



Euthanasie: Wie »aktiv« darf ein Christ beim Sterben helfen?

Die moderne Medizin hat das durchschnittliche Lebensalter des Menschen deutlich erhöht. Dies hat jedoch auch dazu geführt, dass sich der Sterbeprozess von Patienten oft über längere Zeiträume hinzieht. Ohne medizinische Hightech-Betreuung wäre der Tod längst eingetreten; nun aber wird das Leben des Patienten zwar verlängert, aber er leidet Wochen und Monate auf der Intensivstation. Wie kann man solche Menschen in der letzten Phase ihres Lebens begleiten? Sollte die christliche Nächstenliebe nicht nur beim Leben, sondern auch beim Sterben helfen? Ist »Sterbehilfe« moralisch vertretbar? Oder Euthanasie? Und wenn ja, in welcher Form?

Begriffsklärung »Euthanasie«

Der Begriff »Euthanasie« setzt sich aus zwei griechischen Wörtern zusammen, nämlich aus »eu« (gut, richtig, leicht, schön) und »thánatos« (Tod). Euthanasie meint darum »guter Tod«; es geht um die Frage, ob bzw. wie weit man anderen Menschen bei einem guten, leichten Tod behilflich sein kann und darf. Oft wird der Begriff »Euthanasie« gleichbedeutend mit »Sterbehilfe« verwendet. Wie wir noch sehen werden, ist diese Gleichsetzung jedoch eine gefährliche Vereinfachung.

Für die richtige Einordnung von verschiedenen Arten von Sterbehilfe ist die Unterscheidung von einerseits aktiver und passiver Sterbehilfe, und andererseits direkter und indirekter Sterbehilfe von zentraler Bedeutung.

Die Unterscheidung zwischen aktiver oder passiver Sterbehilfe

Von »aktiver« Sterbehilfe spricht man, wenn das Pflegepersonal durch eine medizinische Maßnahme das Sterben des Patienten von der tatsächlichen Wirkung des Eingriffs her aktiv beschleunigt, d.h. wenn die Maßnahme wie z.B. die Verabreichung eines Medikaments oder die Aufnahme einer bestimmten medizinischen Behandlung den Eintritt des Todes fördert. In diesen Fällen treibt das Krankenpersonal *aktiv* den Sterbeprozess voran.

»Passiv« ist eine Sterbehilfe dann, wenn das begleitende Krankenpersonal den nahenden Tod eines Patienten nicht aktiv beschleunigt, sondern lediglich durch die Unterlassung einer medizinischen Maßnahme, die das Sterben verzögern könnte, eben diesen Sterbeprozess nicht aufhält (was sich ggf. der Patient selbst gewünscht hat). Hier wird – wie der Begriff bereits sagt – nur »passiv«, also durch ein Nicht-Tun, das Sterben beschleunigt.

Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe ist wichtig, sie ist jedoch für die moralische Bewertung unbrauchbar. Denn sowohl die aktive, als auch die passive Sterbehilfe kann in manchen Fällen moralisch gut und vertretbar sein, in anderen Fällen dagegen nicht.

Die Unterscheidung zwischen direkter oder indirekter Sterbehilfe

Von »direkter« Sterbehilfe spricht man, wenn ein bestimmtes Tun (oder Nicht-Tun) des Pflegepersonals direkt den Tod des Patienten herbeiführt oder beschleunigt, z.B. durch Verabreichung einer giftigen Substanz oder durch das gezielte Unterlassen von lebensrettenden Maßnahmen.

Eine »indirekte« Sterbehilfe liegt dann vor, wenn das Pflegepersonal zwar eine Maßnahme am Patienten vornimmt (oder unterlässt), die als Nebenwirkung sein Leben tatsächlich verkürzt; deren eigentliche (direkte) Wirkung jedoch nicht auf die Tötung zielt, sondern auf einen positiven Effekt, z.B. auf Schmerzlinderung.

Anders als bei der aktiven bzw. passiven Sterbehilfe liegt bei direkter bzw. indirekter Sterbehilfe der Unterschied nicht zwischen Behandlung und Nicht-Behandlung des Patienten. Entscheidend ist vielmehr die Frage, ob die Behandlung (oder Nicht-Behandlung) direkt auf die Herbeiführung des Todes abzielt oder ob man eigentlich eine andere Wirkung beabsichtigt (z.B. Schmerzlinderung) und das Sterben nur eine indirekte Nebenwirkung ist.

