

2. Das Recht in bezug auf den Tod anderer

Lisa Sowle Cahill

Hochachtung vor dem Leben und Herbeiführung des Todes im medizinischen Bereich

Im Kontext medizinischer Praxis ruft die Unterscheidung von «gewöhnlichen» und «außergewöhnlichen» Maßnahmen der Lebensverlängerung das Engagement der Christen auf den Plan und veranlaßt sie, für den Wert des menschlichen Lebens einzutreten. Diese Unterscheidung bringt auch die Erkenntnis mit sich, daß der Wert des Lebens keine unbegrenzte Gültigkeit hat und also nicht absolut gesetzt werden darf. Die Hochachtung vor dem menschlichen Leben, besonders dem unschuldigen, sowie die Einsicht, daß dieses Leben des Schutzes bedarf, veranlassen das Christentum, die direkte Tötung mit dem Ziel der Beendigung eines von Pein gezeichneten Daseins zu untersagen. Innerhalb des medizinischen Bereichs spricht man im Zusammenhang mit dieser Art der Tötung von Euthanasie oder dem «Gnadentod». Es gab jedoch Theologen und Lehrer, die dem biologischen Leben keinen Selbstzweck zubilligten, da sie die Bedeutung erkannten, die die *Qualität* des Lebens in ihrem Beitrag zur Würde der Person hat. Die traditionelle katholische Lehrmeinung zur Pflege von Kranken und Leidenden zieht die Angebrachtheit des Todes in Betracht, und dies auch dann, wenn sie zugleich den Wert des Lebens bejaht, und sie räumt ein, daß das Leid – trotz der

Möglichkeit seiner Einbeziehung in das Geheimnis des Todes und der Auferstehung Christi – sich auch als vergeblich und zerstörerisch erweisen kann. Die moralische Berechtigung von Anstrengungen zur Erhaltung eines physischen Lebens könne verloren gehen, wenn die so verlängerte biologische Existenz nur noch Grundlage für einen sich fortsetzenden Zerfall sei, anstatt die Zunahme der geistigen und sittlichen Integration der Person zu ermöglichen.

In einer bedeutenden Rede betont Papst Pius XII. die *Flexibilität* des katholischen Standpunktes bezüglich der medizinischen Betreuung Schwerverkrankter und Sterbender. Er äußert dort, daß «sowohl natürliche Begründung wie christliche Moral» das Recht und die Pflicht unterstützen, im Falle schwerster Krankheit die zur Wahrung des Lebens und der Gesundheit notwendigen Maßnahmen zu ergreifen. Und weiter heißt es dort: Dennoch ist ein jeder im Normalfall gehalten, sich nur der gewöhnlichen Mittel der Lebenserhaltung zu bedienen, je nach den näheren Umständen, in denen sich der Kranke befindet, dem Ort und Zeitpunkt des Geschehens sowie dem kulturellen Umfeld. Das heißt, heranzuziehen sind Mittel, die keine schwerwiegenden Belastungen für einen selbst oder andere mit sich bringen. Ein Mehr an Verpflichtung würde die meisten Beteiligten einer zu großen Belastung aussetzen und die Erreichung des höheren und wichtigeren Gutes nur erschweren. Leben, Gesundheit und alle weltlichen Aktivitäten sind gegenüber den geistigen Zielen als zweitrangig zu betrachten¹.

Diese Feststellungen können unserer Diskussion als bündig formulierter Ausgangspunkt dienen, da sie uns erlauben, drei Fragen zum Problembereich der Euthanasie und der Bereitstellung von Mitteln der Lebenserhaltung anzugehen, ohne daß die gesamte katholische Tradition in ihren Aussagen zu medizinisch-ethischen Fragen im einzelnen bemüht werden müßte. Erstens, worin besteht die wesentliche Aussage der repräsentativ geäußerten Meinungsposition Papst Pius XII.? Zweitens, welche Elemente des Wandels oder der Kontinuität sind in den gegenwärtigen Lehraßerungen im Vergleich zu Formulierungen festzustellen, derer man sich vor fast dreißig Jahren bediente? Drittens, welches sind die Schlüsselpositionen dieser Lehraßerungen zu den gegenwärtig erhobenen Fragen, das heißt welches sind die Ansichten, die hin und wieder Anlaß zur Empfehlung von Korrekturen geben?

