

Moraltheologische Überlegungen zur künstlichen Ernährung und Hydrierung

Mit besonderer Schärfe stellt sich die Frage nach der Reichweite und den Grenzen des ärztlichen Behandlungsauftrages im Blick auf die künstliche Ernährung und Hydrierung (Flüssigkeitszufuhr). In den USA und in vielen europäischen Ländern führte die von den Angehörigen oder Ärzten geplante Beendigung der künstlichen Ernährung bei langjährigen Wachkomapatienten oder dauerhaft bewusstlosen geriatrischen Patienten in Pflegeheimen zu erregten öffentlichen Debatten und gerichtlichen Auseinandersetzungen. In den meisten Fällen konnte die geplante Einstellung der künstlichen Ernährung vor Gericht erstritten werden. In anderen kam es nach dem Absetzen der intravenösen Ernährung zunächst zu Verurteilungen der betreffenden Ärzte oder der Angehörigen, die von sich aus oder auf Anraten ihrer Anwälte tätig wurden; diese Urteilssprüche hatten jedoch in der Revision regelmäßig keinen Bestand. Weltweite mediale Resonanz fanden die Auseinandersetzungen um Vincent Humbert in Frankreich (2002), um Terri Schiavo in Florida/USA (2005) und um *Eluana Englaro* in Italien (2008). Das französische Parlament verabschiedete im Jahr 2005 ein Gesetz (die „*loi Leonetti*“), das den Behandlungsabbruch und die Ernährungseinstellung bei bewusstlosen Patienten an bestimmte Voraussetzungen und Verfahrensschritte (Willenserklärung des Patienten, Zustimmung einer bevollmächtigten Person, eigenständige Entscheidung durch ein ärztliches Konsilium) bindet.¹

a. Notwendige Unterscheidungen

Bevor nach den Gründen gefragt wird, die aus ethischer Sicht für oder gegen die Einleitung oder Fortführung einer künstlichen Ernährung sprechen, erscheint es ratsam, einzelne Fallkonstellationen zu unterscheiden. Diese Differenzierung

kann das ethische Urteil nicht ersetzen, aber sie benennt doch relevante Umstände, die bei der geforderten Einzelfallbeurteilung Berücksichtigung verdienen. Zunächst lassen sich Patientengruppen (Wachkomapatienten, bei denen die Rückkehr in ein bewusstes Leben nicht mehr erhofft werden kann, Demenzkranke im präterminalen Stadium, dauerhaft bewusstlose Patienten in Pflegeheimen, Patienten mit anderen Krankheiten [z.B. Speiseröhren-Tumor, Schluckbeschwerden nach Schlaganfällen], die sie an der natürlichen Nahrungsaufnahme hindern) unterscheiden, bei denen die künstliche Ernährung jeweils verschiedene Zielsetzungen verfolgt. Ferner kann zwischen künstlicher Ernährung und künstlicher Flüssigkeitszufuhr unterschieden werden. Schließlich ist zwischen oraler Ernährung durch das Füttern des Patienten, der Sondenernährung (durch eine Nasen- oder Magensonde, auch PEG-Sonde [perkutane endoskopische Gastrostomie] genannt) und intravenöser Ernährung zu differenzieren.²

Eine verbreitete Einschätzung betrachtet unterschiedslos alle Formen künstlicher Ernährung und Hydrierung gegenüber jedem Patienten, dessen Leben dadurch erhalten werden kann, als moralisch geboten. Sie betrachtet beides nicht als besondere medizinische Maßnahmen, die einer eigenen Indikation bedürfen, sondern als notwendige Bestandteile der Basispflege, die jedem Kranken zu jedem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufes bis zum Schluss geschuldet ist. Das Absetzen einer künstlichen Ernährung ist nach dieser Ansicht als Tötungshandlung zu betrachten, weil der Patient, anders als beim Abbruch einer künstlichen Beatmung, nicht an seiner Krankheit stirbt, sondern aufgrund des Kalorien- und Flüssigkeitsmangels verhungert oder verdurstet. Rechtlich muss das Einstellen der Ernährung unter diesen Voraussetzungen daher als Tötung durch Unterlassen qualifiziert werden, bei der der Tod beabsichtigt ist und willentlich herbeigeführt wird.³ In dieser Perspektive wird die künstliche Ernährung, auch wenn sie nur mit Hilfe

medizinischer Unterstützung durchgeführt werden kann, als Aufrechterhaltung einer elementaren Beziehung zum kranken Menschen und somit als ein symbolischer Akt der Fürsorge und Nähe zu ihm verstanden.⁴ Für eine unbegrenzte Verpflichtung zur künstlichen Ernährung scheint ferner zu sprechen, dass diese dem bewusstlosen Patienten insofern nützt, als sie sein Leben bewahrt. Schließlich wird angeführt, dass die künstliche Ernährung nur einen geringen Aufwand bedeutet und daher nicht als unverhältnismäßig gelten könne.⁵ Auch in Grenzfällen bringt die Weiterführung der künstlichen Ernährung die Achtung vor der Würde des Patienten und den Respekt vor dem menschlichen Leben nach dieser Ansicht besser zum Ausdruck als ihr Abbruch.⁶

