

ZULASSEN DES STERBENS ODER EUTHANASIE DURCH UNTERLASSUNG?

Zu den Grenzen passiver Sterbehilfe

Andreas Michael Weiß

Die Fragen der Sterbehilfe sind ein ethischer Dauerbrenner. In den letzten Jahren sind neben der Diskussion um die in den Niederlanden und in Belgien gesetzlich erlaubte Tötung auf Verlangen auch um die in Deutschland und Österreich rechtlich zulässige und in der moraltheologischen Tradition unter entsprechenden Bedingungen als erlaubt geltende sog. passive Sterbehilfe verstärkt offene Fragen deutlich geworden.

Insbesondere zwei Handlungstypen werden in diesem Zusammenhang zunehmend diskutiert. Einerseits hat das Abstellen künstlicher Ernährung im Zusammenhang des öffentlichen Streites um das Sterben von Terri Schiavo 2004/2005 große mediale Aufmerksamkeit gefunden und wurde in der theologischen Ethik kontrovers diskutiert.¹ Ist das Abstellen künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei schwer kranken oder sterbenden Menschen anders zu beurteilen als das Abstellen sonstiger medizinischer Behandlungen? Plakativ wurde hier oft von einem „Verhungern-Lassen“ gesprochen. Ähnliche Fälle beschäftigten auch in Deutschland die Gerichte.²

Zugleich ist die häufig vorausgesetzte zeitliche Einschränkung von Maßnahmen passiver Sterbehilfe auf den sog. Sterbeprozess umstritten.³ Von dieser Frage sind einerseits Koma-Patienten betroffen, die sich ja meist nicht in einem unmittelbaren Sterbeprozess befinden. Darüber hinaus gibt es immer wieder Fälle von schwer kranken und in ihren Möglichkeiten stark eingeschränkten Menschen, die sich nicht in einem unmittelbaren Sterbeprozess

- 1 Vgl. *Katholische Nachrichten-Agentur*, Im Zweifel für das Leben, 11f. 84f; *Ronald Hamell/Michael Panicola*, Must We Preserve Life?; *Thomas A. Shannon/James J. Walter*, Implications of the Papal Allocution on Feeding Tubes.
- 2 Mit der oberstgerichtlichen Entscheidung im sog. Kemptener-Fall 1994 wurde in Deutschland erstmals das Abstellen künstlicher Ernährung bei einer Patientin im irreversiblen Koma als gerechtfertigt beurteilt, weil dies nach dem Urteil des Gerichtes dem mutmaßlichen Willen der Patientin entsprach. Zu diesen und anderen Fällen vgl. *Fuat S. Oduncu*, In Würde sterben, 45-59; *Nikolaus Knoepffler*, Zur Frage nach einer menschenwürdigen Sterbehilfe, 170f.
- 3 Vgl. z.B. *Fuat S. Oduncu*, In Würde sterben, 53ff; *Nikolaus Knoepffler*, Zur Frage nach einer menschenwürdigen Sterbehilfe, 169; *Josef Schuster*, Behandlungsverzicht, 110.

befinden, wohl aber im weit fortgeschrittenen Stadium einer irreversibel zum Tod führenden Krankheit und die in dieser Situation medizinische Behandlungen verweigern, um sterben zu können. Der Fall des Italieners Piergiorgio Welby, der 2006 das Abstellen seiner lebensnotwendigen künstlichen Beatmung gefordert und erreicht hat, hat zu gegensätzlichen Reaktionen auch innerhalb der katholischen Kirche geführt.⁴ Letztlich wurde ihm das kirchliche Begräbnis verweigert, was als deutliches Zeichen der moralischen Verurteilung seiner Entscheidung verstanden wurde. Nicht ganz klar war, ob sich diese Verurteilung auf das Abstellen der künstlichen Beatmung an sich bezog oder auf die angeblich von Welby selbst unterstützte politische Instrumentalisierung dieses Sterbewunsches in einer Kampagne zur Legalisierung von Euthanasie.

Offensichtlich gibt es zur Frage der Erlaubtheit der sog. passiven Sterbehilfe und zu ihren Grenzen umstrittene Fragen. Insbesondere beziehen sich solche Fragen auf die Beurteilung des Abbruchs von künstlicher Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, die Beurteilung passiver Sterbehilfe außerhalb der unmittelbaren Sterbephase und die Beurteilung passiver Sterbehilfe, wenn sie mit dem expliziten Wunsch nach dem Tod verbunden ist. In diesen Fällen scheint eine gesellschaftliche Tendenz zu einer Ausweitung der Zulässigkeit des Behandlungsverzichts bzw. -abbruchs auf eine kirchliche Tendenz zu einem restriktiven Urteil zu treffen. Die Fälle Schiavo und Welby haben diese Fragen besonders deutlich werden lassen.

Ausweitung oder Einengung der Sterbehilfe?

Dass sich hier neue Kontroversen auftun, hängt natürlich auch mit medizinischen Fortschritten zusammen. So steht etwa mit der PEG-Sonde⁵ ein geeignetes Mittel für die künstliche Ernährung zur Verfügung, mit dem Patienten über sehr lange Zeiträume optimal mit Nahrung versorgt werden können. Damit ist aber zugleich verbunden, dass in manchen Fällen 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. Das Sterben wird so immer häufiger von Entscheidungen über medizinische Maßnahmen abhängig. Je bessere medizinische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, desto auswegloser kann ein solcher Krankheitsverlauf in

4 *Katholische Nachrichten-Agentur*, Im Zweifel für das Leben, 78-83.

5 „PEG“ steht für „perkutane endoskopische Gastrostomie“ und bezeichnet eine chirurgisch mit Hilfe eines Endoskops durch die Magenwand eingesetzte Ernährungssonde.

dieser Hinsicht u.U. erscheinen: Der Tod ist unausweichlich. Die medizinischen Möglichkeiten verhindern jedoch seinen Eintritt. Die Frage nach dem Sterben-Dürfen kann deshalb für Menschen, die einen solchen lange hinausgezögerten Sterbeprozess befürchten, ein ernsthafter Grund zur Sorge sein.

Verstärkt wird diese Problematik durch die zunehmende Respektierung und rechtliche Absicherung des Patientenwillens. Im Zuge der rechtlichen Regelung von Patientenverfügungen stellt sich u.a. die Frage nach einer Reichweitenbegrenzung des Rechtes von Patienten, im Rahmen von Voraussetzungen medizinische Behandlungen abzulehnen. Soll die Ablehnung künstlicher Ernährung oder einer medizinischen Behandlung außerhalb eines unmittelbaren Sterbeprozesses zulässig sein?⁶ Einerseits ist umstritten, ob staatliches Recht hier den betroffenen Bürgern überhaupt Einschränkungen der Selbstbestimmung bei der Verweigerung medizinischer Behandlungen auferlegen darf. Schließlich würde das im Prinzip auf eine Zwangsbehandlung hinauslaufen. So ist etwa im neuen österreichischen Patientenverfügungsgesetz in dieser Hinsicht keine Einschränkung vorgesehen. Es werden sehr strenge formale Hürden errichtet, im Gegenzug wird jedoch auf eine inhaltliche Einschränkung der Reichweite einer Behandlungsverweigerung verzichtet.⁷ Hier wird man wohl zu Recht auf die Gewissensfreiheit verweisen können, also auf das Recht, nicht gegen seine eigene Gewissensentscheidung in diesem Fall zu einer medizinischen Behandlung gezwungen zu werden.⁸ Andererseits ist aber mit der rechtlichen Regulierung der Frage, wer zu entscheiden hat, die Frage nach der ethischen Beurteilung einer solchen Behandlungsverweigerung noch nicht beantwortet: Ist ein solches Handeln ethisch richtig und empfehlenswert? Oft wird die Frage auch so gestellt: Kann man hier noch von passiver Sterbehilfe sprechen?⁹

- 6 In der Diskussion um Patientenverfügungen ist die Frage der Reichweitenbegrenzung ein wesentlicher Diskussionspunkt. Vgl. *Fuat S. Oduncu*, In Würde sterben, 49-67; *Robert Gmeiner/Christian Kopetzki*, Österreich auf dem Weg, 72f.
- 7 Das österreichische Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG) ist seit 1.6.2006 in Geltung. Diese Regelung stellt eine konsequente Umsetzung des im Strafrecht (§110) verankerten Verbotes einer eigenmächtigen Heilbehandlung dar. Vgl. dazu *Ulrich H.J. Körtner*, Das österreichische Patientenverfügungsgesetz; bei *Fuat S. Oduncu* (In Würde sterben, 65f) fällt das Urteil darüber kritisch aus. Die formalen Hürden erscheinen ihm zu hoch und der Gesetzeswerdungsprozess zu rasch. Andererseits wird in Deutschland noch immer diskutiert, während in Österreich ein rechtliches Instrument zur Ablehnung prinzipiell jeder medizinischen Behandlung vorhanden ist.
- 8 In diesem Sinn plädiert Josef Schuster gegen gesetzliche Einschränkungen der passiven Sterbehilfe und für die Letztinstanzlichkeit des persönlichen Gewissens (*Josef Schuster*, Behandlungsverzicht, 110).
- 9 *Nikolaus Knoepffler*, Zur Frage nach einer menschenwürdigen Sterbehilfe, 169; *Herbert Schlögel/Monika Hoffmann*, Passive und aktive Sterbehilfe, 93.

Manche Theologen befürchten im Zusammenhang der aktuellen Diskussionen um die Reichweite von Patientenverfügungen eine Tendenz zur Ausweitung der sog. passiven Sterbehilfe und damit verbunden eine schleichende Aushöhlung der Grenze zur abgelehnten aktiven Sterbehilfe. Herbert Schlögel und Monika Hoffmann konstatieren für die deutsche Debatte eine solche unzulässige Ausweitung des Terminus „passive Sterbehilfe“ und der damit verbundenen positiven ethischen Bewertung auf Handlungstypen bzw. Situationen, die bisher nicht unter „passive Sterbehilfe“ subsumiert worden seien:

„Bei den Veränderungsvorschlägen kann trotz einer Berechtigung im Einzelnen nicht übersehen werden, dass immer mehr Lebensumstände jetzt unter dem Gesichtspunkt des ‚Sterbenlassens‘ (bisher passive Sterbehilfe) benannt werden. Besonders alarmierend ist hier die Ausweitung der Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe über den Sterbeprozess hinaus und die Möglichkeit, unter strengen Bedingungen Beihilfe zum Suizid zu leisten. Das Verbot der aktiven Sterbehilfe, die sich ja meist im Töten auf Verlangen äußert, droht mehr und mehr zu einer Formel zu werden, an der zwar dem Wortlaut nach festgehalten, der im Ergebnis dann aber doch widersprochen wird.“¹⁰

Im Unterschied zu den in der öffentlichen Diskussion vermuteten Ausweitungstendenzen sehen andere Moraltheologen in kirchlichen Reaktionen auf aktuelle Streitfälle die gegenläufige Tendenz, das zulässige Sterbenlassen restriktiv zu interpretieren und die erlaubten Fälle von Therapieverzicht oder -abbruch gegenüber der bisherigen Lehrtradition eher einzuschränken. Aufsehen erregte in dieser Hinsicht eine einschlägige Ansprache von Papst Johannes Paul II. im März 2004:

„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.“¹¹

Bei Komapatienten nach einem Jahr aufgrund der geringen Wahrscheinlichkeit einer Besserung die künstliche Ernährung abzustellen wird als moralisch verwerfliche „Euthanasie durch Unterlassung“ verurteilt:

10 Herbert Schlögel/Monika Hoffmann, *Passive und aktive Sterbehilfe*, 98.

11 *Papst Johannes Paul II.*, Ansprache am 20.3.2004, Nr. 4. Hervorhebungen im Original.

