

AKTIVE UND PASSIVE STERBEHILFE (EUTHANASIE). ZUM STAND DER ETHISCHEN DEBATTE

1. Sprachgebrauch

Das Wort ‚Sterbehilfe‘ wird heute gewöhnlich anstelle des Wortes ‚Euthanasie‘ (griech. eu-thanasia [εὐθανασία]: sanfter, guter Tod) verwendet. In der Antike verstand man unter ‚Euthanasie‘ die Hilfe zu einem guten Tod. Die Bedeutung engt sich in späterer Zeit ein auf die absichtliche Abkürzung des Sterbeprozesses durch Tötung. Im deutschen Sprachraum wurde das Wort ‚Euthanasie‘ durch das sozialdarwinistisch motivierte Tötungsprogramm der Nationalsozialisten diskreditiert. Das Wort ‚Sterbehilfe‘, das den Unterschied zur selektiven Tötung von Menschen markieren soll, wird seinerseits in einem mehrfachen Sinne verwendet: (1) Sterbehilfe als *Sterbebeistand* bzw. *Sterbegleitung* (= *Hilfe beim Sterben*): Es handelt sich um Hilfe zu einem guten Tod bei alten bzw. sterbenskranken Menschen durch angemessene Pflege, schmerzlindernde Behandlung, mitmenschliche und seelsorgliche Begleitung. Hiervon zu unterscheiden ist (2) Sterbehilfe als *passive Hilfe zum Sterben*: In der Regel geschieht dies bei Schwerkranken, die nicht mehr geheilt werden können und deren Sterbephase durch die intensivmedizinische Behandlung lediglich verlängert wird, (a) durch ausdrücklichen Verzicht auf lebensverlängernde medizinische Maßnahmen oder (b) durch Abbruch dieser Maßnahmen. Die Initiative zur Unterlassung bzw. zum Abbruch intensiv-medizinischer Behandlung kann vom Patienten, nahen Angehörigen oder von den behandelnden Ärzten ausgehen. Im juristischen Sprachgebrauch unterscheidet man (3) die *indirekte* von passiver *Sterbehilfe*, bei der eine eventuelle Verkürzung des Sterbeprozesses durch die Verabreichung schmerzstillender Mittel in Kauf genommen wird. (4) *Aktive Sterbehilfe* bezeichnet das direkte Eingreifen in den Sterbeprozess durch Tötung des Patienten. Sie erfüllt den Tatbestand einer „Tötung auf Verlangen“, wenn der Patient ausdrücklich darum bittet (u. U. auch durch eine sogen. Patientenverfügung). Daneben gibt es aktive Sterbehilfe auch bei Patienten mit schweren Leiden, die ihrerseits nicht mehr in der Lage sind, um ihre Tötung zu bitten, bei denen nahestehende Angehörige (u. U. amtlich bestellte Vertreter) oder die behandelnden Ärzte entschei-

den. Der Ausdruck 'Sterbehilfe' ist in diesem Kontext eigentlich ein Euphemismus. Besser spricht man von 'Tötung auf Verlangen' bzw. 'Beihilfe zur Selbsttötung', denn mit 'Hilfe' haben diese Handlungstypen nichts mehr zu tun.

(5) Die Tötung schwerstgeschädigter Neugeborener (häufig als ‚Früheuthanasie‘ bezeichnet) bzw. der Behandlungsverzicht durch „Liegenlassen“ werden von einigen Autoren ebenfalls im Kontext der Sterbehilfe behandelt, sollen hier aber von der weiteren Behandlung ausgeklammert werden.