In aller Kürze kann als Kernpunkt der Lehrmeinung zunächst festgehalten werden, daß eine Unterlassung des Einsatzes von lebenerhaltenden Maßnahmen dann erlaubt ist, wenn diese sich als vergeblich oder als zu gewaltsam erweisen, wobei die direkte Maßnahme zur Tötung des Kranken völlig ausgeschlossen wird. Es wird vorausgesetzt, daß entweder der Patient selbst oder aber ein zur Wahrnehmung seiner Interessen bestellter Bevollmächtigter die ausschlaggebenden Entscheidungsträger sind. Während zum zweiten die Euthanasie nach wie vor untersagt und die Unterlassung von außergewöhnlichen Maßnahmen erlaubt ist, hat eine Verschiebung einiger anderer Schwerpunktsetzungen stattgefunden. Anstatt in unmißverständlichen Worten und übereilter Zurechtweisung die Tötung unschuldigen Lebens mit einem moralischen Verweis zu belegen und die reinigenden Kräfte des Leidens hervorzuheben, haben neuere Stellungnahmen damit begonnen, das Wohl der Person als Ganzer in die Überlegungen miteinzubeziehen. Man läßt nun unverstellter die Erfahrung zu, daß ein hinausgezögertes oder heftiges Leiden häufig außerordentlich negative Folgen für das Wohl des Menschen hat. Und drittens: Die Fragen, die eine nochmalige Überprüfung der wesentlichen Aussagen der Lehrmeinung nahelegen, sind folgende: Ist es ethisch sinnvoll, weiterhin auf der Unterscheidung zwischen «*commissio*» (= Begehen) und «*omissio*» (= Unterlassung) (d.h. aktiver oder passiver, direkter oder indirekter Sterbehilfe) zu bestehen? Gibt es Maßnahmen der Lebensverlängerung, die auf *jeden Fall* als «normal» gelten können, das heißt, die vom Standpunkt der christlichen Ethik aus betrachtet unverzichtbar sind, ganz gleich, wie sich der Zustand des Patienten darstellt?

Leben: Respektierung und Fürsorge

Richard A. McCormick SJ ermöglicht uns einen ebenso aufschlußreichen wie provozierenden Einblick in die Bedeutung der Feststellungen Papst Pius XII. In einem kommentierenden Aufsatz zum Problem der Behandlung von in kritischem Maß geschädigten Neugeborenen nimmt McCormick die in solchen Fällen ungemein angewachsenen Hilfsmöglichkeiten der Medizin zum Anlaß, die Kernaussagen der traditionellen Definition von «*ungewöhnlichen*» Maßnahmen der Lebenserhaltung weiterzuentwickeln².

Die enorme Ausweitung der Möglichkeiten moderner Medizin brachte eine allgemeine Verwirrung hinsichtlich der Fragen mit sich, ob diese Möglichkeiten nun immer Anwendung finden sollten, falls nicht, welche Kriterien die Anwendung bestimmen sollten, und schließlich, wem im Einzelfall die Anwendung der Kriterien überlassen sein sollte. Es kommt in der Praxis durchaus vor, daß Ärzte über all jene Fertigkeiten und Heilmittel der Medizin verfügen, die ihnen ein unverzügliches Einschreiten im Einzelfall gestatten, ohne daß zuvor über die Wahrscheinlichkeiten eines bedeutsamen und langfristigen Vorteils für das Kind angemessen nachgedacht worden wäre. Es kann auf der anderen Seite ebenso vorkommen, daß die immer noch unter Schock stehenden und vom Kummer über das Los ihres Kindes gezeichneten Eltern ihre Einwilligung in jedwede Art der Behandlung verweigern, da keine der möglichen Maßnahmen ihnen und ihrem Kinde die Hoffnung auf ein «normales» Leben in Aussicht stellen kann.

McCormick hebt besonders hervor, daß die Frage nach einer nuancierten Beurteilung der Qualität des zu erhaltenden Lebens außerordentlich wichtig sei und daß die Prüfung dieser Frage innerhalb der Tradition keineswegs neu ist. Das physische Leben sei im Laufe der christlichen Tradition noch niemals als «absoluter» Wert bestimmt worden, und hieran sei unter allen Umständen festzuhalten. Als physisches Gut sei das Leben den geistigen Gütern untergeordnet, und nur dadurch sei die Freude am Leben möglich. Dessen verschiedene Güter sollten einander jedoch niemals verdrängen oder ersetzen. In diesem Zusammenhang müsse das Kriterium der «Belastung» für diejenigen in Betracht gezogen werden, die über den Zeitpunkt zu entscheiden haben, zu dem ein Leben der Unvermeidlichkeit des Todes anheimgegeben werden darf.

Welches aber *sind* die geistigen Ziele und das höhere Gut, welche Papst Pius XII. erwähnt – fragt McCormick weiter. Was macht die außergewöhnlichen Maßnahmen so belastend und damit zu einer freiwilligen Handlung? Die Antwort McCormicks ist, daß die Liebe Gottes in der jüdisch-christlichen Tradition das bedeutendste aller Lebensgüter ist und daß dieses sich in der Liebe zum Nächsten erfülle (1 Joh 4, 20–21). Das physische Leben sei demnach das Gut des einzelnen, und es sei ein Gut in dem Maße, als es die Entfaltung von «*menschlichen Beziehungen* mit den zugehörigen Eigenschaften erlaube, wie Ge-

rechtigkeit, gegenseitige Wertschätzung, Sorge um das Wohl des anderen, Mitgefühl und Bereitschaft, einander beizustehen»³. In den traditionellen Abhandlungen und Handbüchern der Ethik findet man diese Einsicht negativ ausgedrückt. So könne die Anwendung einer außergewöhnlichen Maßnahme zur Erhaltung des Lebens des Patienten für diesen eine «Härte» bedeuten und «Schwierigkeiten» mit sich bringen, wie die schwerwiegende Zerrüttung wichtiger Beziehungen durch quälende Schmerzen, eine finanzielle Auszehrung oder entwurzelnde geographische Ortsveränderungen⁴. McCormick selbst beobachtete in einigen Fällen, wie die Möglichkeiten von Kindern (und auch Erwachsenen), Beziehungen einzugehen, allein aufgrund ihrer physischen Kondition verhindert wurden. Die Beispiele, die er anführt, betreffen Fälle schwerster geistiger Unterentwicklung, die jeder möglichen Erfahrung von Liebesbeziehungen, wie sie in einem jeden Leben vorgesehen sind, im Wege steht, sowie Fälle physischer Behinderungen, die derart aufzehrend sind, daß das Leben «zu einer einzigen Überlebensanstrengung»⁵ gerät.

