gerechtigkeit*, Frankfurt 1993, 323–361.

<sup>79</sup> Auf die immense praktische Bedeutung des ‚irreversiblen Bewußtseinsverlustes‘ als Grenze ärztlicher Lebenserhaltungspflicht verweist zu Recht auch A. Eser, 131 f.

<sup>80</sup> Vgl. A. Auer, *Zwischen Heilaufrag und Sterbehilfe* (bes. Abschnitt III 1: Das Recht auf den „natürlichen Tod“), 34.

<sup>81</sup> Zum Problem der „unnatürlichen Verkürzung bzw. Verlängerung“ menschlichen Lebens vgl. A. Auer, 38 ff.

<sup>82</sup> Vgl. B. C. Reichenbach, 340 f.

und mit den Mitteln forensischer Medizin zuverlässig rekonstruiert werden. Zumindest in der Standardsituation der Sterbehilfe – also unter der Voraussetzung des noch urteilsfähigen Patienten – scheinen die epistemischen Probleme in diesem Bereich für das über ein entsprechendes medizinisches Expertenwissen verfügende ärztliche Personal keineswegs unüberwindlich.<sup>83</sup>

Eine dritte und in ethischer Hinsicht vielleicht entscheidende Prämisse der These vom natürlichen Tod besteht in der Annahme, daß der natürliche Sterbensprozeß deshalb nicht substantiell verfremdet werden sollte, weil das Erleben des natürlichen Todes von so großer Bedeutung für die betroffene Person ist, daß dahinter andere mögliche Strebensziele dieser Person begründeterweise zurückzutreten haben. Unter einer substantiellen Verfremdung ist dabei in rein zeitlicher Hinsicht sowohl die wesentliche Beschleunigung als auch die erhebliche Verzögerung des Todeseintritts durch jeweils dafür geeignete medizinische Maßnahmen zu verstehen. Obwohl heute ein weitgehender Konsens darüber besteht, daß die Verzögerung des natürlichen Todes tatsächlich insofern ein Übel darstellt, als sie für den Betroffenen selbst entweder mit einer Verlängerung des Leidens verbunden ist oder zumindest keinen Zugewinn an personalen Entfaltungsmöglichkeiten mit sich bringt, gehen die Meinungen hinsichtlich der Bewertung einer Beschleunigung des Todeseintritts in der Standardsituation der Sterbehilfe weit auseinander. Insbesondere unter dem Eindruck der wachsenden Leistungsanforderungen in unseren hochkomplexen modernen Gesellschaften und der ihnen korrespondierenden Wertschätzung von Effizienz und Nützlichkeit scheint die Zahl derjenigen rapide zuzunehmen, die einem durch schwere Krankheit belasteten Lebensabschnitt jegliche Lebensqualität absprechen und daher in der ärztlichen Beschleunigung des Todeseintritts einen willkommenen Ausweg aus einer zunehmend mißlichen Lebenssituation erblicken.

Es ist daher ausdrücklich zu fragen, ob es tatsächlich möglich ist, ohne versteckten Rückgriff auf bestimmte religiös-weltanschauliche Prämissen allein mit den Mitteln der praktischen Vernunft darzulegen, daß das Gut eines natürlichen Todes in der Standardsituation der Sterbehilfe allen anderen Gütern begründeterweise vorzuziehen ist, so daß eine alternative Willensbestimmung nicht widerspruchsfrei als rational gedacht werden kann. Die Frage so zu stellen, bedeutet von vornherein anzuerkennen, daß in komplexen Entscheidungssituationen wie der Wahl zwischen aktiver und passiver Euthanasie eine Vielzahl objektiver Güter zu berücksichtigen sind, zwischen denen durchaus ein Spannungsverhältnis bestehen kann. Dies gilt sowohl für die Betrachtung auf der individuellen wie auf der sozialen Ebene. Während aus der Perspektive der Gesamtgesellschaft etwa die Güter der

<sup>83</sup> Die sehr ernst zu nehmende Problematik der Feststellung des genauen Zeitpunktes des Eintritts z. B. eines irreversiblen Bewußtseinsverlustes stellt sich hier noch gar nicht, weil der Patient in dieser Situation *per definitionem* noch bei Bewußtsein sein muß.



Kostensparnis und des Lebensschutzes sowie der Ausweitung von Freizügigkeit bzw. Unabhängigkeit und der Erhalt des Vertrauens in das ärztliche Standesethos jeweils miteinander in Spannung stehen können, wäre aus der Perspektive des betroffenen Patienten etwa auf die konfligierenden Güter eines möglichst raschen schmerzfreien Todes und eines möglichst bewußt erlebten, unverfremdeten Sterbeprozesses zu verweisen. Unbedingt zu berücksichtigen wären auch die Güter der Einheit und Abgeschlossenheit eines individuellen Lebens<sup>84</sup> sowie der unverkürzten Entfaltung der basalen menschlichen Fähigkeit, sich als freies rationales Wesen zu vollziehen und die Wirklichkeit durch das eigene Handeln sinnvoll zu gestalten. Gerade wenn man in dezidiert moralphilosophischer Hinsicht fragt, ob die vorzeitige Beendigung des Lebens i. S. der aktiven Euthanasie bzw. des ärztlich assistierten Suizids<sup>85</sup> nicht nur faktisch gewollt und u. U. rechtswirksam verlangt werden kann, sondern ob sie auch Gegenstand einer im strikt moralischen Sinne *autonomen* Willensbestimmung z. B. i. S. I. Kants sein kann<sup>86</sup>, scheint den zuletzt genannten Gütern eine besondere Bedeutung zuzukommen<sup>87</sup>. Für Kant stellt die „Selbstentleibung“ die „Verletzung einer Pflicht gegen sich selbst“ dar.<sup>88</sup> Eine Willensbestimmung i. S. der Selbst-

<sup>84</sup> So rechnet M. C. Nussbaum die Fähigkeit, bis zum Ende eines vollständigen menschlichen Lebens leben zu können, also „nicht vorzeitig zu sterben oder zu sterben, bevor das Leben so rezipiert ist, daß es nicht mehr lebenswert ist“, zu Recht zu den menschlichen Grundfähigkeiten (vgl. 339). Auch wenn im Einzelfall strittig sein kann, worin „ein menschliches Leben von normaler Länge“ (*dies.*, Menschliche Fähigkeiten, weibliche Menschen, in: M. C. Nussbaum: *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*, Frankfurt 1999, 200) bzw. ein „volles Menschenleben“ besteht (*dies.*, *Der aristotelische Sozialdemokratismus*, in: *dies.*, *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*, Frankfurt 1999, 57), ist doch allgemein anerkannt, daß die Prozesse des Alterns und Sterbens integrale Bestandteile eines ganzheitlichen menschlichen Lebens bilden.

<sup>85</sup> Da die Frage, ob es sittlich erlaubt ist, einen anderen Menschen zu bitten, mich zu töten, letztlich auf die Frage nach der Erlaubtheit der Selbsttötung hinausläuft, und es in beiden Fällen um das Recht der Person geht, sich über die Ansprüche eines natürlichen Todes hinwegzusetzen, berühren sich beide Problemkreise hier in einer wichtigen Hinsicht.

