

Lebensverlängerung durch künstliche Ernährung – ausnahmslose Verpflichtung oder eine Frage der Abwägung?

Der Verzicht auf eine medizinisch mögliche Lebensverlängerung, die sog. passive Sterbehilfe, ist in einigen Aspekten nach wie vor umstritten. Durch die Medien öffentlich präsentierte und diskutierte Einzelfälle wie das Sterben von Terri Schiavo 2005 nach dem Abstellen der künstlichen Ernährung oder von Piergiorgio Welby 2006 nach dem Abstellen der künstlichen Beatmung¹ haben dazu beigetragen, offene Fragen neuerlich bewusst zu machen. Medizinische Entwicklungen verschärfen die Problematik künstlicher Lebensverlängerung. Das tatsächliche Sterben hängt immer häufiger von Entscheidungen ab, Behandlungen abzustellen bzw. darauf zu verzichten. So positiv die medizinischen Möglichkeiten der Lebenserhaltung und -verlängerung grundsätzlich sind, so problematisch können sie in manchen Fällen empfunden werden, wenn Menschen ohne Aussicht auf Heilung, denen nur sehr eingeschränkte oder gar keine bewussten Lebensmöglichkeiten verbleiben, auf ihren sicheren Tod so lange warten müssen, bis sich zusätzliche Komplikationen einstellen, mit denen die medizinischen Möglichkeiten dann endgültig an ihre Grenzen kommen. Auf lebenserhaltende medizinische Behandlungen schon früher zu verzichten, solange der Tod noch nicht unmittelbar bevorsteht, oder den Tod durch das Abstellen künstlicher Ernährung und Flüssigkeitsversorgung zu ermöglichen, scheint dem kirchlichen Verdikt einer „Euthanasie durch Unterlassung“² ausgesetzt und für Christen nicht akzeptabel zu sein. Eine gesellschaftliche Tendenz zu einer Ausweitung der Möglichkeiten eines Behandlungsverzichts bzw. -abbruchs scheint hier auf eine kirchliche Tendenz zu einem restriktiven Urteil zu treffen.

Der gesellschaftliche und rechtliche Ausweg aus dem Dilemma medizinischer Verzögerung des Sterbens in letztlich aussichtslosen Fällen wird zunehmend in Vorausverfügungen, sog. Patientenverfügungen, gesucht. Wenn es wie in Österreich seit 2006 aufgrund des neuen Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG) möglich ist, in einer rechtlich bindenden schriftlichen Verfügung medizinische Behandlungen abzulehnen, so ist die Problematik insofern vereinfacht, als kein Dritter die Entscheidung mit lebensverkürzender Wirkung für den betroffenen Menschen treffen muss. Es genügt der Respekt vor der Selbstbestimmung. Durch die beinahe Gleichstellung einer Vorausverfügung mit dem aktuellen Patientenwillen im Fall der Erfüllung der strengen formalen Kriterien wird die ethische Problematik jedoch nur verschoben. Denn das österreichische Patientenverfügungsgesetz enthält keine Reichweitenbegrenzung, schließt also auch

1 Katholische Nachrichten-Agentur, Im Zweifel für das Leben. Die Debatte um Sterbehilfe, Patientenverfügung und Palliativmedizin (KNA-Extra), Bonn 2007, 11f. 78-83.
2 Kongregation für die Glaubenslehre, Erklärung zur Euthanasie vom 5.5.1980, in: AAS 72,1 (1980) 542-552, Nr. 4.

die Ablehnung künstlicher Ernährung und Flüssigkeitsversorgung oder die Ablehnung einer lebensnotwendigen Behandlung außerhalb eines Sterbeprozesses nicht aus. Beide Formen des Sterbenlassens sind umstritten.

In der Moralthologie hat eine Ansprache von Papst Johannes Paul II. im März 2004 für Aufsehen gesorgt, die diesen Bereich rechtlich erlaubter Fälle von Therapieverzicht oder -abbruch grundsätzlich einzuschränken schien:

„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 und Linderung der Leiden zu verschaffen. ... Denn der Tod durch Verhungern und Verdursten ist das einzig mögliche Resultat infolge ihrer Unterbrechung. In diesem Sinn wird er am Ende – wenn er bewusst und absichtlich herbeigeführt wird – zur tatsächlichen realen Euthanasie durch Unterlassung.“³