„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.“¹²

In der theologischen Diskussion war umstritten, ob Papst Johannes Paul II. damit eine unbedingte Verpflichtung zur Anwendung künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr formuliert hat und ob sich die Aussagen nur auf PVS-Patienten beziehen oder auch darüber hinaus gelten sollen.¹³

Ronald Hamel und Michael Panicola sehen diese Aussagen als weiteres Indiz für eine seit mehreren Jahren sich abzeichnende Tendenz zur Veränderung oder Revision des traditionellen Urteils bezüglich des Verzichts auf lebensverlängernde Maßnahmen. Gegenüber der moraltheologischen Tradition, in der die Verpflichtung zur Anwendung von medizinischen Maßnahmen von der Erfolgsaussicht und Belastung für den Patienten abhängig gemacht worden sei, bestehe in der neueren Diskussion eine Tendenz, Nahrung und Flüssigkeitszufuhr als immer verpflichtend zu klassifizieren und den Nutzen für den Patienten sehr eng auf die Frage der physischen Lebensverlängerung zu beschränken, womit ein Verzicht auf diese Maßnahmen erst in der unmittelbaren Sterbephase in Betracht komme. Mit der traditionellen und der aus ihrer Sicht revidierten Fassung stünden sich nun zwei unterschiedliche moralische Urteilsstandards gegenüber:

„From our quick review of the Catholic tradition on the duty to preserve life and some recent church statements on nutrition and hydration, we can see that the traditional teaching is being revised. In essence, two standards for making decisions about nutrition and hydration have emerged and now exist side by side. One is a more holistic standard based on the traditional teaching, in which benefits and burdens are understood broadly relative to the person, and any means of preserving life is subject to a benefit-burdens analysis. The other is a more restrictive standard based on recent revisions of the traditional teaching, in which benefits and burdens are understood narrowly, apart from relative factors, and nutrition and hydration are given a special moral classification.“¹⁴

12 Ebd.

13 *Ronald Hamel/Michael Panicola, Must We Preserve Life?*, 12; *Thomas A. Shannon/James J. Walter, Implications of the Papal Allocution on Feeding Tubes* 19. PVS steht für „persistierender vegetativer Status“, also für ein über einen längeren Zeitraum (über 6-12 Monate hinaus) anhaltendes dauerhaftes apallisches Syndrom. Vgl. *Johannes Jörg, Apallisches Syndrom*, 185.

14 *Ronald Hamel/Michael Panicola, Must We Preserve Life?*, 10. Sie halten jedoch auch eine Lesart für möglich, nach der hier nur eine Präsuumtion für die künst-

Die Frage ist demnach, ob das Abstellen künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr ebenso zu beurteilen ist wie die sog. passive Sterbehilfe insgesamt, also etwa das Abstellen künstlicher Beatmung, oder ob hier andere Kriterien gelten sollen.¹⁵

Auch Thomas A. Shannon und James J. Walter sehen die Ansprache des Papstes als Teil einer Entwicklung zu einem grundsätzlichen methodischen Wechsel von einer Güterabwägung zu einer starren deontologischen Normierung in Fragen der Lebensverlängerung:

„What is interesting about this papal allocation is that it seems to represent a significant departure from the Roman Catholic bioethical tradition with respect to both the method and the basis upon which such decisions are made. The method announced by Pope John Paul II seems to be deontological. The use of feeding tubes to deliver artificial nutrition and hydration is declared ‚ordinary‘ and such an intervention apparently ought not be foregone or withdrawn. Historically, the method for making a determination about the use of a medical intervention was to consider the proportional benefits and its harms to the individual, family and community. The method is a teleological balancing of the impact of the intervention.“¹⁶

Entgegen einer langen Tradition, in der sich eine teleologische Normierung des Sterbenlassens durchgesetzt habe, werde hier ein Rückschritt vollzogen. Wenn künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr grundsätzlich als ordentlich und verpflichtend erklärt werden, sei die konkrete Situation des Patienten nicht mehr relevant, die Methode des Urteils somit eine deontologische.¹⁷

Die Problematik geht also aus Sicht dieser Autoren über die begründeten Zweifel, ob das Sterbenlassen durch Abstellen der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr in konkreten Fällen wie etwa bei Terri Schiavo gerechtfertigt war, hinaus. Eine deontologische Normierung würde bedeuten, dass die Anwendung der entsprechenden Mittel ausnahmslos und ohne Rücksicht auf die konkrete Situation verpflichtend wäre. Eine auf den Einzelfall bezogene Rechtfertigung durch Verweis auf die negativen Folgen einer Weiterführung der Behandlung in dem konkreten Fall wäre nicht möglich. Es bliebe ausnahmslos verboten, das Sterben in dieser Weise geschehen zu lassen.¹⁸

liche Ernährung von PVS-Patienten formuliert wird, ohne die Urteilsstandards selbst zu revidieren (ebd. 12).

15 Ebd. 9.

16 *Thomas A. Shannon/James J. Walter*, *Implications of the Papal Allocution on Feeding Tubes*, 18.

17 Ebd.

18 Zur Definition von teleologischer und deontologischer Normierungstheorie vgl. *Bruno Schüller*, *Die Begründung sittlicher Urteile*, 282-298.

Shannon und Walter wenden sich mit Nachdruck gegen ein solches Aufdrängen unerwünschter Therapien und befürchten, mit einer solchen Politik würde man die Menschen sogar verstärkt zur Euthanasie drängen.¹⁹ Dagegen sei die mit dem Abstellen künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr verbundene Intention keineswegs identisch mit einer Intention zur Euthanasie.²⁰ In der Ansprache von Papst Johannes Paul II. sind jedoch einige Einschränkungen enthalten, die doch eine Güterabwägung zuzulassen scheinen. Insofern ist zur Diagnose von Shannon und Walter eine genauere Nachfrage angebracht.²¹

Im Detail sehen Shannon und Walter die methodische Verschiebung bei Fragen des Lebensendes in vier Aspekten gegeben: Bisher habe gegolten, dass die Entscheidung über die Anwendung medizinischer Therapien am Lebensende dem Gewissen der Betroffenen zustehe, auf einer Abwägung von Aufwand und Nutzen beruhe und die konkrete Situation des Patienten beachten müsse. Dazu verweisen sie auf die teleologisch argumentierende Erklärung der Glaubenskongregation zur Euthanasie von 1980.²² Der methodische Wechsel bestehe nun darin, dass in der Ansprache des Papstes das Urteil über die Anwendung künstlicher Ernährung unabhängig von der medizinischen Situation des Patienten, also deontologisch begründet werde. Das moralische Prinzip werde einfach durch Definition künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als ordentliches Mittel gewonnen.²³ Dagegen würden „die Umstände des Patienten“ missachtet.²⁴

Zweitens werde eine Einschränkung vorgenommen, die in der Tradition so nicht gegeben gewesen sei. In *Evangelium Vitae* werde die Ablehnung aggressiver medizinischer Therapien auf die Sterbephase eingeschränkt, also auf eine Situation, in der der Tod unvermeidlich ist und unmittelbar bevorsteht.²⁵ Nur mehr in dieser Situation sei eine Güterabwägung zulässig. Dies

19 Thomas A. Shannon/James J. Walter, Implications of the Papal Allocution on Feeding Tubes, 20.

20 Thomas A. Shannon/James J. Walter, Artificial Nutrition and Hydration, 260.

21 Vgl. Karl Golser, Ehrfurcht vor dem Leben an seinem Ende, 63 u. Anm. 28.

22 Ebd. 18. Dort heißt es: „Auf jeden Fall kann eine richtige Abwägung der Mittel nur gelingen, wenn die Art der Therapie, der Grad ihrer Schwierigkeiten und Gefahren, der benötigte Aufwand sowie die Möglichkeiten ihrer Anwendung mit den Resultaten verglichen werden, die man unter Berücksichtigung des Zustandes des Kranken sowie seiner körperlichen und seelischen Kräfte erwarten kann.“ (Kongregation für die Glaubenslehre, Erklärung zur Euthanasie, Nr. 4.)

23 Thomas A. Shannon/James J. Walter, Assisted Nutrition and Hydration, 653ff; Shannon, Thomas A., Nutrition und Hydration, 34.

24 Ebd. 35.

25 Thomas A. Shannon/James J. Walter, Assisted Nutrition and Hydration, 657. Zitiert wird Papst Johannes Paul II., *Evangelium Vitae*, Nr. 65: „In diesen Situationen, wenn sich der Tod drohend und unvermeidlich ankündigt...“

entspreche jedoch nicht der Tradition: „The restriction of the application of the ordinary-extraordinary distinction to imminent death is new and has not been part of the general moral tradition nor of the CDF document.“²⁶

Drittens werde mit der äquivoken Verwendung der Rede von einem „ordentlichen Mittel“ im deskriptiven und im wertenden Sinn nahegelegt, aus der routinemäßigen Anwendung medizinischer Behandlungen und ihrer Klassifikation als „ordentlich“ im Sinn von allgemein medizinisch üblich ergebe sich schon deren moralische Rechtfertigung bzw. Verpflichtung. Dagegen sei festzuhalten, dass die Qualifikation eines Mittels als „ordentlich“ im wertenden Sinn Ergebnis und nicht Voraussetzung einer Güterabwägung sei. Durch die Definition künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als „ordentlich“ wie in der Ansprache von Papst Johannes Paul II. werde eine Präsumtion der grundsätzlichen Anwendung dieser Mittel und so eine *prima facie* Verpflichtung formuliert.²⁷

Hier schließt sich die vierte Verschiebung an, die Shannon und Walter erkennen: Aus der Präsumtion sei letztlich eine strenge Verpflichtung, eine „Notwendigkeit“ geworden, bestimmte medizinische Maßnahmen anzuwenden. Es verbleiben nur mehr drei Ausnahmen: die Unfähigkeit des Körpers, die Nahrung noch aufzunehmen, die Sterbephase und der Fall, dass das Leiden des Patienten nicht erleichtert wird.²⁸ Zugleich weisen sie auf einen bemerkenswerten terminologischen Wechsel in der Klassifikation von künstlicher Ernährung hin: „minimale therapeutische Maßnahme“, „Pflege“ (im Gegensatz zu Behandlung) und schließlich in der Ansprache von 2004: „keine medizinische Handlung“. *So würden bestimmte medizinische Maßnahmen aus dem zulässigen Bereich einer Güterabwägung hinausdefiniert. Als Pflege scheinen sie jedenfalls verpflichtend zu sein.*²⁹

Gegenüber einer solchen deontologischen Normierung formulieren Shannon und Walter klassische Vorwürfe, wie sie aus den Diskussionen um die Begründung sittlicher Normen in den 70er Jahren bekannt sind: Absolutsetzung einzelner Werturteile, hier des Wertes des Lebens, Überbewertung des rein biologischen Lebens im Sinn eines Vitalismus und Sein-Sollen-Fehlschluss.³⁰ Gegen eine solche Position formuliert Shannon ausdrücklich, dass

26 Thomas A. Shannon/James J. Walter, Assisted Nutrition and Hydration, 657 („CDF document“ meint die Erklärung der Glaubenskongregation zur Euthanasie); ebenso Thomas A. Shannon/James J. Walter, Artificial Nutrition and Hydration, 260; John J. Paris/James F. Keenan/Kenneth R. Himes, John Paul II's Allocution, 165.

27 Thomas A. Shannon/James J. Walter, Assisted Nutrition and Hydration, 657ff; dies., Artificial Nutrition and Hydration, 258; Thomas A. Shannon, Nutrition und Hydration, 34.