2. Streitpunkte der Sterbehilfedebatte

Zur Diskussion steht in der derzeitigen Ethikdebatte die Frage, ob die aktiv/passiv Unterscheidung in Bezug auf die Sterbehilfe moralisch artunterscheidend relevant ist. Gibt es zwischen den Handlungstypen der bewusst intendierten ärztlichen Tötung i.S. der freiwilligen direkten Sterbehilfe und dem einvernehmlichen Verzicht auf weitere therapeutische Behandlung bzw. auf deren Abbruch bei infauster Prognose eine moralische Symmetrie, wie viele behaupten, oder nicht?¹

Unumstritten ist, dass diese Unterscheidung für die meisten Menschen unmittelbar plausibel erscheint, strittig ist dagegen, ob dieser lebensweltliche Konsens einer kritischen Prüfung standhalten kann. Mögen einige so weit gehen zu behaupten, auch deskriptiv sei kein Unterschied zwischen aktiv und passiv in bezug auf Sterbehilfe festzustellen, so konstatieren andere zwar einen deskriptiv fassbaren Unterschied, messen ihm aber moralisch keine Bedeutung bei.

Folgende Positionen lassen sich systematisieren:

(a) strikt: intrinsische Merkmale sind moralisch relevant

(1) Signifikanzthese

(b) modifiziert: extrinsische Gründe geben den Ausschlag

(2) Äquivalenzthese: Es gibt keinen moralisch relevanten Unterschied.

¹ Unter vielen wäre hier vor allem Dieter Birnbacher, *Tun und Unterlassen*, Stuttgart 1995, zu nennen. Im folgenden stütze ich mich u.a. auf den wichtigen Beitrag von Franz-Josef Bormann, *Töten oder Sterbenlassen? Zur bleibenden Bedeutung der Aktiv-Passiv-Unterscheidung in der Euthanasiediskussion*, in: *ThPh* 76(2001)63-99.

(3) Kompromisstheese: Der Unterschied ist nicht in allen Fällen relevant.

Unbrauchbare Argumente in der Auseinandersetzung sind:

- (1) das Heiligkeitsargument in seiner religiösen bzw. säkularen Variante;
- (2) die Verabsolutierung partikulärer Einzelgüter unter Missachtung der axiologischen Differenz;
- (3) die Gleichsetzung der Differenz von Töten und Sterbenlassen mit jener von Tun und Unterlassen.

2.1 Tradition und kirchliches Lehramt

Die christliche Tradition hat das Tötungsverbot folgendermaßen zu begründen versucht: Gott als dem Schöpfer und Eigentümer des menschlichen Lebens kommt das Verfügungsrecht über dieses Leben zu und nicht dem Menschen. Man schränkte den Geltungsumfang ein: Die *direkte* Tötung eines *Unschuldigen* stellt einen Eingriff in die Hoheitsrechte Gottes dar (vgl. Gen 4,15; 9,5), während die Tötung im gerechten Krieg, die rechtmäßige Verhängung der Todesstrafe sowie die Tötung des Angreifers bei Selbstverteidigung als letztes Mittel vom allgemeinen Tötungsverbot ausgenommen wurden. Augustinus schließt den Suizid ausdrücklich in das Tötungsverbot mit ein² und beeinflusst mit seiner Auffassung die weitere Tradition, die das Verbot der Selbsttötung in der Regel ohne jede Einschränkung verstand. Neben der Anmaßung göttlicher Hoheitsrechte werden als weitere Gründe gegen die Erlaubtheit der Selbsttötung angeführt: Sie stellt ein Unrecht gegenüber der Gemeinschaft dar, insofern man sich den Liebespflichten gegenüber den Nächsten entzieht, und sie widerspricht der Selbstliebe und dem natürlichen Streben nach Selbsterhaltung.³ Als zusätzliches Argument gegen den Suizid aus dem Motiv heraus, „irgendwelchen Übeln des gegenwärtigen Lebens“ zu entgehen, führt Thomas an: Wer so handelt, zieht das "äußerste und furchtbarste aller Übel dieses Lebens", den Tod, einem beschwerlichen Leben vor, er wählt also das größte Übel,

² Vgl. De civitate Dei I 20,22.