<sup>86</sup> Für Kant kann nur ein radikal vernunftbestimmter Wille ein autonomer Wille sein. Unter Autonomie ist dabei „die Beschaffenheit des Willens, dadurch derselbe ihm selbst (unabhängig von aller Beschaffenheit des Wollens) ein Gesetz ist“ (GMS BA 87) zu verstehen. Prinzip der Autonomie ist dabei der kategorische Imperativ, d. h. „nicht anders zu wählen als so, daß die Maximen seiner Wahl in demselben Wollen zugleich als allgemeines Gesetz mit begriffen seien“ (GMS BA 87 f.). Da nur der vernunftbestimmte, gute Wille uneingeschränkt wertvoll ist, kann Kant feststellen: „Autonomie ist also der Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur.“ (GMS BA 79).

<sup>87</sup> J. P. Wils hat demgegenüber erklärt: „In jenen Fällen, wo die Interessen und Präferenzen nicht in Einklang miteinander gebracht werden können, gibt es nämlich keine übergeordnete Güterperspektive, von wo aus man zu schlichten vermag. Nur ‚Rechte‘ können solche Konfliktfälle mildern. Die ‚Patientenautonomie‘ als ein Recht ist nicht nur ein Gut neben anderen, sondern sie ist eine Schlichtungsperspektive für den Fall, daß kein Güterkonsens erreicht wird. Das Recht auf Autonomie gibt dem (subjektiven) Gut des Patienten den Vorzug im Falle eines Güterdissens.“ (237). Ohne die zentrale Bedeutung der ‚Patientenautonomie‘ in moralischer und vor allem rechtlicher Perspektive hier in irgendeiner Weise schmälern zu wollen, scheint es mir in moralphilosophischer Perspektive wenig hilfreich, zwischen ‚Gütern‘ und ‚Rechten‘ einen derartigen Gegensatz zu konstruieren. Gerade die moral(philosoph)ische Frage nach möglichen Inhalten einer autonomen Willensbestimmung wird auf diese Weise in ganz unkantischer Manier abgeschnitten.

<sup>88</sup> MdS, A 72.

tötung ist Kant zufolge nicht nur in sich widersprüchlich<sup>89</sup>, sie stellt auch einen eklatanten Verstoß gegen die Forderung der Selbstzwecklichkeit dar<sup>90</sup>. Aus der Einheit von *homo noumenon* und *homo phainomenon* bzw. aus dem Umstand, daß die physische Existenz die notwendige Bedingung der Möglichkeit des sittlichen Selbstvollzuges darstellt, ergibt sich für Kant, daß das eigene Leben so lange nicht preisgegeben werden darf, wie für den Betroffenen die wenigstens minimale Möglichkeit besteht, sich als sittliches Vernunftwesen zu vollziehen.<sup>91</sup> Wenn aber die Selbsttötung für Kant letztlich deswegen unzulässig ist, weil man sich durch sie jeder sittlichen Verpflichtung entziehen kann, was nicht widerspruchsfrei als moralisch möglich gedacht werden kann, dann ist die kantische Beweisführung auf all jene Situationen anwendbar, in denen die Handlungsfähigkeit des Subjektes und damit sein Unterstelltsein unter das moralische Gesetz noch nicht vollständig aufgehoben ist. Es liegt auf der Hand, daß von letzterem in der Standardsituation der Sterbehilfe, in der wir es *per definitionem* mit urteilsfähigen, noch nicht im Sterbeprozess befindlichen Patienten zu tun haben, keine Rede sein kann, so daß die kantische Argumentation vollumfänglich auf die Problematik der ärztlichen Tötung auf Verlangen bzw. des ärztlich assistierten Suizids anwendbar erscheint.

Einer ähnlichen Argumentation begegnet man auch bei Thomas von Aquin, der in der Selbsttötung einen Verstoß gegen die natürliche Selbstliebe des Menschen erblickt.<sup>92</sup> Wie die Zeugung von Nachkommen und die Überwindung der Unwissenheit, so rechnet Thomas auch die Erhaltung der eigenen Existenz zu jenen Gütern, auf die der menschliche Wille immer schon natürlicherweise bzw. mit Notwendigkeit ausgerichtet ist.<sup>93</sup> Die Bedeutung dieser Einsicht liegt vor allem darin, daß im sog. ‚natürlichen Wollen‘ eine Tiefendimension der *voluntas humana* freigelegt wird, die gleichermaßen als Grundlage und Grenze konkreter rationaler Willensbestimmungen fungiert. Für Thomas steht fest, daß jeder, der überhaupt irgend

<sup>89</sup> MdS, A 73: „Der Persönlichkeit kann der Mensch sich nicht entäußern, so lange von Pflichten die Rede ist, folglich solange er lebt, und es ist ein Widerspruch, die Befugnis zu haben, sich aller Verbindlichkeit zu entziehen, d. i. frei so zu handeln, als ob es zu dieser Handlung gar keiner Befugnis bedürfte.“

<sup>90</sup> MdS, A 73: „Das Subjekt der Sittlichkeit in seiner eigenen Person zernichten, ist eben so viel, als die Sittlichkeit selbst ihrer Existenz nach, so viel an ihm ist, aus der Welt vertilgen, welche doch Zweck an sich selbst ist; mithin über sich als bloßes Mittel zu ihm beliebigen Zweck zu disponieren, heißt die Menschheit in seiner Person (*homo noumenon*) abwürdigen, der doch der Mensch (*homo phainomenon*) zur Erhaltung anvertraut war.“

<sup>91</sup> Aus dieser Fähigkeit und ihrem überragenden Wert folgt für Kant nicht nur das negative Verbot der Selbsttötung, sondern auch die positive Pflicht zur optimalen Pflege und Entfaltung der eigenen Fähigkeiten und Begabungen.

<sup>92</sup> S. Th. II II 64, 5: „Seipsum occidere est omnino illicitum triplici ratione. Primo quidem, quia naturaliter quaelibet res seipsam amat: et ad hoc pertinet quod quaelibet res naturaliter conservat se in esse et corruptentibus resistit quantum potest. Et ideo quod aliquis seipsum occidat est contra inclinationem naturalem, et contra caritatem, qua quilibet debet seipsum diligere. Et ideo occisio sui ipsius semper est peccatum mortale, utpote contra naturalem legem et contra caritatem existens.“

<sup>93</sup> Vgl. S. Th. I II 94, 2.

etwas wolle, ganz unabhängig von der konkreten Art des Gewollten immer schon einschlußweise die Möglichkeit zur ungehinderten Ausübung aller zur Erlangung des konkreten Strebensziels notwendigen Handlungen und damit letztlich die optimale Entfaltung der eigenen Handlungsfähigkeit wolle. Die Existenzhaltung muß folglich in dem Maße als notwendiges Objekt rationalen Wollens begriffen werden, wie sie eine schlechthin unverzichtbare Voraussetzung für die Entwicklung und Aktuierung der individuellen Handlungskompetenz darstellt, auf die das menschliche Wollen Thomas zufolge letztlich immer schon von Natur aus ausgerichtet ist.<sup>94</sup> Zwar sind auch für Thomas durchaus Konstellationen denkbar, wo etwa zugunsten höherrangiger Güter auch eine Preisgabe der eigenen physischen Existenz nicht nur moralisch möglich, sondern im strengen Sinne sogar moralisch notwendig ist,<sup>95</sup> doch trifft dies s.E. für die normale Situation des Suizids (sowie *mutatis mutandis* für die Standardsituation der Sterbehilfe) gerade nicht zu. Ausdrücklich betont er, daß die gewöhnlichen „Nöte irdischer Existenz“ keinen legitimen Grund für die künstliche Herbeiführung des Todes abzugeben vermögen.<sup>96</sup> Die Pointe seiner naturrechtlichen Argumentation zugunsten eines deontologischen Suizidverbots liegt gerade darin, daß er einerseits im vollen Bewußtsein der Pluralität und möglichen Konflikthaftigkeit der verschiedenen Einzelziele der *inclinationes naturales* auf die Unvermeidbarkeit von Güterabwägungen verweist, daß er aber andererseits mit der überragenden Bedeutung der individuellen Befähigung zu rationalem Handeln einen objektiven Maßstab an die Hand gibt, mit dessen Hilfe sich schwierige Konfliktsituationen rational entscheiden lassen.<sup>97</sup>

