

Stephan Leher / Michael Rosenberger /
Walter Schaupp / Günter Virt / Werner Wolbert

Sterben zulassen

In jüngster Zeit haben mehrere Ereignisse einem falschen oder mindestens einseitigen Eindruck von der katholischen Lehre über die Erlaubtheit des Therapieverzichts und der Einstellung der künstlichen Ernährung bzw. Flüssigkeitszufuhr Vorschub geleistet.

In Italien erweckte die Verweigerung eines kirchlichen Begräbnisses für Giorgio Welby mit dem Hinweis, es handle sich hier um Suizid, den falschen Eindruck, als sei der Abbruch einer Beatmung schon per se ein Verstoß gegen die kirchliche Lehre.¹ In Spanien wurde Presseberichten zufolge ein ähnlicher Fall von Therapieabbruch kirchlicherseits verurteilt, weil man menschliches Leben niemals zerstören dürfe und man des Weiteren mit einem solchen Vorgehen der Legalisierung aktiver Sterbehilfe Vorschub leiste.² In Großbritannien hat die katholische Frauenbewegung tausende Karten vertrieben, mittels derer die Inhaber im Fall einer Krankenhauseinweisung jegliche Form der passiven Sterbehilfe ablehnen.³ Die in den österreichischen Leitlinien für katholische Gesundheitseinrichtungen vom November 2005 getroffene Unterscheidung zwischen einer erlaubten „passiven indirekten Sterbehilfe“ und einer *unerlaubten „passiven direkten Sterbehilfe“* als „gezielte Unterlassung von lebensrettenden Maßnahmen“ könnte im Sinn einer Zurückweisung aller bewusst unternommenen Behand-

lungsmodifikationen oder Therapieabbrüche missverstanden werden.⁴

Auch wenn solche Reaktionen angesichts des faktischen gesellschaftlichen Drucks zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in vielen Ländern verständlich sind, stimmt einiges bedenklich. Vor allem fallen deutliche Differenzen zu bisherigen kirchlichen Stellungnahmen, was die so genannte „passive Euthanasie“ betrifft, auf. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass das kirchliche Lehramt sich selbst nicht auf den in der allgemeinen Diskussion oft gebrauchten Begriff einer „passiven Euthanasie“ eingelassen hat, wohl wegen der damit möglichen Assoziation einer direkten Tötungsabsicht, sei es durch aktives Tätigwerden oder durch gezieltes Unterlassen. Der Sinn der lehramtlichen Aussagen zur „passiven Sterbehilfe“ lässt sich durchgängig besser mit dem Begriff eines „Zulassens des Sterbens“ wiedergeben.

Eine der ersten, bis heute wichtigen lehramtlichen Stellungnahmen stammt von Pius XII. aus dem Jahr 1957: „Aber sie [die Gerechtigkeit] verpflichtet 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. Eine strengere Verpflichtung wäre für die Mehrzahl der Menschen zu hart und würde die

¹ Vgl. KNA-Meldung vom 14. 1. 2007.

² Vgl. KNA-Meldung vom 6. 3. 2007.

³ Vgl. KNA-Meldung vom 24. 6. 2006.

⁴ *Die österreichischen Bischöfe*, Leben in Fülle. Leitlinien für katholische Einrichtungen im Dienst der Gesundheitsfürsorge, Wien 2006, 24.

Erlangung wichtiger höherer Güter zu sehr erschweren.“⁵

Nun könnte man freilich die künstliche Beatmung unter heutigen Bedingungen als „übliches Mittel“ ansehen. In der sich an die Äußerungen von Pius XII. anschließenden moraltheologischen Diskussion hat man allerdings unter die außergewöhnlichen Mittel nicht einfach solche gefasst, die neu oder aufwändig sind, sondern solche, deren Anwendung keinen Sinn mehr macht, die dem Kranken nicht helfen, sondern nur das Leben bzw. Sterben erschweren.