³ Vgl. u. a. Thomas von Aquin, Summa theologiae II-II 64,5.

um einem geringeren Übel zu entrinnen.⁴ Obwohl Thomas dieser Überlegung keinen besonderen Rang einräumt, stellt sie unter den von ihm und anderen vorgebrachten Gründen das überzeugendste Argument dar. Denn der Schluss vom exklusiven Hoheitsrecht Gottes über Leben und Tod auf die moralische Unerlaubtheit der Fremd- wie Selbsttötung ist ein Fehlschluss, insofern es sich um eine analytische Aussage handelt: Du darfst nicht töten, weil du dazu kein Recht hast.⁵ Das besagt lediglich: Wir haben das Verhalten zu unserem eigenen Leben wie zu dem der anderen zu verantworten. Was aber verantwortet werden kann, sagt das Prinzip vom Hoheitsrecht Gottes über das Leben nicht. Insofern christliche Ethik das Prinzip von der Unverfügbarkeit des Lebens, das dem Prinzip des Hoheitsrechtes Gottes über das Leben korrespondiert, zu keiner Zeit ohne jede Ausnahme als gültig verstanden hat (neben den bereits aufgezählten Ausnahmen gehören auch Martyrium, Selbstopfer des Lebens um eines anderen oder der Gemeinschaft willen oder zur Wahrung eines wichtigen Geheimnisses angesichts der Folter), stellt sich die Frage, welche Güter mit dem fundamentalen Gut des Lebens in Konkurrenz treten können, so dass eine Güterabwägung sinnvoll erscheint. Wäre das Leben das höchste aller Güter, so ließen sich auch die Ausnahmen vom Tötungsverbot nicht rechtfertigen. Die Fortschritte in der Medizin im allgemeinen und besonders im Bereich der Intensivmedizin ermöglichen es nicht nur, mehr Krankheiten als bisher zu heilen, sondern sie verlängern u.U. auch den Prozess des Sterbens, ohne dass begründete Aussicht auf Heilung besteht. Nach Papst Pius XII. sollen bei schwerer Krankheit Ärzte „gewöhnlich nur zum Gebrauch der (entsprechend den Umständen, dem Ort, der Zeit, der Kultur) üblichen Mittel, d.h. der Mittel, die keine außergewöhnliche Belastung für einen selbst oder andere mit sich bringen“⁶, verpflichtet sein. Denn eine "strengere Verpflichtung wäre für die Mehrzahl der Menschen zu schwer und würde die Erlangung wichtigerer Güter zu sehr erschweren. Leben, Gesundheit und jede irdische Aktivität sind in der Tat geistigen Zielen untergeordnet“⁷. Zur Erhaltung des Lebens um jeden Preis ist also niemand moralisch

⁴ Summa theologiae II-II 64,5 ad 3.

⁵ Vgl. Schüller Die Begründung sittlicher Urteile, Düsseldorf 1980, 238-251.

⁶ Ansprache vom 24.9.1957 an Ärzte, in: HerKorr 12, 228-230,229.

⁷ Ebd.

verpflichtet. Diese Lehre findet in der *Erklärung* der römischen Glaubenskongregation zur Euthanasie (5.5.1980)⁸ Bestätigung und Präzisierung. Die *Erklärung* weiß um die Trennschärfe der Ausdrücke "gewöhnliche" und "außergewöhnliche Mittel" angesichts des Fortschritts in der modernen Medizin. Ob man statt dessen zwischen „verhältnismäßigen“ und „unverhältnismäßigen“ Mitteln unterscheiden sollte, lässt die *Erklärung* offen. Prinzipiell sollte gelten: „Auf jeden Fall kann die richtige Abwägung der Mittel nur gelingen, wenn die Art der Therapie, der Grad ihrer Schwierigkeiten und Gefahren, der benötigte Aufwand sowie die Möglichkeiten ihrer Anwendung mit den Resultaten verglichen werden, die man unter Berücksichtigung des Zustandes des Kranken sowie seiner körperlichen und seelischen Kräfte erwarten kann“⁹. Medizinische Maßnahmen, die das Leben verlängern, aber die freie Selbstbestimmung des Menschen auslöschen, ihn gar „zu einem dressierten bloßen Sinnenwesen oder zu einem lebenden Automaten degradieren“¹⁰, sind moralisch unerlaubt. Die Enzyklika „*Evangelium vitae*“ Johannes Pauls II. (25.3.1995) bestätigt diese Position ausdrücklich (vgl. Nr. 65) und insistiert auf der moralischen Relevanz der Unterscheidung zwischen aktiver Tötung und Sterbenlassen, wobei zur Tötung auch eine Unterlassung zählt, "die ihrer Natur nach und aus bewusster Absicht den Tod herbeiführt, um auf diese Weise jeden Schmerz zu beenden" (Nr. 65).