Die zugunsten einer Sichtweise angeführten Gründe, der die künstliche Ernährung und Hydrierung als Bestandteil der jedem Patienten bis in die terminale Sterbephase hinein geschuldeten Basispflege gilt, sind von unterschiedlichem Gewicht. Einige sind tief in unseren moralischen Intuitionen verankert, andere lassen sich leicht entkräften. So gibt es keine medizinische Evidenz dafür, dass die Einstellung einer künstlichen Ernährung von einem bewusstlosen Patienten als qualvoll erlebt wird; in vielen Fällen erscheint es umgekehrt fraglich, ob der behauptete Nutzen einer Sondenernährung für den Patienten überhaupt eintritt. Zudem sind bei einer Abwägung der Vor- und Nachteile der künstlichen Ernährung auch die Schäden zu berücksichtigen, die durch die PEG-Sonde als solche (lokale Infektionen, Abszesse) oder die PEG-Ernährung (Diarrhöen und Übelkeit) auftreten können.⁷ Tatsächlich können künstliche Ernährung und Hydrierung unter Umständen nicht nur nutzlos, sondern sogar schädlich sein. Dies ist etwa dann der Fall, wenn der Patient die Nahrung nicht mehr assimiliert oder Komplikationen auftreten. Selbst bei komplikationslosem Verlauf ist zu berücksichtigen, dass die künstliche Ernährung über eine Magensonde oder auf intravenösem Weg wegen der oftmals erforderlichen Fixierung des Patienten und der sich

daraus ergebenden Freiheitseinschränkung eine hohe psychische Belastung darstellt, die nur gerechtfertigt erscheint, wenn ein überwiegender medizinischer Nutzen klar erkennbar ist. In dem Nutzen-Lasten-Vergleich, der die möglichen Vorteile einer künstlichen Ernährung für den Patienten abwägt, erweist sich eine von der Deutschen Bundesärztekammer vorgeschlagene Unterscheidung als hilfreich. Diese zählt in ihren Richtlinien zur ärztlichen Sterbebegleitung nicht die künstliche Ernährung und Hydrierung als solche, sondern das Stillen von Hunger und Durst zur Basispflege. Die palliative Versorgung des Patienten erfordert demnach nicht das in vielen Fällen nutzlos gewordene Aufrechterhalten physiologischer Parameter (Kalorienzufuhr auf dem Niveau des Grundumsatzes, ausreichende Hydrierung), sondern nur jene pflegerischen Maßnahmen, die ein vom Patienten subjektiv empfundenes Unwohlsein beheben.⁸

Die Überprüfung der Argumente, die in moralischer Hinsicht für oder gegen die Annahme einer ausnahmslosen Verpflichtung zur künstlichen Ernährung und Hydrierung sprechen, führt zu keinem eindeutigen Ergebnis, das für die einzelnen Fallgruppen gleichermaßen gelten könnte. Vielmehr ist es erforderlich, bei jedem einzelnen Patienten unter Berücksichtigung seiner jeweiligen Lage (Art der Erkrankung, Aussicht auf Besserung, körperlicher und seelischer Gesamtzustand, Belastung der Angehörigen) zu entscheiden, ob eine künstliche Ernährung und Hydrierung aufgenommen oder fortgeführt wird. Dabei ist wie bei jeder anderen medizinischen Maßnahme im Einzelfall zu überlegen, welche Ziele durch die künstliche Ernährung und Hydrierung erreicht werden sollen. Wo sie den Patienten zu einem weiteren personalen Lebensvollzug unter Anteilnahme am Leben seiner Umgebung befähigen, sind künstliche Ernährung und Hydrierung zweifellos angebracht und gerechtfertigt. Wo dies jedoch nach sorgfältiger Abwägung aller Umstände sicher ausgeschlossen werden kann, erscheinen sie nach denselben

ethischen Urteilkriterien in moralischer Hinsicht nicht mehr geboten.

b. Künstliche Ernährung als Bestandteil der Basispflege?

Allerdings ist das stärkste Argument, das sich zugunsten einer als Teil der Basispflege verstandenen künstlichen Ernährung und Hydrierung anführen lässt, bislang noch nicht ausreichend überprüft. Empfinden wir es nicht als eine in unserer moralischen Intuition tief verankerte Pflicht, einen anderen Menschen nicht verhungern oder verdursten zu lassen, ganz gleich in welcher Lage er sich befindet und wie seine Aussichten auf medizinische Besserung sind? Knüpft nicht die Gewährung von Nahrung und Flüssigkeit ein elementares Band der Solidarität zwischen Menschen, das niemals zerschnitten werden darf? Genügt es nicht, an die einfache Wahrheit zu erinnern, dass die Nahrungsaufnahme zu den Grundbedürfnissen jedes Menschen gehört, zu deren Befriedigung wir immer verpflichtet sind, insbesondere dann, wenn Hilfsbedürftige dazu von sich aus nicht mehr in der Lage sind?⁹ Ist dem so, bedarf es keiner Abwägung des Für und Wider im Einzelfall mehr, da die Grundgebote der Humanität unterschiedslos gegenüber jedem Menschen gelten, unabhängig davon, in welcher Lage er sich befindet.