Die Relevanz der kantischen Reflexionen zur Autonomie des Willens bzw. der thomanischen Ausführungen zum natürlichen Wollen für die gegenwärtige Euthanasiediskussion liegt in der Aufdeckung eines latenten Widerspruchs in der Argumentation der Befürworter einer ärztlichen Tötung auf Verlangen. Einerseits wird hier nämlich die Unverzichtbarkeit voller Einsichts- und Urteilsfähigkeit auf seiten des betroffenen Patienten betont, um die Freiwilligkeit der aktiven Euthanasie sicherzustellen und

<sup>94</sup> Zur Analyse der thomanischen Lehre von natürlichen Wollen vgl. meine Überlegungen in: Natur als Horizont sittlicher Praxis, 119–143, bes. 134f.

<sup>95</sup> Zum Martyrium vgl. z.B. InEth. III l.2 n.4.

<sup>96</sup> S. Th. II II 64, 5 ad 3: „Non licet homini seipsum interficere ... ut miseriae quaslibet praesentis vitae evadat. Quia „ultimum“ malorum hujus vitae et „maxime terribile“ est mors: ut patet per Philosophum 3 Eth. [c.9: 1115 a26]. Et ita inferre sibi mortem ad alias hujus vitae miseriae evadendas est majus malum assumere ad minoris mali vitacionem.“

<sup>97</sup> Die individuelle Handlungsfähigkeit liegt also nicht einfach auf derselben Ebene wie die verschiedenen partikulären Einzelgüter, sondern stellt eine integrative Kategorie von höherer Abstraktheit dar, die aus einer transzendentalen Analyse des menschlichen Wollens gewonnen wird. Da die Handlungsfähigkeit keine statische Größe ist, sondern von einer Fülle somatischer, psychischer und sozialer Voraussetzungen abhängt, die im Laufe eines komplexen Krankheitsprozesses vielfältigen Veränderungen unterworfen sein können, ist das moralische Gewicht der Verpflichtung zu Erhalt und Entfaltung der Handlungsfähigkeit selbstverständlich strikt vom jeweiligen Verwirklichungsgrad dieser verschiedenen Bedingungen abhängig.

mögliche Mißbräuche auszuschließen. Gleichzeitig versucht man andererseits jedoch, die Entscheidung für die ärztliche Tötung mit dem Verweis auf unerträgliche körperliche Schmerzen oder einen anderen schwersten Leidenszustand zu rechtfertigen.<sup>98</sup> Abgesehen davon, daß das Schmerzargument durch die Erfolge der modernen Palliativmedizin ohnehin tendenziell an Gewicht verliert und in der Gefahr steht, anachronistische Züge anzunehmen<sup>99</sup>, waltet zwischen beiden Argumentationsstrategien insofern eine offensichtliche Spannung, als sich die beiden Bezugspunkte – die Freiheit und das Leiden des Patienten – in aller Regel umgekehrt proportional zueinander verhalten<sup>100</sup>. Je urteilsfähiger und freier ein Patient ist, desto unwahrscheinlicher ist es, daß er sich in einem Krankheits- oder Leidenszustand befindet, der durch die vollständige Zerstörung seiner Befähigung zu rationalem Handeln gekennzeichnet ist. Umgekehrt ist damit zu rechnen, daß mit der durch den fortschreitenden Krankheitsverlauf einhergehenden zunehmenden Beschränkung der Handlungsmöglichkeiten auch eine Beeinträchtigung von Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit verbunden ist, so daß der tatsächlich schwerst leidende Patient schwerlich noch zu einer wirklich freien Willensbekundung in der Lage sein dürfte.<sup>101</sup>

Nun kann in der Standardsituation der Sterbehilfe eine vollständige Aufhebung der basalen menschlichen Befähigung zu rationalem Handeln nicht vorausgesetzt werden. Zwar mögen dem Betroffenen bestimmte sozial und individuell besonders wertgeschätzte Handlungsformen nicht länger möglich sein, doch folgt daraus noch nicht, daß ihm damit objektiv jede Gele-

<sup>98</sup> J. P. Wils stellt sogar die noch strengere Forderung auf, „daß der Sterbeprozess begonnen hat“ (242), ohne auch nur andeutungsweise zu erklären, wie dieses Kriterium mit der kurz zuvor genannten Bedingung der „prinzipielle(n) Urteils-, Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit des Patienten im Hinblick auf die Tragweite der Entscheidung zum Zeitpunkt der Deklaration seines Willens“ (ebd.) vereinbar sein kann.

<sup>99</sup> Vgl. z. B. F. Stiefel, H. J. Senn, Euthanasie und fortgeschrittenes Tumorleiden: klinische Erfahrungen in der onkologischen Palliativstation, in: ZME 39 (1993) 99–104; sowie E. Klaschik, B. Sandgathe, Das Leben des Sterbenden gestalten – Palliativmedizin, in: F. J. Illhardt, H. W. Heiss, M. Dornberg, Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen, Stuttgart 1998, 105–111.

<sup>100</sup> Das Problem besteht also nicht allein darin, daß die theoretische Behauptung eines bewußten, freien und daher wirksamen Rechtsverzichts lediglich auf der praktischen Anwendungsebene insofern auf unüberwindliche Schwierigkeiten stößt, als ungeklärt ist, ob ein derart freiwilliger Verzicht auf das Lebensrecht überhaupt jemals tatsächlich gegeben ist bzw. wie sein Vorliegen überprüft und gegebenenfalls zweifelsfrei festgestellt werden kann. Vielmehr erweist sich die Argumentation der Befürworter einer aktiven Euthanasie noch vor allen Anwendungsproblemen bereits auf der reinen Theorieebene dadurch als inkonsistent, daß sie mit dem gleichzeitigen Rekurs auf das Freiheits- und das Schmerz- bzw. Leidensargument zwei miteinander inkompatible Beurteilungsmaßstäbe bemüht.

<sup>101</sup> W. Wolbert ist daher uneingeschränkt zuzustimmen, wenn er feststellt: „Wenn die Selbstbestimmung, die Autonomie, des Patienten das entscheidende Kriterium ist, müsste die Tötung auf Verlangen in jedem Fall erlaubt sein, nicht nur bei unerträglichen Leiden. Andererseits wäre die Tötung aber bei nicht mehr zurechnungsfähigen Patienten nicht erlaubt. Gerade bei solchen ergibt sich aber auch das Problem unerträglichen Leidens. Hält man in solchen Fällen letzteres Kriterium für entscheidend, wird die Selbstbestimmung praktisch ausgehöhlt, es sei denn, man fasst die Einwilligung als notwendiges, aber nicht zureichendes Kriterium.“ (70). Das bedeutet: „Offenbar benutzt man die beiden unterschiedlichen Kriterien je nach Bedarf. Ihre Relevanz und ihr Verhältnis zueinander wären deshalb eindeutig zu klären.“ (71).