28 Thomas A. Shannon/James J. Walter, Assisted Nutrition and Hydration, 659f.

29 Ebd. 659f.

30 Ebd. 661. Vgl. Rudolf Ginters, Typen ethischer Argumentation, 27f. Vgl. zur

die reine Aufrechterhaltung des biologischen Lebens und die damit verbundene Verlängerung des Sterbens selbst eine Verletzung der Menschenwürde sein könne: „If life is maintained simply for the sake of maintaining it, this is making a false god of life and we are truly violating that person’s dignity.“³¹ Insofern sei die Ansprache des Papstes “a moment of triumph for a fundamentalist view of the right to life.“³² Manche Stimmen warnten allerdings auch vor der Überinterpretation einer einzelnen Papstansprache, die nicht in Übereinstimmung mit der Tradition stehe.³³

Nachdem sich diese Diskussion zunächst auf den amerikanischen Raum konzentriert hatte,³⁴ meldeten sich nach den umstrittenen Reaktionen auf das Sterben von Piergiorgio Welby fünf österreichische Moraltheologen zu Wort und formulierten in einer gemeinsamen Stellungnahme mit dem Titel „Sterben zulassen“³⁵ ihre Sorge über die mögliche Verengung der kirchlichen Morallehre bezüglich der passiven Sterbehilfe. Nach einer Skizze der kirchlichen Lehrentwicklung stellen sie fest:

„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 Entscheidungsspielraum 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.“³⁶

These von der deontologischen Absolutsetzung nicht-sittlicher Werte: Andreas M. Weiß, *Sittlicher Wert und nichtsittliche Werte*, 157.184f.338ff. Zum physischen Leben als „*bonum onticum*“ vgl. *Thomas A. Shannon/James J. Walter, The PVS Patient*, 242.

31 *Thomas A. Shannon, Nutrition und Hydration*, 36.

32 Ebd. 40.

33 *John J. Paris/James F. Keenan/Kenneth R. Himes, John Paul II’s Allocution*, 168; *James T., Bretzke, A Burden of Means*, 224f; Karl Golser, *Ehrfurcht vor dem Leben an seinem Ende*, 63.

34 Vgl. auch das Themenheft von *Christian Bioethics* 12 (2006) Nr.1.

35 Die von den katholischen Moraltheologen Stephan Leher, Michael Rosenberger, Walter Schaupp, Werner Wolbert und Günter Virt vorgelegte Stellungnahme „Sterben zulassen“ ist abgedruckt als: *Leher, Stephan u.a., Den Tod zulassen, wenn seine Zeit gekommen ist*, in: *Die Furche*, Nr. 15 (12.4.2007) 10f.

36 Ebd. 11. Die Kritik bezieht sich u.a. auf die österreichischen Leitlinien für katholische Gesundheitseinrichtungen: *Die österreichischen Bischöfe, Leben in Fülle*.

Auch hier wird die Befürchtung geäußert, dass eine Verwischung der Grenzen von Tötung und Sterbenlassen und die Einengung des erlaubten Sterbenlassens sich gesellschaftspolitisch als kontraproduktiv herausstellen könnten:

„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.“³⁷

In Österreich wurde in den letzten Jahren wesentlich durch das Wirken der Hospizbewegung ein gewisser gesellschaftlicher Konsens über die Ablehnung der aktiven Sterbehilfe bei gleichzeitiger Stärkung des Patientenrechtes auf Verweigerung von nicht mehr erwünschter medizinischer Behandlung gefunden, der sich auch in dem seit 2006 geltenden Patientenverfügungsgesetz niederschlägt. Nun werden hier neue Differenzen zwischen gesellschaftlichen Plausibilitäten und kirchlicher Lehre sichtbar. Die Stellungnahme der österreichischen Moralthologen macht in dieser Situation deutlich, dass es sich nicht einfach um eine Konfrontation zwischen Gesellschaft und Kirche handelt, sondern dass hier zunächst eine innertheologische Diskussion zu führen ist, denn die eigene kirchliche Tradition war hier möglicherweise schon offener und weiter als manche jüngeren Äußerungen.

Die Diskussion unter amerikanischen Theologen führte zu einer offiziellen Anfrage der amerikanischen Bischofskonferenz, zu der nun eine Antwort der Glaubenskongregation vorliegt, aus der sich einige wichtige Klärungen ergeben.³⁸ Darauf wird einzugehen sein. Zuvor seien aber einige Hinweise zu den wesentlichen Unterscheidungen im Zusammenhang der Sterbehilfe, zu Unterschieden in der Terminologie und zu den kirchlichen Positionen gemacht, um dann eine Einschätzung zu versuchen, inwiefern mit der neuen Stellungnahme

- 37 Stephan Leher u.a., *Den Tod zu lassen*, 11. Vor der potentiellen gesellschaftspolitischen Kontraproduktivität einer überzogenen Einschränkung des Sterbenlassens warnen auch Robert Spaemann und Thomas Fuchs: „Das ärztliche Berufsethos muss angesichts der ständig wachsenden Möglichkeiten der Medizin Kriterien der Normalität entwickeln, Kriterien für das, was wir jedem Menschen und gerade den kranken und alten, an Zuwendung, an Pflege, an medizinischer Grundversorgung schulden und was statt dessen abhängig gemacht werden muss von Alter, Heilungsaussicht und persönlichen Umständen. Wer jeden Verzicht auf den Einsatz der äußersten Mittel als Tötung durch Unterlassen brandmarkt, der bereitet – und zwar oft absichtlich – den Weg für das aktive Umbringen.“ (Robert Spaemann/Thomas Fuchs, *Töten oder sterben lassen?*, 30)
- 38 *Kongregation für die Glaubenslehre*, Antworten auf Fragen (1.8.2007).

der Glaubenskongregation eine Klärung gelungen ist, bzw. ob sich Anhaltspunkte für den befürchteten Wechsel in der Normierungstheorie finden.

Typen von Sterbehilfe, Terminologie, Positionen

Für die Unterscheidung verschiedener Handlungsweisen im Zusammenhang der Sterbehilfe hat sich eine bestimmte juristisch-ethische Fachterminologie etabliert. Es ist weithin üblich, medizinische Entscheidungen am Lebensende, die eine lebensverkürzende Wirkung haben, mit Hilfe von zwei Entscheidungen in drei Handlungstypen einzuteilen³⁹:

Die erste Unterscheidung ist die zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe, bzw. zwischen Töten und Sterbenlassen: *Passive Sterbehilfe* bezeichnet demnach Handlungen oder Unterlassungen, die das aus einer Krankheit resultierende Sterben eines Menschen durch Verzicht auf oder Abbruch von medizinischen Maßnahmen zulassen. Im Unterschied dazu bezeichnet *aktive Sterbehilfe* Maßnahmen, die kausal unabhängig von einer bestehenden und zum Tod führenden Krankheit den Tod eines Menschen bewirken oder beschleunigen, also Tötung auf Verlangen oder ohne Verlangen, um das Leiden eines Menschen zu beenden. Entscheidend ist dabei entgegen der durch die Terminologie von „aktiv“ und „passiv“ nahe gelegten Unterscheidung von Tun und Unterlassen nicht diese, sondern das Resultieren des Todes aus einer zum Tod führenden Krankheit und dessen Hinnehmen als Kennzeichen des *Sterbenlassens*.⁴⁰ Auch solches Sterbenlassen kann aktives Handeln beinhalten:

„Beim Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen in aussichtslosen Situationen, zum Beispiel durch das aktive Abschalten der Beatmungsmaschine, ist nicht der Abbruch die Todesursache, sondern der unaufhaltbare Verlauf der zugrunde liegenden Krankheit des Patienten. So stirbt der Patient an Ursachen, deren medizinische Bekämpfung nicht mehr sinnvoll ist.“⁴¹

39 Markus Zimmermann-Acklin, Euthanasie, bes. 223-345; Werner Wolbert, Du sollst nicht töten, 112-137.

40 Franz-Josef Bormann, Ein natürlicher Tod, 31f: „Während bei der freiwilligen aktiven Euthanasie das Handeln des Arztes zwar nicht der einzige kausal wirksame Faktor, wohl aber die alleinige hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten darstellt, ist die Handlung des Arztes bei der passiven Euthanasie entweder die zwar notwendige, aber nicht hinreichende oder ... zumindest nicht die einzige hinreichende Bedingung für den Tod des Patienten, da neben dem ärztlichen Handeln noch weitere Ursachen ... für den Eintritt des Todes existieren.“ Vgl. Dieter Birnbacher, Tun und Unterlassen, 322; Bernward Gesang, Aktive und passive Sterbehilfe, 169.

41 Fuat S. Oduncu, In Würde sterben, 33.

So ist die Terminologie von Töten und Sterbenlassen zutreffender als die Rede von aktiv und passiv, die zugleich nahe legt, ein Unterlassen sei als solches schon anders zu bewerten als ein Tun. Dies trifft jedoch nur in bestimmten Fällen, d.h. zusammen mit anderen Faktoren zu.⁴²

Davon unabhängig ergibt sich aus der Unterscheidung von *direkter* und *indirekter* Handlungsweise und/oder Intention der aus entsprechenden Gründen ebenfalls als erlaubt beurteilbare Handlungstyp der *indirekten Sterbehilfe*. Handlungen, die ein grundsätzlich positives Ziel wie etwa Schmerzlinderung oder Verbesserung der Lebensqualität anstreben, aber zugleich – mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit – eine lebensverkürzende Nebenwirkung haben oder das Risiko einer Lebensverkürzung beinhalten, können dennoch erlaubt sein, obwohl nach der obigen Unterscheidung nicht die Krankheit, sondern die entsprechende Maßnahme zum früheren Tod führt, also eigentlich deskriptiv eine Form aktiver Sterbehilfe vorliegt. Es handelt sich dann nach den gebräuchlichen Unterscheidungen um aktive, aber indirekte Sterbehilfe. Die Unterscheidung von direkter und indirekter Sterbehilfe ist also zunächst eine zusätzliche Differenzierung der aktiven Sterbehilfe, womit sich die drei klassischen Handlungstypen ergeben: aktive Sterbehilfe (Tötung), passive Sterbehilfe (Sterbenlassen), indirekte Sterbehilfe (Therapie mit lebensverkürzender Nebenwirkung).

Diese Unterscheidungen werden üblicherweise auch in den moraltheologischen Abhandlungen verwendet. Die Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe ist jedoch im lehramtlichen Sprachgebrauch nicht üblich. Statt dessen bezeichnet dort „Euthanasie“ die moralisch verurteilte direkte Sterbehilfe, sei sie aktiv oder passiv:

„Unter Euthanasie wird hier eine Handlung oder Unterlassung verstanden, die ihrer Natur nach oder aus bewußter Absicht den Tod herbeiführt, um so jeden Schmerz zu beenden. Euthanasie wird also auf der Ebene der Intention wie auch der angewandten Methoden betrachtet.“⁴³

Markus Zimmermann-Acklin weist darauf hin, dass diese Definition von Euthanasie auf moralischen Vorentscheidungen beruht.⁴⁴ Sie fasst unter „Euthanasie“ ausschließlich als verboten beurteilte Handlungen zusammen. Somit gilt Euthanasie in dieser Sprachregelung jedenfalls als moralisch verwerflich. Das Wort „Euthanasie“ kann somit als Wertungswort fungieren.

42 Vgl. Werner Wolbert, *Du sollst nicht töten*, 112f; Zimmermann-Acklin, Markus, *Euthanasie*, 249-276.

43 *Kongregation für die Glaubenslehre*, Erklärung zur Euthanasie, Nr.2.; vgl. *Papst Johannes Paul II.*, *Evangelium Vitae*, 65.

44 *Markus Zimmermann-Acklin*, *Euthanasie*, 98f.

