

DISKUSSIONSBEITRAG

## Zwei Spezialprobleme des Behandlungsabbruchs im Licht des katholischen Lehramts

Martin SCHLAG

### ZUSAMMENFASSUNG

*Maßnahmen zur Lebensverlängerung dürfen unterlassen werden, wenn sie unverhältnismäßig sind. Unter Umständen besteht sogar die Pflicht, eine Behandlung abubrechen („therapeutischer Übereifer“). Da es sich um die Begrenzung eines positiven Gebots (Lebenserhaltung) handelt, spielt das Prinzip der Verhältnismäßigkeit hier eine besondere Rolle. Zwei Spezialprobleme werden untersucht: Das Auftreten einer heilbaren Krankheit während der Sterbephase und die künstliche Ernährung eines komatösen Patienten. Die Menschenwürde verlangt vom Arzt und vom Mitmenschen im allgemeinen jene minimale Pflege, die einem Sterbenden entgegengebracht wird: Ernährung, Wasser, Krankenbett, Wärme, Hygiene, etc. Die Gewährung dieser Pflege ist unverzichtbarer Ausdruck unserer Anerkennung des Kranken als Person, die um ihrer selbst willen geliebt werden muß.*

**Schlüsselwörter:** Verhältnismäßigkeit, Behandlungsabbruch, Sterbephase, künstliche Ernährung

### ABSTRACT

*It is licit to discontinue medical procedures that are disproportionate. In certain circumstances it may even be obligatory to do so („over-zealous treatment“). As we are trying to define the limits of a positive duty (preservation of life), the criterion of proportion acquires specific significance in this context. We will analyze two special problems: the occurrence of an additional treatable ailment during the terminal stage of an illness, and nutrition of the comatose patient. Human dignity requires that appropriate care be provided for the sick even if they are incurable: nutrition, hydration, bed, warmth, hygiene, etc. Thereby we recognize the incurably sick as persons whom we have to love as an end in themselves.*

**Keywords:** Proportion, discontinuing medical treatment, terminal illness, medically assisted nutrition

*Anschrift des Autors:* DDr. Martin SCHLAG, Università Pontificia della Santa Croce  
Piazza dei Sant'Appolinare 49, I-00186 Roma

## 1. Grundsätze hinsichtlich der Unterlassung unverhältnismäßiger Maßnahmen zur Lebensverlängerung

So wie es unsittlich und unchristlich ist zu töten, d.h. die unbedingte Annahme des Lebens in Frage zu stellen, ebenso unsittlich ist es, die Annahme des Todes zu verweigern, d.h. den Eintritt des unvermeidlichen Todes mit unverhältnismäßigen Mitteln verhindern zu wollen. Die Enzyklika *Evangelium Vitae*<sup>1</sup> bezeichnet diese Haltung als „therapeutischen Übereifer“ (*vehementia therapeutica*<sup>2</sup>): „bestimmte ärztliche Eingriffe, die der tatsächlichen Situation des Kranken nicht mehr angemessen sind, weil sie in keinem Verhältnis zu den erhofften Ergebnissen stehen, oder auch, weil sie für ihn und seine Familie zu beschwerlich sind.“ Oder in einer Kurzdefinition: „außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel.“ Der Verzicht darauf „ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie; er ist vielmehr Ausdruck dafür, daß die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird.“<sup>3</sup>

Die Unterlassung unverhältnismäßiger Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens ist zulässig, auch wenn sicher feststeht, daß der Tod daraufhin eintreten wird. Diese Handlung stellt keine Euthanasie dar, weil es sich um einen Fall *indirekter* Intentionalität handelt: Gewollt wird *nicht* die Tötung, sondern die Annahme des Todes<sup>4</sup>. Auch in dieser Frage wird vom Handlungsobjekt ausgegangen und nicht vom Motiv der Tat.

Die Problematik des therapeutischen Übereifers muß in erster Linie aus dem Blickwinkel eines positiven Gebotes gesehen werden, und zwar aus dem Gebot der Lebenserhaltung<sup>5</sup>. Was begrenzt werden muß, ist ja in diesem Fall nicht der Tötungsvorsatz, der in sich schlecht ist, sondern vielmehr sein Gegenteil: der Wunsch, das Leben zu erhalten, was dem genannten positiven Gebot entspricht. Als positives Gebot kennt es jedoch, anders als die negativen Verbote, nicht allgemeingültige, von den Umständen

unabhängige, zeitlos unveränderliche Formulierungen, sondern seine Anwendung bezieht sich vielmehr stets auf einen bestimmten Fall, in dessen Umständen entschieden werden muß, unter welchen Opfern, wie lange, zu welchem Preis etc. das menschliche Leben zu erhalten ist. Wie allen positiven Geboten entsprechen der positiven Pflicht zur Lebenserhaltung viele verschiedene Verhaltensweisen; daher gibt es in den Einzelfällen viele verschiedene Antworten<sup>6</sup>. Abstrakt gesehen besteht die Antwort in der Verhältnismäßigkeit zwischen Eingriff und Situation. Deshalb spielt das Prinzip der Verhältnismäßigkeit hier eine über die Regeln des *voluntarium indirectum* hinausgehende Rolle.