genheit genommen ist, sich als sittliches Subjekt im Handeln auszudrücken und vermittels der eigenen Praxis die Wirklichkeit des eigenen Lebens sinnvoll zu gestalten.<sup>102</sup> Wer die aktive Euthanasie daher unter diesen Bedingungen für eine legitime Handlungsoption hält, der muß nicht nur begründen, weshalb der künstlich vorzeitig herbeigeführte Tod in moralischer Hinsicht den Vorzug vor der Ausschöpfung der noch verbliebenen Handlungsspielräume verdient.<sup>103</sup> Er hat darüber hinaus zu verdeutlichen, was er unter einer ‚autonomen Willensbestimmung‘ überhaupt versteht, nachdem traditionelle Konzeptionen wie die kantische Überzeugung vom unbedingten Wert sittlichen Handelns oder die thomanische Lehre von der natürlichen Ausrichtung der *voluntas humana* auf die umfassende Entfaltung der menschlichen Grundfähigkeiten insbesondere der Befähigung zur vernünftigen Praxis für obsolet erklärt wurden. Es liegt der Verdacht nahe, daß die Protagonisten einer aktiven Euthanasie nicht nur mit einem ungeklärten Autonomiebegriff operieren<sup>104</sup>, sondern zudem in der Gefahr stehen, die für die ethische Urteilsbildung zentrale Kategorie menschlicher Handlungsfähigkeit unter dem wachsenden Druck bestimmter sozio-ökonomi-

<sup>102</sup> Bezüglich der sog. Sinnfrage wäre näherhin zwischen der aus der Außenperspektive zu beantwortenden Frage nach den objektiv vorhandenen Sinnchancen einer bestimmten Lebenssituation und der nur aus der Innenperspektive des Betroffenen zu beantwortenden Frage nach dem individuellen Sinnerlebnis als Resultat eines tatsächlichen Gebrauchs oder Nichtgebrauchs vorhandener Sinnchancen zu unterscheiden. N. Hoersters energischem Verweis auf die „Realität sinnlosen Leidens“ (147) ist sicher darin zuzustimmen, daß es nicht jedem Patienten faktisch gelingt, die ihm noch verbleibenden Sinnpotentiale auch nur annähernd optimal auszuschöpfen. Diese in *moralpsychologischer* Hinsicht außerordentlich ernst zu nehmende Tatsache stellt jedoch noch kein Präjudiz für die Beantwortung der *normativen* Frage nach der rationalen Begründetheit einer universal adressierten moralischen Pflicht dar, die sich allein durch den Aufweis objektiv vorhandener Sinnchancen und einer durchschnittlichen Befähigung zu ihrem Gebrauch beantworten läßt. Zur Vermeidung möglicher Mißverständnisse sei ausdrücklich betont, daß die aus dem Begriff der Handlungskompetenz abgeleitete Vorstellung objektiver Sinnchancen weltanschaulich neutral ist und kein bestimmtes, z. B. religiöses, Sinnkonzept voraussetzt (vgl. N. Hoerster, 156 ff.). Es wird lediglich behauptet, daß ein Lebensvollzug gewöhnlich immer dann begründeterweise als sinnvoll erlebt wird, wenn die betreffende Person ihre grundlegenden menschlichen Fähigkeiten wenigstens in einem gewissen Umfang akтуieren kann, wobei vollkommen offen bleibt, auf welche spezifischen Zielobjekte die jeweiligen Akte dabei konkret ausgerichtet sind. Da zudem lediglich eine *durchschnittliche* allgemeine Leistungsfähigkeit der Person vorausgesetzt wird, ist es unzulässig zu behaupten, die vorgetragene Argumentation sei bereits deswegen zum Scheitern verurteilt, weil sie den normalen Patienten überfordere und auf den fragwürdigen Versuch hinauslaufe, einen ausgesprochenen „Heroismus“ zur allgemeinen Norm zu erheben. So der Vorwurf von L. Siep, M. Quante, 43.

<sup>103</sup> Wenn L. Siep und M. Quante einerseits durchaus „eine Pflicht zur Hinnahme der ‚Natürlichkeit‘ des menschlichen Körpers in gewissen Grenzen akzeptieren“, andererseits jedoch betonen, diese „Hinnahme des Natürlichen“ erzwingen gerade „nicht die unbedingte Hinnahme des Lebens in allen seinen Stadien“, da der „Wunsch, sich von schweren Leiden zu befreien oder ein Leben nach einem Minimalstandard von Würde zu führen“, diese Annahme „überwiegen“ könne (41), dann bleibt nicht nur offen, aus welchem Grunde sie sich legitimiert fühlen, einem Lebensstadium, das durch eine zwar eingeschränkte, aber keineswegs gänzlich aufgehobene Handlungsfähigkeit des Menschen geprägt ist, einfach jede Würde abzusprechen. Unklar ist auch, was sie unter einem „Minimalstandard von Würde“ näherhin positiv verstehen.

<sup>104</sup> Vgl. dazu D. Callaban, When Self-Determination Runs Amok, in HCR 22 (1992) 52–55; sowie A. W. Müller, Das „Recht auf Euthanasie“. Autonomie mit Nachhilfe, in: Ethica 7 (1999) 47–67.

scher Verhältnisse aktivistisch zu verkürzen<sup>105</sup>, während es genau umgekehrt gerade darauf ankäme, die gesellschaftlichen Verhältnisse nach dem Maßstab anthropologischer Grundkonstanten zu gestalten und sie dort, wo sie diesen nicht gerecht werden, einer radikalen Kritik zu unterziehen.

Für die zwischen Anhängern und Gegnern der aktiven Euthanasie umstrittene Auslotung der Grenzen rationaler Willensbestimmung sind neben handlungs- und vernunfttheoretischen Argumenten aber auch anthropologische und psychologische Überzeugungen hochgradig bedeutsam. So betonen Verfechter des Konzepts eines natürlichen Todes nicht selten, daß die Tötung auf Verlangen bestenfalls auf den ersten Blick als humane ‚Lösung des Todesproblems‘ gelten kann, sich bei näherer Betrachtung jedoch als Symptom der strukturellen Todesverdrängung in unserer Gesellschaft entpuppt<sup>106</sup> und im Ergebnis nur allzu oft auf eine faktische Kapitulation vor jener gleichermaßen individuellen wie sozialen Herausforderung hinausläuft, die der Tod für das menschliche Leben insgesamt darstellt. Fragwürdig, weil der Einheit der menschlichen Existenz widersprechend, erscheinen ihnen nicht nur alle Versuche, den individuellen Daseinsvollzug in verschiedene Phasen zu zergliedern und anhand letztlich zweifelhafter Kriterien von Lebensqualität in lebenswerte und lebensunwerte Abschnitte einzuteilen<sup>107</sup>, sondern auch das mangelnde Gespür konsequentialistischen Denkens für die Prozeßhaftigkeit des menschlichen Sterbens, die uns insbesondere durch die Erkenntnisse der modernen Thanatologie wieder neu vor Augen gestellt wurde<sup>108</sup>. Wie für alle anderen Lebens- und Reifungskrisen, so gilt ihrer Überzeugung nach auch für die Begegnung des Menschen mit seinem Sterben und Tod, daß nicht die Haltung der Verleugnung, Verdrängung und Verweigerung, sondern nur die Annahme sowie das Ringen mit Problemen und Herausforderungen schließlich zum Wachsen und Reifen der menschlichen Persönlichkeit beiträgt. Wer sich auf diesen mühevollen Weg auch und gerade im Angesicht des Todes einlasse, der habe die Chance, ein bloß katastrophisches Todesverständnis zu überwinden und seinen Lebensweg in der Annahme des Todes zu vollenden. Während die Tötung auf

<sup>105</sup> Die einseitige Wertschätzung sozial nützlicher Aktivität insbesondere in Gestalt von ökonomisch notwendiger Erwerbsarbeit darf uns nicht übersehen lassen, daß Handlungsfähigkeit neben einer *aktiven* auch eine *passiv-kontemplative* Dimension besitzt. Handlungsfähig im umfassenden Sinne ist auf Dauer nur derjenige, der neben der Einübung möglichst effizienter Aktivität auch die Fähigkeit zur Zurücknahme des eigenen Tuns und zur Umschaltung auf eher reflexive Handlungsformen kultiviert.