Die Analyse McCormicks macht dem Leser klar, daß die Unterscheidung von gewöhnlichen und außergewöhnlichen Maßnahmen der Lebenserhaltung bisher auch immer eine Einschätzung der Qualität eines Lebens erforderlich machte, eine mit Feingefühl und Rücksicht auf die je gegebenen Lebensumstände getroffene Bewertung. Abschließend betont McCormick nachdrücklich, daß es hierbei nicht darum gehe, festzustellen, ob ein Mensch, dessen Tod man zuläßt, wertvoll sei oder nicht, sondern darum, ob eine Verlängerung des physischen Lebens für den Betroffenen einen Wert habe. Demnach habe sich eine Entscheidung allein am Wohl des oder der Betroffenen auszurichten.

Zusammenfassend ist also zu sagen, daß diejenige Maßnahme der Lebenserhaltung eine «gewöhnliche» ist, die das Leben in einem Zustand erhält, der die Entfaltung von Beziehungen zuläßt. Unter «außergewöhnlichen» Maßnahmen sind übermäßig schmerzhaft oder unangenehme Maßnahmen zu verstehen, die «erdrückend» sind und damit in drastischer Weise einer genuin menschlichen Ausrichtung des Lebens – seiner inneren Mitte gleichsam – entgegenwirken.

Obwohl jede der verschiedenen historischen Phasen der Entwicklung einer Definition von gewöhnlichen und ungewöhnlichen Maßnahmen

der Lebensverlängerung ihre eigenen Vorschläge und geeigneten Beispiele aufzuweisen hat, war man sich doch zu jeder Zeit darin einig, daß diese Maßnahmen sich an der physischen Kondition und den persönlichen Kräften eines Patienten auszurichten haben und auch mit der Wirksamkeit der jeweils verfügbaren medizinischen Behandlungsmethoden variieren müssen. Im 17. Jahrhundert beispielsweise erachtete der spanische Kardinal Juan de Lugo es als unnötig, irgendein «künstliches» Mittel zur Erhaltung von Leben anzuwenden, während heutzutage einige der am ehesten verfügbaren und wirksamsten Mittel der Lebensverlängerung in Laboratorien erzeugte Pharmaka sind.

Das Verbot der direkten Tötung ist die einzige ethische Einschränkung, die nicht in Abhängigkeit von den situativen Umständen eines Falles gesehen wurde. Das Zweite Vatikanische Konzil bezeichnete die Euthanasie als «dem Leben selbst entgegenstehend», als eine Handlungsweise, die geeignet ist, «die menschliche Gesellschaft zu vergiften», als «eine äußerste Schmach für den Schöpfer»⁶.

Die Perspektive: Verschiebungen und Ausgleichsbewegungen

Wenn im Kern der christlichen Lehre bezüglich der Pflege des Kranken und Sterbenden auch eine Kontinuität gegeben ist, so sind doch einige bemerkenswerte Veränderungen in der Art festzustellen, wie man das Problem anpackte. Vergleicht man früher oder später verfaßte maßgebliche Dokumente und theologische Handbücher, so trifft man auf Unterschiede in der Auslegung dessen, was des Menschen Wohl sei, was man unter Leiden zu verstehen habe und welche ethischen Normen anzustreben seien. Insgesamt hat man sich auf einen bedeutsamen Wandel der ethischen Auffassungen hinsichtlich der Pflege von Sterbenden zubewegt. Die einleitenden Paragraphen in der erst kürzlich erschienenen *Erklärung zur Euthanasie* (1984) können als Indikator gelten. Bevor wir sie zitieren und interpretieren, sei es erlaubt, zunächst an einen Zusammenhang zu erinnern, der für die Interpretation von Belang ist. Wir tun dies, indem wir uns die Worte eines bekannten amerikanischen Moraltheologen ins Gedächtnis rufen, die seine Überlegungen zur «Euthanasiebewegung» in einer Rede von 1957 einleiteten: «Diese Bewegung ist von denselben Prinzipien und demselben Mangel

an Wertschätzung für den Sinn und den Wert des menschlichen Lebens getragen, welche die ›Philosophie‹ eines totalitären Staates kennzeichnen und die in den schrecklichen Massenmorden an sogenannten lebensunwerten Menschen endeten.»⁷

