

Christof Breitsameter

## **Wann dürfen wir sterben?** Tun und Unterlassen am Ende des Lebens

Der Titel dieses Beitrags macht auf eine vergleichsweise neue Problemstellung aufmerksam. Menschen ging es früher darum einzusehen und anzuerkennen: unser Leben ist endlich, die medizinische Kunst hat Grenzen, und in diese Grenzen haben wir uns als sterbliche Wesen eben zu fügen. Die Frage lautete deshalb eher: „Warum *müssen* wir sterben?“ Menschen entwickelten eine Kultur der Endlichkeit und entfalteten eine „ars moriendi“. Heute dagegen fragen Menschen häufig: „Wann *dürfen* wir sterben?“ Viele Patienten haben den Wunsch, von ihrem Leiden erlöst zu werden und sterben zu dürfen. Die Problematik, die hier angedeutet wird, hat mit der Reichweite der medizinischen Technik zu tun, die einen Menschen selbst dann noch am Leben erhalten kann, wenn er das nicht mehr will. Ein wichtiges Problem stellt hier ohne Zweifel die Frage nach der Legitimität der so genannten aktiven Sterbehilfe dar, die im Folgenden durch die Reflexion der Unterscheidung von Tun und Unterlassen zugespitzt werden soll.

## 1. Das Problem

Die Unterscheidung von Tun und Unterlassen ist in der medizinischen Praxis von großer Bedeutung, gerade wenn es um Entscheidungen am Ende menschlichen Lebens geht. Hinter dem praktischen Entscheidungsproblem verbirgt sich freilich ein theoretisches Unterscheidungsproblem, auch wenn unsere Intuition uns sagt, dass es in bestimmten Handlungssituationen durchaus einen Unterschied macht, ob wir etwas tun oder unterlassen. Was uns intuitiv klar erscheint, wurde durch Dieter Birnbacher einer kritischen Analyse unterzogen. Eine seiner Grundfragen lautet: Ist eine wertfreie und in diesem Sinne wissenschaftlich zugängliche Lesart der Unterscheidung von Tun und Unterlassen möglich?<sup>1</sup>

In einem ersten Schritt soll das Problem aus einem Fallbeispiel heraus entwickelt werden, um in einem zweiten Schritt den Versuch einer Kritik anzuschließen. Stellen wir uns dazu folgende zwei Fälle vor: (1) Ein Krebspatient kann nur überleben, wenn er sich einer zusätzlichen Chemotherapie unterzieht. Er ist durch frühere Behandlungen schon sehr geschwächt, er lässt sich über die Heilungschancen aufklären und kommt dann zu dem Entschluss: er möchte keine weitere Therapie über sich ergehen lassen. Der Arzt, der ihn behandelt, weiß um den Zustand des Patienten, und ihm stehen die notwendigen Mittel zur Therapie zur Verfügung, aber er respektiert den Willen des Patienten, verzichtet auf die Therapie, und der Patient stirbt nach geraumer Zeit.

(2) Es ist nun aber auch denkbar, dass der Patient sagt: ich bin des Lebens so überdrüssig, dass ich auf den Tod nicht warten will. Der Arzt soll mich von diesem Leiden schnell erlösen und mir ein Mittel verabreichen, das den Tod direkt nach sich zieht. Der Arzt kommt diesem Vorschlag nach, und der Patient stirbt unmittelbar darauf.

Wir können nun beide Situationen miteinander vergleichen und dabei Ursache und Folge unterscheiden. Es zeigt sich folgendes Ergebnis: In beiden Situationen ist der Arzt Ursache für den Tod. Einmal durch sein Unterlassen, denn er hätte ja auch handeln und therapieren können, und einmal durch sein Handeln, also dadurch, dass er den Patienten auf seinen Wunsch hin tötet. Weil das beide Male zur Folge hat, dass der Patient stirbt, gibt es zwischen den beiden

---

<sup>1</sup> Vgl. Dieter Birnbacher, *Tun und Unterlassen*, Stuttgart 1995, 36-45, zur Frage nach den Bedingungen der Möglichkeit, Unterlassen zuzurechnen und zu sanktionieren.

diskutierten Möglichkeiten keinen kategorialen Unterschied. Dies gilt auch dann, wenn wir die Intentionen der Handelnden hinzunehmen, denn beide Male wird der Tod des Patienten angezielt. Das ist das verblüffende Ergebnis dieser handlungstheoretischen Analyse. Aber wir können noch einen Schritt weiter gehen und darauf aufmerksam machen, dass wir gewöhnlich keine moralischen oder rechtlichen Bedenken hegen, wenn wir einen Patienten sterben lassen, wohl aber, wenn ein Patient auf eigenen Wunsch hin getötet werden soll. Wenn wir aber das Sterbenlassen, also die so genannte passive Sterbehilfe, erlauben, dann müssen wir auch das Töten auf Verlangen, also die aktive Sterbehilfe, gestatten, denn zwischen beiden Handlungssituationen gibt es offenbar keinen normativ signifikanten Unterschied.<sup>2</sup>