In dieser Definition wird die Direkt-Indirekt-Unterscheidung zur grundlegenden, der gegenüber die Aktiv-Passiv-Unterscheidung nachgeordnet wird.⁴⁵ So ergibt sich eine andere Systematik. Aus der Kombination beider Unterscheidungen ergibt sich anstelle der Unterscheidung von drei Arten der Sterbehilfe eine Unterscheidung von vier Handlungstypen: aktiv und direkt, aktiv und indirekt, passiv und direkt, passiv und indirekt. Es wird also nicht nur beim Töten, sondern ebenso beim Sterbenlassen zwischen direkter und indirekter Handlungsweise und Intention unterschieden. Durch Einbeziehung der Unterlassung als möglichem Fall von Euthanasie, ergibt sich als vierter Handlungstyp die passive direkte Sterbehilfe, die „Euthanasie durch Unterlassung“⁴⁶. Versteht man im häufig üblichen Sprachgebrauch unter Euthanasie in erster Linie die aktive Sterbehilfe, so klingt diese Bezeichnung zunächst überraschend, da Unterlassung sonst der passiven Sterbehilfe zugeordnet würde. Vom Gedanken der verbotenen direkten Intention her ist die Bezeichnung jedoch konsequent.

Gemeint ist damit ein Behandlungsverzicht mit einer etwa auf Seiten des entscheidenden Arztes oder des betroffenen Patienten gegebenen Intention, so den Tod zu ermöglichen. Insofern handelt es sich vom kausalen Handlungsablauf her um ein Sterbenlassen, das jedoch den Tod nicht bedauernd hinnimmt, sondern seinen Eintritt wünscht und zum Ziel hat. In der Sache ist also klar, was gemeint ist: Auch beim Sterbenlassen dürfe der Tod nicht direkt intendiert werden. Ziel des Behandlungsverzichts darf nicht der Tod

45 Ebd. 224; Markus Zimmermann-Acklin weist darauf hin, dass damit eine Relativierung der kausalen Unterscheidung von Töten und Sterbenlassen gegenüber der subjektiven Handlungsintention geschieht (ebd). Besonders deutlich fällt diese Relativierung in einem Dokument der österreichischen Bischöfe aus: „Aktiv und passiv sind keine ethischen Kategorien zur Beschreibung der Sterbehilfe. Sie beschreiben ein Tun oder ein Unterlassen. Beides kann sittlich gut oder schlecht sein. Direkt und indirekt sind hingegen im Zusammenhang mit Sterbehilfe ethische Kategorien, die auf die Absicht des Handelnden abgestellt sind.“ (*Die österreichischen Bischöfe*, Leben in Fülle, 23). Wenn man aktiv und passiv nicht einmal als Kategorien zur Beschreibung von Sterbehilfe für geeignet hält, spielt man denen in die Hände, die die Signifikanz der Unterscheidung immer schon bestritten haben, allerdings zugunsten der aktiven Sterbehilfe. In einer anderen Aussage werden Formen passiver Sterbehilfe als Tötung definiert, womit die Unterscheidung von Töten und Sterbenlassen in Frage gestellt wird: „Passive direkte Sterbehilfe‘ (= passive Euthanasie) meint die Tötung eines Menschen durch gezielte Unterlassung von lebensrettenden Maßnahmen.“ (Ebd. 24). In Hinblick auf die außertheologische Diskussion um die Sterbehilfe muss sich erst erweisen, ob es klug ist, die in der gesellschaftlichen Diskussion grundlegende Aktiv-Passiv-Unterscheidung und die Unterscheidung von Töten und Sterbenlassen zugunsten der außertheologisch weniger verständlichen Direkt-Indirekt-Unterscheidung so stark zu relativieren.

46 *Kongregation für die Glaubenslehre*, Erklärung zur Euthanasie, Nr.2.

sein, sondern nur die Erleichterung des Leidens oder die Vermeidung übermäßiger Belastung, die mit einer Verlängerung des Lebens durch die Möglichkeiten der modernen Medizin verbunden wäre.

Die mögliche Erlaubtheit der sog. „passiven Sterbehilfe“, des Sterbenlassens, wird also nicht nur an die Handlungskausalität gebunden, sondern zusätzlich wird die Intention des Handelnden als relevanter Gesichtspunkt herangezogen. Das viergliedrige Modell bedeutet deshalb gegenüber dem dreigliedrigen eine zusätzliche Einengung der möglicherweise erlaubten Handlungen: Sterbenlassen mit direkter Handlungsweise und/oder Intention ist jedenfalls verboten.⁴⁷ Nur indirekte passive Sterbehilfe kann teleologisch beurteilt, d.h. aufgrund der Folgen gerechtfertigt werden.

Von der Euthanasie abgegrenzt wird die Anwendung von Schmerzmitteln mit lebensverkürzender Wirkung, also die sog. *indirekte Sterbehilfe*:

„In diesem Fall ist es klar, dass der Tod keineswegs gewollt oder gesucht wird, auch wenn man aus einem vernünftigen Grund die Todesgefahr in Kauf nimmt; man beabsichtigt nur, die Schmerzen wirksam zu lindern, und verwendet dazu jene schmerzstillenden Mittel, die der ärztlichen Kunst zur Verfügung stehen.“⁴⁸

Die Lebensverkürzung ist eine nicht intendierte Nebenwirkung. Auch hier ist die Intention und nicht die Handlungskausalität der vorrangige Gesichtspunkt.

Auf die sog. *passive Sterbehilfe* beziehen sich lehramtliche Dokumente, wenn sie vom Verzicht auf „therapeutischen Übereifer“⁴⁹ oder vom „richtige[n] Maß in der Verwendung therapeutischer Mittel“⁵⁰ sprechen. Von der „Euthanasie“ zu unterscheiden ist demnach:

„die Entscheidung, auf ‚therapeutischen Übereifer‘ zu verzichten, das heißt auf 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. In diesen Situationen, wenn

47 Auf einen Unterschied in verschiedenen Dokumenten und damit auf eine Unklarheit macht Werner Wolbert aufmerksam: „In diesem Zusammenhang ist noch auffällig, dass der Papst das ‚oder‘ von KKK Nr. 2277 (vel) durch ein ‚und‘ ersetzt. Das ist restriktiver; damit scheint das Kriterium für aktive Euthanasie eingeschränkt.“ (Werner Wolbert, *Du sollst nicht töten*, 124). Beim „oder“ ist impliziert, dass der Wille nicht unabhängig von der Handlungsweise qualifiziert werden kann.

48 *Kongregation für die Glaubenslehre*, Erklärung zur Euthanasie, Nr.3; vgl. *Papst Johannes Paul II.*, *Evangelium Vitae* 65.

49 Ebd.

50 *Kongregation für die Glaubenslehre*, Erklärung zur Euthanasie, Nr.4.

sich der Tod drohend und unvermeidlich ankündigt, kann man aus Gewissensgründen ‚auf (weitere) Heilversuche 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‘. Sicherlich besteht die moralische Verpflichtung sich zu pflegen und behandeln zu lassen, aber diese Verpflichtung muss an den konkreten Situationen gemessen werden; das heißt, es gilt abzuschätzen, ob die zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen objektiv in einem angemessenen Verhältnis zur Aussicht auf Besserung stehen. Der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Heilmittel ist nicht gleichzusetzen mit Selbstmord oder Euthanasie; er ist vielmehr Ausdruck dafür, dass die menschliche Situation angesichts des Todes akzeptiert wird.“⁵¹

Die letzte Formulierung verweist auf den oben ausgeführten Grundgedanken des Sterbenlassens: Es wird hingenommen, dass ein Krankheitsverlauf zum Tod führt: „Man will dadurch den Tod nicht herbeiführen, sondern nimmt nur hin, ihn nicht verhindern zu können.“⁵² Solches Sterbenlassen, also die sog. passive Sterbehilfe, wird in der moraltheologischen Tradition unter bestimmten Bedingungen als erlaubt beurteilt. Das bedeutet konkret, dass keine Pflicht zur Anwendung aller medizinisch möglichen Mittel der Lebensverlängerung behauptet wird.

Diese Position entspricht einer langen moraltheologischen Tradition und wurde von Papst Pius XII. ausdrücklich formuliert. Dieser äußerte sich in den 50er Jahren auch zur Möglichkeit, medizinisch verfügbare Maßnahmen – im Zusammenhang ging es um Reanimation und künstliche Beatmung – nicht in Anspruch zu nehmen. Die ethische Vertretbarkeit eines solchen Therapieverzichts wurde mit Hilfe der Unterscheidung von ordentlichen und außerordentlichen Mitteln erläutert. So Papst Pius XII. 1957 in einer Ansprache:

„Die natürliche Vernunft und die christliche Moral sagen, dass der Arzt (und wem immer es obliegt, für seinen Nächsten zu sorgen) das Recht und die Pflicht hat, im Falle einer ersten Krankheit die Maßnahmen zu treffen, die nötig sind, um Leben und Gesundheit zu erhalten. Diese Pflicht, die er gegenüber sich selbst, gegenüber Gott, gegenüber der menschlichen Gemeinschaft und häufiger noch gegenüber gewissen ganz bestimmten Personen hat, entspringt der geordneten Nächstenliebe (*caritas*), dem Gehorsam gegenüber dem Schöpfer, der sozialen Gerechtigkeit und selbst der Gerechtigkeit schlechthin sowie der Rück-

51 *Papst Johannes Paul II.*, *Evangelium Vitae* 65.

52 *Ecclesia Catholica*, *Katechismus der Katholischen Kirche*, Nr. 2278.

sicht auf die Angehörigen. Aber sie 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 schwer und würde die Erlangung wichtiger höherer Güter zu sehr erschweren.⁵³

Die Möglichkeit eines Therapieverzichtes oder -abbruchs, also die Möglichkeit passiver Sterbehilfe ist damit klar formuliert. Christen sind nicht verpflichtet, alles Menschenmögliche zur Lebenserhaltung zu tun. Ordentliche Mittel müssen gewöhnlich eingesetzt werden, auf außerordentliche darf man verzichten. Offen blieb bei Papst Pius XII., was genau ein ordentliches Mittel ist. Das Kriterium blieb unbestimmt. Mit dem Stichwort „Belastung“ wurde jedoch eine Folgenorientierung sichtbar. Schon in den 50er Jahren haben Moraltheologen die Unklarheit der Unterscheidung ordentlicher und außerordentlicher Mittel bemerkt und eine weitere Klärung versucht, so der Moraltheologe Gerald Kelly. Er schlägt vor, die Erfolgsaussicht in die Unterscheidung mit einzubeziehen:

„*Ordinary* means are all medicines, treatments, and operations, which offer a reasonable hope of benefit and which can be obtained and used without excessive expense, pain, or other inconvenience. *Extraordinary* means are all medicines, treatments, and operations, which cannot be obtained or used without excessive expense, pain, or other inconvenience, or which, if used, would not offer a reasonable hope of benefit.“⁵⁴

Sobald die Erfolgsaussicht, d.h. der spätere Gesundheitszustand, ins Spiel kommt, ergibt sich als Argumentationsmodell eine Güterabwägung zwischen dem Aufwand einer Behandlung und den Erfolgsaussichten. Das ist ein teleologisches Kriterium. Es ist also abzuwägen zwischen Kosten, Schmerzen, Belastungen und der Chance auf Heilung oder Besserung. Dieses Argumentationsmodell ist in die Erklärung der Glaubenskongregation von 1980 aufgenommen worden, wo dann beide Modelle bzw. Begrifflichkeiten nebeneinander stehen:

„Muss man nun unter allen Umständen alle verfügbaren Mittel anwenden? Bis vor kurzem antworteten die Moraltheologen, die Anwendung ‚außerordentlicher‘ Mittel könne man keinesfalls verpflichtend vorschreiben. Diese Antwort, die als Grundsatz weiter gilt, erscheint

53 Papst Pius XII., Ansprache am 24. November 1957, 229.

54 Gerald Kelly, *The Duty to Preserve Life*, 550.

heute vielleicht weniger einsichtig, sei es wegen der Unbestimmtheit des Ausdrucks oder wegen der schnellen Fortschritte in der Heilkunst. Daher ziehen es manche vor, von ‚verhältnismäßigen‘ und ‚unverhältnismäßigen‘ Mitteln zu sprechen. Auf jeden Fall kann eine richtige Abwägung der Mittel nur gelingen, wenn die Art der Therapie, der Grad ihrer Schwierigkeiten und Gefahren, der benötigte Aufwand sowie die Möglichkeiten ihrer Anwendung mit den Resultaten verglichen werden, die man unter Berücksichtigung des Zustandes des Kranken sowie seiner körperlichen und seelischen Kräfte erwarten kann.“⁵⁵

Wesentliches Kriterium ist also die Abwägung zwischen Aufwand und Belastung einerseits und Erfolgsaussicht der medizinischen Behandlung andererseits. Das bedeutet dann, dass nicht einfach bestimmte Mittel der Lebensverlängerung als ordentlich oder außerordentlich zu klassifizieren sind, sondern dass in manchen Fällen auch große Belastungen zumutbar sind, wenn ihnen große Erfolgsaussichten gegenüberstehen, dass aber in anderen Fällen auch gewöhnliche Maßnahmen abgelehnt werden können, wenn das zu erwartende Ergebnis in keinem angemessenen Verhältnis zur Belastung und Belastbarkeit des Patienten steht.