In der Tat lässt sich der hohe Symbolgehalt nicht bestreiten, der dem Gewähren von Nahrung und Wasser gegenüber einem Menschen zukommt, der am Verhungern oder Verdursten ist. „Zu Essen geben heißt nicht nur auf ein physiologisches Bedürfnis antworten, sondern darin offenbart sich die Bereitschaft zum Miteinanderleben und Zusammenbleiben, jene Aufmerksamkeit für den anderen, die sich in Akten auszudrücken sucht, insbesondere, wenn andere Gesten nicht mehr möglich sind.“¹⁰ Die phänomenale Wahrnehmung der solidarischen Geste, durch die wir unsere Nahrung miteinander teilen und einem Verhungerten

zu Essen geben, setzt jedoch unabdingbar ein Gegenüber voraus, das von sich aus nach Nahrung verlangt. „Zur symbolischen Bedeutung der Ernährung gehört nämlich nicht nur das Geben von Speise und Trank, sondern auch das Entgegennehmen durch denjenigen, dem sie gereicht werden.“¹¹ Wenn es sich bei dem Gegenüber jedoch nicht um einen Hungrigen handelt, der nach Nahrung verlangt, sondern um einen Kranken im Terminalstadium, der kein derartiges Hungergefühl empfindet, handelt es sich nicht mehr um denselben Vorgang, der als Verhungernlassen bezeichnet werden kann. Im letztgenannten Fall ist diese Redeweise vielmehr irreführend, da sie wesentliche Unterschiede verdeckt, die den behaupteten Symbolgehalt auch der künstlichen Ernährung in Frage stellen.

Als eine Geste der Zuwendung zum Kranken kann vom ursprünglichen Ausdrucksgehalt dieses Begriffs nur die orale Ernährung durch das Füttern angesehen werden, bei der sich die helfende Person derjenigen, die Unterstützung erhält, über einen längeren Zeitraum hinweg tatsächlich zuwendet. Bei den anderen Verfahren der künstlichen Ernährung (PEG-Sonde und intravenöse Ernährung) ist dies jedoch gerade nicht der Fall. Ihnen kommt daher nur ein geringer symbolischer Ausdrucksgehalt zu; sie gleichen in ihrem phänomenalen Ablauf, vor allem wenn sie gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden, eher einer Zwangsmaßnahme, als einem Akt helfender Fürsorge. Von ihrer Handlungsstruktur und Eingriffstiefe her stehen die genannten Verfahren der künstlichen Ernährung und Hydrierung anderen medizinischen Maßnahmen (Infusionen, künstliche Beatmung, Legen eines Katheters) jedenfalls näher als der Unterstützung einer Ernährung auf natürlichem Wege durch das Füttern eines Kindes oder eines älteren, hilfsbedürftigen Menschen.¹² Ihre Einschätzung als besondere medizinische Maßnahme, die in jedem einzelnen Fall einer ausreichenden Indikation bedarf, ist daher phänomenologisch besser begründet als ihre Zuweisung zu der jedem Kranken bis

zuletzt geschuldeten Grundpflege. Die angebliche negative Symbolwirkung des Verhungernlassens lässt sich bei näherer Betrachtung nicht auf alle Fälle übertragen, in denen die künstliche Ernährung nicht aufgenommen oder beendet wird, da wir den expressiven Sinn beider Situationen - der Begegnung mit einem Hungernden, der nach Nahrung verlangt und der künstlichen Ernährung eines Kranken, der diese unter Umständen sogar verweigert - nicht ineins setzen dürfen.

c. Die Notwendigkeit der Einzelfallprüfung

Wenn die künstliche Ernährung über eine Sonde oder in intravenöser Form als eine intensivmedizinische Maßnahme der Lebenserhaltung anzusehen ist, folgt daraus, dass sie ebenso wie die künstliche Beatmung und andere lebensverlängernde Maßnahmen beim Wegfall ihrer ursprünglichen Indikation reduziert und schließlich eingestellt werden darf. Die Gleichsetzung mit der künstlichen Beatmung trifft allerdings nicht in allen Fällen zu, in denen künstliche Ernährung angezeigt ist. Während die artifizielle Beatmung in der Regel eine Überbrückungsmaßnahme zur Überwindung einer lebensbedrohlichen Krise darstellt, kann es erforderlich sein, einen schwerkranken Patienten über einen Zeitraum von Monaten oder Jahren hinweg künstlich zu ernähren. Ob dies in einer gegebenen Situation der Fall ist, hängt jedoch von einer genauen Prüfung der jeweiligen Umstände ab. Ein Patient, der durch eine behandelbare Erkrankung an der natürlichen Nahrungsaufnahme gehindert ist, kann dank der künstlichen Ernährung ein selbständiges, bewusstes Leben im Austausch mit seinen Angehörigen und Freunden führen; er ist zwar in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt, doch hindert ihn dies nicht daran, am Leben seiner Umgebung zu partizipieren. Die künstliche Ernährung erweist sich in diesem Fall als verhältnismäßige Maßnahme der Lebenserhaltung, da sie geeignet und erforderlich ist, die Voraussetzungen eines personalen

Lebensvollzuges zu gewährleisten. Sie kann ein Zeichen der Hoffnung und Zuversicht sein, mit der ein Kranker auch unter Einschränkungen und Belastungen sein Leben annehmen kann, während ihre Nicht-Aufnahme oder Einstellung unter diesen Umständen einer vorzeitigen Kapitulation vor der Krankheit gleichkäme.