## **2. Individueller Wunsch und kollektive Erwartung**

Wo soll die Kritik ansetzen? Zunächst wird der Umgang mit dem Begriff des Nicht-Handelns als problematisch markiert. Kann man ein Nicht-Handeln als Ursache für eine Folge in der Wirklichkeit betrachten? Kann man das Nicht-Handeln des Arztes als Ursache für den Tod des Patienten qualifizieren? Und wenn ja, unter welchen Umständen ist dies möglich? Eine erste Antwort lautet: Man kann das Nicht-Handeln des Arztes *nur dann* als Ursache für den Tod des Patienten qualifizieren, wenn man die normativen Vorstellungen, die im Hintergrund verborgen sind, auch explizit macht. Man muss also über die reine Handlungssituation – Ursache und Folge bzw. Intention – hinausgehen und implizite normative Vorstellungen mit in die Diskussion einbringen. Um welche normativen Hintergrundannahmen handelt es sich hier?

Wir können uns das an folgendem einfachen Beispiel vergegenwärtigen: ein Spaziergänger wandert im Winter über einen zugefrorenen See und bricht ein. Ein weiterer Spaziergänger, der Zeuge dieses Geschehens wird, hilft nicht, sondern geht weiter, obwohl, so setzen wir voraus, er hätte helfen können. Wir können diesen Menschen des schuldhaften Unterlassens nur beschuldigen, weil die normative Vorstellung für diesen Fall lautet: er hätte helfen müssen. Oder anders formuliert: wir können das Nicht-Handeln des Spaziergänger als Ursache für den Tod des Ertrunkenen nur qualifizieren, weil im Hinter-

---

<sup>2</sup> Vgl. James Rachels, *Active and passive euthanasia*, in: *New England Journal of Medicine* 292 (1975), 78-80.

grund eine kollektive Erwartung wirksam ist. Und diese kollektive Erwartung sagt: in der beschriebenen Notlage gibt es eine Verpflichtung zur Hilfe. Wir können diese Erwartung durchsetzen, indem wir Regeln etablieren und ihre Befolgung durch Sanktionen schützen. Übertragen wir das auf unser Fallbeispiel, nämlich den krebserkrankten Patienten. Die Aussage, das Nicht-Handeln des Arztes sei die Ursache für den Tod des Patienten, ist nur dann sinnvoll, wenn im Hintergrund die normative Erwartung anwesend ist: ein Arzt soll grundsätzlich heilen. Und wenn er dieser Erwartung nicht nachkommt, kann sein Nicht-Handeln tatsächlich als Ursache für den Tod des Patienten gewertet werden.

Nun geht es um die Frage, wie wir erlaubtes und unerlaubtes Nicht-Handeln unterscheiden können. In Bezug auf unsere zuerst genannten Beispiele lauten die normativen Hintergrundannahmen: Im ersten Fall soll der Arzt heilen und der Patient will leben. Hier besteht Übereinstimmung zwischen kollektiver Erwartung und individuellem Wunsch. Wo der Arzt gegen diese normativen Hintergrundannahmen handelt, macht er sich schuldig, und wir bestrafen ihn. Im anderen Fall soll der Arzt nach unserer Erwartung ebenfalls heilen, aber der Patient will sterben. Hier stimmen kollektive Erwartung und individueller Wunsch nicht überein. Und die Frage ist, wie wir mit dieser Divergenz umgehen sollen.

Zunächst entsteht dadurch die auf den ersten Blick vielleicht befremdliche, aber wichtige Konsequenz, dass das Zulassen des Sterbens nicht der Vereinbarung zwischen Patient und Arzt überlassen werden kann, sondern dass wir dafür verbindliche allgemeingültige Regeln brauchen. Ohne explizite Regeln würde die normative Signifikanz der Unterscheidung von Tun und Unterlassen zusammenbrechen, mit drastischen Konsequenzen auch auf medizinische Entscheidungslagen. Blicke nämlich das Zulassen des Sterbens der Übereinkunft zwischen Arzt und Patient überlassen, dann bestünde einerseits die Gefahr, dass der Wille des Patienten, sterben zu dürfen, missachtet wird, und es bestünde andererseits die Gefahr, dass der Wille des Patienten, leben zu dürfen, missachtet wird. Ohne verbindliche Regeln des Unterlassens sähe sich der Arzt prinzipiell dem Verdacht ausgesetzt, gegen sein Berufsethos zu verstoßen, und der Patient sähe sich prinzipiell der Willkür des Arztes ausgeliefert, beide Male zum Schaden für die Patientenautonomie. Man könnte auch formulieren: Der Patient will unter Umständen keine Fortsetzung der Therapie,

er will aber doch grundsätzlich den Zeitpunkt des Unterlassens selbst bestimmen. Der Arzt hat das Wohl des Patienten im Blick und respektiert seinen Willen, er will aber nicht, dass ein vom Patienten gewünschtes Unterlassen als Verstoß gegen sein Berufsethos gewertet wird. Und wir haben in der Tat ein vitales Interesse an dieser Unterscheidung, denn keiner von uns möchte in eine Situation geraten, in der ihm die ärztliche Hilfe, die er zurecht erwartet, versagt wird.