2.2 Kausaltheoretische Überlegungen

Bei den folgenden Überlegungen wird stets die sogen. Standardsituation der freiwilligen aktiven Sterbehilfe vorausgesetzt.

„Standardsituation“ einer „Tötung auf Verlangen“ :

1. „Der Patient befindet sich in einem schweren und hoher Wahrscheinlichkeit irreversiblen Leidenszustand.

⁸ In: HerKorr 34(1980) 451-454.

⁹ Ebd. 454.

¹⁰ Pius XII (14.9.1952), in: Herder Korrespondenz 7(1952) 71-76, 73.

2. Der Patient äußert ernstlich, über einen längeren Zeitraum wiederholt (nicht nur während eines vorübergehenden Schmerz- und Krisenzustands) das Verlangen zu sterben.
3. Der Patient ist sich über die Tragweite seines Verlangens im klaren.“¹¹

Unter kausaltheoretischer Rücksicht ist bei der aktiven Sterbehilfe also nicht nur das Tun des Arztes ursächlich, sondern mindestens zwei weitere Faktoren ebenso: *erstens* das unheilbare Grundleiden und *zweitens* die Bitte des Patienten aufgrund seines Leidens um Tötung.

Die Unterscheidungen zwischen notwendiger bzw. nicht-notwendiger und hinreichender bzw. nicht-hinreichender Bedingung sind für die Frage nach der moralischen Relevanz der aktiv/passiv Unterscheidung grundlegend. Konsens besteht in der Auseinandersetzung um diese Frage darin, dass das Handeln des Arztes im Falle aktiver Sterbehilfe nicht nur notwendige, sondern auch hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten sein muss. Nun ist es aber auch bei Unterlassungshandlungen der Fall, dass sie zugleich notwendige wie hinreichende Bedingung für den Tod eines Patienten sein können. Wird mit dieser Feststellung die Bedeutung der Unterscheidung hinfällig? Wenn man bedenkt, dass es bei moribunden Patienten mehrere hinreichende Bedingungen für den Todeseintritt geben kann und gibt, man also mit Recht von einer kausalen Überdeterminierung des Todes sprechen kann, dann ist es durchaus einleuchtend, folgende These aufzustellen: Bei Unterlassungen bleibt die aktiv/passiv Unterscheidung für alle Fälle relevant, in denen die Unterlassung nicht die *einzigste hinreichende Bedingung* für den Todeseintritt ist. Aktive und passive Sterbehilfe unterscheiden sich also im folgenden: Bei aktiver Sterbehilfe ist das Tun des Arztes die *alleinige hinreichende Bedingung* für den Tod des Patienten, bei passiver Sterbehilfe ist das Handeln des Arztes entweder (a) die zwar notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung oder (b) nicht die *einzigste* hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten.

Soll die aktiv/passiv Unterscheidung moralisch bedeutsam sein, muß es eine Korrelation zwischen dem Grad der Verantwortung und dem der kausalen Wirksamkeit geben. Eine hinreichende und vor allem eine *einzigste* hinreichende Bedingung

¹¹ Dieter Birnbacher, Tun und Unterlassen, Stuttgart 1995, 348.

hat moralisch betrachtet ein weitaus größeres Gewicht als eine bloß notwendige Bedingung.