Zweifellos ist hier die Tatsache von nicht geringer Bedeutung, daß die Greuelthaten der Nazis für den zitierten Autor eine Erinnerung aus jüngster Vergangenheit sind, und wir täten gut daran, diese Vergangenheit nicht verblassen zu lassen. Dennoch fördern die Autoren der *Erklärung* von 1984 den Dialog erfolgreicher, indem sie beiden Seiten eine von Gewissensgründen bestimmte Überzeugung zubilligen. Sie geben zu, daß die Euthanasie für gewöhnlich unabhängig von den Belangen des Patienten empfohlen werde und also nicht als von diesem selbst erwünscht und entschieden gelten kann. Die Menschen der modernen Gesellschaft – so stellt die *Erklärung* fest – erfahren angesichts der Erwartung, was ein fortgeschrittenes Alter und der Tod ihnen wohl bringen möge, eine nicht unerhebliche Angst, und sie «beginnen darüber nachzudenken, ob sie nicht das Recht haben, für sich und ihre Gefährten einen ›leichten Tod‹ zu erwirken, der Leiden abkürzen und in harmonischerem Einklang mit der menschlichen Würde stehen könne»⁸. Ferner seien die dringenden Bitten der Kranken, doch ihren eigenen Tod sterben zu dürfen, als «ein Flehen um Hilfe und Liebe in der Qual»⁹ zu verstehen. Der Schwerpunkt der Diskussion hat sich von der Verurteilung unmoralischer Handlungen wegbewegt, zu einem eher gütlichen Zureden hin, doch Verständnis aufzubringen und in einem ernsthaften Einsatz dafür zu sorgen, daß eine ausreichende Betreuung den Wunsch nach dem Tod erst gar nicht aufkommen läßt. Die Aufmerksamkeit verlagerte sich von der mehr oder weniger abstrakten Kategorie der «Unantastbarkeit unschuldigen Lebens» weg zur Notlage des konkreten einzelnen und der Gesamtheit der Bedingungen hin, die sein Wohlergehen ausmachen.

Das Leiden und sein Sinn haben in der katholischen Diskussion um Krankheit und Tod schon immer eine hervorragende Rolle gespielt. Es hat jedoch, wie gesagt, eine Verschiebung stattgefunden, im wesentlichen zugunsten der Aufgabe, Leiden zu lindern. Die *Erklärung zur Euthanasie* bemerkt, daß der Schmerz «oft über die ihm eigene biologische Zweckmäßigkeit hinausgeht und dann so gravierend wird, daß er den Wunsch

erweckt, ihn, koste es was es wolle, loszuwerden»¹⁰. Obwohl die *Erklärung* das Leid als «eine Teilnahme am Leiden Christi» bezeichnet, empfiehlt sie «der Mehrzahl der Kranken» doch den Gebrauch von schmerzlindernden Mitteln, auch wenn diese Arzneimittel die Bewußtheit verminderten und den Widerstand gegenüber dem Sterben herabsetzten¹¹. Papst Pius XII. billigte zwar den Gebrauch derartiger schmerzlindernder Medikamente, er blieb im Ton allerdings eher zurückhaltend¹².

Der Apostolische Brief Papst Johannes Pauls II. «Über das menschliche Leiden» wirft ein zusätzliches Licht auf die gegenwärtig vertretenen Standpunkte hinsichtlich «außergewöhnlicher» Mittel der Lebenserhaltung. Thema des Briefes ist die rettende Bedeutung des Leidens. Als Paradigma des Leidens wird allerdings der gute Samariter (Lk 10,29–32) vorgestellt. Es handele sich hier um ein mehr aktives denn ein passives Leiden; ein Leiden um des Himmelreiches willen, das die Leiden anderer in aktiver Tätigkeit zu lindern suche. Damit verschiebt sich die Last des erlösenden Leidens von den Kranken und Sterbenden zu jenen hin, die sich ihrer annehmen. Gelegentlich vermögen die Pflegekräfte Leiden zu mildern, indem sie Maßnahmen unterlassen, die mit dem Leben auch die Pein der Betroffenen verlängern würden. Die Unterlassung außergewöhnlicher Maßnahmen kann heute als aktive Liebespflicht aufgefaßt werden, anstatt nur als «Erlaubnis» für den Grenzfall zu gelten, der nahe an der Grenze zum Verbotenen liegt. Das Kriterium der Belastung für die Beteiligten wiederholend erkennt die *Erklärung* an, daß «der Gebrauch therapeutischer Mittel hin und wieder Probleme aufwirft», und sie bekräftigt die populäre Wendung vom «Recht auf den eigenen Tod» als «das Recht, in Frieden und mit menschlicher und christlicher Würde zu sterben»¹³.

Ein Recht auf den Tod?

Ein etwas problematisches Element in der neuen Weise, den Tod und das Sterben zu sehen, ist die Neigung, das Verlangen des Patienten als ein «Recht auf den Tod» aufzufassen und zu formulieren. Im allgemeinen bezieht sich dies auf das Zurückhalten oder Entfernen von außerordentlichen Mitteln der Lebensverlängerung, jedoch kann es – ausgeweitet auf Akte der «*commissio*» (= des aktiven «Begehens») – ebenso ein Recht