In diesem Sinn formuliert dann auch das Dokument der römischen Glaubenskongregation von 1980: „Bei drohendem Tod, der trotz der Anwendung von Heilmitteln auf keine Weise verhindert werden kann, ist es erlaubt, aus Gewissensgründen den Entschluss zu fassen, auf (weitere) Heilversuche zu verzichten, die nur eine ungewisse und schmerzvolle Verlängerung des Lebens bewirken könnten, ohne dass man jedoch die normalen Bemühungen unterlässt, die in ähnlichen Fällen dem Kranken geschuldet werden.“⁶ Hier bleibt die Frage, was unter die „normalen Bemühungen“ zu rechnen ist; künstliche Beatmung und künstliche Ernährung wohl kaum.

Was künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr angeht, überraschte 2004 eine Äußerung in einer Ansprache Johannes Pauls II. vom 20. März, in der dieser erklärte: „Insbesondere möchte ich unterstreichen, dass die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch wenn sie auf künstlichen Wegen geschieht, immer ein

natürliches Mittel der Lebenserhaltung und *keine medizinische Handlung* ist. Ihre Anwendung ist deshalb prinzipiell als *normal und angemessen* und damit als moralisch verpflichtend zu betrachten, in dem Maß, in dem und bis zu dem sie ihre eigene Zielsetzung erreicht, die im vorliegenden Fall darin besteht, dem Patienten Ernährung, Flüssigkeitszufuhr und Linderung der Leiden zu verschaffen.“⁷ Das Problem liegt hier allerdings darin, dass künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr keineswegs in jedem Fall zur Linderung von Leiden beitragen, sondern unter bestimmten Umständen eine Belastung für den Sterbenden sein können. Sie haben in der Regel nur im Rahmen eines Therapieplans Sinn.

In einer späteren Ansprache, am 12. November desselben Jahres, hat der Papst diese Möglichkeit offensichtlich berücksichtigt und erklärt: „Das wahre Mitleid hingegen fördert jede vernünftige Anstrengung, um die Genesung des Patienten herbeizuführen. Zugleich ist es eine Hilfe aufzuhören, wenn keine Behandlung mehr zu diesem Ziel führt. Die Verweigerung der *lebensverlängernden Maßnahmen* ist keine Zurückweisung des Patienten und seines Lebens. Denn Gegenstand der Entscheidung über die Angemessenheit, eine Therapie zu beginnen oder fortzusetzen, ist nicht der Wert des Lebens des Patienten, sondern der Wert des medizinischen Eingriffs beim Patienten. Die eventuelle Entscheidung, eine Therapie nicht einzuleiten oder zu unterbrechen, wird für ethisch richtig erachtet, wenn diese sich als un-

⁵ Arthur-Fridolin Utz/Joseph-Fulko Groner (Hg.), Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens. Soziale Summe Pius' XII. Freiburg/CH 1954–1962, 5544.

⁶ Kongregation für die Glaubenslehre, Erklärung zur Euthanasie, Rom 1980, Kap. IV.

⁷ Ansprache von Johannes Paul II. am 20.3.2004 an die Teilnehmer des internationalen Fachkongresses zum Thema „Lebenserhaltende Behandlungen und vegetativer Zustand: Wissenschaftliche Fortschritte und ethische Dilemmata“ (17.–20. März 2004, Augustinianum) = http://www.vatican.net/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/march/documents/hf_jp_ii_spe_20040320_congress-fiamc_ge.html (Download: Mai 2007).

wirksam oder eindeutig unangemessen erweist, um das Leben zu erhalten oder die Gesundheit wiederherzustellen. Die Verweigerung der lebensverlängernden Maßnahmen ist deshalb Ausdruck der Achtung, die man dem Patienten in jedem Augenblick schuldet.“⁸

Berücksichtigt man, dass künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr und künstliche Beatmung unter bestimmten Bedingungen eindeutig „lebensverlängernde Maßnahmen“ darstellen, dann wären die hier formulierten Kriterien auch auf diese ärztlichen Maßnahmen anzuwenden. Die zweite Stellungnahme erscheint damit als eine vorsichtige, indirekte Korrektur der sehr eng gefassten ersten Stellungnahme. Das Leitprinzip lautet nun, dass der Vorenthalt bzw. die Zurücknahme lebensverlängernder Maßnahmen *als solche* weder einen Angriff auf das *Leben* des Patienten noch auf dessen *Würde* darstellen.