<sup>106</sup> Vgl. G. Schmied, *Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft*, Opladen 1985, sowie A. Nassehi, G. Weber, *Tod, Modernität und Gesellschaft*, 1989.

<sup>107</sup> Vgl. dazu D. Broch, *Quality of Life Measures in Healthcare and Medical Ethics*, in: M. C. Nussbaum, A. Sen (Eds.), *The Quality of Life*, Oxford 1993, 95 ff.; P. Schölmerich, G. Thews, „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin, Mainz 1990; G. Seifert, *Lebensqualität in unserer Zeit. Modebegriff oder neues Denken*, Göttingen 1992; L. Nordenfelt, *Quality of Life, Health and Happiness*, Aldershot 1993; sowie *ders.*, *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Dordrecht 1994.

<sup>108</sup> Vgl. z. B. J. Wittkowski, *Tod und Sterben. Ergebnisse der Thanatopsychologie*, Heidelberg 1978.

Verlangen letztlich eine zur vermeintlich nüchternen Freiheitstat stilisierte Ausflucht vor der Lebensaufgabe des Sterbens, ja den gewaltsamen Abbruch einer im Grunde noch unvollendeten Biographie, darstellt, durch die sich der Betroffene aus welchen Gründen auch immer selbst wichtiger Reifungschancen beraubt, bietet die Anerkennung der Grenze des natürlichen Todes zwar nicht schon die Garantie, wohl aber die notwendige Voraussetzung dafür, daß der Sterbende die letzte Lebensspanne als Weg zu seinem ‚eigenen Tod‘ erleben und gestalten kann.<sup>109</sup> So bildet insbesondere die Vorstellung eines natürlichen Todes, auf den der Mensch nicht nur ein Recht gegenüber Dritten hat, sondern der darüber hinaus auch zur Quelle von Pflichten gegenüber sich selbst wird, einen jener neuralgischen Kreuzungspunkte, an dem sich die Wege eines konsequentialistischen und eines naturrechtlich-deontologischen Denkansatzes definitiv trennen. Daß und warum ich persönlich den letzteren für den besser begründeten und humaneren halte, habe ich angedeutet. Wenn man ihn akzeptiert, kann man im Blick auf die vorgelegte Analyse von Töten und Sterbenlassen feststellen, daß zwischen beiden Handlungs-Typen nicht nur eine deskriptiv aufweisbare Differenz hinsichtlich der kausalen Rolle des Akteurs besteht, sondern daß diese auch durchaus moralisch bedeutsam ist.<sup>110</sup>

## 2. Das Intentionalitätsargument

Die kausale Rolle des Akteurs ist nicht das einzige Handlungsmerkmal, mit dessen Hilfe die Anhänger der Signifikanzthese eine intrinsische moralische Differenz zwischen aktiver und passiver Euthanasie zu begründen versuchen. Nach einer nicht zuletzt innerhalb der katholischen Moralthologie verbreiteten Auffassung läßt sich ein moralisch bedeutsamer Unterschied zwischen Töten und Sterbenlassen auch in der Absicht des handelnden Subjekts nachweisen.<sup>111</sup> Wie das Kausalitäts- so tritt auch das Intentionalitätsargument in verschiedenen Versionen auf.<sup>112</sup> Die Grundstruktur der Argumentation läßt sich jedoch knapp wie folgt zusammenfassen: Während das Handlungssubjekt bei Tötungsakten stets ausdrücklich beabsichtige, dem Leben einer anderen Person ein Ende zu setzen, werde beim Sterbenlassen

<sup>109</sup> Zum Konzept des „eigenen Todes“ vgl. E. Schockenhoff, 103 ff.

<sup>110</sup> Zu einem analogen Resultat kommt auch B. C. Reichenbach, 341.

<sup>111</sup> Zwar ist die Aktiv-Passiv-Unterscheidung zunächst einmal insofern strikt von der Direkt-Indirekt-Unterscheidung abzugrenzen, als beide Gegensatzpaare einen verschiedenen handlungstheoretischen Gesichtspunkt zur Geltung bringen – die Aktiv-Passiv-Unterscheidung die verschiedene kausale Wirksamkeit des jeweiligen Handelns, die Direkt-Indirekt-Unterscheidung eine verschiedene Intention des jeweiligen Handlungssubjekts –, doch darf eine vollständige Analyse der zwischen den Handlungstypen des Tötens und Sterbenlassens waltenden Differenz keinen der beiden genannten Gesichtspunkte völlig ausblenden. Da es mir hier lediglich um den Nachweis der moralischen Asymmetrie von freiwilliger direkter aktiver Euthanasie und freiwilliger direkter passiver Euthanasie geht, soll die Direkt-Indirekt-Unterscheidung nur unter dem speziellen Blickwinkel der Frage diskutiert werden, ob in den beiden direkten Varianten der in Rede stehenden Handlungstypen die Absicht des Handlungssubjektes tatsächlich jeweils dieselbe ist.

<sup>112</sup> Vgl. den kenntnisreichen Überblick bei M. Zimmermann-Acklin, 282–350.

der Tod der schwer kranken Person nicht selbst intendiert. Die Absicht des Akteurs richte sich vielmehr darauf, keine zusätzlichen Schmerzen bzw. weiteres Leiden zu verursachen oder das Sterben nicht künstlich zu verlängern. Der Tod des Patienten werde dagegen lediglich in Kauf genommen. Gegen eine solche Argumentation wurden von verschiedener Seite Einwände erhoben. Vor allem J. Rachels hat durch die Konstruktion zweier berühmt gewordener Fallbeispiele zu zeigen versucht, daß sich die Annahme einer moralischen Differenz zwischen aktiver und passiver Euthanasie nicht auf eine unterschiedliche Intention des jeweiligen Akteurs stützen kann:

„Im ersten [Fall] hat Meier die Aussicht auf eine größere Erbschaft, falls seinem sechsjährigen Vetter etwas zustoßen sollte. Eines Abends schleicht sich Meier ins Badezimmer, wo der Sechsjährige gerade badet, und ertränkt das Kind. Danach richtet er alles so her, daß es nach einem Unfall aussieht.