### 3. Zwei Arten des Unterlassens

Wir müssen nun, um diese Schwierigkeiten zu überwinden, zwei Arten des Unterlassens unterscheiden: die *unerlaubte Tötung durch Unterlassen* einerseits und das *erlaubte Zulassen des Sterbens* andererseits.<sup>3</sup> Und wir müssen begründen, unter welchen Umständen es erlaubt ist, dass ein Arzt nicht handelt, also auf eine Therapie verzichtet oder eine Therapie abbricht. Die Antwort auf diese Fragen soll mit der These eingeleitet werden, dass die Schwierigkeiten auf der *deskriptiven* Ebene – nämlich die Frage, unter welchen Voraussetzungen es sinnvoll ist, Tun und Unterlassen zu unterscheiden – ihren Ursprung auf der *präskriptiven* Ebene nehmen, nämlich in der Frage, welche Wünsche und Erwartungen die Unterscheidung leiten. Die Frage, ob der Abbruch oder der Verzicht auf eine Therapie als Tun oder als Unterlassen anzusehen sind und was daraus hinsichtlich der ethischen Bewertung von Tun und Unterlassen folgt, verweist auf ein komplexes System von Regeln, in dem individuelle Wünsche und kollektive Erwartungen gleichermaßen geborgen sind. Klar ist aber, dass die normative Signifikanz einer Unterscheidung der unerlaubten Tötung durch Unterlassen und des erlaubten Zulassens des Sterbens nicht allein handlungstheoretisch formuliert werden kann, sondern immer auch interaktionstheoretisch rekonstruiert werden muss. Wir unterscheiden also zwei Varianten des Unterlassens. Die Variante der Unterlassung, die bereits von Aristoteles und Thomas von Aquin diskutiert wurde, ist die Unterlassung einer Tat, die sowohl individuell erwünscht als auch kollektiv erwartet wird, nämlich die *Unterlassung des ärztlich Gebotenen*. In unserem Beispiel: Der Zustand eines Patienten verschlechtert sich dramatisch, so dass er ohne ärztliches Eingreifen sterben würde; der Arzt, der darauf aufmerksam wird

---

<sup>3</sup> Vgl. dazu Friedo Ricken, Artikel „Handeln und Unterlassen“, in: Wilhelm Korff u.a. (eds.), *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2, 198-201, 199.

und auch in der Lage ist, dem Patienten zu helfen, greift dennoch nicht ein, obwohl der Patient dies wünscht. Das Unterlassen einer Hilfeleistung wird hier – wenigstens tendenziell – als Tat behandelt, auch wenn, physikalisch gesehen, nichts passiert. Die Zurechnung erfolgt, um das Versäumnis nachträglich zurechnen bzw. präventiv verhindern zu können, wobei die näheren Umstände dieses Begriffs der Unterlassung noch näher diskutiert werden müssten. Die zweite Variante der Unterlassung ist die Unterlassung einer Tat, die kollektiv erwartet, individuell aber unerwünscht ist. Auf unser Beispiel bezogen: Der Zustand eines Patienten verschlechtert sich dramatisch, so dass er ohne ärztliches Eingreifen sterben würde; der Arzt, der darauf aufmerksam wird und in der Lage ist, dem Patienten zu helfen, greift dennoch nicht ein, weil es der Patient nicht wünscht.

Im Folgenden soll der normative Sinn der Unterscheidung zunächst nur dadurch kenntlich gemacht werden, dass im einen Fall von *Unterlassen* und im anderen Fall von *Geschehenlassen* gesprochen wird, mit der Gefahr allerdings, Sicherheit und Eindeutigkeit in konkreten Entscheidungslagen zu suggerieren, die es in Wirklichkeit nicht gibt. Die These lautet: die normativ bedeutsame Trennlinie zwischen den beiden geschilderten Varianten des Unterlassens kann nur vom individuellen Wunsch des betroffenen Patienten aus gezogen werden, der Patientenwunsch muss aber in Regeln seinen Ausdruck finden, die – in Regeln verallgemeinerten – kollektiven Erwartungen nicht widersprechen. Dies gilt auch für den Fall, dass der Patient seine Wünsche nicht mehr artikulieren kann. Denn wir haben ein Interesse daran, Regeln für den Fall zu vereinbaren, dass wir die Entscheidung, ob wir leben oder sterben wollen, nicht mehr selbst treffen können, und zwar so, dass diese Entscheidung von anderen Menschen in unserem Sinn getroffen wird. Da die Frage, was als gut und richtig anzusehen ist, von verschiedenen Menschen unterschiedlich beantwortet wird, muss der Patientenwille hier künstlich, durch Regeln, rekonstruiert werden. Kann der Patient also seinen Willen nicht mehr äußern, ist sein Wille durch Figuren der Repräsentation möglichst genau nachzubilden. Sein Wille bleibt in jedem Fall die letzte normative Basis für das, was medizinisch zu tun oder auch unterlassen werden darf. Ohne die verallgemeinerbare normative *Signifikanz* des Patientenwillens erscheint die Unterscheidung von Unterlassen und Geschehenlassen willkürlich, was dazu veranlassen kann, den Sinn dieser Unterscheidung generell zu bestreiten und von

einer *Äquivalenz* von Tun und Unterlassen zu sprechen.<sup>4</sup> Es ist aber einsichtig, dass es für den Patienten einen Unterschied macht, ob man die von ihm gewünschte Therapie verweigert oder ob man eine Therapie unterlässt, weil es sein ausdrücklicher Wunsch ist.