auf die aktive Unterstützung des Wunsches zu sterben anzeigen. Von der Streitfrage der sittlichen Berechtigung einer aktiven Euthanasie einmal abgesehen, ist auf zwei weitere Gründe hinzuweisen, die es seltsam erscheinen lassen, vom Tod als einem «Recht» zu sprechen. Der erste dieser Gründe ist, daß wir gemeinhin ja das *Leben* als das fundamentale Gut wahrnehmen (auf das wir ein «Recht» haben), während der Tod als ein schmerzlicher Verlust des Lebens gilt. Als zweiter Grund ist anzuführen, daß ein Recht auf den Tod auch eine Pflicht zu töten impliziert oder zumindest doch eine Beschleunigung des Sterbens durch indirekte Maßnahmen – insofern nämlich Personenrechte mit der Pflicht einhergehen, einander in diesen Rechten zu unterstützen. Gleichzeitig halten wir es im allgemeinen für eine unserer vorrangigen Pflichten gegenüber anderen (und besonders gegenüber dem arbeitsunfähigen oder unzurechnungsfähigen Nächsten), deren Leben in unseren Schutz zu nehmen und ihm zu Diensten zu sein. Die offensichtliche Antwort auf diese Einwände ist, daß das Sterben bzw. der Tod nicht ein Gut «an sich» darstellt wie das Leben, sondern vielmehr ein an gewisse Umstände gebundenes Gut. Das Leben ist ein Wert, der eine unmittelbare Anziehungskraft ausstrahlt und dessen Anspruch auf sittliche Wahlfreiheit selbstverständlich ist. Der Tod ist dagegen eine Wohltat nur für diejenigen, deren physisches Leben unwiederbringlich der Möglichkeit – und sei es auch nur die geringste Möglichkeit – beraubt ist, in sinnvollen menschlichen Beziehungen zu stehen. Es kann außerdem angenommen werden, daß das Verbot der direkten Tötung unschuldigen Lebens auch angesichts eines Rechtes auf den eigenen Tod weiterhin bestehen bleibt und wirksam ist.

Trotz dieser notwendigen Voraussetzungen bleibt der Gedanke eines «Rechtes auf den Tod» jedoch problematisch. Der Grund hierfür ist das Bestreben, Vorstellungen von Leben, Tod, Leid und gegenseitiger menschlicher Unterstützung in *individualistischen* Begriffen auszudrücken. In dieser Beziehung unterscheiden sich westliche Kulturen erheblich von vielen nichtwestlichen Kulturen. Dies ist ohne Zweifel der Grund dafür, daß die sozialen Bewegungen, die für Euthanasie und den Freitod eintreten, eine überwiegend westliche Erscheinung sind. Die meisten westlichen Gesellschaften neigen dazu, das Individuum im wesentlichen auf der Grundlage moralischer Forderungen und Verpflichtungen zu

definieren, wobei Vorstellungen zustandekommen, die der einzelnen Person höchste Bedeutung zumessen. Sie sei es, die Selbständigkeit, Würde und Freiheit des Menschen realisiere, und sie trage damit zur Wahrung derjenigen Güter bei, deren definitorische Bestimmung am Anfang einer jeden Sittenlehre steht. In solch einer Perspektive ist nahezu keine Neigung zu einem sinnvollen Leiden festzustellen, und der Verlust von Selbständigkeit zeichnet sich als ein fürchterliches Übel ab.

In vielen nichtwestlichen Kulturen dagegen stellen die Gemeinschaft oder Gesellschaft sowie die Familie die Orte dar, von denen aus das Nachdenken über ethische Grundsätze seinen Ausgang nimmt. Aus diesem eher komunitären Blickwinkel stellen sich der Verlust individueller Fähigkeiten und das Angewiesensein auf andere nicht als grundlegende Gefährdungen eines sich «lohnenden» menschlichen Lebens dar. Da diese nichtwestlichen Kulturen das Leben eines dahinscheidenden Menschen nicht unbedingt und um jeden Preis zu erhalten suchen, sind sie eher in der Lage, die gewesene und gegenwärtige Bedeutung eines solchen Lebens in den Zusammenhang eines weiter gespannten Netzwerkes von Beziehungen und von sozialen und personalen Gütern bzw. Werten zu stellen. Es kann mit größerer Selbstverständlichkeit angenommen werden, daß die Familie oder Gemeinschaft für ihre schwachen Mitglieder (besonders die älteren) sorgt und daß die bereitwillige Annahme einer solchen Versorgung nicht etwa eine Entwürdigung oder Erniedrigung nach sich zieht. Leben und Tod fügen sich in einen größeren Zusammenhang ein, innerhalb dessen der allgemeine Lebensrhythmus der Gemeinschaft den Vorrang vor der individuellen Eigenart der Mitglieder hat. Während es zutreffen mag, daß eine Gesellschaft, in der das Ganze ein Gut von überragender Bedeutung darstellt, dem einzelnen Mitglied der Gemeinschaft eine unzureichende Wertschätzung zukommen läßt, könnten die stärker aufeinander bezogenen Auffassungen von Mitgliedschaft in der Gemeinschaft dem westlichen Beobachter ihrerseits eine neue Einsicht in die innere Solidarität der menschlichen Natur vermitteln.

An dieser Stelle ist die Erinnerung daran hilfreich, daß die katholische Tradition der westlichen medizinischen Ethik stets handlungsorientierten und individualistischen Analysen ethischer Imperative zugeneigt war. Einen fruchtba-

ren Kontrapunkt hierzu findet man in der katholischen Tradition der *Sozialethik*, wie sie beispielsweise in den neuzeitlichen päpstlichen Sozialenzykliken enthalten ist. In der kirchlichen Soziallehre wird die Würde der Person immer nur im Zusammenhang mit dem Gemeinwohl abgehandelt, in dessen Schutz sie auch gestellt wird. In diesem Kontext finden eine natürliche Sozialität und eine gegenseitige Abhängigkeit Zustimmung, und «Rechte» werden niemals eingefordert, ohne daß nicht auch die Pflichten Beachtung fänden. Als Pflichten, die mit einem jeden Recht einherzugehen haben, werden genannt: die Pflicht der Respektierung der Rechte des anderen und die Pflicht, mit den Gütern, die wir mit unseren «Anrechten» überziehen, sorgfältig umzugehen und sie in den Dienst an Gott und den Menschen zu stellen.