Die moralische Bewertung von Sterbehilfe

Die eben getroffene Unterscheidung zwischen direkter und indirekter Sterbehilfe ist für die moralische Bewertung von medizinischen Maßnahmen bei sterbenden Patienten entscheidend. Das fünfte Gebot lautet »Du sollst nicht töten«. Weil jede direkte Handlung gegen das Leben eines Patienten diesem Gebot widerspricht, darum ist direkte Sterbehilfe immer unmoralisch – sei sie aktiv oder passiv. Wenn dagegen eine medizinische Maßnahme direkt dem Ziel der Schmerzlinderung dient, selbst wenn sie zugleich als Nebenwirkung das Leben des Patienten verkürzt, so liegt lediglich eine indirekte Sterbehilfe vor. Die Verabreichung des Schmerzmittels zielt nicht direkt auf die Tötung und widerspricht darum auch nicht dem fünften Gebot. Folglich ist sie moralisch erlaubt.

Genau genommen sind also vier Arten von Sterbehilfe denkbar, von denen nur zwei moralisch akzeptabel sind:

a) Aktive direkte Sterbehilfe bezeichnet die gezielte Tötung eines Patienten, beispielsweise durch die Verabreichung eines den Tod herbeiführenden Präparates (z.B. Tablette, Spritze, Infusion). Sie ist mit dem christlichen Menschenbild unvereinbar, selbst dann, wenn sie mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten oder der Patientin erfolgt.

b) Passive direkte Sterbehilfe meint die Tötung eines Menschen durch gezielte Unterlassung von lebensrettenden Maßnahmen, die dem Patienten im Normalfall die Gesundheit und das Weiterleben ermöglichen würden, z.B. die Verweigerung der gewöhnlichen Erste-Hilfe-Maßnahmen am Unfallort (»...damit der Verunglückte sterben kann«). Auch sie wird von der christlichen Ethik ausgeschlossen.

Davon ist der Fall zu unterscheiden, in dem ein Patient nach medizinischem Ermessen bereits unwiderruflich in den Sterbeprozess eingetreten ist, d.h. wenn der Tod durch einen ärztlichen Eingriff nicht mehr abgewendet, sondern nur noch verzögert werden kann. Dann wird der folgende Punkt wichtig.

c) Passive indirekte Sterbehilfe zielt auf ein menschenwürdiges Sterben-Lassen, insbesondere dadurch, dass lebensverlängernde Behandlungen bei einem sterbenden Menschen nicht weitergeführt oder gar nicht erst aufgenommen werden. Sie ist immer dann zulässig, wenn eine weitere Behandlung nur den bereits begonnenen Sterbeprozess unnötig verlängern würde; sie setzt das Einverständnis des Patienten voraus. Umgekehrt bedeutet dies: Passive indirekte Sterbehilfe ist *nicht* zulässig, wenn zu erwarten ist, dass durch eine normale medizinische Behandlung der Patient wieder zur Gesundheit kommen wird bzw. wenn der Patient eine Fortsetzung der Behandlung wünscht.

Der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel ist also nicht gleichzusetzen mit Selbstmord; er ist vielmehr Ausdruck dafür, dass die Endlichkeit des menschlichen

Lebens akzeptiert wird; wenn aus medizinischer Sicht klar ist, dass die Zeit des Sterbens gekommen ist, dann ist man nicht verpflichtet, noch jede nur erdenkliche Therapie anzuwenden. Dabei ist jedoch kritische Wachsamkeit geboten, damit nicht unbemerkt z. B. durch Beendigung von künstlicher Ernährung oder der Verweigerung der menschlichen Grundpflege letztlich eine direkte passive Sterbehilfe (vgl. b) in der Weise der Unterlassung lebensnotwendiger Dienste erfolgt.

d) Aktive indirekte Sterbehilfe wird geleistet, wenn Sterbenden ärztlich verordnete schmerzlindernde Medikamente gegeben werden, die als unbeabsichtigte Nebenfolge den Todeseintritt des Patienten beschleunigen. Eine solche aktive indirekte Sterbehilfe ist in Abwägung der ärztlichen Doppelpflicht – nämlich Leben erhalten und Schmerzen lindern – moralisch zulässig.