Ganz anders verhält es sich jedoch, wenn ein chronisch Kranker, der seit Jahren bettlägerig ist und unter dauerhaften Bewusstseinsstörungen leidet, von einer bestimmten Phase des Krankheitsverlaufs an die Nahrungsaufnahme verweigert. Warum soll man dies nicht als ein Zeichen des herannahenden Todes ansehen dürfen und dazu verpflichtet sein, das Sterben durch künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr aufzuhalten? Wenn der Kranke am Ende seines Lebens keinen Hunger und Durst mehr verspürt und den Wunsch äußert, am Sterben nicht gehindert zu werden, darf man ihn dann im Namen einer angeblich unbegrenzten Pflicht zur Lebenserhaltung eine künstliche Ernährung aufdrängen? Hätte eine solche Maßnahme nicht geradezu den Charakter der Zwangsernährung, die moralisch und rechtlich nur in sehr engen Grenzen zulässig ist, da sie einen rechtfertigungsbedürftigen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit eines Menschen darstellt?

Wenn ein Kranker oder Sterbender das Recht hat, am eigenen Sterben nicht durch (von Anfang an unverhältnismäßige oder zu einem bestimmten Zeitpunkt unverhältnismäßig gewordene) medizinische Maßnahmen gehindert zu werden, ist seine Ablehnung der künstlichen Ernährung als Behandlungsverzicht zu bewerten und daher zu respektieren. Die künstliche Ernährung wäre in einer solchen Situation ein unverhältnismäßiges Mittel zur Lebenserhaltung, da sie ohne Aussicht auf Besserung nur noch das Sterben hinauszögern würde, wozu niemand - weder der Sterbende selbst noch seine medizinischen und pflegerischen Betreuer - verpflichtet ist.¹³ Die Nicht-Aufnahme oder das

Einstellen der künstlichen Ernährung sind in dieser Konstellation nicht als Tötungshandlung, sondern als legitime Form des Sterbenlassens anzusehen, da nicht der Kalorienmangel die eigentliche Todesursache darstellt, sondern der Patient an seiner Krankheit stirbt, zu deren Symptomen in der Endphase ihres Verlaufs ein vermindertes Nahrungsbedürfnis oder die Behinderung der natürlichen Nahrungsaufnahme gehört.¹⁴

Der Verzicht auf eine künstliche Ernährung darf daher nicht als Verweigerung einer dem Kranken geschuldeten Hilfeleistung, als Aufkündigung eines elementaren Bandes mitmenschlicher Solidarität oder als emotionaler Rückzug von ihm verstanden werden. Die Entscheidung, eine künstliche Ernährung nicht aufzunehmen oder einzustellen, folgt vielmehr aus der Einsicht, dass wir das Leben achten und wertschätzen sollen, aber nicht um jeden Preis und mit allen denkbaren Mitteln erhalten müssen. Deshalb verstoßen weder der Kranke, der eine künstliche Ernährung ablehnt noch seine Angehörigen und das Pflegepersonal, das diesen Wunsch respektiert, gegen die Pflicht zur Lebenserhaltung. Da diese im Allgemeinen auch die Pflicht zur Nahrungsaufnahme einschließt, darf die Entscheidung zur Ablehnung oder Einstellung einer künstlichen Ernährung nicht leichtfertig, sondern nur nach Abwägung aller Umstände der konkreten Situation getroffen werden. Dennoch kann eine solche Entscheidung wohlbegründet und ethisch vertretbar sein, so dass niemand das Recht besitzt, ihre moralisch achtenswerten Gründe in Frage zu stellen. Vielmehr ist der Analyse von *Bernhard Fraling* zuzustimmen, die in aller gebotenen Sensibilität und Nachdenklichkeit zu einem klaren Ergebnis gelangt: „Wenn man sich fragt, soll das sein, eine künstliche Erhaltung vegetativen Lebens mit dem hohen Aufwand einer künstlichen Ernährung und einer Rundumpflege über Jahre hinaus - steht dieser Aufwand zum Ziel in einem angemessenen Verhältnis? Mir fällt es schwer, das zu bejahen und als Behandlung ganz allgemein zu fordern und zu erwarten, dass man

dieser Forderung überall entspricht, wo man sich auf das christliche Menschenbild als Grundlage der Behandlung beruft. Ich würde für mich einen solchen Aufwand nicht wünschen.“¹⁵

Der Hinweis auf das christliche Menschenbild erfolgt nicht ohne Grund, da kirchliche Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen daraus häufig eine besondere Verpflichtung zur künstlichen Ernährung als Spezifikum ihres kirchlichen Profils ableiten. Sicherlich kann es ein besonderer Auftrag kirchlicher Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sein, gegenüber einem gesellschaftlichen Umfeld, das mehr und mehr dazu tendiert, auf lebenserhaltende Maßnahmen schon sehr frühzeitig, lange bevor der Tod unmittelbar bevorsteht, zu verzichten, ein Zeichen der Lebensbejahung und der Bereitschaft zum geduldigen Warten auf den Tod zu setzen. Dennoch lässt sich aus dem christlichen Menschenbild keine Verpflichtung zur unbegrenzten Lebenserhaltung um jeden Preis ableiten. Ein solcher Gedanke ist der kirchlichen Lehrtradition auch im Blick auf die Frage, unter welchen Umständen die Nahrungsaufnahme moralisch geboten ist, durchaus fremd.