Neben der unterschiedlichen Terminologie im kirchlichen und profanen Sprachgebrauch ist der normierungstheoretische Hintergrund der Unterscheidungen zu beachten. Ausgangspunkt ist das deontologische Tötungsverbot, von dem in einer restriktiven Interpretation⁵⁶ einzelne Handlungstypen ausgenommen wurden. Für die Handlungen, die unter das deontologische Tötungsverbot fallen, gilt, dass keine Umstände denkbar sind, in denen sie zulässig sein könnten, eine Argumentation mit möglicherweise schädlichen Folgen ist nicht zulässig. Die präzise Formulierung des Tötungsverbotes im Sinn der theologischen Tradition lautet deshalb: Die direkte Tötung eines Unschuldigen ist ausnahmslos verboten. Mit den Worten des Weltkatechismus: „Niemand darf sich, unter keinen Umständen, das Recht anmaßen, ein unschuldiges menschliches Wesen direkt zu zerstören.“⁵⁷

Wenn die indirekte Tötung ausgenommen wird und der Verzicht auf außerordentliche oder unverhältnismäßige Heilmittel nicht unter das deontologische Tötungsverbot fällt, so bedeutet das nicht die Erlaubtheit jeder indirekten Tötung oder jedes Falles von Sterbenlassen. Es bedeutet lediglich, dass für das entsprechende Urteil die teleologische Methode der Güterabwä-

55 *Kongregation für die Glaubenslehre*, Erklärung zur Euthanasie, Nr.4.

56 *Bruno Schüller*, Die Begründung sittlicher Urteile, 177-199; *Andreas M. Weiß*, Sittlicher Wert und nichtsittliche Werte, 58-64.

57 *Ecclesia Catholica*, Katechismus der Katholischen Kirche, München u.a. 1993, Nr. 2258.

gung im Einzelfall zulässig ist. Beide Handlungstypen können teleologisch beurteilt werden. Sie sind erlaubt, wenn der Verzicht auf Lebenszeit in der besonderen Situation und aufgrund der Folgen im konkreten Fall durch einen entsprechenden Grund aufgewogen wird, etwa durch die Vermeidung besonderer Belastungen und Schmerzen. So ist die Begründung für Behandlungsverzicht oder -abbruch „die negative Wirkung der Weiterbehandlung. Sie heilt und lindert nicht mehr, sondern verlängert Leiden und Sterben. Statt dem Kranken zu helfen, fügt man ihm – durch die Wissenschaft – Qualen zu, die ihm sonst – durch die Natur – erspart geblieben wären.“⁵⁸

Dieser normierungstheoretische Hintergrund ist zu beachten, wenn die Rede von der „passiven Sterbehilfe“ manchmal im wertenden Sinn verwendet wird, so als sei diese definitionsgemäß ethisch richtig. Was als falsch beurteilt wird, wäre in dieser Redeweise nicht mehr als passive Sterbehilfe zu bezeichnen. Bei diesem positiv wertenden Verständnis von „passiver Sterbehilfe“ wird es notwendig, auf mögliche Ausweitungstendenzen zu achten. Anstatt ethisch verantwortbare und nicht verantwortbare Formen des Sterbenlassens zu unterscheiden, diskutiert man dann unabhängig von der Handlungskausalität über die Zugehörigkeit einer entsprechenden Handlung zu den Handlungstypen der erlaubten „passiven Sterbehilfe“ oder der verbotenen ‚aktiven Sterbehilfe‘, selbst, wenn vom Handlungsverlauf her klar ist, dass es sich kausal nur um ein Sterbenlassen handeln kann. So entstehen missverständliche Formulierungen, in denen bei ethisch fragwürdigen Formen des Sterbenlassens von einem Überschreiten der Grenze zur aktiven Sterbehilfe gesprochen wird: „Wird passive Sterbehilfe unzulässig ausgeweitet, besteht als ‚schuldhafte Unterlassung‘ von Hilfeleistung die Gefahr eines Übergangs zu aktiver Euthanasie.“⁵⁹ Schlögel und Hoffmann verweisen auf eine entsprechende, aber ebenfalls missverständliche Formulierung im Katholischen Erwachsenen-Katechismus: „Allerdings wird ein Verzicht auf Anwendung von Mitteln zu einer aktiven Euthanasie, wenn es sich um eine schuldhafte Unterlassung handelt, in der die Absicht enthalten ist, das Leben vorzeitig zu beenden.“⁶⁰ Dieselbe Passage kommentiert Werner Wolbert folgendermaßen:

„Das passt nicht zur vorherigen Erläuterung dessen, was aktive Euthanasie sein soll. Offensichtlich handelt es sich hier um eine nachträgliche Einfügung. Die Spannungen in diesem Text dürften sich aus den verschiedenen Stadien des Genehmigungsverfahrens erklären. Jedenfalls ergibt sich folgende Frage: Warum unterscheidet man nicht schlicht

58 Helmut Weber, *Spezielle Moraltheologie*, 227.

59 Herbert Schlögel/Monika Hoffmann, *Passive und aktive Sterbehilfe*, 93.

60 *Katholischer Erwachsenenkatechismus*, Bd. 2, 308.

zwischen erlaubter und unerlaubter passiver Euthanasie, also zwischen erlaubtem und unerlaubten Sterbenlassen?“⁶¹

Die Warnung vor der Ausweitung passiver Sterbehilfe ergibt also nur Sinn, wenn der Terminus schon normativ verstanden wird. Ansonsten kann man einfach danach fragen, wo die Grenzen der ethischen Richtigkeit passiver Sterbehilfe bzw. des Sterbenlassens liegen.

Neben dem Kriterium der Abwägung der Folgen werden vor allem zwei Grenzen der Erlaubtheit passiver Sterbehilfe genannt. Erklärt man die Abgrenzung passiver von aktiver Sterbehilfe mit dem Hinweis auf das „natürliche Sterben“ bei der passiven Sterbehilfe, so ergibt sich eine zusätzliche Einschränkung für die Zulässigkeit passiver Sterbehilfe. Sie scheint nur verantwortlich, wenn ein solcher Sterbeprozess auch tatsächlich gegeben ist, nicht jedoch unabhängig von oder außerhalb desselben:

„Voraussetzung für berechtigten Verzicht oder Abbruch ist, dass sich die Krankheit nicht mehr aufhalten lässt (= irreversibel mit infauster Prognose), das Sterben nahe bevorsteht und der Betreffende den Verzicht auf Maßnahmen wünscht oder mit ihm einverstanden ist oder solches bei ihm vermutet werden kann.“⁶²

Der Hinweis auf die Sterbephase findet sich auch in einer Formulierung im Dokument der Glaubenskongregation von 1980:

„Wenn der Tod näher kommt und durch keine Therapie mehr verhindert werden kann, darf man sich im Gewissen entschließen, auf weitere Heilversuche zu verzichten, die nur eine schwache oder schmerzvolle Verlängerung des Lebens bewirken könnten, ohne dass man jedoch die normalen Hilfen unterlässt, die man in solchen Fällen einem Kranken schuldet.“⁶³

Diese Grenze ist hinsichtlich ihrer genauen Definierbarkeit nicht unproblematisch. Das eine Extrem wäre die Begrenzung auf eine Situation, in der trotz aller medizinischer Möglichkeiten der Tod nicht mehr zu verhindern ist. Allerdings würde sich die Möglichkeit passiver Sterbehilfe dann auf den Verzicht auf medizinisch sinnlose Behandlungen reduzieren. Das wäre eigenartig, geht es doch normalerweise gerade um die Frage, ob Behandlungen, die noch eine gewisse Lebensverlängerung ermöglichen, dennoch abgelehnt werden können. Das andere Extrem wäre mit der Aussage des Palliativmediziners Borasio zur Reichweitenbegrenzung von Patientenver-

61 *Werner Wolbert*, *Du sollst nicht töten*, 125.

62 *Helmut Weber*, *Spezielle Moralthologie*, 227.

63 *Kongregation für die Glaubenslehre*, *Erklärung zur Euthanasie*, Nr. 4.

fügungen angesprochen: „Auch medizinisch ist eine solche Einschränkung Unsinn, denn unumkehrbar tödlich verläuft das Leben ja selbst.“⁶⁴ Zusätzlich ist die konkrete Situation des Kranken „oft uneindeutig, die Abgrenzung zwischen infauster und nicht-infauster Prognose häufig ebenso unklar wie die Bestimmung, wann der Sterbeprozess eintritt.“⁶⁵

Der oben zitierte Text der Glaubenskongregation enthält eine zweite Einschränkung, nämlich „normale Hilfen“ im Unterschied zu „Heilversuchen“ oder „therapeutischen Mitteln“⁶⁶. Zu dieser Grundversorgung wird die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit gezählt, und zwar auch dann, wenn sie in künstlicher Form verabreicht wird.⁶⁷ Deshalb scheint dann das Abstellen künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr nicht verantwortbar zu sein, selbst wenn es sich in der Handlungskausalität um ein Sterbenlassen, also um passive Sterbehilfe handelt. Die Position, dass man künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als Pflegemaßnahmen klassifiziert, ist nicht unumstritten. Zählt man sie zu den medizinischen Maßnahmen und damit zu den außerordentlichen Mitteln, so scheint der Verzicht darauf als Sterbenlassen beurteilt werden zu können und zumindest in der Sterbephase zulässig zu sein.⁶⁸

Die umstrittenen Aussagen von Papst Johannes Paul II. vom März 2004 beziehen sich auf PVS-Patienten. Bei Ihnen sind beide Einschränkungen relevant. Es würde also ein zweifacher Grund gegen das Abstellen bestehen: Sie befinden sich in keiner Sterbephase und es handelt sich bei künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr um Maßnahmen der Pflege. Es stellt sich die Frage, welcher der beiden Gründe letztlich ausschlaggebend ist.

64 Zitiert nach *Fuat S. Oduncu*, In Würde sterben, 54.

65 *Herbert Schlögel/Monika Hoffmann*, Passive und aktive Sterbehilfe, 94. M.E. kann man die Sterbephase aber sicherlich als eine wichtige Voraussetzung für eine realistische Einschätzung der verbleibenden Lebens- und Gestaltungsmöglichkeiten sehen. Je länger bei infauster Prognose der Zeitraum bis zum erwarteten Tod ist, desto schwieriger ist eine sichere Einschätzung und auch der Ausschluss von unerwarteten Entwicklungen. Insofern ist das Kriterium der Sterbephase sicherlich relevant, ohne jedoch eine wirklich genaue Grenze anzugeben oder andere Situationen völlig auszuschließen. Es ist wohl eine hinreichende, aber keine notwendige Voraussetzung für eine realistische Einschätzung der verbleibenden Möglichkeiten. Bei Patienten im irreversiblen Koma etwa könnte eine solche Einschätzung bei zuverlässiger medizinischer Diagnose auch über einen längeren Zeitraum möglich sein.