In der theologischen Diskussion war umstritten, ob Papst Johannes Paul II. damit eine unbedingte Verpflichtung zur Anwendung künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr formulieren wollte und ob sich die Aussagen nur auf PVS-Patienten beziehen oder auch darüber hinaus gelten sollten.⁴ Es wurden Befürchtungen laut, hier geschehe eine methodische Revision in der Beurteilung des Sterbenlassens. Die Ansprache sei Teil einer Entwicklung zu einem grundsätzlichen methodischen Wechsel von einer Güterabwägung zu einer starren deontologischen Normierung in Fragen der Lebensverlängerung.⁵ Die bisher übliche Methode des Abwägens von Nutzen und Belastung im konkreten Fall werde abgelöst durch die grundsätzliche Definition künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als „ordentliche Mittel“ und somit als immer verpflichtend.⁶ Ein Verzicht auf diese Maßnahmen komme dann erst in der unmittelbaren Sterbephase in Betracht.⁷ Insofern sei die Ansprache des Papstes „a moment of triumph for a

3 Papst Johannes Paul II., Ansprache an die Teilnehmer des int. Fachkongresses zum Thema „Lebenserhaltende Behandlung und vegetativer Zustand: wissenschaftliche Fortschritte und ethische Dilemmata“, 20.3.2004, Nr. 4. Hervorhebungen im Original. (http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004)
4 Hamel, Ronald/Panicola, Michael, *Must We Preserve Life?*, in: America 190 Nr. 14 (2004) 14, 6-13, 12; Shannon, Thomas A./Walter, James J., *Implications of the Papal Allocution on Feeding Tubes*, in: Hastings Center Report 34 Nr.4 (2004) 18-20, 19. „PVS“ steht für „persistierender vegetativer Status“, also für ein über einen längeren Zeitraum (über 6-12 Monate hinaus) anhaltendes dauerhaftes apallisches Syndrom. Vgl. Jörg, Johannes, Apallisches Syndrom, in: Korff, Wilhelm/Beck, Lutwin/Mikat, Paul (Hg.), Lexikon der Bioethik I, 184-188, 185.
5 T.A. Shannon/J.J. Walter, *Implications* 18.
6 Leher, Stephan u.a., Den Tod zulassen, wenn seine Zeit gekommen ist, in: Die Furche 63 Nr. 15 (12.4.2007) 10f, 11.
7 T.A. Shannon/J.J. Walter, *Implications* 18.

*fundamentalist view of the right to life.*⁸ *Manche Stimmen warnten allerdings auch vor der Überinterpretation einer einzelnen Papstansprache.*⁹ *Man könne die Ansprache durchaus auch als Präsuumtion für die künstliche Ernährung von PVS-Patienten verstehen, als ein Urteil für die meisten solchen Fälle und ohne Revision der Urteilsstandards selbst.*¹⁰

*Aufgrund der kontroversen Diskussionen um die moralische Beurteilung des Abstellens künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei PVS-Patienten in den USA hatte sich die Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten von Amerika 2005 an die Glaubenskongregation gewandt. Mit 1. August 2007 hat die Glaubenskongregation zwei Fragen, zwei knappe offizielle Antworten und einen erläuternden Kommentar veröffentlicht.*¹¹

Ohne hier alle Details diskutieren zu können, kann man doch den Eindruck gewinnen, dass hier eine gewisse Entwarnung angebracht ist. Der befürchtete normierungstheoretische Wechsel von einer an den Folgen des Einzelfalls orientierten verantwortungsethischen Argumentation zu einer starren Definition künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als ordentliche Mittel und streng verpflichtend scheint nicht stattgefunden zu haben.

In der Antwort auf die erste Frage wird eine klare Präsuumtion formuliert, die an Aussagen der Papstansprache vom März 2004 angelehnt ist, jedoch einzelne missverständliche Formulierungen vermeidet:

„1. Frage: Ist die Ernährung und Wasserversorgung (ob auf natürlichen oder künstlichen Wegen) eines Patienten im »vegetativen Zustand« moralisch verpflichtend, außer wenn Nahrung und Wasser vom Körper des Patienten nicht mehr aufgenommen oder ihm nicht verabreicht werden können, ohne erhebliches physisches Unbehagen zu verursachen?