2.3 Das Intentionalitätsargument

Zur eigenen Klarheit ist es förderlich zwei Begriffspaare auseinander zu halten, die gerne miteinander verwoben werden: aktiv-passiv und direkt-indirekt. Die erste Unterscheidung betrifft - wie erörtert - die Dimension der Kausalität, die zweite die der Intentionalität. Ihr korrespondiert auf dieser Ebene das Begriffspaar „beabsichtigen - in Kauf nehmen“. Wie kaum anders zu erwarten, gibt es auch um die moralische Relevanz dieser Unterscheidung Streit. Dessen Darstellung muß ich Ihnen ersparen. Aus Zeitgründen nur noch folgender Hinweis: Wer einem schwerkranken Menschen den Tod als Erlösung seiner Leiden wünscht, beabsichtigt nicht dessen Tötung. Er respektiert vielmehr die Tatsache, dass der Mensch ein Recht auf einen natürlichen Tod hat und dass der Tod in solcher Situation für alle Beteiligten eine Erlösung darstellen kann.

3. Kultur der Endlichkeit

Zum Schluß möchte ich zusammenfassend nochmals kurz auf die Unterscheidung zwischen aktiver Tötung und passivem Sterbenlassen eingehen, weil gerade Befürworter der aktiven Sterbehilfe die moralische Relevanz dieser Unterscheidung leugnen. Auch wer eine Behandlung unterlasse oder sie abbreche, intendiere den Tod des Patienten. Dieter Birnbacher u.a. nennen als legitimen Grund für aktive Sterbehilfe auf Verlangen wie für passives Sterbenlassen "die Minderung des Leidens eines anderen"¹². Doch wer tötet, der mindert das Leiden nicht, sondern beendet es. Und wer aus Mitleid tötet, dessen Mitleiden mit dem Leidenden endet durch dessen Tod. Wer aber auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet oder bereits eingeleitete abbricht, weil sie das Leiden nur verlängern und therapeutisch sinnlos sind, der beendet das Leiden nicht, sondern nimmt die Verkürzung des Ster-

¹² Dieter Birnbacher, Tun und Unterlassen, Stuttgart 1995, 338.

beprozesses in Kauf. Zumal die Behandlung mit schmerzstillenden Mitteln fortgeführt werden kann. In diesem Kontext ist der Einwand, in beiden Fällen sei das Ergebnis - der Eintritt des Todes - dasselbe, kein Gegenargument, denn Menschen sind sterbliche Wesen und der Tod ist für jeden das sichere Ende. Es ist absurd, uns für den Tod von Menschen generell oder in Situationen verantwortlich zu machen, in denen der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat oder therapeutische Maßnahmen chancenlos sind. In der Regel liegt der Tod eines Menschen nicht im Bereich unserer Verantwortung. Angesichts der Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin, physiologische Körperfunktionen selbst nach Eintritt des Hirntodes noch aufrechtzuerhalten, ist die Unterscheidung zwischen medizinischen Maßnahmen, die eine gewisse Aussicht auf Heilung oder zumindest Linderung des Leidens haben, und solchen Maßnahmen, die therapeutisch nutzlos sind, das Leiden lediglich verlängern und häufig noch intensivieren, besonders dringlich geworden. Um dem Patienten einen guten Tod zu ermöglichen, wird man deshalb u.U. gehalten sein, sich auf Schmerzlinderung und Grundpflege zu beschränken. Es handelt sich dann um Sterbebegleitung, nicht um die Tötung eines Menschen. Nur wenn die Unterlassung oder der Abbruch gegen eine moralische Behandlungspflicht verstoßen würde, handelte es sich um den Tatbestand unterlassener Hilfeleistung.