Im zweiten Beispiel hat Müller ebenfalls eine größere Erbschaft zu erwarten, wenn seinem sechsjährigen Vetter etwas zustößt. Wie Meier schleicht auch er ins Badezimmer in der Absicht, das Kind im Bad zu ertränken. Doch in dem Augenblick, als er das Badezimmer betritt, sieht Müller zu seiner Freude, wie der Junge ausrutscht, sich den Kopf anschlägt und mit dem Gesicht nach vorn ins Wasser fällt. Müller steht daneben und hält sich bereit für den Fall, daß es nötig sein sollte, den Kopf des Kindes wieder unter Wasser zu drücken. Aber dazu kommt es gar nicht mehr, denn das Kind stirbt, nachdem es noch ein wenig um sich geschlagen hat, von selbst: gewissermaßen „(zufällig) durch Unfall“, während Müller alles mitansieht und nichts unternimmt.“<sup>113</sup>

Laut Rachels unterscheiden sich beide Fälle einzig und allein darin, daß es im ersten Fall um Tötung und im zweiten um Sterbenlassen geht. Eine Differenz in der Intention der beiden Akteure besteht dagegen nicht. Beide handeln „aus demselben Motiv – persönliche Bereicherung –, und beide verfolgen mit ihrem Handeln denselben Zweck“<sup>114</sup>. Ist Rachels Argumentation überzeugend? Diese Frage ist m. E. eindeutig negativ zu beantworten. Ihr entscheidender Fehler besteht darin, daß das zweite Beispiel entgegen Rachels Behauptung gar nicht den Handlungstyp des Sterbenlassens, sondern erneut denjenigen der Tötung – näherhin der Tötung durch unterlassene Hilfeleistung – illustriert. Wenn aber sowohl das Verhalten von Meier wie auch das von Müller als Tötungshandeln zu qualifizieren ist, und die einzige Differenz zwischen ihnen darin besteht, daß die verbotene Tötung das eine Mal durch ein Tun (Untertauchen des Kopfes des Kindes) und das andere Mal durch ein Unterlassen (untätiges Zusehen, wie das Kind ertrinkt) realisiert wird, dann ist es unzulässig, aus der Gleichheit der Absicht beider Akteure in diesen Fällen zu schließen, auch zwischen den alternativen Handlungstypen der aktiven und passiven Euthanasie sei keine Differenz in der Intention der jeweiligen Akteure nachweisbar. Rachels Argumentation betrifft die Ebene des Sterbenlassens überhaupt nicht und bleibt deshalb zwangsläufig ohne Erfolg.<sup>115</sup>

<sup>113</sup> J. Rachels, 258 f.

<sup>114</sup> J. Rachels, 259.

<sup>115</sup> Das betonen zu Recht auch T. Beauchamp (Antwort auf Rachels zum Thema Euthanasie, in: H.- M. Sass [Hg.], 269) und E. Schockenhoff (Ethik des Lebens, 198).



Dennoch ließe sich ganz unabhängig von Rachels mißlungener Beweisführung die kritische Frage stellen, ob es tatsächlich der Fall sei, daß bei der aktiven Euthanasie immer, bei der passiven Euthanasie dagegen niemals, der Tod des Patienten beabsichtigt werde. So hat Bruce C. Reichenbach stellvertretend für viele Kritiker erklärt:

„Es wird – zu Recht, wie ich meine – eingewandt werden, daß bei Töten und Sterbenlassen die Intention die gleiche sein mag. Einerseits kann eine Person in beiden Fällen den Tod einer anderen beabsichtigen. Ein Arzt kann beispielsweise einem hoffnungslos komatösen Patienten ein tödliches Medikament spritzen, um ihn zu töten, oder demselben Patienten die Magensonde wegnehmen, um ihn sterben zu lassen. Die Absicht kann in beiden Fällen sein, nicht das Leid des Patienten zu beenden ..., sondern seinen Tod herbeizuführen. ... Andererseits kann man töten und sterbenlassen, ohne den Tod des anderen zu beabsichtigen oder zu beabsichtigen, falsch zu handeln.“<sup>116</sup>

Obwohl Reichenbach selbstverständlich darin zuzustimmen ist, daß es sowohl Fälle unbeabsichtigten Tötens (z. B. Unfälle mit Todesfolge oder fahrlässige Tötung) als auch Fälle von Sterbenlassen gibt, bei denen der Akteur nicht nur die Vermeidung einer sinnlosen Lebensverlängerung, sondern durchaus auch den Eintritt des Todes des Patienten intendiert (obwohl die Wegnahme der Magensonde dafür m. E. ein nicht unproblematisches Beispiel darstellt!), folgt daraus noch nicht, daß zwischen den Handlungstypen der aktiven und der passiven Euthanasie überhaupt keine intentionale Differenz besteht. Der Ausdruck ‚den Tod des Patienten beabsichtigen‘ ist ungenau und doppeldeutig. Im Anschluß an die Überlegungen zum Kausalitätsargument wäre näherhin zwischen einem ‚natürlichen Tod‘ und einem ‚nicht natürlichen Tod‘ zu unterscheiden. Wer einen Menschen bewußt tötet, der intendiert den Eintritt eines nicht natürlichen Todes bei diesem Menschen.<sup>117</sup> Wer einen schwerkranken Menschen dagegen sterben läßt, dessen Absicht ist auf die Ermöglichung eines möglichst natürlichen Todes dieses Menschen gerichtet, d. h., er vermeidet gezielt alles, was dem Eintritt eines natürlichen Todes irgendwie im Wege stehen könnte. Eine möglicherweise als Nebenwirkung einer palliativen Therapie eintretende Lebensverkürzung wird dabei selbst dann, wenn sie vorhersehbar ist, nicht selbst beabsichtigt, sondern lediglich als unvermeidbare Nebenfolge der Schmerzbekämpfung in Kauf genommen, d. h., sie motiviert in keiner Weise die Handlung des Arztes.<sup>118</sup> Die entscheidende intentionale Differenz zwi-

<sup>116</sup> B. C. Reichenbach, 326 f.

<sup>117</sup> Da die freiwillige aktive Euthanasie auf Grund der für die Standardsituation der Sterbehilfe konstitutiven Rahmenbedingungen stets eine ‚absichtliche‘ bzw. sogar eine ‚vorsätzliche‘ Handlung darstellt, können die unbeabsichtigten, sog. indirekten Tötungshandlungen hier aus der Betrachtung ausgeklammert werden.

<sup>118</sup> Hinsichtlich des Unterlassens bestimmter lebenserhaltender Maßnahmen sind also verschiedenen Fallgruppen voneinander zu unterscheiden. Wer es z. B. als Arzt unterläßt, ein geistig behindertes Kleinkind, das an einer schweren Lungenentzündung erkrankt ist, kurativ zu behandeln, der läßt dieses Kind nicht etwa im strengen Sinne des Wortes bewußt sterben. Vielmehr ist sein Handeln als ungerechtfertigte Tötung zu qualifizieren, da sie kausalitätstheoretisch in Ermangelung anderer letaler Erkrankungen die einzige hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten darstellt und zudem intentional durch die z. B. eugenisch motivierte Absicht gekennzeich-

schen aktiver und passiver Euthanasie liegt also darin, daß der Tod des Patienten beim Sterbenlassen entweder überhaupt nicht selbst intendiert, sondern bloß in Kauf genommen oder aber als natürlicher Endpunkt eines in seiner Eigendynamik nicht mehr zu revidierenden Sterbeprozesses bewußt angestrebt wird, daß aber Tötungshandlungen demgegenüber wesentlich durch die möglichst rasche Herbeiführung eines nicht-natürlichen Todes motiviert werden. Daß und warum dieser deskriptive Unterschied in der Absicht des jeweiligen Handlungssubjekts in der Standardsituation der Sterbehilfe stets auch moralisch bedeutsam ist, wurde bereits im Zusammenhang mit dem Kausalitätsargument gezeigt.<sup>119</sup> Damit läßt sich anhand zweier eminent wichtiger intrinsischer Handlungsmerkmale, nämlich der kausalen Rolle des Akteurs und der die Handlung motivierenden Intention, eine Diskrepanz zwischen den Handlungstypen der aktiven und passiven Euthanasie nachweisen, deren moralisches Gewicht zu Unrecht sowohl von den Anhängern der Äquivalenzthese wie auch von den Protagonisten einer modifizierten Signifikanzthese bestritten wird.