Beziehen wir den Begriff des Gemeinwohls wieder auf unsere eigentliche Frage nach einem «Recht auf den Tod», so ist festzuhalten, daß die Liebe zu Gott und dem Nächsten eines jeden erste *Pflicht* ist. Ein Recht auf den Tod kann legitimerweise wohl nur dann beansprucht werden, wenn jener ersten aller Pflichten bei Fortsetzung des Lebens nicht mehr Genüge getan werden kann und wenn die aktive Sterbehilfe als ein Akt der Nächstenliebe und des Gehorsams gegenüber Gott verstanden werden kann. Darüber hinaus haben die den Patienten umgebenden Personen die Pflicht, ihre Pflege am Beispiel des Guten Samariters auszurichten, bereit dazu, Opfer zu bringen, damit die Sterbenden Trost erfahren und ihnen ihre letzten Tage der Mühe wert werden. Auf diese Weise könnte der Wunsch zu sterben vermieden werden.

Fragen: Direkte oder indirekte Herbeiführung des Todes

Es verbleiben noch einige Fragen hinsichtlich der beiden hauptsächlichen Unterscheidungen, die die katholische Lehre im Falle der absichtlichen Herbeiführung des Todes unter medizinisch kontrollierten Bedingungen trifft. Es ist dies die Unterscheidung zwischen einer «gewöhnlichen» (vorgeschriebenen) und einer «ungewöhnlichen» (freiwilligen) Behandlungsmaßnahme sowie die ethische Unterscheidung zwischen der Unterlassung einer Maßnahme und dem aktiven Handeln. Im Verlauf ihrer Entwicklung verfeinerte sich die Unterscheidung von gewöhnlichen und

außergewöhnlichen Maßnahmen der Lebensverlängerung ständig, immer neue Nuancen wurden ihr abgewonnen. So werden Maßnahmen, die früher als nur selten in Anspruch genommen, als belastend und höchst wahrscheinlich nutzlos galten – wie die meisten der chirurgischen Eingriffe – heutzutage als medizinisch brauchbar und zur Erhöhung der Lebensqualität hervorragend geeignet betrachtet¹⁴. In den letzten Jahrzehnten kam jedoch eine weitere Bedeutungsvariante hinzu und verlieh dem Begriff der «gewöhnlichen Behandlungsmaßnahme» eine neue Schattierung. Diese neue Variante zieht in Betracht, inwieweit eine gewöhnliche Maßnahme dem physischen Zustand des Patienten *insgesamt* förderlich ist.

Die relevante Frage ist, ob eine lebensverlängernde Maßnahme, die einer dringlichen und grundlegenden physischen Notwendigkeit wirkungsvoll entgegenkommt, als «außergewöhnlich» unterlassen würde, wenn der Patient gleichzeitig unter einem Zustand zu leiden hätte, der mit diesem grundlegenden Bedürfnis zwar nichts zu tun hat, dennoch aber die Lebensqualität des Patienten und möglicherweise auch seine Lebenserwartung gravierend beeinträchtigen würde.

Ein älteres Beispiel hierzu ist der Fall des Diabetikers, der an unheilbarem Krebs leidet und auf Insulin angewiesen ist. Würde man das Insulin wegen der Krebsprognose absetzen, obwohl Insulin und Krebskrankheit nichts miteinander zu tun haben, höchstens so viel, daß beide auf ein und dieselbe Person einwirken?¹⁵ Das neuere und gegenwärtig realistischere Beispiel ist der Fall des unabänderlich im Koma liegenden Patienten, der, um weiterleben zu können, auf eine intravenöse Ernährung angewiesen ist. Kann selbst eine solch grundlegende Versorgung wie die künstliche Ernährung zu einer außergewöhnlichen Maßnahme werden in Fällen, in denen eine «Lebensqualität» praktisch nicht mehr gegeben ist?¹⁶ Ebenso, wie es verständlich und angebracht ist, sich gegen die Unterbrechung einer Versorgung von wesentlichen menschlichen Bedürfnissen zu sträuben, ist es angemessen, den Patienten als ein Ganzes zu sehen und nicht als eine Anhäufung von separaten Teilen und Funktionen. Gereicht also die Unterbrechung *aller* Möglichkeiten der Lebenserhaltung zum Besten des Patienten, dann scheint ein solches Handeln berechtigt zu sein. Als einzig wichtiges Problem verbleibt dann

noch die Unsicherheit darüber, ob auch in jedem konkreten Einzelfall alle möglichen Wege ausgedacht werden, die das Leben oder Sterben eines Patienten erleichtern können.