d. Die Pflicht zur Nahrungsaufnahme in der moraltheologischen Tradition

Um die Reichweite der moralischen Pflicht zur Nahrungsaufnahme richtig einschätzen zu können, lohnt es sich, nochmals einen Blick in die Geschichte der Moraltheologie zu werfen. Bereits bei *Johannes Gerson* (1363–1429) finden sich Überlegungen zu der Frage, unter welchen Umständen Kartäuser-Mönche ihr strenges Fasten brechen und Fleisch essen müssen, um ihre angegriffene Gesundheit wiederzuerlangen. Die Antwort des ehemaligen Kanzlers der Pariser Universität und weitgereisten Theologen lautet: Selbst wenn der Fleischverzehr bei drohender Lebensgefahr die einzige Möglichkeit zur Lebensrettung

darstellen sollte, ist ein Mönch nicht ausnahmslos dazu verpflichtet, sein Fastengelübde zu brechen. Vielmehr kann es ihm erlaubt sein, auch bei absehbarer Lebensverkürzung am Fasten festzuhalten, wenn etwa durch den Fleischgenuss andere Mönche zur Sünde verleitet würden oder die Erhaltung der körperlichen Gesundheit nicht dem Heil der Seele zugute käme.¹⁶

Im 16. und 17. Jahrhundert, als viele Regionen Europas zeitweilig von schweren Hungersnöten heimgesucht wurden, beziehen sich die Barockscholastiker auf Gersons Lösungsansatz und adaptieren ihn auf die gewandelten Zeitumstände. In seinen Vorlesungen zur Tugend des rechten Maßes, die 1537 an der Universität Salamanca unter dem Titel *De usu ciborum* (= vom Gebrauch der Speisen) öffentlich vorgetragen wurden, legte *Francisco de Vitoria* dar, warum die Erfüllung der allgemeinen Pflicht zur Lebenserhaltung an die jeweils gegebenen Umstände gebunden ist. Die moralische Pflicht zur Nahrungsaufnahme erscheint ihm durch das natürliche Gesetz und die in ihm verankerte naturhafte Tendenz zur Selbsterhaltung, durch die gebotene Selbstliebe und durch das Verbot der Selbsttötung wohlbegründet. Dennoch müssen wir nicht alle denkbaren Mittel zur Erfüllung dieser Pflicht anwenden, sondern nur die an sich zu diesem Zwecke vorgesehenen.¹⁷

In diesem Zusammenhang entwickelt Vitoria eine Unterscheidung von grundsätzlicher Bedeutung: Es ist eines, das eigene Leben durch den Verzicht auf aufwendige oder schwer erreichbare Mittel der Lebenserhaltung nicht zu verlängern (*non protelare vitam*), ein anderes jedoch, das Leben zu vernichten (*abrumpere vitam*). Während das erste unter bestimmten Umständen moralisch erlaubt sein kann, ist das zweite ausnahmslos verboten. Konkret bedeutet dies: Wenn ein Kranker keine Nahrung zu sich nehmen kann, „außer auf höchst mühevoller Weise, die für ihn eine Art Qual darstellt“ (*nisi per summum laborem et quasi cruciatum quendam*), ist er davon befreit, vor allem „wenn

keine Hoffnung besteht, das Leben retten zu können“¹⁸. Unter Bezugnahme auf die spätmittelalterliche Diskussion über das Fasten der Mönche, die in akuter Lebensgefahr auf Fleischgenuss verzichten, erklärt Vitoria ausdrücklich, dies stelle keinen Akt der Selbsttötung dar, sondern sei als ein unter Umständen moralisch zulässiger Verzicht darauf zu bewerten, das Leben soweit als möglich zu verlängern (*protelare vitam quantum potest*).¹⁹ Der Kranke ist nämlich nicht durch das moralische Gesetz gehalten, jedes erreichbare oder extrem aufwendige Mittel anzuwenden, um seine Gesundheit zu erhalten.

Auch der flämische Jesuit *Leonardus Lessius* (1554–1623) geht in seiner medizinkritischen Schrift „*Hygiasticon*“ von dem Grundsatz aus, dass ein längeres Leben keinen Wert an sich darstellt. Es ist vielmehr nur erstrebenswert, wenn es dem Kranken einen größeren geistlichen Nutzen bringt, das heißt: ihm erlaubt, das Gebot der Gottes- und Nächstenliebe in höherem Maße zu erfüllen.²⁰ Der Mensch ist durch keine sittliche Verpflichtung gehalten, das körperliche Leben um seiner selbst willen zu bewahren. Dieses steht vielmehr im Dienst seines geistig-spirituellen Lebenszieles und ist daher nur insofern erhaltenswert, als es ihn diesem Ziel näherbringen kann. Überträgt man diesen Grundsatz auf die in unserer Zeit bedrängend gewordene Frage der künstlichen Ernährung, so gewinnt man ein überraschendes nicht-medizinisches Kriterium: Diese ist unter Berücksichtigung des geistig-spirituellen Lebenszieles eines Menschen immer dann und nur dann moralisch geboten, wenn sie diesem Zeit zur Vorbereitung auf das Sterben und zur gelassenen Annahme des Todes gewährt.²¹