### III. Ausblick

Die Vertreter einer strikten Signifikanzthese stimmen mit den Verfechtern einer Kompromißthese i. S. der modifizierten Signifikanzthese darin überein, daß es eine Reihe von Argumenten gegen die Annahme einer moralischen Gleichwertigkeit von aktiver und passiver Euthanasie gibt, die insofern extrinsischer Natur sind, als sie sich nicht auf die inneren Handlungsmerkmale des Tötens und Sterbenlassens beziehen, sondern auf unterschiedliche soziale Folgen beider Handlungstypen abheben. Neben dem sog. ‚Vertrauensargument‘, das in der aktiven Euthanasie eine schwere Störung der vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient erblickt, und dem sog. ‚Sicherheitsargument‘, demzufolge die passive Euthanasie auf

---

net ist, gezielt einen nicht natürlichen, vorzeitigen Tod des Kindes herbeizuführen. Derselbe ethische Sachverhalt liegt vor, wenn man einen mittellosen Patienten an einer leicht behandelbaren Krankheit sterben läßt, um das Krankenhausbett für einen zahlungskräftigeren Privatpatienten frei zu bekommen. Echtes ‚Sterbenlassen‘ i. S. der passiven Euthanasie liegt dagegen immer dann vor, wenn das ärztliche Handeln bewußt so gestaltet wird, daß es entweder die zwar notwendige, aber nicht hinreichende oder zumindest nicht die einzige hinreichende Bedingung für den Eintritt eines natürlichen Todes des Patienten ist.

<sup>119</sup> Über das dort bereits Gesagte hinaus wäre auf die Relevanz der Unterscheidung zwischen ‚motivierenden‘ und ‚bloß in Kauf genommenen‘ Handlungsfolgen für die Ausbildung des individuellen Charakters der handelnden Person aufmerksam zu machen: A. W. Müller hat in diesem Zusammenhang zu Recht betont: „Im übrigen ist der Mensch Subjekt und Bildner seines eigenen Charakters. Auch unter diesem Aspekt hat die unterschiedliche Beurteilung von beabsichtigten und unbeabsichtigten Handlungsfolgen einen guten Sinn: Die Absicht, etwas Gutes oder ein Übel zu bewirken, verrät und prägt den Charakter des Handelnden so unfehlbar, wie man das von der Freiwilligkeit, mit der man Übles oder Gutes bloß in Kauf nimmt, sicher nicht sagen kann. Grundlegende Strukturen unseres Lebens legen also von vornherein einen Standpunkt nahe, der dem Unterschied zwischen beabsichtigten und bloß akzeptierten Folgen moralische Bedeutung beimißt.“ (Töten auf Verlangen – Wohltat oder Untat?, 111.)

Grund der unüberwindlichen Fehlbarkeit medizinischer Diagnostik den sichereren Weg wirksamen Lebensschutzes darstellt, wären insbesondere die verschiedenen Varianten von ‚slippery slope-‘ bzw. ‚Dambruchargumenten‘ zu nennen, die vor allem auf unerwünschte und letztlich unkontrollierbare Ausweitungsphänomene ärztlicher Tötungshandlungen über den Bereich der strikt freiwilligen aktiven Euthanasie hinaus abheben. Da die Struktur dieser empirisch-pragmatischen Argumente recht simpel ist, kann es kaum überraschen, daß sich die bestehenden Meinungsverschiedenheiten vor allem auf die Frage konzentrieren, welches Gewicht dieser Argumentenklasse im Gesamt der Argumentation zukommen soll. Während sich die modifizierte Signifikanzthese praktisch ausschließlich auf Argumente dieser Art stützt, weil sie die handlungstheoretische Differenz zwischen aktiver und passiver Euthanasie als solche für moralisch bedeutungslos hält,<sup>120</sup> spielen dieselben Argumente innerhalb der Beweisführung der Anhänger einer strengen Signifikanzthese nur eine eher untergeordnete Rolle. Hinter dieser verschiedenen Gewichtung extrinsischer Argumente stehen im Grunde zwei höchst unterschiedliche Argumentationsstrategien, deren je spezifische Stärken und Schwächen sich komplementär zueinander verhalten. So scheint die wesentliche Stärke der modifizierten Signifikanzthese darin zu bestehen, daß sie dem Selbstbestimmungs- und Freiheitsinteressen des modernen Menschen zunächst einmal dadurch sehr weit entgegenkommt, daß sie die freiwillige aktive Euthanasie auf der Ebene des Einzelaktes für moralisch möglich erachtet. Ihre Schwäche liegt jedoch darin, daß sie diese zunächst aus der Perspektive des einzelnen Betroffenen legitimierte Handlungsoption in einem zweiten Schritt mit Blick auf bestimmte unerwünschte Auswirkungseffekte auf der Ebene einer allgemein anerkannten, gesetzlich geschützten sozialen Praxis sogleich wieder einschränken zu müssen glaubt und sich dafür nur noch bestimmter in ihrer Überzeugungskraft letztlich umstrittener extrinsischer Argumente bedienen kann.<sup>121</sup> Gegen den Erfolg einer solchen Strategie spricht nicht nur das generelle Prinzip, demzufolge der Mißbrauch einer Sache noch nicht ihren legitimen Gebrauch ausschließt,<sup>122</sup> sondern auch die historische Erfahrung, die eher in die Richtung weist, einen grundsätzlich als legitim erachteten Freiheitsspielraum auch maximal auszunutzen und mögliche Beschränkungen des individuellen Selbstbestimmungsrechts nach Möglichkeit von sozialen Fesseln und Bindungen zu befreien. Um den daraus resultierenden Schwierigkeiten von vornherein zu entgehen, setzen die Verfechter der

<sup>120</sup> Vgl. *M. Zimmermann-Acklin*, 275.

<sup>121</sup> L. Siep und M. Quante stellen in diesem Sinne fest: „Betrachtet man die Tötung eines Menschen auf seinen eigenen dringenden Wunsch hin, so ist kein Grund für ein kategorisches Verbot erkennbar. ... Eine Pflicht, sein Leben bis zum Ende auszuhalten, kann individual-ethisch nicht begründet werden. Sie kann allenfalls mit dem Beitrag zum Schutz der anderen in der Gesellschaft begründet werden.“ (43). Ähnlich auch *H. Jonas*, *Mitleid allein begründet keine Ethik*, 72 (in: *ders.*, *Dem bösen Ende näher*, Frankfurt 1993).

<sup>122</sup> Daran erinnert zu Recht auch *J. P. Wils*, 236.

Signifikanzthese noch einmal grundsätzlicher an und stellen die gemeinsame Prämisse von Äquivalenz- und modifizierter Signifikanzthese in Frage, derzufolge es unmöglich sei, vermittels intrinsischer Argumente eine moralische Differenz zwischen aktiver und passiver Euthanasie aufzuweisen. Dem Vorteil einer stärkeren konzeptionellen Geschlossenheit durch die gegenseitige Ergänzung intrinsischer und extrinsischer Argumente korrespondiert allerdings der relative Nachteil, daß die These von der handlungstheoretisch begründeten moralischen Asymmetrie von aktiver und passiver Euthanasie auf einer Reihe durchaus anspruchsvoller Voraussetzungen beruht, in deren Zentrum die Vorstellung eines natürlichen Todes steht. Zentrales Ziel des vorgelegten Kausalitäts- und Intentionalitätsargumentes war daher der Nachweis, daß der Patient in der Standardsituation der Sterbehilfe nicht nur das Recht auf einen natürlichen Tod hat, sondern daß diesem Recht auch eine strenge moralische Pflicht entspricht, sich einer substantiellen Verformung des natürlichen Todes zu enthalten, da die vorzeitige Preisgabe der Befähigung zu sittlichem Handeln nicht rational gewollt werden kann.