M.E. ist für alle Beteiligten, Patienten, Angehörige wie Ärzte und Pflegepersonal eine Grundhaltung dienlich: die Anerkennung der Endlichkeit menschlichen Lebens und damit auch der Begrenztheit therapeutischer Maßnahmen. Es gilt in der Tat, den Tod als Ende anzunehmen. Hierzu gehört allerdings auch die Bereitschaft, dieses Ende nicht an den eigenen Lebens- oder Todeswillen zu binden, sondern dieses Ende in seiner Unverfügbarkeit anzuerkennen. Dieser letzte Gedanke wird u.U. für Menschen, die nicht daran glauben können, dass sie im Leben und Sterben von Gott, ihrem Schöpfer und Erlöser gehalten sind, nicht nachvollziehbar sein. Hier bleibt das Zeugnis gelebter Solidarität gerade mit den Sterbenden, damit sie auf ihrem letzten Gang nicht alleingelassen sind, wenn sie ihr Leben loslassen müssen.

LITERATUR

Birnbacher, Dieter, Tun und Unterlassen, Stuttgart 1995.

Bormann, Franz-Josef, Töten oder Sterbenlassen? Zur bleibenden Bedeutung der Aktiv-Passiv-Unterscheidung in der Euthanasiediskussion, in: ThPh 76(2001)63-99 (Lit.).

Bormann, Franz-Josef, Ein natürlicher Tod - was ist das? Ethische Überlegungen zur aktiven Sterbehilfe, in: ZME 48(2002)29-39.

Dworkin, Ronald, Die Grenzen des Lebens. Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit, Reinbeck bei Hamburg 1994.

Eid, Volker (Hg.), Euthanasie oder Soll man auf Verlangen töten?, Mainz ²1985.

Fischer, Johannes, Aktive und passive Euthanasie, in: ZEE 40(1996)110-127.

Hegselmann, Rainer – Merkel, Reinhard (Hg.), Zur Debatte über Euthanasie. Beiträge und Stellungnahmen, Frankfurt/M. 1991.

Hepp, Hermann (Hg.), Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben!, Düsseldorf 1992.

Holderegger, Adrian (Hg.), Das medizinisch assistierte Sterben, Freiburg ²2000.

Illhardt, F.J./Heiss, H.W./Dornberg, M.: Sterbehilfe - Handeln oder Unterlassen?, Stuttgart/NY 1998.

Johannes Paul II., Enzyklika "Evangelium Vitae", hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn 1995.

Kuhse, Helga, Die "Heiligkeit des Lebens" in der Medizin. Eine philosophische Kritik, Erlangen 1994.

Kuhlmann, Andreas, Sterbehilfe, Reinbeck bei Hamburg 1995.

Lamb, David, Down the Slippery Slope. Arguing in Applied Ethics, London-New York- Sydney 1988.

Leist, Anton (Hg.), Um Leben und Tod, Frankfurt/M. 1990.

Rachels, James, The End of Life. Euthanasia and Morality, Oxford-New York-Melbourne 1986.

Schara, Joachim/ Lutwin Beck/ Albin Eser/ Josef Schuster, Art. Sterbehilfe, in: Lexikon der Bioethik 3, 445-454.

Schockenhoff, Eberhard, Sterbehilfe und Menschenwürde. Begleitung zu einem "eigenen Tod", Regensburg 1991.

Schuster, Josef, Art. Sterbehilfe, in: Lexikon der christlichen Ethik 2. 1707-1709.

Schüller, Bruno, Die Begründung sittlicher Urteile. Typen ethischer Argumentation in der Moraltheologie, Düsseldorf ²1980.

Siep, Ludwig/Michael Quante, Ist die aktive Herbeiführung des Todes im Bereich des medizinischen Handelns philosophisch zu rechtfertigen?, in: Holdegger, Adrian (Hg.), Das medizinisch assistierte Sterben, Freiburg ²2000, 39-56.

Singer, Peter, Praktische Ethik, Stuttgart 1984.

Thiele, Felix (Hg.), Aktive und passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte, München 2005.

Wils, Jean-Pierre, Sterben. Zur Ethik der Euthanasie, Paderborn 1999.

Zimmermann-Acklin, Markus, Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung,
Freiburg 1997 (Lit.).

Prof. Dr. Josef Schuster SJ
Philosophisch-Theologische Hochschule Sankt Georgen
Frankfurt am Main