66 *Kongregation für die Glaubenslehre*, Erklärung zur Euthanasie, Nr. 4.

67 Vgl. *Papst Johannes Paul II.*, Ansprache am 20.3.2004, Nr. 4.

68 *Karl-Heinz Peschke*, Euthanasie, 171, hält das Abstellen künstlicher Ernährung im terminalen Koma für erlaubt; *Helmut Weber*, Spezielle Moralthologie, 232, bringt Zweifel an.

Die Antwort der Glaubenskongregation auf die Anfrage der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten

Aufgrund der kontroversen Diskussionen um die moralische Beurteilung des Abstellens künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei PVS-Patienten in den USA hatte sich William S. Skylstad, der Vorsitzende der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten von Amerika, am 11. Juli 2005 an die Glaubenskongregation gewandt. Mit 1. August 2007 hat nun die Glaubenskongregation zwei Fragen, zwei knappe offizielle Antworten und einen erläuternden Kommentar veröffentlicht.⁶⁹

Die erste Frage bezog sich auf die moralische Verpflichtung von Ernährung und Wasserversorgung von Patienten im vegetativen Zustand und ihre mögliche Grenze bei Unwirksamkeit oder erheblicher physischer Beschwerlichkeit (*molestia*):

„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?“⁷⁰

In der Antwort werden sowohl die Verpflichtung als auch die genannten Ausnahmen bestätigt:

„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.“⁷¹

Die erste Antwort wird nicht ausdrücklich auf Patienten im vegetativen Zustand eingeschränkt, sondern als allgemeines Prinzip vorgestellt. Für künstliche und natürliche Form der Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit werden dieselben Kriterien genannt. Die Form der Verabreichung spielt demnach ethisch keine entscheidene Rolle.

Am Grundprinzip („in linea principii“) der Beurteilung künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als *ordentliches* Mittel, als *verhältnismäßig* („medium ordinarium et proportionatum“) und damit als *verpflichtend* wird

69 Kongregation für die Glaubenslehre, Antworten auf Fragen (1.8.2007).

70 Ebd.

71 Ebd.

festgehalten. Das liegt in der Linie der bisherigen lehramtlichen Aussagen zu diesem Thema. Als Begründung wird auf die Verhinderung von Leiden und eines Todes durch Verhungern und Verdursten verwiesen.

Mit diesem Text wurde weitgehend eine Passage aus der umstrittenen Ansprache von Papst Johannes Paul II. vom März 2004 übernommen. Ausgelassen wurde jedoch die Qualifizierung von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr einschließlich ihrer künstlichen Verabreichung als „immer ein natürliches Mittel der Lebenserhaltung und keine medizinische Handlung“.⁷² Beides sind ja etwas paradox klingende Formulierungen: *Künstliche* Ernährung wird als *natürliches* Mittel bezeichnet und eine durch einen *chirurgischen Eingriff* zu setzende PEG-Sonde wäre *keine medizinische* Behandlung. In beiden Fällen überschneiden sich deskriptive und wertende Terminologie. Der Verweis auf das natürliche Mittel der Lebenserhaltung taucht im Kommentar⁷³ wieder auf. An die Stelle von „keine medizinische Behandlung“ tritt dort jedoch „nicht eine *therapeutische Behandlung*“, womit diese Missverständlichkeit vermieden wird.

So trägt die Formulierung der Glaubenskongregation eindeutig 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. 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 dann doch deutlich nach einem allgemeinen Grundsatz, der im Detail auch einige Einschränkungen zulässt, und nicht nach einer uneingeschränkten Norm. Die Verpflichtung wird – ebenso wie in der Ansprache von Papst Johannes Paul II. – nicht als unbedingte formuliert, sondern als allgemeines Prinzip, dessen Reichweite in Hinblick auf die konkrete Situation anzupassen ist.

Dieses Prinzip wird sogleich durch die Bedingung der nachweislichen Wirksamkeit eingeschränkt. Die Verpflichtung gilt in dem Maß und solange die Erreichung des Ziels der Wasser- und Nahrungsversorgung auch „nachweislich“ (comprobetur) erreicht wird. Der Hinweis auf die Grenze der medizinischen Wirkungslosigkeit wird – ebenso wie in der Ansprache von Papst Johannes Paul II. – in der Antwort positiv formuliert. Nachgewiesen werden muss also die Wirksamkeit, nicht die Unwirksamkeit. Nicht eigens wiederholt wird der in der Frage enthaltene Hinweis auf „erhebliches physisches Unbehagen“ durch die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr. In der grundsätzlich bejahenden Antwort auf die erste Frage ist aber wohl auch

72 Vgl. Papst Johannes Paul II., Ansprache am 20.3.2004, Nr. 4.

73 Kongregation für die Glaubenslehre, Kommentar zu den Antworten (1.8.2007).

diese Einschränkung als legitim bestätigt: Nicht nur, wenn Nahrung und Wasser vom Körper nicht mehr verarbeitet werden können, sondern ebenso dann, wenn sie mit erheblichem physischem Unbehagen verbunden sind, liegt eine Ausnahme von der Verpflichtung vor.

Der Verweis auf die „Linderung von Leiden“ wird gegenüber der Ansprache von 2004 verschoben. In der Ansprache wurde die Linderung von Leiden als Ziel künstlicher Ernährung und Wasserversorgung genannt und kann in der entsprechenden Formulierung zugleich als einschränkende Bedingung für die Verpflichtung zu ihrer Anwendung verstanden werden. Im neuen Text der Glaubenskongregation wird zusammenfassend festgestellt, dass damit Leiden und Tod durch Verhungern und Verdursten verhindert werden. Nach den erläuternden Hinweisen im Kommentar der Glaubenskongregation zu den Antworten dürfte damit jedoch keine inhaltliche Änderung verbunden sein, etwa im dem Sinn, dass hier bestritten würde, dass Ernährung und Wasserversorgung in manchen Fällen nicht Leiden lindern, sondern zusätzliches Leiden bewirken.

Die zweite Frage bezog sich auf die Möglichkeit eines Abbruchs künstlicher Ernährung und Wasserversorgung bei PVS-Patienten:

„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?“⁷⁴

Die Antwort auf die zweite Frage und damit wohl zugleich auf den Fall Terri Schiavo ist negativ:

„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.“⁷⁵

Die Antwort bleibt also wiederum auf der prinzipiellen Ebene: Patienten im permanenten vegetativen Status, also in einem irreversiblen Koma, kann Personsein und Menschenwürde nicht abgesprochen werden. Deshalb schuldet man ihnen „die gewöhnlichen und verhältnismäßigen Pflegemaßnahmen“ („*curae ordinariae et proportionatae*“), zu denen entsprechend der ersten Antwort „in linea principii“ auch künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr gehören.

74 Kongregation für die Glaubenslehre, Antworten auf Fragen (1.8.2007).

75 Ebd.

Der Hinweis auf die bleibende Menschenwürde findet sich schon in der Ansprache von 2004.⁷⁶ Damit wird also eine bestimmte Begründung für einen Behandlungsabbruch, nämlich das Argument fehlender oder eingeschränkter Persönlichkeit bei PVS-Patienten zurückgewiesen. Somit gilt das Prinzip der Verpflichtung zur Anwendung ordentlicher und verhältnismäßiger Mittel, zu denen, wiederum „prinzipiell“ auch die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr gehören, für PVS-Patienten ebenso wie für andere. Das fehlende Bewusstsein macht hier keinen Unterschied. Dies wird im Kommentar noch einmal unterstrichen und mit dem Hinweis untermauert, dass sich PVS-Patienten gewöhnlich „nicht in unmittelbarer Todesgefahr befinden“⁷⁷.

Nach den vorhergehenden theologischen Diskussionen war die spannende Frage die nach den möglichen Einschränkungen und der Begründung. An diesen wird sichtbar, ob die Linie der 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. Die Antwort der Glaubenskongregation bleibt aber bei teleologischen Argumenten. Das aufgestellte Prinzip wird auf die tatsächliche physiologische Wirksamkeit eingeschränkt. Außer Streit steht damit, dass künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr nicht ohne Rücksicht auf die Folgen verpflichtend sind. Sie dürfen demnach jedenfalls abgestellt bzw. zurückgenommen werden, wenn Nahrung und Flüssigkeit vom Körper gar nicht mehr verarbeitet werden können. Dies wird im anschließenden Kommentar noch einmal ausdrücklich festgehalten: „Die Kongregation schließt auch nicht aus, dass es zusätzliche Komplikationen geben kann, die dazu führen, dass der Patient Nahrung und Flüssigkeit nicht mehr aufnehmen kann, dann wird ihre Verabreichung vollkommen unnützlich.“⁷⁸

Darüber hinaus werden im Kommentar noch zwei weitere Ausnahmen genannt. Zunächst wird auf die selbstverständliche Einschränkung hingewiesen, dass Unmögliches nicht moralisch gefordert sein kann, wenn etwa in manchen Weltregionen gar keine Möglichkeit zu künstlicher Ernährung und Wasserversorgung besteht. Dann folgt aber im Kommentar noch eine ausdrückliche Erläuterung zum Stichwort des „erheblichen physischen Unbe-

76 *Papst Johannes Paul II.*, Ansprache am 20.3.2004, Nr. 3.

77 *Kongregation für die Glaubenslehre*, Kommentar zu den Antworten (1.8.2007). Die Erklärung der Glaubenskongregation zur Euthanasie von 1980 hatte ja den Behandlungsverzicht mit lebensverkürzender Wirkung (sog. passive Sterbehilfe) auf eine Situation bezogen, in der „der Tod trotz der angewandten Mittel unausweichlich näher kommt.“ (*Kongregation für die Glaubenslehre*, Erklärung zur Euthanasie, Nr. 4)

78 *Kongregation für die Glaubenslehre*, Kommentar zu den Antworten (1.8.2007).

hagens“, 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.“⁷⁹

„Übermäßige Belastung“ war schon in der Äußerung von Papst Pius XII. berücksichtigt worden. Wenn diese im Kommentar noch einmal ausdrücklich als mögliche Ausnahme von der grundsätzlichen Verpflichtung genannt wird, so ist damit hinlänglich klar, dass an der Zulässigkeit dieser Güterabwägung nicht gerüttelt wird und zwar auch nicht für Koma-Patienten. Belastung und Erfolgsaussicht sind die beiden maßgeblichen Gesichtspunkte. Die Erfolgsaussicht wird nicht eigens genannt, ist aber durch die erste Antwort vorausgesetzt, in der die Verpflichtung zur künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr auf die Fälle beschränkt wird, in denen „sie nachweislich ihre eigene Zielsetzung erreicht“.⁸⁰

Von der Ansprache von Papst Johannes Paul II. im März 2004 unterscheidet sich die Antwort trotz der betonten Kontinuität und der ausführlichen Zitation dadurch, dass der Anschein vermieden wird, die Verpflichtung zur Anwendung künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr gelte ausnahmslos und ohne Rücksicht auf die Umstände des Einzelfalls. Im Gegenteil wird die Formulierung „in linea principii“ verwendet und es werden Einschränkungen der Pflicht mit Rücksicht auf die Folgen formuliert. 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. Der knappe Hinweis auf die „Verhinderung von Leiden“ in der ersten Antwort, ist entsprechend dem Kommentar also nicht einfach als Behauptung zu verstehen, dass dies mit künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr immer gegeben sei, sondern zugleich als einschränkendes Kriterium für eine Verpflichtung zum Einsatz dieser Mittel.

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

79 Ebd.

80 *Kongregation für die Glaubenslehre*, Antworten auf Fragen (1.8.2007).

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.