Auch die anderen erwähnten Autoren beziehen ihre Überlegungen zur Begrenzung der Lebenserhaltungspflicht auf ordentliche und verhältnismäßige Mittel ausdrücklich auf die Frage, ob es

immer und ausnahmslos geboten ist, Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Ihre Antworten zeigen, dass die Pflicht zur Nahrungsaufnahme grundsätzlich nicht anders als die Pflicht zur Anwendung sonstiger Mittel der Lebensbewahrung bewertet wurde. Das bedeutet: Lebenserhaltende Maßnahmen sind grundsätzlich geboten, jedoch bedarf es im Einzelfall der Prüfung, ob sie im Blick auf ihren tatsächlichen Nutzen und die möglichen Belastungen für den Patienten verhältnismäßig sind. Ist dies nicht oder nicht mehr der Fall, erlischt die moralische Verpflichtung zur Lebenserhaltung und damit auch die Verpflichtung, einen Patienten künstlich zu ernähren oder mit Flüssigkeit zu versorgen.

e. Verwirrung um eine Papstansprache

Eine Ansprache von Papst *Johannes Paul II.* sorgte im März 2004 für Verwirrung, da sie den Eindruck erwecken konnte, der Papst wolle entgegen der einhelligen Tradition katholischer Lehrüberlieferung eine ausnahmslose Pflicht zur künstlichen Ernährung und Hydrierung behaupten. In dieser Rede hob der Papst hervor, 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“²².

In der US-amerikanischen Moraltheologie führte diese Ansprache zu einer Kontroverse darüber, ob sich ihre Aussagen nur auf langjährige Wachkomapatienten beziehen oder ob der Papst darüber hinaus eine grundsätzliche Neubewertung der kirchlichen Lehrüberlieferung beabsichtigte. Im Namen der Bioethikkommission der US-amerikanischen Bischofskonferenz behauptete *R.M. Doerflinger*, der Papst habe die vor seiner

Ansprache noch bestehenden Zweifel, die die kirchliche Lehrtradition nicht ausreichend geklärt habe, endgültig beseitigt und eine eindeutige und ausnahmslose sittliche Verpflichtung zur künstlichen Ernährung herausgestellt.²³ Diese Interpretation deckt sich in der Auslegung des Textes, nicht aber in der Bewertung der Sache mit der Position von *Th.A. Shannon* und *J.J. Walter*, die dem Papst eine grundsätzliche „revisionistische“ Abkehr von der bisherigen Tradition katholischer Lehrüberlieferung in nicht weniger als vier Punkten vorwerfen: *erstens* in einem methodischen Wechsel von einer Abwägung des jeweiligen Nutzens und der Belastung für den einzelnen Patienten zu einer deontologischen Bewertung aller medizinischen Entscheidungen am Lebensende, die keinen Spielraum für Abwägungen mehr lasse, *zweitens* in dem Wechsel von dem Paradigma einer schweren, aussichtslosen Erkrankung zur terminalen Sterbephase, so dass ein Verzicht auf künstliche Ernährung überhaupt nur in Frage kommt, wenn diese bereits angebrochen ist, *drittens* durch eine Neubewertung der künstlichen Ernährung als „ordentliches Mittel“, dessen Gebrauch immer und ausnahmslos verpflichtend ist und *viertens* indem er von der präsumptiven Annahme einer bestehenden Verpflichtung zu der strikten Behauptung übergeht, die künstliche Ernährung sei unabhängig von einer konkreten Bewertung ihres Nutzens und ihrer Belastungen unbedingt notwendig.²⁴

Dieser Auslegung hielten jedoch zahlreiche andere Moraltheologen entgegen, dass eine päpstliche Gelegenheitsansprache vor einem Ärztekongress, die möglicherweise im Widerspruch zur kirchlichen Lehrtradition steht, nicht den Rang und die Autorität eines kirchlichen Lehrdokumentes besitze.²⁵ Andere verstanden die Papstansprache in dem Sinn, dass darin eine generelle Präsumption zugunsten der künstlichen Ernährung und Hydrierung angenommen werde, die so lange als verpflichtend gelten müsse, als der ausreichende Nutzen für den Patienten feststehe und nicht durch einen größeren Schaden überwogen werde. Trifft diese Interpretation zu, wollte der Papst sich nur gegen die Annahme wehren, bei PVS-Patienten sei die Einstellung künstlicher Ernährung von einem bestimmten Zeitpunkt an automatisch indiziert.²⁶

Diese Interpretation kann sich auch auf den Kommentar zu einem Responsum der Glaubenskongregation stützen, in dem nicht mehr grundsätzlich ausgeschlossen wird, dass die künstliche Ernährung für den Patienten eine „übermäßige Belastung“ oder ein „erhebliches physisches Unbehagen“ mit sich bringen kann.²⁷ Wie dem auch sei: Der Streit darüber, was der Papst tatsächlich gemeint hat, ist in der Sache unerheblich. Selbst

wenn seine Ansprache die ihr unterstellte revisionistische Tendenz zum Ausdruck bringt, was ihr restriktiver Wortlaut immerhin nahelegt, darf ihre Bedeutung nicht überschätzt werden. Einer anerkannten Interpretationsregel lehramtlicher Verlautbarungen zufolge dürfen die jeweils jüngsten Stellungnahmen nicht gegen die einhellige Tradition kirchlicher Lehrüberlieferung, sondern nur in ihrem Licht verstanden werden. Wenn schon Konzilstexte, wie von *Papst Benedikt XVI.* hinsichtlich der Dokumente des Zweiten Vatikanums immer wieder gefordert, nur in einer Hermeneutik der Kontinuität, nicht aber des Bruchs mit der vorangehenden Tradition auszulegen sind, muss diese Grundregel erst recht für eine einzelne Papstansprache oder die Verlautbarungen römischer Kongregationen gelten.