Die letzte noch zu stellende Frage ist ebenso umstritten wie verblüffend. Während viele jedes Nachsinnen über die Möglichkeit der direkten Tötung bereits für einen Angriff auf die Würde und Sicherheit unschuldiger Menschen halten, glauben andere nach bestem Gewissen, daß die Tätigkeit des «Pflegens» selbst schon zu einer Form der direkten Herbeiführung des Todes werden kann, und zwar dann, wenn Bedingungen eintreten, die das Schicksal eines Pflegefalles beklagenswerter erscheinen lassen als es der Tod selbst wäre. Diejenigen, die dieses Argument einbringen, lassen sich nicht von der Gegenmeinung überzeugen, wonach zwischen Handlungen, die das Sterben «zulassen», indem sie nichts dagegen unternehmen, und solchen, die es durch ein direktes Beenden eines Lebens «herbeiführen», nicht nur eine sachliche Differenz, sondern auch eine moralische Kluft besteht. Eine der schwierigsten Aufgaben in der Debatte zur Euthanasieproblematik besteht in der präzisen Definition des moralischen Unterschiedes zwischen der Unterlassung von lebenserhaltenden Maßnahmen und einem aktiven Handeln.

Als erstes und wichtigstes ist hier festzuhalten, daß beide Arten der Herbeiführung des Todes moralische *Entscheidungen* beinhalten, denen offenkundige *Taten* folgen, wie etwa das Ausschalten eines Beatmungsgerätes, das Entfernen einer sauerstoffspendenden Luftröhre oder auch nur das Verlassen des Krankenhauses. Zum zweiten kann die Verursachung des Todes durch das Unterlassen einer lebensverlängernden Maßnahme moralisch verwerflich sein, wenn dies unter Umständen geschieht, unter denen ein lebenswertes Leben gerettet bzw. verlängert werden könnte. Als möglicherweise wichtigstes Argument gegen eine Rechtfertigung der direkten und aktiven Herbeiführung des Todes kann der Einwand gelten, daß sich hier möglicherweise eine *Praxis* einspielt, die auch auf harmlosere Fälle übergreift, auf Menschen, die sich in weniger drastischen Situationen des Leidens und erst recht nicht in der Situation des sich bereits nahenden Todes befinden. Auch wenn solche zusätzlichen Krankheitsfälle nicht ohne weiteres mit derselben Logik zu rechtfertigen sind, die das Töten des, sagen wir, aussichtslos und unheilbar Kranken, der großen Schmerzen ausgesetzt ist

(dem der Tod droht und dessen ethische Möglichkeit der Selbstbestimmung rapide abnimmt) eventuell rechtfertigen, so ist es dennoch möglich, daß bislang unangefochtene Standpunkte gegenüber dem Wert von Menschenleben, besonders jenen, die weniger produktiv sind als andere oder deren Pflege finanziell aufwendiger ist, ins Wanken geraten, so daß das Leben dieser Menschen einem Risiko ausgesetzt wäre. So könnte sich eine Verschiebung ergeben vom Töten als seltenem und «letztem Ausweg» im Interesse des Betroffenen hin zu einer allgemeinen Praxis des Tötens von als Last empfundenen Menschen.

Wenn dieses Argument im Zusammenhang mit der Erörterung der festen Einrichtung von bestimmten sozialen und medizinischen Verfahrensweisen auch seine Bedeutung hat, so bringt es dennoch keinen Aufschluß hinsichtlich der Frage der Sittlichkeit einzelner Fälle des Gnadentodes, in denen einvernehmlich festgestellte Bedingungen, wie hartnäckige Schmerzen und der bevorstehende Tod, die Oberhand gewinnen. Die Unterscheidung zwischen der Unterlassung von Maßnahmen und dem aktiven Handeln wird ethisch immer *relevant* bleiben, denn ein friedliches Sterben, bewirkt durch die Unterbrechung einer Behandlung, ist unter sonst gleichen Umständen dem Töten vorzuziehen. Jedoch ist nicht völlig klar, ob diese Unterscheidung in jedem Falle auch im moralischen Sinne *maßgeblich* ist. Dies gilt um so mehr, wenn das Leben als ein bedingter, nicht aber absoluter Wert betrachtet wird – ein Standpunkt, der von der christlichen Tradition bis heute vertreten wird – und wenn eine Fortsetzung des biologischen Lebens höheren geistigen und sittlichen Werten bedrohlich werden kann, als deren Voraussetzung es geschaffen ist und dem es zu dienen hat. Gerechtfertigte Fälle der direkten Tötung kämen, wenn überhaupt, dann sicher nur selten vor und wären als Grenzfälle zu betrachten. Sie würden nur dann auftreten, wenn die Umstände sich zu einer akuten Bedrohung der Personwürde eines Menschen entwickelten und wären auch nur dann erlaubt, wenn der Tod auf jeden Fall bevorstände. Auch wenn sie zu rechtfertigen wären, behielten solche Fälle aber immer etwas von der Aura einer tragischen Begebenheit und Ungeklärtheit, die alle menschlichen Entscheidungsvorgänge in Situationen begleitet, in denen wir einen Widerstreit unserer geachtetsten und grundlegendsten Werte erfahren.