#### **4. Tun als Nichtursache und Nichttun als Ursache**

Wir betreten normativ schwankenden Boden, wenn ein Tun, das üblicherweise als gut angesehen wird, in einer bestimmten Situation unterlassen werden soll. Anders gesagt: Aus der Divergenz von individuellem Wunsch und kollektiver Erwartung entstehen Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von Tun und Unterlassen: Der, empirisch gesehen, nicht feststellbare Übergang vom Unterlassen zum Geschehenlassen kann nur innerhalb eines schützenden Regelwerks individuell punktualisiert werden: der Patient will unter diesen Umständen und zu diesem Zeitpunkt sterben dürfen; der Arzt hat in moralischer wie rechtlicher Hinsicht die Gewähr, dass das Abschalten oder Nicht-Anschalten der Apparate hier und jetzt als erwünschtes Unterlassen qualifiziert wird. Beide Seiten können so ihre berechtigten Interessen in den Prozess der Regelsetzung einfließen lassen, wodurch aber auch deutlich wird, dass die Patientenautonomie mit der Autonomie ärztlichen Handelns kompatibel sein muss und umgekehrt. Während also im Fall des Unterlassens das (auch individuell) unerwünschte Nichttun in Richtung Tun gezogen wird, damit es zurechenbar und das Gegenteil zumutbar ist, wird im Fall des Geschehenlassens das (auch individuell) unerwünschte Tun (etwa das Aussetzen lebenserhaltender Maßnahmen, das Abschalten von Apparaten oder das Einstellen der künstlichen Ernährung) in Richtung Nichttun gezogen, damit es zumutbar und das Gegenteil zurechenbar wird. Dabei bleibt in der zweiten Variante der diskutierten Unterscheidung die erste Variante insofern erhalten, als immer damit gerechnet werden muss, dass sich hinter dem auf den ersten Blick erwünschten Nichttun in Wirklichkeit ein unerwünschtes Tun verbirgt, dass also beispielsweise das Abschalten oder aber Nicht-Anschalten der lebenserhaltenden Apparate kein Geschehenlassen, sondern eben ein Unterlassen ist. Insofern kann man sich zwar in der interaktionstheoretischen Modellierung zu Unterscheidungszwecken auf die durch Regeln gelenkte Intention des Arztes beru-

---

<sup>4</sup> Vgl. zu Signifikanz- und Äquivalenzthese ausführlich Markus Zimmermann-Acklin, *Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung*, Freiburg i. Br. 2002, 223-276.

fen. Man wird aber zugeben müssen, dass die ärztliche Intention uneinsehbar und damit unüberprüfbar bleibt; vor allem kann sie in Konkurrenz zur Intention des Patienten stehen, und die Frage ist, wie und in welche Richtung diese Konkurrenz zwischen Patientenautonomie und ärztlichem Ethos dann aufgelöst werden soll.

Wir können festhalten: Die Beachtung individueller Wünsche und ihre Abhebung von dem, was kollektiv erwartet wird, sind entscheidend in der Frage der normativen Signifikanz der Unterscheidung von Tun und Unterlassen. Erst auf dem Hintergrund einer normativ bedeutungsvollen ärztlichen Praxis, also auf dem Hintergrund der kollektiven Erwartung darüber, was vom Arzt sinnvollerweise zu tun ist, ist die Unterscheidung zwischen Tun und Unterlassen von praktischer Bedeutung, so dass der *Signifikanzthese* der Vorzug zu geben ist, und zwar in der Hinsicht, dass die Intention des Patienten mit der Intention des Arztes über Regeln verknüpft ist, sich beide Seiten also verbindlichen Handlungsrestriktionen unterwerfen.<sup>5</sup> Hier kann das ärztliche Nichttun, wenn man der kollektiven Erwartung folgt, sozial relevante, das heißt sozial zuschreibbare Ursache für das Sterben des Patienten sein. Die Therapie wird dann als Handlungskomplex oder als Gesamthandlung betrachtet, so dass, auch wenn ein Gerät aktiv abgeschaltet werden muss, dieses Tun als Geschehenlassen behandelt und moralisch erlaubt werden kann; man kann sagen, dass, wenn nichts getan wird, obwohl dies erwartet wird, also auch dann, wenn keine physikalische Ursache vorliegt, dieses Nichttun als sozial zuschreibbare und normativ bedeutungsvolle Ursache bezeichnet werden und als Unterlassen moralisch wie rechtlich verworfen werden kann. Ob das auf dem Hintergrund kollektiver Erwartungen mit normativem Gewicht belastbare Nichttun im Einzelfall erlaubt oder verworfen wird, hängt vom Wunsch des Patienten ab. Das ist dadurch möglich, dass der Patient selbst über politische Prozesse Autor der Regeln ärztlichen Handelns ist, so dass er auch bestimmen kann, wann diese Regeln auszusetzen sind. Dies ist aber wiederum nur durch politische Prozesse, die kollektiv bindende Regeln hervorbringen, sinnvoll, weil sonst jene Willkür, der es ja zu wehren gilt, wieder Einzug hielte. Wenn