Aus ihrem Charakter als positives Gebot leitet sich auch eine weitere Eigenschaft der Pflicht zur Lebenserhaltung ab: Sie gilt nicht unbegrenzt, sondern sie kennt eine Obergrenze. Wird diese überschritten, verändert sich die sittliche Natur der Handlung: Aus Lebenserhaltung wird *vehementia therapeutica*. An dieser Grenze schlägt die positive Handlungspflicht in eine Unterlassungspflicht bzw. ein Verbot um. Ab einem hohen Grad an Unverhältnismäßigkeit der Maßnahme ist der Verzicht darauf nicht nur zulässig, sondern sogar verpflichtend. Die Enzyklika tut diesen Schritt nicht ausdrücklich, sondern stellt nur die Zulässigkeit des Verzichts fest. Doch lassen sich die Aussagen von *Evangelium Vitae* gemäß der allgemeinen Tugendlehre zu Ende denken: Die gute Handlung, die Tugend, ist ein Höhepunkt zwischen zwei Extremen. Die Lehre der Enzyklika zur Euthanasie bezweckt dies: Es geht sowohl darum, die Macht auszuräumen, den Tod direkt herbeizuführen, d.h. zu töten, als auch den Todeszeitpunkt durch eine Art „biologische Tyrannis“ hinauszuzögern (therapeutischer Übereifer), was die Menschenwürde ebenfalls verletzt<sup>7</sup>.

Wichtig ist es jedenfalls festzuhalten, daß *nie* das Leben des Patienten als solches abgewogen oder bewertet wird. Es kommt nicht darauf an, ob der Patient oder der Dritte das Leben für le-

benswert oder nicht erachtet. Das Leben als solches ist inkommensurabel: Der Mensch hat Würde, nicht Wert. Sein Leben kann daher nicht in anderen Größen wie etwa Vergnügen, Geld, Selbstverwirklichung etc. bewertet und bemessen werden. Das Leben selbst entzieht sich einer Abwägung. Was abgewogen wird, sind immer die *Mittel* im Bezug auf dieses Leben. Es muß festgestellt werden, ob ein medizinischer Eingriff in einer bestimmten Situation eine unverhältnismäßige Belastung bedeutet, wenn man die Gesamtverfassung der Person berücksichtigt. Zu dieser Gesamtverfassung gehören die physische und psychische Belastungsfähigkeit des Patienten und seiner Familie und vor allem auch die Patientenautonomie, d.h. der Wille des Sterbenden und seiner Angehörigen. Es müssen aber auch die jeweils konkret zur Verfügung stehenden medizinisch-technischen und finanziellen Mittel kalkuliert werden. Dieses Problem stellt sich immer dann, wenn über die Verteilung knapper Ressourcen entschieden werden muß, z.B. wenn einer begrenzten Anzahl von Intensivstationenplätze eine größere Zahl an Patienten gegenübersteht. In diesem Fall muß entschieden werden, welche Patienten aufgenommen und welche abgewiesen und damit ihrem Schicksal überlassen werden. Die Entscheidung in diesen Fällen ist schwer und schmerzlich: Es muß nämlich nicht nur die Verhältnismäßigkeit im jeweiligen Einzelfall festgestellt werden, sondern auch die Relation zwischen den einzelnen Patienten. Für einige Autoren besteht diese schwierige Abwägung im Verhältnis zwischen dem „Wert des Lebens“ oder der „Lebensqualität“ der todkranken Person und den zur Lebensverlängerung erforderlichen Mitteln<sup>8</sup>. Dies setzt voraus, daß das Leben als solches einer Bewertung zugänglich wäre, was aber nicht zutrifft. Bewertet werden können die Heilungsaussicht, die Belastung, die familiäre Situation (z.B. Sorgepflichten), etc. Zur Lösung dieser schwierigen sanitätsökonomischen Probleme muß also zunächst jeder Einzelfall für sich beurteilt und die Verhältnis-

mäßigkeit oder Unverhältnismäßigkeit eines Eingriffs in der konkreten Situation festgestellt werden. Je nach dieser Verhältnismäßigkeit muß eine Reihung der Patienten vorgenommen werden. Dadurch ist auch ein Vergleich zwischen den einzelnen Patienten unvermeidbar, aber nicht deren Leben oder Person werden gegen einander abgewogen, sondern die jeweilige Verhältnismäßigkeit des konkret notwendigen Eingriffs. Dazu gehört, wie gesagt, auch die familiäre Situation, d.h. es kann sein, daß einem Eingriff mit geringer Erfolgsaussicht bei einem Familienvater mit mehrfacher Sorgepflicht der Vorzug zu geben ist vor einem Eingriff mit relativ größerer Erfolgsaussicht bei einer ledigen Person. Dies jedoch nicht, weil eine Person „wertvoller“ wäre als die andere, sondern weil die Verhältnismäßigkeit der jeweiligen Eingriffe verschieden ist: Verglichen werden nicht zwei Leben, sondern zwei Relationen.

Hier wird an etwas angeknüpft, was bereits weiter oben angesprochen wurde: Ab einem bestimmten, hohen Grad an Unverhältnismäßigkeit schlägt die Zulässigkeit der Unterlassung dieser Maßnahmen in die *Pflicht* zu ihrer Unterlassung um. Patientenautonomie und damit das Recht, lebensverlängernde Maßnahmen abzulehnen oder sie zu verlangen, sind nicht gleichbedeutend mit dem Recht, den eigenen Todeszeitpunkt zu bestimmen. Es wäre z.B. unsittlich, große Summen des Sanitätshaushaltes, Apparate und Personal, die das Leben anderer retten könnten etc., dafür zu beanspruchen, das eigene bereits erloschene Leben um Stunden oder Tage zu verlängern. Die Medizin dient der Person in ihrer körperlichen Dimension, aber nicht dem isolierten biologisch-technischen Apparat „Mensch“. Jede therapeutische Entscheidung ist daher immer eine Entscheidung, die die Person betrifft und somit eine ethische Wahl. Das ethische Kriterium kommt nicht von außen nachträglich zum medizinischen Urteil hinzu, sondern es ist von vornherein ein originär medizinisches Kriterium. Um wirklich *medizinisch* korrekt zu sein, muß die

medizinische Entscheidung ethisch korrekt sein. Die Ethik ist konstitutiv für die Medizin, insofern sie praktische Wissenschaft ist. Beim konkret vorliegenden Problem hat die Medizin zwei Grenzen zu beachten: Wo anderen geschadet wird, darf man den eigenen Tod nicht mit völlig unverhältnismäßigen Mitteln zu verhindern trachten. Dies käme einem verzweifelden Festklammern am Leben und der Negation der Annahme des Todes gleich.