Diese Position wird auch durch Aussagen mittelalterlicher Autoren gestützt. Wenn jemand Nahrung nur mit größter Mühe aufnehmen könnte, so schreibt z.B. Francisco de Vitoria im beginnenden 16. Jahrhundert, sei er entschuldigt, besonders wenn es keine Überlebenshoffnung gebe. „Gott wollte nicht, dass wir allzu sehr um unser Leben besorgt sind.“ Vitoria betont

außerdem, dass Nahrung manchmal wie eine Medizin wirke, und unter solchen Umständen habe sie den moralischen Charakter einer Medizin. Ihre Anwendung sei dann nicht in jedem Fall verbindlich.⁹

Tatsächlich hängt es von der Einzelsituation ab, ob eine künstliche Ernährung im Sinn verpflichtender Pflege geboten oder aber im Sinn einer nicht mehr zum Ziel führenden Therapie auch unterlassen werden kann. 1981 hat der Päpstliche Rat Cor Unum künstliche Ernährung, Bluttransfusionen und Injektionen gleichermaßen als „therapeutische Maßnahmen“ eingeordnet.¹⁰ Im Jahr 2004 formulierten die Australischen Bischöfe: „In besonderen Fällen mögen jedoch Nahrung und Flüssigkeitszufuhr nicht mehr verpflichtend sein, wenn z.B. sich der Patient das Material nicht mehr aneignen kann oder wenn die Art und Weise der Aneignung selbst unnötiges Leiden verursacht oder unnötige Last für andere einschließt.“¹¹ In einem gemeinsamen Hirtenschreiben der oberrheinischen Bischöfe vom Juni 2006 heißt es: „Der Wandel des Behandlungszieles von der *kurativen* (= heilenden) zur *palliativen* (= lindernden) Sorge um den kranken Menschen ist fast immer mit einer Entscheidung zum Verzicht auf weitere lebensverlängernde Maßnahmen oder

⁸ Ansprache von Johannes Paul II. an die Teilnehmer der XIX. Internationalen Konferenz des Päpstlichen Rats für die Krankenpastoral. Freitag, 12. November 2004 = http://www.vatican.net/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/november/documents/hf_jp_ii_spe_20041112_pc-hl-thwork_ge.html (Download: Mai 2007).

⁹ De temperantia 10: „carnes se habent tanquam medicinae ... hoc enim non est se interficere, sed non protelare vitam quantum potest, sicut supra dictum de aliis medicinis“. Zitat nach einem noch unveröffentlichten Papier von Julia Fleming, When ‚Meat is Like Medicines‘: Early Modern Catholic Moral Thought on the Role of Food in the Duty to Preserve Life, vorgetragen bei der Jahrestagung der Society of Christian Ethics, Jänner 2007 in Dallas. Vgl. im Übrigen die Dissertation von Daniel A. Cronin, Conserving Human Life, wieder abgedruckt in: *The Pope John Center (Ed.), Conserving Human Life*, Braintree (Massachusetts) 1989.

¹⁰ Gemäß James J. Walter/Thomas A. Shannon, Contemporary Issues in Bioethics. A Catholic Perspective, Lanham MD 2005, 276.