---

<sup>5</sup> Vgl. hierzu auch Jean-Claude Wolf, Sterben, Aktive und passive Euthanasie, in: Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie 79 (1993), 393-415; ders., Tod und Tötung, in: Kurt Bayertz (ed.), Praktische Philosophie. Grundorientierungen angewandter Ethik, Reinbek 1991, 243-277.

die in der Vergangenheit an der Regelsetzung Beteiligten auch die in Zukunft von den Regeln Betroffenen sind, kann dem Willen des Patienten am ehesten Rechnung getragen werden. Nicht eigens diskutiert werden soll hier, dass in normativen Fragen jedes Sollen auch ein Können voraussetzt.

## 5. Zur Gestaltung der Patientenautonomie

Zusammenfassend lässt sich sagen: Bei der Beurteilung der Handlungssituation, von der wir ausgegangen waren, müssen implizite normative Hintergrundannahmen, nämlich kollektive Erwartungen und individuelle Wünsche, berücksichtigt werden. Nur auf diese Weise können wir den Unterschied zwischen einem *Töten durch Unterlassen* und einem *Zulassen des Sterbens* begründen. An dieser Unterscheidung aber haben wir ein vitales Interesse. Wegen der möglichen Divergenz von kollektiver Erwartung und individuellem Wunsch darf das Zulassen des Sterbens nur unter genau geregelten Bedingungen stattfinden. Die Tötung auf Verlangen ist abzulehnen, da sonst die kollektive Erwartung, der Arzt solle heilen, enttäuscht und somit das ärztliche Ethos, das der Logik des Heilens folgt, beschädigt würde. Gerade das würde zu einer Schwächung der Patientenautonomie führen. Klar ist deshalb die Regel: keine Tötung auf Verlangen. Aber wie sieht die Regel aus, die das Zulassen des Sterbens von der Tötung durch Unterlassen unterscheidet?

Wir beantworten diese Frage unter anderem mit dem Modell der Patientenverfügung, die hier beispielhaft behandelt werden soll, weil sich die Diskussion darüber am heftigsten entzündet hat. Gegenwärtig wird vor allem die Frage der *Begrenzung der Reichweite einer Patientenverfügung* diskutiert. Damit ist gemeint: eine Patientenverfügung ist nur dann wirksam, wenn das Grundleiden irreversibel und trotz medizinischer Behandlung nach ärztlicher Erkenntnis zum Tod führen wird. Abgesehen von der Frage, welche Trennschärfe diese Formulierung überhaupt entfalten kann, wird von medizinischer Seite eingewendet, dass beispielsweise ein Herzstillstand nicht als irreversibel angesehen werden kann, weil oder besser: wenn eine Reanimation möglich ist. So muss diskutiert werden, ob es sinnvoll ist, in einem solchen Fall prinzipiell auszuschließen, dass auf die Wiederbelebung verzichtet wird, obwohl das der Patient ausdrücklich wünscht. Da jeder ärztliche Behandlung einen Eingriff in die körperliche Integrität des Menschen darstellt, der, so sieht es die gesetzliche Regelung vor, die Zustimmung des Patienten voraussetzt, ist nicht einzu-

sehen, warum dieses Prinzip für den Fall außer Kraft gesetzt werden soll, in dem eine aktuelle Willensäußerung zwar nicht möglich ist, der Wille des Patienten aber beispielsweise durch eine Verfügung klar eruiert werden kann.<sup>6</sup> Durch dieses Modell der Begrenzung der Reichweite einer Patientenverfügung entsteht die Gefahr, dass die Patientenautonomie auf unzulässige Weise eingeschränkt wird.

Ein zweites Modell, das in der Diskussion steht, lehnt jegliche Begrenzung der Patientenverfügung ab. Auch hier ist eine kritische Anmerkung angebracht. Wir berühren hier nämlich erneut die Spannung zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Fürsorge. Dies soll an folgender Studie demonstriert werden.<sup>7</sup> Forscher befragten 287 Patienten über 60 Jahre: „Wünschen Sie im Fall eines Herzstillstandes eine Wiederbelebung?“ Nachdem die Patienten über die Überlebenschancen aufgeklärt worden waren, fiel die Antwort von 41% auf 22% Zustimmung. Beträgt die Lebenserwartung nach einer Wiederbelebung unter den genannten Umständen weniger als ein Jahr, wünschen sogar nur noch 5% die Reanimation. Diese Beobachtungen führen zu der Schlussfolgerung, dass die Patientenautonomie nur im Dialog zwischen Arzt und Patienten in Geltung gesetzt werden kann.