Im Rahmen dieser Arbeit ist jedoch das andere Extrem von größerer Bewandnis: Maßnahmen der Lebensverlängerung dürfen nicht unterlassen werden, wenn diese Unterlassung Mord bzw. Selbstmord wäre. Theoretisch ist diese Grenze relativ leicht zu ziehen: Richtet sich der Vorsatz nicht auf die Annahme, sondern auf die Herbeiführung des Todes, ist sie überschritten, und die Handlung ist als Euthanasie unzulässig. Dieser Vorsatz äußert sich objektiv in der Verhältnismäßigkeit des erforderlichen Eingriffs: Ist dieser so verhältnismäßig einfach, daß von der „Annahme des unausweichlichen Todes“ nicht die Rede sein kann, liegt Euthanasie vor; im gegenteiligen Fall nicht. In der Praxis ist die Grenzziehung alles andere als einfach. Es läßt sich fast nie mit letzter Sicherheit sagen, ob ein Eingriff nun verhältnismäßig oder unverhältnismäßig ist bzw. war. Der Patient, seine Angehörigen und der Arzt verfügen in dieser Frage über einen relativ breiten Entscheidungs- und Ermessensspielraum, was auch bewirkt, daß gleichgelagerte Fälle durchaus verschieden beurteilt und gelöst werden können: Was für eine Person verhältnismäßig ist, belastet eine andere zu sehr. Diese „Bewertungsunschärfe“ und Unvorhersehbarkeit des jeweils ethisch korrekten Verhaltens ergibt sich auch aus dem Prinzip der Patientenautonomie. Aus mehreren Gründen obliegt es dem Patienten, frei und autonom zu bestimmen, welche Maßnahmen für ihn oder sie verhältnismäßig sind und welche nicht. Dies beruht zunächst auf dem medizin-ethischen Grundsatz, daß der Arzt nur jene Rechte be-

sitzt, die der Patient ihm ausdrücklich oder stillschweigend überträgt<sup>10</sup>. Angelegenheiten der eigenen Gesundheit fallen primär in den Verantwortungsbereich der erwachsenen, ihrer selbst mächtigen Person. Der Arzt wird seiner Verantwortung, helfend und heilend zu unterstützen, am besten dadurch gerecht, daß er die primäre Verantwortung anerkennt.

Darüberhinaus weiß der Patient selbst am besten, wann ein Eingriff für ihn zu belastend ist und welche Pflichten er gegenüber seiner Familie zu erfüllen hat. Es gibt Verpflichtungen, die die Pflicht zur Wiederherstellung der Gesundheit einschränken oder modifizieren können: Krankheit oder geringe Belastbarkeit der Angehörigen, die ökonomische Situation der Familie, etc. Diese kann der Patient selbst am besten einschätzen und so hinsichtlich der Verhältnismäßigkeit einer Therapie urteilen<sup>11</sup>. Allerdings stößt diese Autonomie an Grenzen: einerseits die sinnlose, unverhältnismäßige Lebensverlängerung zum groben Schaden anderer, andererseits die moralische oder physikalische Selbstzerstörung, wenn die Belastung durch einen Eingriff objektiv so gering ist, daß der Unterlassungswunsch nichts anderes sein kann als der objektive Ausdruck eines Tötungsvorsatzes. Der Eingriff ist diesfalls objektiv so verhältnismäßig, daß der Sterbewunsch krankhaft ist. Das kann etwa der Fall sein, wenn er auf einer irrationalen, unbegründeten Angst vor einer Infusion, einem Medikament etc. beruht. Meist können diese Schwierigkeiten im Gespräch, mit psychologischer und seelsorglicher Hilfe überwunden werden. Sollte dies jedoch nicht möglich sein, ist der Arzt m.E. in diesen Fällen auch gegen den ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten zur Lebensrettung berechtigt und verpflichtet. Der Arzt kann sich nicht mit der Selbstmordabsicht des Patienten rechtfertigen, sondern ist zum Eingriff verpflichtet, wenn dieser zur Lebensrettung notwendig und so geringfügig ist, daß eine ernstzunehmende Belastung gar nicht in Frage kommt. Anders als der

gerechtfertigte Wunsch, den unvermeidlichen Tod anzunehmen und in Würde zu sterben, verlangt der Selbsttötungsvorsatz uns keinen Respekt und keine Achtung ab. Freilich muß mit dieser Frage sehr behutsam umgegangen werden, steht ja die Patientenautonomie und damit eine Grundlage medizinischen Tätigwerdens auf dem Spiel. Ist die suizidale Absicht einer Behandlungsverweigerung nicht klar, kann und muß dem Patientenwunsch entsprochen werden, weil gerade in diesen Zweifelsfällen der Patient zur Entscheidung berufen ist. Der Arzt ist auch nicht verpflichtet, Nachforschungen anzustellen, sondern kann es beim Wunsch des Sterbenden bewenden lassen. Etwas anderes ist es jedoch, wenn die Selbstmordabsicht geäußert wird oder ersichtlich ist: In diesen Fällen eindeutiger Verhältnismäßigkeit des Eingriffs stellt die vorsätzliche Unterlassung der Lebensverlängerung direkte und daher unzulässige (passive) Euthanasie dar.<sup>12</sup>