Die tiefreichende und bisher nicht reduzierbare Unklarheit eines jeden Arguments, welches behauptet, das Leiden eines Kranken könne die durch Menschen verfügte Vernichtung eines Lebens rechtfertigen, das doch nur vom Schöpfer selbst geschenkt werden kann, veranlaßte das Christentum, den Gnadentod durch alle Tradition hindurch als «Mord» einzustufen. Auf der anderen Seite aber verdanken wir der Erkenntnis, daß das irdische biologische Leben in seinem Wert begrenzt und relativ ist, eine Ausweitung der Billigung auf das Handeln jener, die sich im Falle großer Pein weigern, weiterhin lebenserhaltende Maßnahmen einzusetzen.

Insgesamt gesehen hält die christliche Tradition am menschlichen Leben als einem grund-

legenden, jedoch nicht absoluten Wert fest. Aus diesem Grund kann ein Herbeiführen des Todes ein Ausdruck der Achtung vor dem menschlichen Leben sein, der Achtung besonders für die umfassende Würde und das Gesamtwohl der menschlichen Person, die ebenso geistige wie physische Aspekte einschließen. Eben diese Tradition beschränkte das Herbeiführen des Todes auf indirekte Maßnahmen, obwohl diese Einschränkung Gegenstand einer fortlaufenden Diskussion unter all jenen ist, die das Lindern von Leid als eine Liebespflicht ansehen, als eine Pflicht, die in außergewöhnlichen Fällen sogar gewichtiger sein kann als die strenge Pflicht, menschliches Leben nicht durch direkte Tötung zu vernichten.

¹ Papst Pius XII., *The Prolongation of Life, An Address to an International Congress of Anesthesiologists*, 24. Nov. 1957: *The Pope Speaks* 4 (1957) 395 f. Vgl. *Acta Apostolicae Sedis* 49 (1957).

² Richard A. McCormick SJ, *To Save Or Let Die: Journal of the American Medical Association* 229 (1974) 172–176; simultane Veröffentlichung in «America» am 17. Juli 1974.

³ AaO. 174.

⁴ Gerald Kelly SJ, *Medical-Moral Problems* (Catholic Hospital Association, St. Louis 1958) 123.

⁵ Richard A. McCormick, aaO. 175.

⁶ *Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute*. Kap. II des I. Hauptteils, Nr. 27: *L Th K*, II. Vat., Bd. III, 241–592 (Freiburg/Basel/Wien 1968).

⁷ Gerald Kelly, aaO. 116.

⁸ *Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith, Declaration on Euthanasia*, 5. Mai 1980 (Daughters of St. Paul, Boston 1980) 5; Nachdruck der englischen Ausgabe des *Osservatore Romano*.

⁹ AaO. 9.

¹⁰ AaO. 9.

¹¹ AaO. 9–10.

¹² Papst Pius XII., *Anesthesia: Three Moral Questions, Address to the Italian Society of Anesthesiology*, 24. Febr. 1957: *The Pope Speaks* 4 (1957) 33–50. Vgl. *Acta Apostolicae Sedis* 4 (1957).

¹³ AaO. 11.

¹⁴ Einen Beitrag zur Ausarbeitung der Definition leisteten Alphons von Liguori, der Jesuit Juan De Lugo, die Dominikaner Soto und Bañez und – in jüngster Zeit – die Autoren der Handbücher für Moralthologie aus dem frühen Zwanzigsten Jahrhundert, wie Buceroni, Aertnys-Damen, Capellman, Noldin-Schmidt, Jone-Adelman, Lehmkuhl und Kelly. Einen historischen Überblick bietet Thomas J. O'Donnell

SJ, *Medicine and Christian Morality* (Alba House, New York 1976) 47–55.

¹⁵ Als negative Antwort vgl. J. McCarthy SJ, *Taking of Insulin to Preserve Life: The Irish Ecclesiastical Record* 58 (1941) 552–554. Eine positive Analyse findet sich bei G. Kelly SJ, *The Duty of Using Artificial Means of Preserving Life: Theological Studies* 12 (1951) 550–556.

¹⁶ Richard A. McCormick SJ, *Notes on Moral Theology*, 1983: *Theological Studies* 45 (1984) 115–119. Vgl. a. drei Aufsätze zum Problem der Einstellung intravenöser Ernährung von Bonnie Steinbock, James Childress und Joanne Lynn sowie Daniel Callahan: *Hastings Center Report* 13 (1983).

Aus dem Englischen übersetzt von Birgit Saiber M.A.

LISA SOWLE CAHILL

Associate Professor für christliche Ethik am Boston College. Promovierte 1976 an der University of Chicago Divinity School zum Doktor der Theologie (mit einer Dissertation zum Thema: *Euthanasia. A Protestant and a Catholic Perspective*). Schwerpunkte ihrer derzeitigen Arbeit: Methodenlehre in der theologischen Ethik; die Verwendung der Heiligen Schrift in der Ethik; medizinische Ethik; Sexualethik. Aufsätze zu diesen Themenbereichen erschienen in folgenden amerikanischen Zeitschriften: *Theological Studies*; *Journal of Religious Ethics*; *Journal of Medicine and Philosophy*; *Chicago Studies*; *Religious Studies Review*; *Interpretation*; *Horizons*; *The Lineacre Quarterly*. 1985 erscheint ein Buch: *Between the Sexes. Toward a Christian Ethics of Sexuality*. Anschrift: Boston College, Dept. of Theology, Chestnut Hill, Mass. 02167, USA.