Allerdings sind selbst dann, wenn man prinzipiell bereit ist, dieser Argumentationslinie zu folgen und der traditionellen Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie nach wie vor eine wichtige Orientierungsfunktion für den ärztlichen Umgang mit schwerstkranken Patienten zuzubilligen, noch nicht alle Bedenken gegen eine strikte Signifikanzthese ausgeräumt. Obwohl die passive Euthanasie nämlich rein denkerisch als die humanere, ja im moralischen Sinne sogar als die einzig mögliche Form verantwortbarer ärztlicher Begleitung Schwerstkranker anzusehen ist, stellt sich die Frage, ob sie auch im klinischen Alltag praktikabel ist, ohne auf eine Überforderung von Ärzten und Patienten hinauszulaufen. Diese Frage ist um so ernster zu nehmen, als die große psychologische Anziehungskraft der Äquivalenzthese bei vielen Zeitgenossen in der bewußten oder unbewußten Vorstellung gründet, das Sterbenlassen laufe in aller Regel auf einen für alle Beteiligten langwierigen und qualvollen Prozeß hinaus, wohingegen die Tötung eine kurze schmerzlose Angelegenheit sei.<sup>123</sup> Daß diese Vorstellung jedoch auf einer Karikatur des Begriffs der passiven Euthanasie beruht und zudem eine Alternative aufbaut, die heute weithin obsolet sein dürfte, wird sofort deutlich, wenn man sich vorurteilsfrei vergegenwärtigt, worin die ärztliche Handlungsoption des Sterbenlassens *in concreto* überhaupt besteht. Nicht derjenige Arzt praktiziert im eigentlichen Wortsinn passive Euthanasie, der einem Patienten zwar die Tötung auf Verlangen verweigert, ihn jedoch ansonsten sich selbst und seinen Leiden überläßt. Von einem Sterbenlassen im Vollsinn des Wortes kann vielmehr erst da gesprochen werden, wo der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen sowohl von menschlicher Zuwendung als auch von einer auf die individuellen Bedürfnisse des jeweiligen Patienten genau abgestimmten wirksamen palliativen Therapie begleitet

<sup>123</sup> Vgl. H. Kuhse, 47.

wird, deren Erfolg es dem Schwerstkranken überhaupt erst ermöglicht, die für das Erleben eines natürlichen Todes konstitutiven Reifungsschritte tatsächlich auch zu vollziehen.<sup>124</sup> Auch wenn man im nüchternen Blick auf den klinischen Alltag in deutschen Krankenhäusern einräumen muß, daß es nicht selten Defizite im Bereich der menschlichen Begleitung<sup>125</sup> und palliativen Versorgung<sup>126</sup> Schwerstkranker gibt, ist daraus keineswegs zu folgern, die Legalisierung der Tötung auf Verlangen sei ein geeignetes Mittel, diese Unzulänglichkeiten zu überwinden. Nicht die zu Unrecht im Zentrum des öffentlichen Interesses stehende Freigabe der aktiven Euthanasie scheint das praktisch-politische Gebot der Stunde zu sein; erforderlich ist vielmehr ganz im Gegenteil der consequente Ausbau der Palliativmedizin sowie die Verbesserung der ganzmenschlichen Begleitung Schwerstkranker. Obwohl sich die hier angestellten Überlegungen zur Differenz zwischen den Handlungstypen des Tötens und Sterbenlassens auf einer ausschließlich ethischen und nicht auf einer rechtsphilosophischen Ebene bewegen,<sup>127</sup> und der moralphilosophische vom rechtswissenschaftlichen Diskurs klar zu unterscheiden ist, kann der argumentative Aufweis einer moralischen Asymmetrie zwischen aktiver und passiver Euthanasie doch für die Beantwortung der Frage nicht gänzlich folgenlos bleiben, ob wir in unserem Lande eine gesetzliche Freigabe der freiwilligen aktiven Euthanasie anstreben sollten oder nicht.

<sup>124</sup> M. von Lutterotti hat dazu klargestellt: „Moderne Schmerzbehandlung und Palliativmedizin sind heute in der Lage, Schmerzen fast immer vollständig zu nehmen und Leiden weitgehend zu lindern, so daß Frühgeborene nicht leiden müssen und auch Todkranke eine letzte noch lebenswerte und für sie oft wertvolle Zeit erleben können. Im übrigen haben die weltweiten Erfahrungen der Hospizbewegung gezeigt, daß der medizinisch und menschlich wirklich gut betreute Patient so gut wie nie einen Wunsch nach Lebensverkürzung äußert. Damit drängt sich der Umkehrschluß auf, daß es bei Äußerung solcher Wünsche und ihrer bereitwilligen Befolgung an der nötigen Hilfe gefehlt haben muß.“ (Tun und Unterlassen in der Medizin, in: ZME 44 [1998] 212).

<sup>125</sup> Oftmals fehlen bereits die notwendigen personellen und infrastrukturellen Voraussetzungen für eine Begleitung todkranker Patienten, deren idealtypische Gestaltung M. Dornberg wie folgt skizziert: „Ziel jedes medizinischen Handelns am Lebensende sollte sein, Lebensqualität, Wohlbefinden und Beziehungsfähigkeit auf einem möglichst hohen Niveau bis zum letzten Tag zu erhalten. Deshalb betonen Palliativmediziner und Hospizmitarbeiter nicht nur das Ziel exzellenter Schmerz- und Symptomkontrolle, sondern auch das Ziel, dem Patienten immer wieder als Ganzem entgegenzukommen und jeden noch so kleinen Wunsch ernstzunehmen. . . . Solch eine intensiv auf den Kranken ausgerichtete Beziehungsarbeit setzt ein interdisziplinäres Team voraus, das diese Arbeit gemeinsam trägt. Zu diesem Team gehören außer den Ärzten/Ärztinnen, Schwestern und Pflegenden auch PsychologInnen, SozialarbeiterInnen und ggf. auch Seelsorger, die ihre Arbeit gemeinsam miteinander durchführen und reflektieren.“ (102).

<sup>126</sup> Die folgende kritische Anfrage N. Hoersters kann daher nicht ernst genug genommen werden: „Ja, ist denn wirklich anzunehmen, daß jenen Patienten, denen in ihrer Situation durch Schmerzbekämpfung und Zuwendung prinzipiell geholfen werden könnte, auch tatsächlich auf diese Weise geholfen wird – falls nur Sterbehilfe ausgeschlossen bleibt? Was nützt es einem Patienten, wenn es zwar unter idealen Bedingungen möglich wäre, seinem weiteren Leben noch einen Sinn für ihn zu geben, wenn diese Bedingungen tatsächlich aber unter den gegebenen Umständen nicht für ihn erfüllbar sind?“ (140f.). Auch M. von Lutterotti räumt durchaus selbstkritisch ein: „Nun ist zuzugeben, daß gerade in Deutschland immer noch ein Defizit an ausreichender Praxis und Verbreitung richtiger Palliativmedizin besteht. Aber die Alternative kann nicht in „Einschläfern“ bestehen, sondern nur im Bemühen um bessere medizinische und menschliche Hilfe.“ (212).

<sup>127</sup> Demgegenüber argumentieren die Verfasser des „Philosopher's Brief“ auf einer primär rechtsphilosophischen bzw. verfassungsrechtlichen Ebene.