## 2. Zwei Spezialprobleme

### *a) Das Auftreten einer heilbaren Krankheit während der Sterbephase*

In diesem Zusammenhang stellen sich zwei Sonderprobleme hinsichtlich der Abgrenzung des moralischen Objekts Euthanasie und damit auch der Zulässigkeit der betreffenden Handlung. Das erste betrifft das Auftreten einer an sich heilbaren Krankheit (z.B. Lungenentzündung), die zur terminalen Phase einer schmerzhaften tödlichen Krankheit hinzukommt. Wenn in diesem Fall nicht eingegriffen wird, tritt der Tod schneller ein. Es fragt sich, ob diese Unterlassung zulässig ist, oder nicht vielmehr direkte Euthanasie darstellt. Verschiedene Lösungen werden vertreten. Einerseits sei zu bedenken, daß die hinzukommende Krankheit, auch wenn sie leicht heilbar sein sollte, in ganz besonderen Umständen auftritt und da-

her nicht mit dem gleichen pathologischen Phänomen in einer gesunden Person verglichen werden kann. Die Abwehr der Lungenentzündung, um beim Beispiel zu bleiben, würde den Sterbeprozess verlängern bzw. in seiner ursprünglichen Länge wiederherstellen, aber ihre „Heilung“ könnte die Gesundheit im eigentlichen Sinn nicht zurückgeben: Es wäre eine Heilung ohne Sinn. Gemäß diesem Ansatz wäre die Unterlassung der Heilung der hinzukommenden Krankheit zulässig<sup>13</sup>.

Andererseits kann dagegen eingewendet werden, daß es bei der Unterlassung unverhältnismäßiger Maßnahmen der Lebensverlängerung nie darum geht, die Gesundheit wiederherzustellen oder Eingriffe vorzunehmen, die im Hinblick auf eine Heilung sinnvoll wären. Es liegt ein irreversibler Sterbeprozess vor, und insofern sind alle Maßnahmen „sinnlos“: Der Tod ist jedenfalls nicht mehr zu verhindern. Es geht darum, gemäß den genannten Kriterien festzustellen, ob ein bestimmter Eingriff in einer konkreten Situation zu belastend und daher unverhältnismäßig ist. Dieser Ansatz schließt generelle Regeln von vornherein aus. Es ist daher auch für den Fall einer hinzukommenden Krankheit nicht möglich, den allgemeinen Satz aufzustellen, daß die Heilung grundsätzlich unterlassen werden darf. Dies trifft nur dann zu, wenn die konkrete Heilmaßnahme unverhältnismäßig ist. Besteht diese etwa bloß in der Verabreichung von Antibiotika wird sie – im allgemeinen – nicht unverhältnismäßig und daher vorzunehmen sein<sup>14</sup>.

Zur Verdeutlichung des Gesagten kann bereits an dieser Stelle eine Unterscheidung hilfreich sein, die für das zweite Sonderproblem zentral sein wird: jene zwischen medizinischer Heilbehandlung und Pflege<sup>15</sup>. Schon vor *Evangelium Vitae* war diese Unterscheidung Teil der Lehre von JOHANNES PAUL II.<sup>16</sup>. Deutlich formulierte er: „Auch wenn der Patient unheilbar krank ist, so ist er doch nie unbehandelbar: Wie immer ihr Zustand sein mag, soll der kranken Person entsprechende Pflege zuteil

werden.<sup>17</sup> Auch die Erklärung *Iura et bona* und die Enzyklika *Evangelium Vitae* betonen ausdrücklich, daß man zwar auf unverhältnismäßige Heilversuche verzichten darf, „ohne daß man jedoch die normalen Bemühungen<sup>18</sup> unterläßt, die in ähnlichen Fällen dem Kranken geschuldet werden.“<sup>19</sup> Wenn, wie in den hier behandelten Fällen terminaler Krankheiten, die Gesundheit definitiv nicht mehr wiederhergestellt werden kann, besteht keine Pflicht, das Leben durch medizinisch-technische Erhaltung des „biologischen Apparats“ zu verlängern. Es ist nicht Aufgabe der Medizin, das menschliche Leben unabhängig von der Gesundheit der lebenden Person zu erzwingen. Es geht nicht um Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern um das Wohl eines konkreten Menschen. Die Medizin dient der Person. Ihre primäre Aufgabe ist es daher, die Gesundheit (möglichst) zu erhalten und Schmerzen zu lindern, damit die betreffende Person sich, vor allem durch die Beziehungen zu anderen Menschen entfalten kann<sup>20</sup>. Die Gesundheit selbst ist schon ein wichtiger Teil der leiblichen Dimension dieser Entfaltung. Sie ist daher in sich ein Gut. Darüberhinaus stellt sie die notwendige Bedingung vieler anderer Lebensäußerungen dar. Sie ist daher auch Mittel, instrumentelles Gut. Obwohl nun dieses Gut in den terminalen Phasen einer Krankheit oder im Sterbeprozess allgemein nicht mehr erreichbar ist, bleibt trotzdem die Person als solche, das „Gut der Person“<sup>21</sup>, in ihrer Würde bestehen. Diese Würde verlangt von den Angehörigen, dem Arzt, dem Sanitätspersonal und allgemein den Mitmenschen jene minimale Pflege, die einem Sterbenden entgegengebracht wird: Ernährung, Wasser, Krankbett, Wärme, Hygiene, etc. Die Gewährung dieser Pflege ist unverzichtbarer Ausdruck unserer Anerkennung der Menschenwürde des Kranken, der nicht im Stich gelassen oder als Last „entsorgt“ werden darf<sup>22</sup>. Es geht hierbei gar nicht um Heilung, sondern um die Anerkennung des Patienten als unverfügbare Per-

son, die um ihrer selbst willen geliebt werden muß.