Zugleich wird das Grundprinzip bekräftigt: Ist künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr verfügbar, zur Lebensverlängerung geeignet und mit keinen übermäßigen Belastungen oder erheblichem Unbehagen verbunden, gilt, dass auch PVS-Patienten mit den üblichen Pflegemaßnahmen zu versorgen sind. Sie sind in dieser Hinsicht kein Sonderfall, denn ihre Pflege bringt

„gewöhnlich weder für den Patienten noch für die Angehörigen eine schwere Belastung mit sich. Sie ist nicht mit übermäßigen Kosten verbunden, sie steht jedem durchschnittlichen Gesundheitssystem zur Verfügung, sie erfordert an sich keinen Krankenhausaufenthalt, sie steht im Verhältnis zur Erreichung ihres Ziels, nämlich das Sterben des Patienten durch Verhungern und Verdursten zu verhindern.“⁸¹

Auch hier wird also wieder mit den Folgen argumentiert. Sie werden aber als gewöhnlich tragbar eingeschätzt, was für das Gesundheitssystem in den USA oder Europa sicherlich zutrifft. Nicht bestritten wird, dass die ständige Sorge um einen PVS-Patienten für die Angehörigen eine erhebliche Belastung bedeuten kann. Diese genüge jedoch nicht als Argument, um einen solchen Patienten „sich selbst zu überlassen und damit sterben zu lassen.“⁸² Hier gelte „das Recht und die Pflicht, die für die Erhaltung der Gesundheit und des Lebens notwendige Pflege zu leisten.“⁸³

Revision oder Kontinuität?

Mit den Antworten der Glaubenskongregation wurde die päpstliche Ansprache vom 20.3.2004 einerseits unterstützt, andererseits aber in manchen Details zurechtgerückt. Was lässt sich angesichts dieser Stellungnahme zum befürchteten Wechsel der Normierungstheorie sagen? Ob es sich um eine deontologische oder eine teleologische Norm handelt, ergibt sich nicht aus mehr oder weniger ausnahmslos klingenden Formulierungen, sondern aus der Begründungsmethode. Insofern scheinen sich manche Befürchtungen nicht zu bestätigen. In den von der Glaubenskongregation formulierten Antworten auf die Fragen der amerikanischen Bischöfe wird, soweit ich sehe, *teleologisch* argumentiert.

81 Ebd.

82 Ebd.

83 Ebd.

Die Verpflichtung zur Anwendung von künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr wird in den Antworten auf die Fragen weder einfach aus ihrer Zugehörigkeit zur Gruppe der „ordentlichen Mittel“ im Sinn von medizinischer Üblichkeit abgeleitet, noch aus der Zugehörigkeit zur Gruppe der Pflegemaßnahmen, die immer verpflichtend wären (was auch noch relativiert wird). Wasser- und Nahrungsversorgung wird als Ziel der Handlung gesehen. Wenn dies ohne übermäßige Belastungen erreichbar ist, ist es richtig die Maßnahme durchzuführen. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung werden also als verpflichtend erachtet, weil davon ausgegangen wird, dass sie abgesehen von den genannten Einschränkungen normalerweise gute Folgen haben. Diese These wird ausdrücklich formuliert: „Auf diese Weise werden Leiden und Tod durch Verhungern und Verdursten verhindert.“⁸⁴ Ob dies auch tatsächlich immer nützlich für den Patienten ist, kann man noch einmal hinterfragen. Wenn man aber davon ausgeht, dass Lebenserhaltung grundsätzlich wertvoll ist und wenn sie zugleich ohne übermäßige Belastungen möglich ist, dann ergibt sich dieses allgemeine Urteil nicht unabhängig von den Folgen, sondern aus den Folgen, die eben in dieser Weise positiv beurteilt werden. Insofern kann man über das zugrunde liegende Werturteil diskutieren. Der Vorwurf deontologischer Normierung scheint in dieser Frage verfehlt.

Deontologisch wäre die Norm, wenn in bestimmten Fällen die Folgen nicht zählen würden. Schwach deontologisch wäre sie, wenn nicht allein die Folgen zählen. Werden möglicherweise nur bestimmte Folgen berücksichtigt und andere von der Berücksichtigung ausgeschlossen? Würde die Verpflichtung also auch für Fälle gelten, in denen die Folgen der Handlung bei Befolgung der Norm schlechter sind als bei Nichtbefolgung? Berücksichtigung von Nutzlosigkeit, übermäßige Belastung und erheblichem physischen Unbehagen sind als Kriterien genannt. Eine gewisse Unsicherheit könnte sich bei der Frage ergeben, was als übermäßiger Belastung zählt. Ausgeschlossen wird im Kommentar die erhebliche Belastung für die Angehörigen von PVS-Patienten als hinreichendes Kriterium für Verzicht auf Therapie und Pflege.⁸⁵ Dies kann aber unschwer als Ergebnis einer Güterabwägung verstanden werden. Bei aller Belastung für die Angehörigen müsste eine Gesellschaft hier andere Entlastungs- und Hilfemöglichkeiten finden als den Tod des Patienten. Insofern geht es hier um den berechtigten Schutz kranker Personen vor subtilem oder offenem gesellschaftlichem Druck. Das ist aber eine teleologische Erwägung.

Nach der neuen Stellungnahme der Glaubenskongregation scheint die Diagnose von Shannon und Walter nicht zwingend, in der Frage künstlicher

84 *Kongregation für die Glaubenslehre*, Antworten auf Fragen (1.8.2007).

85 *Kongregation für die Glaubenslehre*, Kommentar zu den Antworten (1.8.2007).

Ernährung und Flüssigkeitszufuhr werde auf eine deontologische Argumentation umgeschwenkt. In den zentralen Thesen der Antworten wird die traditionelle Terminologie verwendet. Das irreführende „immer“ aus der Ansprache von 2004 fehlt. Der Kommentar enthält zwar in den Zitaten weiterhin teilweise verkürzte Formulierungen und Termini, die zwischen deskriptiver und wertender Bedeutung schillern. Ebenso bleibt durch die respektvolle Zitation der umstrittenen Formulierungen aus der Ansprache von Papst Johannes Paul II. manches in der Schwebe. Die wesentliche Frage ist jedoch, was letztlich Kriterium der Begründung ist, und das sind in dieser Stellungnahme deutlich die Folgen: Künstliche Ernährung ermöglicht Lebensverlängerung. Das Leben eines PVS-Patienten ist ebenso wertvoll wie das anderer Menschen. Also gibt es keinen Grund, künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr abzustellen, solange sie wirksam sind und nicht zu übermäßiger Belastung und erheblichem physischen Unbehagen führen.

Der zweite von Shannon und Walter genannte Gesichtspunkt, nämlich die Tendenz zur Einschränkung eines Behandlungsverzichtes auf die Sterbephase scheint ebenfalls eher wieder relativiert zu sein: Nachdem sich die Aussagen entsprechend der Anfrage der amerikanischen Bischöfe wesentlich auch auf PVS-Patienten beziehen, die sich nicht in einer Sterbephase befinden, sind die angeführten Fälle eines zulässigen Verzichtes auf künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr wohl so zu verstehen, dass sie *nicht* nur für die unmittelbare Sterbephase gelten. Dies steht zwar in einer gewissen Spannung zu Aussagen, die man so verstehen könnte, als ob die Zulässigkeit eines Behandlungsverzichtes auf die Sterbephase eingeschränkt wird.⁸⁶ Es scheint sich aber aus dieser jüngsten Stellungnahme zu ergeben: Wenn PVS-Patienten ausdrücklich nicht als Sterbende aufgefasst werden und dennoch die Pflicht zur Anwendung künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr Einschränkungen aufgrund der Folgen unterliegt, also in bestimmten Fällen abgestellt werden darf, dann kann nicht andererseits eine generelle Einschränkung eines Behandlungsverzichtes auf die Sterbephase vorausgesetzt sein, nicht bei künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr und erst recht nicht bei therapeutischen Maßnahmen.

In ähnlicher Weise wird die manchmal normativ aufgeladene Unterscheidung von Therapie und Pflege relativiert, wenn künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr einerseits der Pflege zugeordnet werden, andererseits aber bei übermäßiger Belastung nicht verpflichtend sind. In der zweiten Antwort wird ausdrücklich festgehalten, dass künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr „in linea principii“ zu den Pflegemaßnahmen zählen. Es wird jedoch nicht gesagt, Pflege sei immer verpflichtend. Verpflichtend ist die „gewöhnliche und verhältnismäßige Pflege“ („*curae ordinariae et proportionatae*“).

86 *Kongregation für die Glaubenslehre*, Erklärung zur Euthanasie, Nr. 4.

Die traditionelle Unterscheidung von ordentlichen und außerordentlichen Mitteln ist also ebenso wie die Frage nach der Verhältnismäßigkeit auch auf Pflegemaßnahmen anzuwenden. Pflegemaßnahmen könnten sich im Einzelfall als außerordentlich oder als nicht verhältnismäßig erweisen. Sollte der Text nicht in sich widersprüchlich sein, so wird damit der These, alle Pflegemaßnahmen seien eo ipso schon verpflichtend, widersprochen. Auch bei Pflegemaßnahmen ist nach der Verhältnismäßigkeit zu fragen, also mit Rücksicht auf die Folgen abzuwägen.

Das scheint aber insgesamt zu bedeuten, dass der gesamte Bereich passiver Sterbehilfe, des Einsatzes von oder Verzichtes auf sowohl medizinische wie auch pflegerische Maßnahmen an der jeweiligen Verhältnismäßigkeit der Mittel, an Belastung und Nutzen für den Patienten zu bemessen und somit teleologisch zu beurteilen ist. Wenn man den Text so interpretieren kann, dann wäre das ein erfreulich mutiger Schritt, der die ausufernden terminologischen Diskussionen um die Zuordnung von Maßnahmen zu Pflege oder Therapie, um infauste Prognose und Sterbephase zurückbringt zu der letztlich entscheidenden Frage: Tut man dem Patienten mit der entsprechenden Maßnahme etwas Gutes oder schadet man ihm mehr, als man ihm nützt?

Die zentralen Differenzen zum Zeitgeist tun sich möglicherweise dort auf, wo grundsätzlich danach gefragt wird, ob die Verlängerung eines Lebens immer wertvoll ist, insbesondere ob Lebensverlängerung ohne Bewusstsein und ohne Chance auf dessen Wiedererlangung ein Gut ist. In dieser Frage hat das Lehramt eine klare Position. Hier liegt auch ein wesentlicher Dissens von Theologen wie Shannon, der bestreitet, dass es eine Verletzung der Menschenwürde sei, PVS-Patienten ohne Aussicht auf Wiederherstellung des Bewusstseins durch Verzicht auf die künstliche Ernährung sterben zu lassen und im Gegenteil eine Verletzung der Menschenwürde sieht, wenn allein ihr biologisches Leben erhalten wird und so nur das Sterben verlängert wird.⁸⁷ Zugleich scheint jedoch gerade in Hinblick auf Menschen mit Behinderungen die Linie der Glaubenskongregation, am Wert sehr eingeschränkten Lebens unbedingt festzuhalten, durchaus sinnvoll. Schließlich ist es auch in Hinblick auf andere Lebensbereiche relevant, wie man in Fragen der Sterbehilfe argumentiert.