Zur Begrifflichkeit: Euthanasie oder Sterbehilfe?

Direkte Sterbehilfe widerspricht immer dem fünften Gebot, sei sie aktiv oder passiv. Im landläufigen Sprachgebrauch wird unter »Euthanasie« genau diese direkte Sterbehilfe gemeint. Daraus folgt, dass die so verstandene Euthanasie moralisch immer abzulehnen ist. Freilich, an sich könnte man auch die indirekte Sterbehilfe als »Euthanasie« bezeichnen, da auch sie zu einem guten Sterben helfen möchte. De facto hat sich jedoch der erklärte Sprachgebrauch eingebürgert.

Konkrete Beispiele

- a) Herr Meier (55) kann wegen einer dauerhaften Schluckstörung keine Nahrung auf dem gewöhnlichen Weg aufnehmen; seit drei Jahren wird er durch eine Magensonde ernährt und kann damit ein – den Verhältnissen entsprechendes – normales Leben führen. Wäre in diesem Fall ein Verzicht auf die Magensonde im Sinn einer passiven indirekten Sterbehilfe möglich? Nein, denn die Entfernung wäre in Wirklichkeit ein direkter Eingriff gegen das Weiterleben, also passive direkte Sterbehilfe.
- b) Frau Huber (89) hat sich bei einem Sturz die Hüfte gebrochen. Im Krankenhaus kommt eine schwere Lungenentzündung dazu, eine künstliche Beatmung wird notwendig; schließlich wird sie an eine Herz-Lungen-Maschine angeschlossen. Selbst nach vier Wochen zeigt sich keine Verbesserung. Darf man die Maschine wieder abstellen? Ja. Hier geht es um passive indirekte Sterbehilfe, da eine Fortführung der medizinischen Behandlung nur den Sterbeprozess verlängern würde.
- c) Herr Schmidt (28) wird nach einem Motorradunfall per Hubschrauber auf die Intensivstation eingeliefert, sofort an eine Herz-Lungen-Maschine angeschlossen und ins künstliche Koma versetzt. Nach einer Notoperation sehen die Ärzte eine Chance, dass der Patient überlebt. Kann man in diesem Fall die Maschinen abschalten und Herrn Schmidt sterben lassen? Nein. Auch wenn der Patient noch auf der Intensivstation befindet, kann man hier noch nicht von einem eingesetzten Sterbeprozess sprechen.
- d) Frau Müller (78) leidet an Krebs im Endstadium; die Ärzte geben ihr noch vier Wochen; sie leidet große Schmerzen. Darf ihr das Krankenpersonal Morphium zur Schmerzlinderung verabreichen, obwohl klar ist, dass ihre verbleibende Lebenszeit dadurch halbiert wird? Ja. Hier liegt der klassische Fall von aktiver indirekter Sterbehilfe vor.

Die Wirklichkeit ist meistens komplexer

Zugegeben, die Wirklichkeit ist oft komplexer als die vier genannten Fallbeispiele. Als Grundregel kann dabei gelten, dass nie der Tod bewusst herbeiführt oder beabsichtigt werden darf (fünftes Gebot). Oft wird es sinnvoll sein, die je konkrete Situation sowohl mit einem

kompetenten Arzt, als auch mit einem Seelsorger seines Vertrauens zu besprechen. Zur christlichen Tugend der Klugheit gehört auch die Bereitschaft, sich Rat zu holen. Gerade bei Problemfeldern, bei denen wir selber keine Experten sind, ist diese Tugend von großer Bedeutung.

Weiterführende Literatur:

- Papst Johannes Paul II, Enzyklika *Evangelium Vitae*, 1995
(http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/de/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html)
- Die österreichischen Bischöfe, *Leben in Fülle. Leitlinien für katholische Einrichtungen im Dienst der Gesundheitsfürsorge*, 2005
(http://www.bischofskonferenz.at/dl/uMnMJKKKoolOJqx4KKJK/Heft6_Gesundheit.pdf)