Obwohl nun die Heilung jener Krankheiten, die in der Sterbephase hinzukommen, streng genommen nicht zur Pflege gehören, weil es sich eben um Heilmaßnahmen handelt, gehört die Behandlung dieser Krankheiten m.E. zum Minimum, das die Anerkennung des Sterbenden als Person ausdrückt. Freilich immer unter der Voraussetzung, daß die erforderlichen Heileingriffe verhältnismäßig und in sich nicht zu belastend sind. Die Behandlung einer Lungenentzündung, anderer Infektionskrankheiten, die Senkung von Fieber etc. sind so einfach, daß sie wie die Behandlung von Liegegeschwüren und palliative Maßnahmen der Schmerzbeilegung angezeigt erscheinen. Freilich hat sich der Arzt auch in dieser Frage primär an die Entscheidung des gebührend informierten Patienten zu halten. Er oder sie ist am ehesten dazu berufen, über die eigene Belastbarkeit zu befinden.

#### *b) Künstliche Ernährung des komaösen Patienten*

Dies führt uns zum zweiten Spezialproblem, das hier behandelt werden soll. Gehört die künstliche Ernährung eines Patienten, der sich permanent in einem vegetativen Zustand oder einem irreversiblen Koma befindet, zu den erforderlichen Pflegemaßnahmen oder stellt sie eine unverhältnismäßige Heilbehandlung dar, die unterlassen werden darf und sogar – ab einem bestimmten Grad an Unverhältnismäßigkeit – unterlassen werden muß?

Manche Autoren bewerten die künstliche Ernährung auf Grund ihrer medizinischen Funktion in diesen Umständen als Heilbehandlung. Dies hat zur Folge, daß sie abgestellt werden kann, sobald sich herausstellt, daß sie medizinisch sinnlos geworden, d.h. daß ein Erwachen aus dem Koma oder aus dem vegetativen Zustand unmöglich oder höchst unwahrscheinlich ist. So wie künstliche Beatmung

oder Dialyse, ersetze die künstliche Ernährung eine ausgefallene physiologische Funktion, nämlich die orale Nahrungsaufnahme. Weder Beatmung noch Dialyse tragen zur Heilung bei oder stellen die ausgefallene Körperfunktion wieder her, sie ersetzen sie bloß. Trotzdem zweifle niemand an deren Charakter als „Heilbehandlung“, die unterlassen werden darf, und niemand würde sie zur notwendigen Pflege dieser Person zählen<sup>23</sup>. Bei jenen Personen, die in einen komatösen Zustand geraten und vorher gesund waren (z.B. nach einem Unfall) wird fast immer ein Heil- und Belebungsversuch notwendig sein. Scheitert dieser, stellt sich das Problem des Behandlungs- und des Nahrungsentzugs. Psychologisch fällt der Entzug einer Maßnahme schwerer als deren Beginn. Würde man sich daher, so wird behauptet, nicht darauf einigen, daß auch der völlige Behandlungsabbruch, Nahrungsentzug eingeschlossen, zulässig sei, bestehe das Risiko, daß Ärzte zögern würden, eine möglicherweise erfolglose Behandlung überhaupt erst einzuleiten: aus Furcht vor einer langen Zeitspanne sinnloser Behandlung, wenn sich herausstellen sollte, daß die Therapie tatsächlich nicht erfolgreich ist<sup>24</sup>. Das hauptsächliche ethische Argument dafür, die künstliche Ernährung zu entziehen, wenn ein Erwachen ausgeschlossen werden kann, bestehe darin, daß ihre Fortsetzung keinen Vorteil bringe. Der Grund für die Einleitung der künstlichen Ernährung war die Ermöglichung eines Heilversuchs. Scheitert dieser, sei die Erhaltung des Zustands überflüssig<sup>25</sup>.

Dagegen ist folgendes einzuwenden: Es ist zwar zutreffend, daß künstliche Beatmung und Dialyse Körperfunktionen ersetzen und als Heilbehandlung eingestuft werden. Als solche dürfen sie nicht ohne weiteres unterlassen werden, sondern nur, wenn sie unverhältnismäßig sind, d.h. wenn die Komplikation, der Aufwand, die Belastung, die Kosten etc. der Maßnahme bei weitem die erhofften Ergebnisse übersteigen. Bei der künstlichen Beatmung

wäre dies etwa der Fall, wenn die Person hirntot ist, oder das Abstellen der Beatmung den unmittelbaren Zusammenbruch des bereits unheilbaren Organismus bewirken würde oder dieser nur durch die Beatmung biologisch existiert, oder die Beatmung in sich unerträglich schmerzhaft wäre, oder nur ein Beatmungsgerät zur Verfügung stünde, das mehreren Personen mit verschiedener Verhältnismäßigkeit dienen muß etc. Für die Dialyse läßt sich Ähnliches sagen.