Antwort: Ja. Die Verabreichung von Nahrung und Wasser, auch auf künstlichen Wegen, ist prinzipiell ein gewöhnliches und verhältnismäßiges Mittel der Lebenserhaltung. Sie ist darum verpflichtend in dem Maß, in dem und solange sie nachweislich ihre eigene Zielsetzung erreicht, die in der Wasser- und Nahrungsversorgung des Patienten besteht. Auf diese Weise werden Leiden und Tod durch Verhungern und Verdursten verhindert.“¹²

- 8 Shannon, Thomas A., Nutrition und Hydration: An Analysis of the Recent Papal Statement in the Light of the Roman Catholic Bioethical Tradition, in: Christian Bioethics 12 (2006) 29-41, 40.
- 9 Paris, John J./Keenan, James F./Himes, Kenneth R., Did John Paul II's Allocution on Life-sustaining Treatments Revise Tradition?, in: TS 67 (2006) 163-174, 168; Bretzke, James T., A Burden of Means: An Overlooked Aspect of the PVS Debate, in: Landas 18 (2004) 211-230, 224f; Golser, Karl, Ehrfurcht vor dem Leben an seinem Ende. Argumentation katholischer Moralthologie, in: Körtner, Ulrich H.J. u.a. (Hg.), Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen, Neukirchen-Vluyn 2006, 51-69, 63.
- 10 R. Hamel/M. Panicola, Must We Preserve Life? 12.
- 11 Kongregation für die Glaubenslehre, Antworten auf Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung (1.8.2007). (http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith)
- 12 Ebd.

Ausgelassen wird die missverständliche Qualifizierung von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr einschließlich ihrer künstlichen Verabreichung als „immer ein natürliches Mittel der Lebenserhaltung und keine medizinische Handlung“.¹³ Die Formulierung der Glaubenskongregation trägt so zu mehr Klarheit bei: Sie belässt es bei der traditionellen Terminologie, wie sie in der Erklärung der Glaubenskongregation von 1980 enthalten ist: ordentlich, verhältnismäßig und deshalb moralisch verpflichtend.¹⁴ Weggelassen wird das nach ausnahmsloser Verpflichtung klingende „immer“ und es bleibt die schon in der Ansprache von 2004 enthaltene Formulierung „in linea principii“. Das klingt deutlich nach einem allgemeinen Grundsatz, dessen Reichweite in Hinblick auf die konkrete Situation anzupassen ist und nicht nach einer uneingeschränkten Norm.

Die zweite Frage bezog sich auf die Möglichkeit eines Abbruchs künstlicher Ernährung und Wasserversorgung bei PVS-Patienten. Die Antwort auf diese Frage und damit wohl zugleich auf den Fall Terri Schiavo ist negativ:

„2. Frage: Falls ein Patient im »anhaltenden vegetativen Zustand« auf künstlichen Wegen mit Nahrung und Wasser versorgt wird, kann deren Verabreichung abgebrochen werden, wenn kompetente Ärzte mit moralischer Gewissheit erklären, dass der Patient das Bewusstsein nie mehr wiedererlangen wird?

Antwort: Nein. Ein Patient im »anhaltenden vegetativen Zustand« ist eine Person mit einer grundlegenden menschlichen Würde, der man deshalb die gewöhnliche und verhältnismäßige Pflege schuldet, welche prinzipiell die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch auf künstlichen Wegen, einschließt.“¹⁵

Die Antwort bleibt wieder auf der prinzipiellen Ebene: Die medizinische Prognose, dass ein Patient das Bewusstsein nicht mehr wiedererlangen wird, ist kein hinreichender Grund zum Abstellen künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr. Eine bestimmte Begründung für einen Behandlungsabbruch, nämlich das Argument fehlender oder eingeschränkter Personalität bei PVS-Patienten wird zurückgewiesen. Patienten im permanenten vegetativen Status, also in einem irreversiblen Koma, schuldet man „die gewöhnlichen und verhältnismäßigen Pflegemaßnahmen“ („curae ordinariae et proportionatae“), zu denen wie in der ersten Antwort „in linea principii“ auch künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr gezählt werden.

Ob die Linie einer teleologischen Beurteilung, wie sie die Erklärung von 1980 vorgelegt hat, beibehalten wird oder ob der befürchtete Rückschritt zu einer deontologischen Beurteilung ohne Rücksicht auf die Folgen im Einzelfall geschieht, entscheidet sich an der Begründung und den möglichen Einschränkungen des Prinzips. Die Antwort der Glaubenskongregation bleibt jedoch bei teleologischen Überlegungen. Das aufgestellte Prinzip wird auf die tatsächliche

13 Vgl. Papst Johannes Paul II., Ansprache (20.3.2004) Nr. 4.

14 Kongregation für die Glaubenslehre, Erklärung zur Euthanasie, Nr.4.

15 Kongregation für die Glaubenslehre, Antworten.

physiologische Wirksamkeit eingeschränkt. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sind nicht ohne Rücksicht auf die Folgen verpflichtend. Sie dürfen jedenfalls abgestellt bzw. zurückgenommen werden, wenn sie vom Körper gar nicht mehr verarbeitet werden können.