Zu überlegen ist, ob hier nicht doch der einzig ethisch vertretbare Ausweg aus einer solchen Situation eine klar formulierte und glaubwürdige Voraus-

87 *Thomas A. Shannon*, Nutrition und Hydration, 36. Vgl. *Thomas Nagel*, *Mortal Questions*, 2: „The value of life and its contents does not attach to mere organic survival: almost everyone would be indifferent (other things equal) between immediate death and immediate coma followed by death twenty years later without reawakening.“

verfügung wäre. In diesem Fall würde nämlich nicht ein Dritter über den Wert solcher Lebenserhaltung urteilen, sondern – bei allen Bedingtheiten einer Vorausverfügung – der Betroffene selbst entscheiden, welche Behandlung er wünscht oder ablehnt. Hier könnte dann gelten, was in der Ansprache vom November 2004 – allerdings nicht explizit auf PVS-Patienten bezogen enthalten ist:

„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 unwirksam 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“⁸⁸

Eine andere Frage, die weiter zu diskutieren sein wird, ist die, ob nicht doch Fälle vorstellbar sind, in denen die Belastungen für einen Patienten gegenüber den positiven Lebensmöglichkeiten so sehr überwiegen, dass er den Tod als kleineres Übel oder als Erlösung empfindet und vielleicht sogar als solche herbeisehnt. Hier stößt man auf das klare Veto gegen eine „Euthanasie durch Unterlassung“. Der Tod darf nicht direkt intendiert werden. Betrachtet man den Tod als Übel, so ist die direkte auf den Tod eines Menschen gerichtete Intention Zeichen einer schlechten Gesinnung. Ein Übel für sich selbst oder andere direkt zu wollen widerspricht dem Liebesgebot, widerspricht der Liebe als Gesinnung des Wohlwollens. Hier bleibt jedoch eine offene Frage im Bereich der Werttheorie: Ist es axiologisch wirklich so selbstverständlich, dass der Tod immer ein Übel ist? Kann der physische Tod nicht manchmal das kleinere Übel oder sogar ein Gut sein, als Erlösung empfunden werden, wie es Ambrosius von Mailand formuliert: „Beachte nun folgendes: Wenn das Leben für uns eine Last ist, dann wird der Tod eine Erlösung; wenn das Leben eine Qual ist, dann wird der Tod Heilmittel.“⁸⁹

Dann kann es aber auch nicht völlig unberechtigt sein, zu fragen: Aus welchem Grund sollte man sich einen natürlichen Tod als Erlösung aus lange andauerndem Leiden nicht wünschen und ihn somit intendieren dürfen? Es ist nicht unmittelbar einsichtig, warum neben dem Verbot, den Tod aktiv

88 *Papst Johannes Paul II.*, Ansprache am 12.11.2004, Nr. 4.

89 *Ambrosius von Mailand*, *De bono mortis*, IV.14 (CSEL XXXII/1, 715), zitiert nach: *ders.*, *Der Tod – ein Gut*, 34.

und direkt herbei zu führen, auch ein Verbot gelten muss, sich den natürlichen Tod als Folge eines durch die Aussichtslosigkeit jeder Behandlung gerechtfertigten Behandlungsverzichts als Erlösung aus dem Leiden zu wünschen.⁹⁰ Warum sollte man aufgrund einer solchen Gesinnung, wenn sie das Handeln in keiner Weise verändert, sondern nur positiv in den Lauf der Dinge einstimmt und diesen zum eigenen Wunsch macht, dieselbe Handlungsweise plötzlich als moralisch verwerfliche „Euthanasie durch Unterlassung“ beurteilen müssen? Würde in einer solchen Argumentation nicht doch in gewisser Weise das Leben zu einem absoluten Wert und der Tod zu einem absoluten Übel?

Das berechtigte Anliegen, als passive Sterbehilfe getarnte Tötungshandlungen beim Namen zu nennen oder eine mit einer grundsätzlich gerechtfertigten Handlungsweise verbundene schlechte Intention zu entlarven, soll damit in keiner Weise bestritten werden. Dennoch ist zu prüfen, ob das Verständnis von „Euthanasie durch Unterlassung“ nicht doch einer weiteren Präzisierung bedarf, um den Einklang mit der christlichen Tradition zu bewahren, die Karl-Heinz Peschke so zusammenfasst:

„Da Sterben die vollkommene Vereinigung mit Christus bedeutet, ist der Tod für den Christen letzten Endes ein Gewinn (Phil 1,21-23). Die gegenwärtige Situation auf Erden ist ein Fernsein vom Herrn, und das Sterben ist die Heimkehr zu ihm. Dies erklärt den Wunsch des Christen zu scheiden, um bei Christus zu sein (2 Kor 5,8; Phil 1,23). Wenn man dies im Auge behält, ist der Tod kein Übel mehr, das man fürchten müsste. Der Wunsch zu sterben kann seinen Ursprung natürlich auch in weniger edlen Motiven haben, wie in einer Ungeduld, die von zeitweiligem Unglück herrührt, oder in Lebensmüdigkeit, wegen der gewöhnlichen Beschwerisse des Daseins. Das Verlangen, diese Welt zu verlassen, ist aber ganz und gar gerechtfertigt, wenn es von dem Wunsch nach Vereinigung mit Christus im Himmel inspiriert ist und nach ewiger Ruhe bei Gott.“⁹¹

90 Vgl. *Gerald Kelly*, *The Duty of Using Artificial Means*, 217: „Since extraordinary means are not obligatory for the patient, and since the desire for death can be licit, I do not see why extraordinary means may not be omitted precisely because of the legitimate desire for death.“

91 *Karl-Heinz Peschke*, *Christliche Ethik. Spezielle Moraltheologie*, 372.

Literatur

- Ambrosius von Mailand, *Der Tod – ein Gut*, übers. v. Josef Huhn (Christliche Meister 44), Freiburg 1992.
- Birnbacher, Dieter, *Tun und Unterlassen*, Stuttgart 1995.
- Bormann, Franz-Josef, *Ein natürlicher Tod – was ist das? Ethische Überlegungen zur aktiven Sterbehilfe*, in: ZME 48 (2002) 29-38.
- Bretzke, James T., *A Burden of Means: An Overlooked Aspect of the PVS Debate*, in: Landas 18 (2004) 211-230.
- Die österreichischen Bischöfe, *Leben in Fülle. Leitlinien für katholische Einrichtungen im Dienst der Gesundheitsfürsorge*, Wien 2006.
- Ecclesia Catholica, *Katechismus der Katholischen Kirche*, München u.a. 1993.
- Gesang, Bernward, *Aktive und passive Sterbehilfe. Zur Rehabilitation einer stark kritisierten deskriptiven Unterscheidung*, in: Ethik in der Medizin 13 (2001) 161-175.
- Ginters, Rudolf, *Typen ethischer Argumentation. Zur Begründung sittlicher Normen (Texte zur Religionswissenschaft und Theologie)*, Düsseldorf 1976.
- Gmeiner, Robert/Kopetzki, Christian, *Österreich auf dem Weg zu einem Patienten-verfügungs-Gesetz*, in: Zeitschrift für Biopolitik 14, Nr. 2 (2005) 67-75.
- Golser, Karl, *Ehrfurcht vor dem Leben an seinem Ende. Argumentation katholischer Moraltheologie*, in: Körtner, Ulrich H.J. u.a. (Hg.), *Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen*, Neukirchen-Vluyn 2006, 51-69.
- Hamel, Ronald/Panicola, Michael, *Must We Preserve Life?*, in: America 190 Nr. 14 (2004), 6-13.
- Jörg, Johannes, *Apallisches Syndrom*, in: Korff, Wilhelm/Beck, Lutwin/Mikat, Paul (Hg.), *Lexikon der Bioethik I*, 184-188.
- Katholische Nachrichten-Agentur, *Im Zweifel für das Leben. Die Debatte um Sterbehilfe, Patientenverfügung und Palliativmedizin (KNA-Extra)*, Bonn 2007.
- Katholischer Erwachsenenkatechismus 2, *Leben aus dem Glauben*, hg. von der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn 1995, 308.
- Kelly, Gerald, *The Duty of Using Artificial Means of Preserving Life*, in: TS 11 (1950) 203-220.
- Kelly, Gerald, *The Duty to Preserve Life*, in: TS 12 (1951) 550-556.
- Knoepffler, Nikolaus, *Zur Frage nach einer menschenwürdigen Sterbehilfe: ein Eskalationsmodell*, in: ders./Haniel, Anja (Hg.), *Menschenwürde und medizinethische Konfliktfälle*, Stuttgart/Leipzig 2000, 163-182.
- Kongregation für die Glaubenslehre, *Antworten auf Fragen der Bischofs-*

- konferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung (1.8.2007). (http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith)
- Kongregation für die Glaubenslehre, Erklärung zur Euthanasie vom 5.5.1980, in: AAS 72,1 (1980) 542-552. (http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith)
- 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)
- Körtner, Ulrich H.J., Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Entstehungsgeschichte, Inhalt, Bewertung, in: ZEE 50 (2006) 221-227.
- Leher, Stephan u.a., Den Tod zulassen, wenn seine Zeit gekommen ist, in: Die Furche 63, Nr. 15 (12.4.2007) 10f.
- Nagel, Thomas, *Mortal Questions*, Cambridge 1979.
- Oduncu, Fuat S., In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung, Göttingen 2007.
- Papst Johannes Paul II., Ansprache an die Teilnehmer der XIX. int. Konferenz des Päpstlichen Rats für die Krankenpastoral, 12.11.2004. (http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004)
- 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. (http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004)
- Papst Johannes Paul II., Enzyklika: *Evangelium Vitae*. 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 (25.3.1995). (http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals)
- 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).
- Paris, John J./Keenan, James F./Himes, Kenneth R., Did John Paul II's Allocation on Life-sustaining Treatments Revise Tradition?, in: TS 67 (2006) 163-174.
- Peschke, Karl-Heinz, *Christliche Ethik. Spezielle Moraltheologie*, Trier 1995.
- Peschke, Karl-Heinz, Euthanasie, in: *Neues Lexikon der christlichen Moral*, Rotter, Hans/Virt, Günter (Hg.), 1990, 165-172.
- Schlögel, Herbert/Hoffmann, Monika, Passive und aktive Sterbehilfe. Neuere Definitions- und Unterscheidungsprobleme, in: StZ 225 (2007) 89-98.

- Schüller, Bruno, Die Begründung sittlicher Urteile. Typen ethischer Argumentation in der Moralthologie, Münster ³1987.
- Schuster, Josef, Behandlungsverzicht bzw. Behandlungsabbruch aus moraltheologischer Sicht, in: Ethische und Juristische Probleme der Patientenverfügung, hg. v. Katholische Ärztarbeit Deutschlands, Ostfildern 2000, 110-120.
- 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.
- Shannon, Thomas A./Walter, James J., Artificial Nutrition and Hydration: Assessing the Papal Statement, in: Contemporary Issues in Bioethics. A Catholic Perspektive, Lanham, Maryland 2005, 257-261.
- Shannon, Thomas A./Walter, James J., Assisted Nutrition and Hydration and the Catholic Tradition, in: TS 66 (2005) 651-662.
- Shannon, Thomas A./Walter, James J., Implications of the Papal Allocation on Feeding Tubes, in: Hastings Center Report 34 Nr. 4 (2004) 18-20.t
- Shannon, Thomas A./Walter, James J., The PVS Patient and Forgoing/Withdrawing of Medical Nutrition an Hydration, in: Contemporary Issues in Bioethics. A Catholic Perspektive, Lanham, Maryland 2005, 231-256.
- Spaemann, Robert/Fuchs, Thomas, Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht, Freiburg i.Br. 1997.
- Weber, Helmut, Spezielle Moralthologie, Graz/Wien/Köln 1999.
- Weiß, Andreas M., Sittlicher Wert und nichtsittliche Werte. Zur Relevanz der Unterscheidung in der moraltheologischen Diskussion um deontologische Normen (Studien zur theologischen Ethik 73), Freiburg i. Ue./Freiburg i. Br. 1996.
- Wolbert, Werner, Du sollst nicht töten. Systematische Überlegungen zum Tötungsverbot (Studien zur theologischen Ethik 87), Freiburg i.Ue./Freiburg i.Br. 2000.
- Zimmermann-Acklin, Markus, Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung (Studien zur theologischen Ethik 79), Freiburg i.Ue./Freiburg i.Br. ²2002.