Hinsichtlich der Ernährung besteht dagegen ein Unterschied. Es ist eine Konstante menschlicher Existenz, in bestimmten Phasen des Lebens von anderen ernährt werden zu müssen: im Säuglings- und Kindesalter, in Krankheit und im hohen Alter etwa. Die Schluckfähigkeit kann in verschiedenem Ausmaß beeinträchtigt sein, aber die Nahrungszufuhr durch Pflegepersonen ist Ausdruck einer grundlegenden mitmenschlichen Basissolidarität, die ganz unabhängig ist von der „Heilungsaussicht“ dieser Maßnahme. Die Ernährung und Wasserzufuhr („künstlich“ oder nicht) dürfen nicht als „sinnlose, belastende Therapie“ unterlassen werden, denn sie sind keine Therapie, sondern ein anderer, noch allgemeinerer Ausdruck der Bejahung des anderen als Person. Pflege ist nicht „sinnlos“ oder „erfolglos“, denn ihr Sinn und ihr Erfolg bestehen darin, Ausdruck der Liebe zur betreffenden Person zu sein. *Kein* Ausdruck der Liebe hingegen ist es zu urteilen, daß es für diese Person besser wäre, tot zu sein, denn das Leben einer Person kann nicht als etwas für diese Person Instrumentelles begriffen werden. Das Leben einer Person ist sie selbst, und der lebende menschliche Organismus, so krank oder leidend er auch sein mag, ist – solange er lebt – immer personales Leben. Ernährung, Hydratation, die Entfernung von Lungensekreten, die Reinigung von Liegegeschwüren, Mundhygiene und andere Maßnahmen der gewöhnlichen Pflege eines Sterbenden dürfen daher nicht unterlassen werden, auch nicht im Fall irreversiblen Komas oder im vegetativen

Zustand: Scheinbar bloß „biologische“ Pflege ist immer personale Pflege<sup>26</sup>. Ihre Unterlassung stellt eine Verletzung der Menschenwürde des Sterbenden dar. Geschieht sie vorsätzlich und führt sie zum vorhersehbaren Tod, so handelt es sich um Mord bzw. um Euthanasie, wenn durch die Tötung alle Schmerzen beendet werden sollen.

Obwohl der Grundsatz über die Verpflichtung zur künstlichen Ernährung klar ist, bleiben doch Zweifel hinsichtlich des Maßes der Pflicht bestehen: Mit welchen Mitteln muß die künstliche Ernährung bewirkt werden? Wie lange muß sie aufrechterhalten werden? Diese Unschärfe besteht, obwohl es um ein negatives Verbot einer in sich schlechten Handlung geht (Mord- und Euthanasieverbot), weil dieses negative Verbot die Untergrenze verschiedener positiver Gebote bildet: die Pflicht, das Leben zu erhalten, den Sterbenden zu pflegen und – zugleich – den unausweichlichen Tod anzunehmen. Obwohl also Euthanasie und die Unterlassung der Ernährung und sonstiger Pflege immer und überall, in sich und unabhängig von Umständen und Motiven schlecht sind, fragt es sich, was im Einzelfall Ernährung und Pflege ist bzw. welches Maß an Ernährung und Pflege erforderlich ist. Dies deshalb, weil Ernährung und Pflege *positive* Gebote sind und der Umfang ihrer Verpflichtung je nach Situation variiert. Tatsächlich wird daher auch von den Autoren, die eine grundsätzliche Pflicht zur (künstlichen) Ernährung und Pflege im komatösen Patienten annehmen, ein unterschiedliches Maß dieser Verpflichtung vertreten. J. FINNIS etwa gibt als Maß an: „... the food, water and cleaning that one can provide at home.“<sup>27</sup> J. HARRIS kritisiert diese Position m.E. zu Recht: Schwerkranke Personen können mit der familiären Pflege zu Hause nur wenige Stunden überleben. Die Unterlassung der Spitalspflege in diesen Fällen wäre ungerecht, weil es eine Entscheidung zur Tötung des Patienten wäre<sup>28</sup>. Tatsächlich setzt J. FINNIS hier die Latte m.E. zu tief an, allerdings ergibt

sich aus dem Zusammenhang des Zitats, daß er lediglich skizzenhaft und, ohne näher darauf einzugehen, die unterste Grenze umreißen will. Mit den von J. HARRIS angeführten Einwänden und Beispielen wäre er wohl einverstanden. Zumindest ergäbe sich dies aus dem Gesamtzusammenhang seiner sonstigen Ausführungen. J. BOYLE vertritt eine vermittelnde Position. Nachdem er dargelegt hat, daß der komatöse Zustand eines Patienten nicht ausreicht, um diesem ohne weiteres die Nahrung zu entziehen, weil dies die Menschenwürde und die Liebe zu dieser Person verletzen würde, behauptet er, daß man umgekehrt auch nicht *jeden* Nahrungsentzug in allen Fällen als vorsätzliche Tötung bezeichnen könne<sup>29</sup>. Es sei zwar unumstößlich, daß man Kranken und Sterbenden Achtung und Liebe entgegenbringen müsse, aber dadurch sei noch nicht das Mindestmaß erforderlicher Pflege festgelegt. Dieses werde durch die Fähigkeiten, Möglichkeiten, Ressourcen und sonstigen Verpflichtungen der Pflegenden gemäß den jeweiligen Umständen des Einzelfalls bestimmt. Solche Umstände seien z.B. eine Willenserklärung bezüglich künstlicher Ernährung, die der Patient eventuell abgegeben hätte, bevor er ins Koma gefallen ist, die Pflegekosten, die Möglichkeiten zur Pflege, sonstige sittliche Verpflichtungen der Pflegenden. In Fällen, in denen ihre Vorteile so gering seien, daß sie den Aufwand nicht rechtfertigten, dürfe die künstliche Ernährung komatöser Patienten abgebrochen werden. Der Vorsatz erfasse in diesem Fall nicht die Tötung des Patienten, sondern nehme den Tod lediglich indirekt als Nebenwirkung in Kauf<sup>30</sup>.