Darüber hinaus werden im Kommentar¹⁶ zwei weitere Ausnahmen genannt. Zunächst wird auf die selbstverständliche Einschränkung hingewiesen, dass Unmögliches nicht moralisch gefordert sein kann: In manchen Weltregionen besteht gar keine Möglichkeit zu künstlicher Ernährung und Wasserversorgung. Dann folgt noch eine ausdrückliche Erläuterung zum Stichwort des „erheblichen physischen Unbehagens“, das sich in der ersten Frage fand, aber in der Antwort nicht explizit aufgenommen wurde: „Schließlich wird nicht ganz ausgeschlossen, dass die künstliche Ernährung und Wasserversorgung in gewissen seltenen Fällen für den Patienten eine übermäßige Belastung oder ein erhebliches physisches Unbehagen, etwa aufgrund von Komplikationen beim Gebrauch der Hilfsinstrumente, mit sich bringen kann.“¹⁷ „Außergewöhnliche Belastung“ war schon in der Äußerung von Papst Pius XII. als Einschränkung berücksichtigt worden.¹⁸ Wenn diese im Kommentar noch einmal ausdrücklich als mögliche Ausnahme von der grundsätzlichen Verpflichtung genannt wird, so ist damit hinlänglich klar, dass die Zulässigkeit einer Güterabwägung nicht bestritten wird. Belastung und Erfolgsaussicht sind die beiden maßgeblichen Gesichtspunkte. Der mögliche Fall, dass künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr manchmal eben nicht zur gewünschten Linderung von Leiden beiträgt, sondern eine zusätzliche Belastung für den Patienten sein kann, wird ausdrücklich einbezogen. So dürfte letztlich selbst der Fall nicht ausgeschlossen sein, dass der Tod durch Verhungern und Verdursten in Kauf genommen wird, falls mit der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr erhebliches Leiden verbunden ist.

Insgesamt wird mit den expliziten Hinweisen auf mögliche Grenzfälle deutlich, dass die Linie einer teleologischen Begründung aufrecht bleibt, dass also ebenso wie für die Anwendung sonstiger medizinischer Maßnahmen auch für künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr die Abwägung von Belastung und Nutzen maßgeblich bleibt. Fehlt der Nutzen, ist sie nicht verpflichtend. Ist die Belastung zu groß, ist sie ebenfalls nicht verpflichtend. Das allgemeine Prinzip ist also im Einzelfall mit Rücksicht auf die konkrete Situation anzuwenden.

Als Grundprinzip wird bekräftigt: Ist künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr verfügbar, zur Lebensverlängerung geeignet und nicht mit übermäßigen Belastungen oder erheblichem Unbehagen verbunden, so gilt, dass auch PVS-Patienten mit den üblichen Pflegemaßnahmen zu versorgen sind. Diese Verpflichtung wird aber weder einfach aus der Zuordnung künstlicher Ernährung zur Gruppe der „ordentlichen Mittel“ im Sinn von medizinischer Üblichkeit abgeleitet, noch aus der Zugehörigkeit zur Gruppe der Pflegemaßnahmen, die immer verpflichtend wären. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung werden als verpflichtend erachtet, weil davon ausgegangen wird, dass sie abgesehen von den genannten Einschränkungen normalerweise gute Folgen haben. So ergibt sich das allgemeine Urteil nicht unabhängig von den Folgen, sondern aus den Folgen, die eben in dieser Weise positiv beurteilt werden.

Sollte man die Stellungnahme der Glaubenskongregation so interpretieren dürfen, wäre eine wichtige Klarstellung geschehen: Medizinisch mögliche Lebensverlängerung durch künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ist nicht ausnahmslos verpflichtend sondern bleibt eine Frage der Abwägung von Nutzen und Belastung im konkreten Einzelfall.

Andreas M. Weiß

16 Kongregation für die Glaubenslehre, *Kommentar* zu den Antworten auf Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung vom 1.8.2007.

(http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith)

17 Ebd.

18 Papst Pius XII., Ansprache zur Frage der „Wiederbelebung“, 24. November 1957, in: *HerKorr* 12 (1957/58) 228-230 (Original französisch: AAS 49 [1957] 1027-1033).