Ausgehend von diesen beiden Möglichkeiten schlägt der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio einen dritten Weg in der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen vor. Grundsätzlich sind alle Patientenverfügungen wirksam. Unterschiede in der Verbindlichkeit sind nur wie folgt sinnvoll: Uneingeschränkte Rechtsverbindlichkeit ist nur gegeben bei (a) dokumentierter ärztlicher Beratung, hinreichender Präzisierung sowie (c) Schriftform oder äquivalenter Dokumentation. In allen anderen Fällen ist die Verfügung für den Arzt nicht strikt verbindlich, sie stellt aber immer noch das stärkste Indiz für den mutmaßlichen Willen des Patienten dar. Diese Abstufung bildet auch die Wirklichkeit gut ab, denn tatsächlich möchten Patienten ihrer Verfügung unterschiedliche Verbindlichkeitsgrade geben. Untersuchungen haben gezeigt,

---

<sup>6</sup> Vgl. Gian Domenico Borasio, Selbstbestimmung im Dialog. Die Beratung über Patientenverfügungen als Ausdruck ärztlicher Fürsorge, in: Christoph Meier/Gian Domenico Borasio/Klaus Kutzer (eds.), *Patientenverfügung. Ausdruck der Selbstbestimmung – Auftrag zur Fürsorge*, Stuttgart 2005, 148-156, 154.

<sup>7</sup> Vgl. Donald J. Murphy/David Burrows/Sara Santilli/Anne W. Kemp/Scott Tenner/Barbara Kreling/Joan Teno, The influence of the probability of survival on patients' preferences regarding cardiopulmonary resuscitation, in: *New England Journal of Medicine* 330 (1994), 545-549.

dass die meisten Patienten, nämlich 69%, eine starke Verbindlichkeit der Patientenverfügung wünschen, immerhin 24% eine mittlere und noch 6% nur eine schwache Verbindlichkeit.

Der vermittelnde Vorschlag hat den Vorteil, dass der Patient selbst entscheiden kann, wie viel Verbindlichkeit er seiner Verfügung zumessen will. Auch wenn er sich eher für die ärztliche Fürsorge entscheidet, also wenig oder nichts regeln will, ist das Ergebnis seiner autonomen Entscheidung. Durch den Vorschlag wird aber auch klar: es wird auf alle Fälle ein Anreiz gesetzt, das Gespräch mit dem Arzt zu suchen und aufgrund der ärztlichen Aufklärung eine konkrete Form der Patientenverfügung zu finden. Deshalb schlägt Borasio zu folgendem Stufenmodell vor: An erster Stelle steht die allgemeine medizinische Indikation. In vielen Entscheidungssituationen ist die Frage nach dem vorausverfügten oder mutmaßlichen Patientenwillen entbehrlich, weil für die zur Diskussion stehende Maßnahme bereits die medizinische Indikation fehlt. Dies ist immer dann der Fall, wenn kein vernünftiges Therapieziel vorhanden ist bzw. ein solches mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht oder nicht mehr erreicht werden kann.<sup>8</sup> Erst auf dem Hintergrund der allgemeinen medizinischen Indikation kommt die individuelle Indikation ins Spiel und damit die Frage, was der mutmaßliche Wille des Patienten ist. Dem Willen des Patienten, nicht behandelt zu werden, ist nach Ansicht Borasios aber auch dann Vorrang einzuräumen, wenn ein vernünftiges Therapieziel besteht.

## **6. Expertenwissen**

Vielleicht keimt an dieser Stelle der Verdacht auf, die Patientenautonomie sei nicht nur ein Ideal, sondern geradezu eine Illusion, weil der Patientenwunsch durch Expertenwissen überlagert und der Diskurs um die Autonomie des Patienten – theoretisch wie praktisch – nur als Expertendiskurs geführt werden kann, also in erster Linie von Medizinern, Juristen und Politikern, von Philosophen und Theologen. Man kann natürlich auch Angehörige als Experten betrachten und behandeln und ihr Wissen über Regeln mit dem Wissen anderer

---

<sup>8</sup> Vgl. Gian Domenico Borasio, Selbstbestimmung im Dialog. Die Beratung über Patientenverfügungen als Ausdruck ärztlicher Fürsorge, in: Christoph Meier/Gian Domenico Borasio/Klaus Kutzer (eds.), *Patientenverfügung. Ausdruck der Selbstbestimmung – Auftrag zur Fürsorge*, Stuttgart 2005, 148-156, 154.

Experten verknüpfen. Klar bleibt dabei immer: so wie wir uns dieses hoch spezialisierten Wissens gerade in praktischer Hinsicht alltäglich versichern, können wir auch den Verzicht darauf nicht anders als über Expertenkommunikation sicherstellen. Dass dabei Restbestände bleiben, wie überall, wo es gilt, Regeln anzuwenden, dass also der Patient nur aufgrund von durch Experten getroffene Entscheidungen selber entscheiden kann oder, wenn er nicht mehr entscheiden kann, durch Experten über ihn entschieden wird, stellt weder die Berechtigung der Regeln noch die Autonomie des Patienten grundsätzlich in Frage. Denn auch wenn das individuell Wünschenswerte über politische Prozesse und durch rechtliche Regulierungen zu kollektiver Erwartbarkeit verdichtet und verfestigt wird, bleibt eine letzte Sicherheit und Eindeutigkeit eine Illusion.<sup>9</sup> Klar ist aber, dass die Autonomie des Patienten nur über die Bindung an allgemein verbindliche Regeln zustande kommt. Kollektiv verbindlich wird der normative Anker der Unterscheidung von Tun und Unterlassen am Ende des Lebens, nämlich der Patientenwunsch, allein durch formale Prozesse der politischen Willensbildung, die freilich die Autonomie ärztlichen Handelns unbedingt zu respektieren hat. Der individuelle Wunsch wird dadurch zu allgemein verbindlichen Regeln verarbeitet. Diese Regeln können variiert, also ihrem Umfang und ihrer Dichte nach gestaffelt und gestuft sein. Gesetzliche Regelungen grundsätzlicher wie konkreter Natur oder ein ärztliches Ethos haben darin genauso ihren Platz wie eine Patientenverfügung.