M.E. geht J. BOYLE in diesen Aussagen zu weit, zumindest sind sie mißverständlich. Die Kriterien, die er angibt, ähneln nämlich der Verhältnismäßigkeitsprüfung, wie sie bei der Heilbehandlung durchgeführt wird. Diese ist aber bei der Pflege *nicht* am Platz: Es gibt keine „unverhältnismäßige Pflege“. Die Pflege ist gerade jenes Minimum, das bei Unterlassung un-



verhältnismäßiger Behandlung erhalten und gewährt werden muß. Die Grenze ist hier m.E. nicht die Verhältnismäßigkeit der Pflege, sondern ihre *Möglichkeit*. Ein positives moralisches Gebot verpflichtet nicht zu Handlungen, die jenseits der konkreten Möglichkeiten liegen<sup>31</sup>. Solange die technische, medizinische, ökonomische etc. Möglichkeit zur Ernährung des komatösen Patienten besteht, muß sie aufrecht erhalten werden. Ist sie *unmöglich*, und nicht bloß belastend, schwierig, unverhältnismäßig etc. kann sie nicht weitergeführt werden, und es besteht daher auch keine Verpflichtung dazu. Die eingangs gestellte Frage nach dem erforderlichen Ausmaß der Pflege wird also hier mit dem Verweis auf deren Möglichkeit beantwortet. Nicht von entscheidender Bedeutung sind in diesem Zusammenhang der vermutliche Wille des Sterbenden, die künstliche Ernährung zu unterbrechen, da der Wunsch nach Unterlassung dieses Mindestmaßes an Pflege ein suizidaler Vorsatz und daher nicht maßgeblich ist. Ebenso wenig ist das Faktum ausschlaggebend, daß sich ein Patient schon lange, eventuell sogar Jahre lang, im Koma befindet. Man darf diesbezüglich nicht „sentimental“ urteilen, vor allem ist das moralische Urteil unhaltbar, daß es für diese Person besser wäre, tot zu sein. Das Ende aller Schmerzen und das ewige Leben dürfen wir uns wünschen. Dieser Wunsch schließt zwar den Tod als Tor zum ewigen Leben ein, aber er wird auf diese Weise *indirekt* gewollt. Es ist durchaus vernunftgemäß, und daher sittlich zulässig, den Tod als willkommene Befreiung von unerträglichen Schmerzen zu empfinden und diese *Befreiung* zu wünschen, aber das ist etwas anderes als das *moralische Urteil*, es sei für die Person besser zu sterben, es wäre für alle besser, diese Person wäre tot oder diese Person sollte sterben. Dieses Argument behandelt das Leben der Person zu Unrecht als einen bloßen Faktor, wie Geld oder andere instrumentelle Güter, abgewogen und zum untergeordneten Teil eines Gesamtkalküls gemacht werden könnte: Sollte sich das

Leben nicht als „qualitätvoll genug“ erweisen, könne es abgelegt werden. Dieser Zugang und ein solches Urteil verletzen die Menschenwürde, weil das Leben eines Menschen sein Sein ist. Es macht seine Existenz aus: Wir sind unser Leben. Der Vorsatz, der auf Grund des oben geschilderten falschen moralischen Urteils *direkt* den Tod wünscht, reduziert das menschliche Leben und damit die Person selbst, zum nützlichen (instrumentellen) Gut: Dadurch wird jedoch das Prinzip der Menschenwürde verletzt, demzufolge der Mensch nie bloß Mittel, sondern immer Zweck ist.

Dieses Prinzip gilt auch für den komatösen Patienten. Die Pflege dieser Person als Ausdruck ihrer Würde und daher auch ihre Ernährung muß fortgesetzt werden, solange diese möglich ist<sup>32</sup>.

#### Referenzen

1. Enzyklika *Evangelium Vitae* von JOHANNES PAUL II. an die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie an alle Menschen guten Willens über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens, *Acta Apostolicae Sedis* (AAS) 1995, 401 ff (in der Folge mit EV zitiert). Die im Text verwendete deutsche Version ist der Übersetzung der *Libreria Editrice Vaticana* entnommen.
2. Der *Catechismus Catholicae Ecclesiae* 1997 (CCE), Rz 2278 verwendet den Ausdruck „*saevitia therapeutica*“. In der korrespondierenden Rz 2278 des deutschen Katechismus der Katholischen Kirche (KKK) fehlt dieser Begriff. Es handelt sich um einen der Zusätze im CCE, der klarstellen wollte, daß die Zurückweisung des therapeutischen Übereifers gerade in der Unterlassung unverhältnismäßiger Maßnahmen der Lebensverlängerung besteht.
3. EV 65.
4. Vgl. auch KKK 2278.
5. Vgl. M. CUYAS, *Eutanasia. L'etica, la libertà e la vita*, Casale Monferrato (1989) 23 ff.
6. Vgl. JOHANNES PAUL II., Enzyklika *Veritatis Splendor* an alle Bischöfe der katholischen Kirche über einige grundlegende Fragen der kirchlichen Morallehre, AAS 1993, 1133 ff (in der Folge mit VS zitiert), n. 52. Die im Text verwendete deutsche Version ist der Übersetzung der *Libreria Editrice Vaticana* entnommen.
7. Vgl. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica* I, Mailand, 2. Auflage (1994) 650; R. SPAEMANN, *Personen — Versuch über den Unterschied zwischen „etwas“ und „jemand“*, Stuttgart (1996), 131; Fr. COPPENS, *La loi et la vie hu-*