f. Die Bestimmung des Menschen zum geistig-personalen Dasein

Dennoch ist es wichtig, die Grundlinien der kirchlichen Lehrtradition in Erinnerung zu rufen, weil in manchen kirchlichen Kreisen und *Pro-Life*-Bewegungen eine unbedachte Lebensschutzrhetorik verbreitet ist, die aus mangelnder Kenntnis der eigenen Tradition eine unbegrenzte Verpflichtung zur Lebenserhaltung um jeden Preis annimmt. Derartige Positionen berufen sich gerne auf die „Heiligkeit des Lebens“ und interpretieren diesen Begriff in einer Weise, die es Nicht-Christen erschwert, den eigentlichen Grund zu erkennen, warum Christen das Leben auch in Situationen extremer Belastung schützenswert erscheint.

Wie im ersten Teil dieses Buches aufgezeigt, darf die Rede von der Heiligkeit des Lebens nicht vitalistisch verstanden werden. Die intrinsische Qualität des menschlichen Lebens wird vielmehr vom Leben der Person in ihrer körperlich-seelischen Ganzheit ausgesagt. Sie kann weder auf das biologische Substrat des Lebens als solches noch auf davon getrennte

mentale Eigenschaften, sondern nur auf die konkrete Einheit des menschlichen Organismus bezogen werden, in der das körperliche Leben die indispensable Vorbedingung für den geistig-personalen Lebensvollzug des Menschen darstellt. Ist dieser nicht mehr möglich und besteht auch keine Aussicht mehr, die Fähigkeit zu einem geistig-personalen Lebensvollzug jemals wiederzuerlangen, stellt die Erhaltung des biologisch-körperlichen Lebens keinen Wert an sich mehr dar, der auch unter Inkaufnahme extremer Belastungen für den Kranken selbst sowie für seine Angehörigen und die Pflegenden solange als möglich erhalten werden muss.²⁸ Dieser Schlussfolgerung steht auch das christliche Menschenbild nicht entgegen. In diesem kommt der spirituellen Dimension der menschlichen Existenz entscheidende Bedeutung zu; sie ist das Worumwillen, auf das das körperliche Leben als sein Ziel hingeeordnet ist. Die Formel von der Heiligkeit des Lebens und die Berufung auf das christliche Menschenbild dürfen die Moraltheologie daher nicht dazu verleiten, in die Falle eines vitalistischen Missverständnisses zu laufen, das sie für die Bestimmung des Menschen zu einem geistig-personalen Dasein blind macht, die von der theologischen Anthropologie immer betont wurde.

¹ Vgl. *Marie-Jo Thiel*, Hydratation at alimentation artificielles en fin de vie, in: *Revue des Sciences Sociales*, 39 (2008) 132-145, bes. 136f.

² Vgl. *F. Oehmichen*, Künstliche Ernährung am Lebensende, Berlin 2000, 6f.

³ So *U. Eibach*, Patientenverfügungen - „Mein Wille geschehe!“, Kritische Betrachtungen der „christlichen Patientenverfügungen“ der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern, in: *ZfmE* 44 (1998) 201-219, bes. 201; und *ders.*, Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in Fragen der Bioethik aus christlicher Sicht, Neukirchen-Vluyn 2000, 174f.

⁴ Vgl. die Analyse der einzelnen Argumente bei *Ruth Scholz*, Die Diskussion um die Euthanasie. Zu den anthropologischen

Hintergründen einer ethischen Fragestellung, Münster 2002, 330ff. Die Argumentation, die künstliche Ernährung bewahre das „Gut der mitmenschlichen Solidarität“ findet sich neuerdings auch bei *G. Grisez*, *Should Nutrition and Hydration Be Provided to Permanently Unconscious and Other Mentally Disable Persons?*, in: *R.P. Hamel/J.J. Walter (Ed.)*, a.a.O., 171-186, bes. 174, der seine frühere Ansicht, die künstliche Ernährung bei dauerhaft komatösen Patienten einzustellen, korrigierte.

⁵ Vgl. *W.E. May*, *Catholic Bioethic and the Gift of Human Life*, Huntington 2000, 268f.

⁶ Vgl. *D.E. Henke*, *A History of Ordinary and Extraordinary Means*, a.a.O., 70f.

⁷ Vgl. *M. Synofzik*, *PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz. Eine evidenzgestützte ethische Analyse*, in: *Der Nervenarzt* 78 (2007) 418-428, der den Nachweis erbringt, dass die PEG-Sondenernährung bei Patienten im präterminalen Stadium einer Demenzerkrankung keine nennenswerte Verlängerung der Überlebenszeit erbringt oder diese in Einzelfällen sogar verkürzen kann. Vgl. auch *F. Oehmichen*, a.a.O., 11.

⁸ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: *A. Holderegger (Hg.)*, *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht*, Freiburg i.Ue. 1999, 391-393; im gleichen Sinn auch *S. Sahm*, *Behandlungsverzicht - Behandlungsabbruch - Sterbbegleitung - Sterbehilfe*, in: *M. Frühauf/L. Bertsch (Hg.)*, *Humanes Heilen, inhumanes Sterben?*, *Gratwanderungen der Intensivmedizin*, Frankfurt a.M. 1999, 100-110, bes. 106.