## 7. Zusammenfassung

Zuletzt soll noch einmal die Eingangsfrage thematisiert werden: ist die Unterscheidung von Tun und Unterlassen rein *deskriptiv* möglich, oder setzt sie bereits eine *präskriptive* Einstellung in Form einer Wertung voraus? Die erarbeitete These lautet: (1) die Unterscheidung von Tun und Unterlassen ist deskriptiv insofern möglich, als sie keine (vielleicht auch nur verborgene) präskriptive Haltung voraussetzt und damit die Anwendung in moralischen oder rechtlichen Fragen nicht präjudiziert. (2) Die Unterscheidung von Tun und Unterlassen verfährt zwar deskriptiv, sie kommt aber nicht ohne präskriptive

---

<sup>9</sup> Vgl. zur Unaufhebbarkeit der Asymmetrie zwischen Patientenautonomie und Expertenwissen aus soziologischer Sicht Armin Nassehi, *Geschlossenheit und Offenheit. Studien zur Theorie der modernen Gesellschaft*, Frankfurt am Main 2003, 303 ff.

Bestandteile aus, d.h. konkret, sie setzt Erwartungen und Wünsche als präskriptive Elemente voraus, und sie erhält im Horizont von Erwartungen und Wünschen überhaupt erst ihren Sinn. Man könnte sagen: Die Unterscheidung von Tun und Unterlassen ist wertfrei möglich, sie verwendet aber normativ bedeutungsvolle Elemente. (3) Die Verankerung der normativ signifikanten Unterscheidung von Tun und Unterlassen im Willen des Patienten kann über Prozesse der Regelbildung erfolgen, weil die an der Etablierung der Regeln Beteiligten daran als potentiell Betroffene ein vitales Interesse hegen.

Die Unterscheidung von Tun und Unterlassen ist also an einen praktischen Sinn geknüpft und hat die Fragen zu stellen: Was ist der Wunsch des Betroffenen? Welche kollektiven Erwartungen bestehen? Welche Konvergenzen oder Divergenzen zwischen individuellen Wünschen und kollektiven Erwartungen sind zu konstatieren, und wie verhalten sich die betroffenen bzw. beteiligten Akteure dazu? Wie verhalten sich die Betroffenen und die Beteiligten zueinander, und wie können die potentiell Betroffenen als aktuell Beteiligte agieren? Wie ist mit Kollisionen zwischen individueller und kollektiver Sichtweise zu verfahren? Ist den Wünschen des einzelnen oder den Erwartungen der Allgemeinheit der Vorzug zu geben? Und welche Folgen ergeben sich jeweils daraus? Welche Intentionen können bzw. sollen durch welche Regeln neutralisiert werden, so dass wir sicher gehen können, dass die Beteiligten den Betroffenen stets so behandeln, wie er behandelt werden will, ohne gegen ihre eigenen berechtigten Interessen zu verstoßen?

## **8. Wo bleibt die Theologie?**

Schließlich stellt sich die Frage: Wo bleibt hier die Theologie? Die Aussagekraft der Theologie hinkt hinter der beschleunigten technischen Entwicklung zurück, das ist der erste Eindruck, den wir gewinnen. Wir haben in einem ersten Schritt philosophische Fragen diskutiert, wir haben dann medizinische Erkenntnisse mit einbezogen. Was aber hat die Theologie noch zu sagen, wenn die Fragen der Patientenautonomie scheinbar allein zwischen Philosophie und Medizin ausgehandelt werden können? Was könnte der theologische Mehrwert der Diskussion um die Patientenautonomie am Ende des Lebens sein? Zunächst gilt: die Theologie hat sich dem philosophischen Diskurs zu stellen, sie muss in begrifflicher und argumentativer Hinsicht kompatibel mit den Begründungsstrategien der Philosophie sein. Dazu gehört auch, dass empirische

Daten zur Kenntnis genommen werden. Man kann auch sagen: Begrifflichkeit der Philosophie und Empirie der Medizin dürfen nicht einfach übersprungen werden. Der Theologie wird deshalb nicht die Begründung, sondern die Mitwirkung an der Entdeckung und Überlieferung ethischer Normen zugesprochen.