- maine, Nouvelle Revue Théologique 1997, 49 ff, 61 f.
8. Vgl. z.B. P. KOLLER, Personen, Rechte und Entscheidungen über Leben und Tod, in: BERNAT (Hrsg.), Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod, Graz (1993) 71 ff, 90 (Er schreibt allerdings zum analogen Problem der passiven unfreiwilligen Euthanasie: Eine todkranke Person möchte weiterleben und verlangt unverhältnismäßige Mittel.).
  9. Vgl. A. ESER, Sterbehilfe und Euthanasie in rechtlicher Sicht, in: V. EID (Hrsg.), Euthanasie oder Soll man auf Verlangen töten, Mainz, 2. Auflage (1985), 45 ff, 59; L. GORMALLY, WALTON, DAVIES, BOYD and the legalization of euthanasia, in: J. KEOWN (Hrsg.), Euthanasia examined. Ethical, clinical and legal perspectives, Cambridge, 3. Auflage (1996), 113 ff, 117 f.
  10. Vgl. schon PIUS XII., Ansprache an die Teilnehmer am 1. Internationalen Kongreß für Histopathologie des Nervensystems, 13. September 1952, AAS 1952, 779 ff, 782.
  11. Vgl. L. GORMALLY, Walton, 118.
  12. Vgl. auch J. FINNIS, A philosophical case against euthanasia, in: J. KEOWN (Hrsg.), Euthanasia examined. Ethical, clinical and legal perspectives, Cambridge, 3. Auflage (1996), 23 ff, 33.
  13. Vgl. M. CUYAS, Euthanasia, 35 ff.
  14. Im Ergebnis derselben Meinung L. LEUZZI/M. PANGALLO, Medicina e Morale 1985, 899 ff, besonders 901: Sie rezensieren den Artikel von M. CUYAS, Quid sentendum sit de euthanasia, pendet a re quae hoc nomine veniat, Periodica de re morali canonica liturgica 73 (1984) 153 ff, in dem M. CUYAS seine oben dargestellte Position vertritt.
  15. Die Unterscheidung zwischen Heilbehandlung, die unterlassen werden darf, wenn sie unverhältnismäßig ist, und Pflege, die nicht unterlassen werden darf, findet sich auch in der Erklärung der Glaubenskongregation über die Euthanasie *Iura et bona*, 5. Mai 1980, AAS 1980, 551.
  16. Vgl. z.B. JOHANNES PAUL II., Ansprache an die Teilnehmer an einem internationalen Studienkreis, 15. November 1985, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, VIII-2, 1262 ff, 1265: „Das Prinzip der ‚Verhältnismäßigkeit der Behandlungsmaßnahmen‘ schließt den Einsatz bloß experimenteller oder völlig wirkungsloser Mittel aus. Es dispensiert aber nicht von der therapeutischen Pflicht, das Leben zu erhalten sowie dem Kranken mit gewöhnlichen lebenserhaltenden Maßnahmen beizustehen. Auch wenn sie nicht mehr heilen kann, so kann und muß die Wissenschaft doch den Kranken weiterhin pflegen und ihm beistehen.“ (Übersetzung des Verfassers)
  17. JOHANNES PAUL II., Ansprache an die Mitglieder der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften, 21. Oktober 1985, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, VIII-2, 1080 ff, 1082: „Even when the sick are incurable they are never untreatable: whatever their condition, appropriate care should be provided for them.“
  18. Im lateinischen Text wird das Wort „cura“ also „Pflege“, verwendet.
  19. EV 65. Es handelt sich um ein wörtliches Zitat der Erklärung *Iura et bona*, AAS 1980, 551: „...haud intermissis tamen ordinariis curis, quae in similibus casibus aegrotis debentur.“ Ebenso KKK 2279.
  20. Vgl. E. SCHOCKENHOFF, Insgesamt schlüssig. Eine moralphilosophische Analyse von „Evangeliū vitae“, Herder-Korrespondenz 1995, 541 ff, 545; M. CUYAS, Euthanasia, 27.
  21. Vgl. VS 50.
  22. Vgl. auch H. STEIGER, Recht auf Leben im deutschen Verfassungssystem, in: Pontificium Consilium de legum textibus interpretandis/Pontificium Consilium pro Familia/Pontificia Academia pro Vita (Hrsg.), „Evangeliū vitae“ e diritto. Acta Symposii Internationalis in Civitate Vaticana Celebrati, 23-25 Maii 1996, Vatikan (1997) 289 ff, 305.
  23. Vgl. B. JENNET, Letting vegetative patients die, in: J. KEOWN (Hrsg.), Euthanasia, 169 ff, 181 f mit weiteren Nachweisen.
  24. Vgl. B. JENNET, ebda, 177.
  25. Vgl. B. JENNET, ebda, 180.
  26. Vgl. E. SGRECCIA, Manuale I, 652 und 654; J. BOYLE, A case for sometimes tube-feeding patients in persistent vegetative state, in: J. KEOWN, Euthanasia, 189 ff, 194.
  27. J. FINNIS, A philosophical case, 33.
  28. Vgl. J. HARRIS, The philosophical case against the philosophical case against euthanasia, in: J. KEOWN (Hrsg.) Euthanasia, 36 ff, 42 ff. J. HARRIS vertritt jedoch die Zulässigkeit der Euthanasie sowie einen Personbegriff, der hier abgelehnt wird.
  29. Vgl. J. BOYLE, A case, 197 ff.
  30. Vgl. J. BOYLE, ebda, 197.
  31. Vgl. VS 52.
  32. So auch JOHANNES PAUL II. in einer Ansprache an Bischöfe aus den USA bei ihrem ad-limina Besuch am 2. Oktober 1998: „The statement of the United States Bishops' Pro-Life Committee, *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Considerations*, rightly emphasizes that the omission of nutrition and hydration intended to cause a patient's death must be rejected and that, while giving careful consideration to all factors involved, the presumption should be in favour of providing medically assisted nutrition and hydration to all patients who need them.“, in: L'Osservatore Romano (italienische Ausgabe) 3. Oktober 1998, 4 f, 5.