⁹ Vgl. *U. Eibach/K. Zwirner*, *Die Menschenwürde achten. Künstliche Ernährung durch PEG-Sonden - eine ethische Orientierung*, in: *Pflegzeitschrift* 55 (2002) 669-673.

¹⁰ *Marie-Jo Thiel*, a.a.O., 132, die diese intuitive Einschätzung im Fall von Wachkomapatienten jedoch einer kritischen Analyse unterzieht.

¹¹ *Ruth Scholz*, a.a.O., 337.

¹² Vgl. *Marie-Jo Thiel*, *Nutrition and Hydration in the Care of Terminally Ill Patients*, in: *Linda Hogan (Ed.)*, *Applied Ethics in a World Church*, New York 2008, 208-215, bes. 210.

¹³ Der Beginn des Sterbens ist nur ungenau definierbar. Die Grundsätze der BÄK, die den Begriff auf terminale Stadien beziehen, „bei denen der Tod in kurzer Zeit zu erwarten ist“ (Deutsches Ärzteblatt 39 [1998] 1852f.), sind an der Akut- und Notfallmedizin orientiert. Für die Geriatrie und das Sterben im Alter ist dieser Begriff zu eng. Er muss daher durch den der „infausten Prognose“ ergänzt werden, so dass zwischen Sterben im engeren Sinn (terminale Phase) und einer Sterbephase im weiteren Sinn zu unterscheiden ist, deren Begriff nicht exakt feststellbar und deren Verlauf häufig nicht absehbar ist.

¹⁴ Vgl. die differenzierte Kausalitätsuntersuchung bei *M. Zimmermann-Acklin*, Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung, Freiburg i.Ue. 1997, 241.

¹⁵ Im Zweifel für das Leben – Künstliche Ernährung bei Patienten im Wachkoma? Ein Diskussionsbeitrag, in: *P. Neuner/P. Lüning (Hg.)*, Theologie im Dialog (= FS H. Wagner), Münster 2004, 57–70, hier: 68.

¹⁶ De non esu carniū, in: *Œuvres Completes*, Vol. III. L'Œuvre Magistrale (ed. *P. Glorieux*), Paris 1962, 89ff.

¹⁷ Vgl. Anm. 67.

¹⁸ A.a.O., 1008f. Vgl. dazu die instruktive Studie von *Julia Fleming*, When “Meats are like Medicines”: Vitoria and Lessius on the Role of Food in the Duty to preserve Life, in: *ThSt* 69 (2008) 99–115, bes. 105.

¹⁹ A.a.O., nr. 10 (1065): „Alias necessitas potest esse ex aegritudine, et tunc carnes se habent tanquam medicinae, et potest dici quod in tali casu non tenetur quia tunc moritur ex infirmitate, cuius iste non est causa. Et sic mors non imputaretur ei; hoc enim non est se interficere, sed non protelare vitam quantum potest.“

²⁰ Vgl. *Julia Fleming*, a.a.O., 110 (dort die einzelnen Quellennachweise).

²¹ So unter Hinweis auf zahlreiche Kirchenväter-Stellen auch *M.J. Cherry*, How Should Christians Make Judgements at the Edge of Life and Death, in: *Christian Bioethics* 12 (2006) 1–10, bes. 9f.

²² Zit. nach *A.M. Weiss*, Lebensverlängerung durch künstliche Ernährung - ausnahmslose Verpflichtung oder eine Frage der Abwägung?, in: *SaThZ* 11 (2007) 276-281, hier: 277.

²³ Vgl. *R.M. Doerflinger*, John Paul II on the „Vegetative State“, in: *R.P. Hamel/J.J. Walter (Ed.)*, a.a.O., 209-213; vgl. auch den Bericht der *Washington Post* vom 27. März 2005.

²⁴ Vgl. *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 und *dies.*; *Assisted Nutrition and Hydration and the Catholic Tradition*, in: *R.P. Hamel/J.J. Walter (Ed.)*, a.a.O., 223-235.

²⁵ Vgl. *J.J. Paris/J.F. Keenan/K.R. Himes*, *Queestio disputata: Did John Paul II's Allocution on Life-Sustaining Treatments Revise Tradition?*, in: *ThS* 67 (2006) 164-174; *K. O'Rourke*, *Reflections on the Papal Allocution Concerning Care for Persistent Vegetative State Patients*, in: *R.P. Hamel/J.J. Walter (Ed.)*, a.a.O., 237-253.

²⁶ Vgl. *M. Repenshek/J.P. Slosar*, *Medically Assisted Nutrition an Hydration. A Contribution to the Dialogue*, in: a.a.O., 215-222. Ebenso *A.M. Weiss*, a.a.O., 280f.

²⁷ Kongregation für die Glaubenslehre, *Kommentar zu den Antworten auf die Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung* vom 1.08.2007.

²⁸ Dies kommt in der klassischen Formel zum Ausdruck, die das Leben als fundamentales, aber nicht als absolutes Gut versteht. Zum Verständnis dieser Formel vor dem Hintergrund der Debatte um die künstliche Ernährung vgl. *D.E. Henke*, *Artificially Assisted Hydration and Nutrition*, a.a.O., 115-119.