Aber erschöpft sich damit ihr Beitrag? Die Antwort auf diese Frage soll mit folgender Überlegung angedeutet werden. Wenn man eine Regel aufstellt, die besagt: nur wenn ein ausdrückliches und aktuelles Einverständnis vorliegt, also nur bei einwilligungsfähigen Patienten, darf der Arzt den Patienten auch aktiv töten. Könnte man sich mit dieser Regelung dann nicht zufrieden geben? Man kann dagegen halten: der Patient, der verlangt, dass der Arzt ihn tötet, ist vielleicht weniger autonom, als es scheint: er mag sich dem Druck von Angehörigen oder dem Druck der Gesellschaft ausgesetzt sehen, offen oder verdeckt, vor allem wenn er eine kosten- und pflegeintensive Krankheit hat. Diese ausgesprochenen oder unausgesprochenen Vorwürfe könnten lauten: es wäre besser, wenn diese Therapiemöglichkeiten nicht mehr in Anspruch genommen würden, etwa im Interesse der Gesellschaft. Dass diese Behauptung nicht unbegründet ist, haben Untersuchungen gezeigt, in denen klar wurde, dass sich das Wertspektrum des Menschen am Ende des Lebens hin zu einem ganz deutlich ausgeprägten Altruismus verschiebt, so dass er für die genannten Vorwürfe durchaus empfänglich ist.<sup>10</sup>

Deshalb muss die Identität der Patientenautonomie geschützt werden, und sie kann nur geschützt werden, wenn man einen letzten Schritt geht und sagt: die philosophische und medizinische Argumentation braucht einen letzten verbindlichen Halt. Das bedeutet, dass der Mensch auch in seiner Hilflosigkeit stets noch als Person geachtet wird. Der Glaube motiviert in diesem Sinne ethisches Verhalten auch noch in Situationen, in denen unser Gegenüber hilflos ist und die Achtung dieses hilflosen Menschen keine Vorteile mehr verspricht. Neben der motivierenden Funktion prägt der Glaube aber zweitens den Umgang mit unserer Endlichkeit. Wir können unsere Endlichkeit und Fehlerhaftigkeit annehmen, denn nicht die Heilungsbedürftigkeit, sondern die Heilsbedürftigkeit macht die Spitze des Menschseins aus. In diesem Sinne betont der christliche Glaube die Endlichkeit des Menschen, und zwar auch im

---

<sup>10</sup> Vgl. hierzu Martin Fegg et al., *Personal Values and Individual Quality of Life in Palliative Care Patients*, in: *Journal of Pain and Symptom Management* 30(2005),154-159.

Sinne der Grenzen des Machbaren. Institutionen der Medizin sollen deshalb so beschaffen sein, dass sie mit dem Menschen als einem endlichen, begrenzten, fehlerfähigen und oft scheiternden Wesen rechnen. Institutionen sollen nicht den Menschen im Sinn der Optimierung berechenbar machen, sondern der Mensch muss in seiner Schwäche Mensch bleiben können. Deshalb ist die Frage „Wann dürfen wir sterben?“ tatsächlich eine neue Frage, aber die ältere Frage bleibt uns darüber nicht erspart, sie ist letzten Endes sogar die vordringliche Frage: Wie kommen wir mit unserer Endlichkeit zurecht?

### **Literatur:**

*Birnbacher* Dieter, Tun und Unterlassen, Stuttgart 1995.

*Gesang*, Bernward, Aktive und passive Sterbehilfe – Zur Rehabilitation einer stark kritisierten deskriptiven Unterscheidung, in: Ethik in der Medizin 13 (2001), 161-175.

*Joerden*, J. C., Unterlassung, Unterlassen, in: Ritter, Joachim, Historisches Wörterbuch der Philosophie, Band 11, Darmstadt 2001, 303-308.

*Ladd*, John, Active and Passive Euthanasia, in: John Ladd (ed.), Ethical Issues Relating to Life and Death, New York/Oxford 1979, 164-186.

*Nassehi*, Armin, Geschlossenheit und Offenheit. Studien zur Theorie der modernen Gesellschaft, Frankfurt am Main 2003.

*Rachels*, James, Active and Passive Euthanasia, in: New England Journal of Medicine 292 (1975), 78-80.

*Rachels*, James, Euthanasia, Killing, and Letting Die, in: Ladd, John (ed.), Ethical Issues Relation to Life and Death, New York/Oxford 1979, 146-163.

*Ricken*, Friedo, Handeln und Unterlassen, in: Korff, Wilhelm u.a. (eds.), Lexikon der Bioethik, Band 2 Gütersloh 1998, 198-201.

*Sass*, Hans-Martin (ed.), Medizin und Ethik, Stuttgart 1989.

*Spaemann*, Robert, Nebenwirkungen als moralisches Problem, in: Spaemann, Robert, Kritik der politischen Utopie, Stuttgart 1977, 167-183.

*Wolf*, Jean-Claude, Zur Verwendung von Gedankenexperimenten und Szenarien in der Ethik, in: Klaus Stiegleder/Dietmar Mieth (ed.), Ethik in den Wissenschaften. Ariadnefaden im technischen Labyrinth? Tübingen <sup>2</sup>1991, 242-256.

*Zimmermann-Acklin*, Markus, Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung (Studien zur theologischen Ethik 79), Freiburg i. Br. 1997.