¹¹ „In particular cases, however, the provision of nutrition and hydration may cease to be obligatory, e.g., if the patient is unable to assimilate the material provided or if the manner of the provision itself causes undue suffering to the patient, or involves an undue burden on others.“

zum Abbruch einer bestehenden Therapie verbunden ... Ein solcher Therapieverzicht kann nicht nur erlaubt, sondern unter Umständen sogar geboten sein. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die zu erwartende Lebensverlängerung in keinem angemessenen Verhältnis zu den körperlichen und seelischen Belastungen mehr steht, die eine Weiterführung der Behandlung mit sich bringen würde ... Zur Endlichkeit des Lebens gehört auch, dass man das Herannahen des Todes zulässt, wenn seine Zeit gekommen ist.“¹²

Angesichts dieser weitgehend klaren und beständigen Tendenz des kirchlichen Lehramts, aktive Sterbehilfe zwar eindeutig zu verurteilen, im Bereich der „passiven Sterbehilfe“ aber im Sinn eines Sterbenlassens einen Spielraum für individuelle Gewissensentscheidungen offen zu halten (bzw. eine unbedingte Pflicht zur Lebensverlängerung zurückzuweisen), geben die eingangs genannten Beispiele und die damit in Zusammenhang stehenden Stellungnahmen zu denken. Dies vor allem deshalb, weil sie eine unbedingte Verurteilung eines solchen Handelns andeuten und nicht aus einer Analyse des konkreten Falls heraus argumentieren. Zwar ist tatsächlich unübersehbar, dass die Entscheidungssituationen im Hinblick auf einen möglichen Therapieabbruch immer komplexer werden; auch dass die Gefahr bestehen kann, gültige Kriterien zu weit oder undifferenziert auszulegen. Ein großes Problem liegt des Weiteren in dem gesellschaftlichen Druck, der verschiedentlich in Richtung einer Legalisierung der aktiven Euthanasie ausgeübt wird. Trotz allem aber darf der alles entscheidende Unterschied zwischen aktivem Töten und passivem Zulas-

sen des Sterbens, der die gesamte bisherige Lehrtradition bestimmte, nicht durch eine ungenaue Sprache verwischt werden, die bestimmte Formen von Therapieabbruch undifferenziert mit „Tötung“ gleichsetzt; oder durch eine Politik, welche reaktiv den Raum zulässigen Sterbenlassens unbührlich einengt, eine Tendenz, wie sie z.B. von James Walter u. Thomas A. Shannon in einem neueren Beitrag analysiert wird (u.a. Uminterpretation der klassischen Termini „ordentlich“ und „außerordentlich“, Einenung der erlaubten passiven Sterbehilfe auf die unmittelbare Sterbephase, verschärft Präsumtion für eine Behandlungspflicht in allen Fällen).¹³ Auch wenn, wie erwähnt, die gegenwärtige Entwicklung auf dem Gebiet der Sterbehilfe mit großer Wachsamkeit verfolgt werden muss und alle offenen oder sublimen Tendenzen einer Legitimierung der aktiven Euthanasie aus christlicher Sicht abzulehnen sind, muss doch auch gesehen werden, dass eine undifferenzierte Verdächtigung bestimmter Formen von Therapieabbruch als illegitime „Tötung“ den entsprechenden Forderungen erst recht Nahrung geben wird.

Die Autoren: Die Autoren Stephan Leher (Innsbruck), Michael Rosenberger (Linz), Walter Schaupp (Graz), Günter Virt (Wien) und Werner Wolbert (Salzburg) sind Ordinarii für Moraltheologie an österreichischen Katholisch-Theologischen Fakultäten. Mit ihrer gemeinsamen Stellungnahme, die im April 2007 in mehreren Printmedien publiziert wurde, wollen sie die Diskussion zum Problem der passiven Sterbehilfe anregen. Die Veröffentlichung in der ThPQ dient darüber hinaus auch der wissenschaftlichen Dokumentation im deutschsprachigen Raum.

¹² „Die Herausforderung des Sterbens annehmen“. Gemeinsames Hirtenschreiben der Bischöfe von Freiburg, Strasbourg und Basel, Juni 2006, 6.

¹³ Vgl. Anm. 9, 271–277.