

Der Umgang mit Wachkoma-Patienten
Ein moraltheologischer Beitrag zu einer aktuellen Debatte

Dissertation
der theologischen Fakultät
der Universität Freiburg (Schweiz)

zur Erlangung der Doktorwürde der Theologie

vorgelegt von
Robert Kieltyka OFM Conv

Freiburg 2006

Diese These wurde als Dissertation von der Theologischen Fakultät der Universität Freiburg Schweiz, genehmigt in der Sitzung vom 21.11.2006 auf Antrag von Herrn Professor Dr. Adrian Holderegger (1. Zensor), und Herrn Dr. med. Ch. Chappuis (2. Zensor) und Herrn Prof. Max Kähler (Dekan).

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	5
EINFÜHRUNG	6
1. FAKTEN UND EMPIRISCHE GRUNDLAGEN	13
1.1. Das so genannte „Wachkoma“ – Begriff und Definition	13
1.2. Der Hintergrund der Diskussion über das Wachkoma	16
1.3. Die Pathologie des VS	22
1.4. Symptome des VS	25
1.5. Differentialdiagnostik	27
1.5.1. Das Koma und die Bewusstseinsstörung	28
1.5.2. Der Hirntod	32
1.5.3. Das Locked-in-Syndrom	36
1.5.4. Die fortgeschrittene Demenz	37
1.5.5. Akinetischer Mutismus	39
1.6. Prognose für Menschen mit VS	40
1.7. Die Rehabilitation des VS	42
2. BEHANDLUNGSABBRUCH ODER –VERZICHT BEI WACHKOMA-PATIENTEN	44
2.1. Zur Situation komatöser Patienten auf der Intensivstation	44
2.2. Die Problematik der Therapiebegrenzung und der Therapieverzicht bei PVS-Patienten	53
2.2.1. Zu den Kriterien der Therapiebegrenzung und des Therapieverzichts	53
2.2.2. Die Unsicherheit der Prognose	54
2.2.3. Die Diskussion um den Verzicht auf künstlichen Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr	61
2.3. Die Selbstbestimmung des Patienten und die Bewusstlosigkeit	72
2.4. „The patient's best interests“ – Die Lebensqualität als ethisch-rechtliche Entscheidung	82
2.5. Der bewusstlose Patient in der aktuellen Sterbehilfedebatte	89
2.5.1. Die Sterbehilfe und PVS-Patienten	91
2.5.2. Die nichtfreiwillige aktive Sterbehilfe bei bewusstlosen Patienten	95
3. DAS LEBENSRECHT UND DIE MENSCHENWÜRDE BEI WACHKOMA-PATIENTEN	99
3.1. Die Frage nach dem Lebensrecht und der Menschenwürde bei Wachkoma-Patienten	99
3.2. Das Lebensrecht aufgrund der Eigenschaften und der Qualitäten	106
3.3. Persontod und Wachkoma	118
3.4. Die personale Identität und die Selbstbestimmung	125
4. DAS CHRISTLICHE MENSCHENBILD, DIE MENSCHENWÜRDE UND WACHKOMA-PATIENTEN	132
4.1. Das christliche Menschenbild und Wachkoma-Patienten	132
4.1.1. Die biblische Begründung der Menschenwürde	132
4.1.2. Das ganzheitliche Konzept der Person	153
4.2. Das holistische Menschenbild in der Neurowissenschaft und in der Neurophilosophie und seine Auswirkungen auf die Beurteilung des Wachkomas	161
4.4. Die Psychosomatik, die Beziehungsmedizin und die Wachkoma-Patienten	170

5. DIE ETHISCHE ORIENTIERUNG BEIM UMGANG MIT WACHKOMAPATIEN TEN IN DER MORALTHEOLOGISCHEN PERSPEKTIVE	178
5.1. Die katholische Position zu den gewöhnlichen und außergewöhnlichen Mitteln	178
5.2. Die Lehramtsposition bezüglich der Lebensverlängerung und über die Sorge für das menschliche Leben	184
5.3. Moraltheologische Diskussion über künstliche Ernährung bei Wachkomapatienten	194
5.3.1. Äußerungen der Bischöfe in den USA	194
5.3.2. Die Diskussion der Stellungnahme ausgewählter Moraltheologen	199
5.3.3. Die Stellungnahme von Johannes Paul II.	215
5.4. Ethische Orientierung gegenüber Wachkomapatienten	222
5.4.1. Die Menschenwürde der Wachkomapatienten	222
5.4.2. Die Hilfsprinzipien im Umgang mit Wachkomapatienten	225
5.4.3. Die lebenserhaltende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr als Grundsorge	230
5.4.4. Ausgewählte Aspekte der geistlichen Begleitung der Koma- und Wachkomapatienten	234
6. ZUSAMMENFASSUNG	238
6.1. Die Ergebnisse	238
6.2. Schlussfolgerung	246
DOKUMENTATION	253
A. MEDIZINISCH-ETHISCHE RICHTLINIEN	253
I. President's commission report on "deciding to forego life sustaining treatment" (1983)	253
II. Persistent vegetative state and the decision to withdraw or withhold life support (1989)	262
III. Stellungnahme zu ethischen Fragen bei der Behandlung von Patienten im persistierenden apallischen Syndrom (AFAR 1996)	270
IV. Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment: Guidance for decision making (BMA 1998)	272
V. Kasseler Erklärung von 1999	276
VI. Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten (SAMW 2003)	278
VII. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2004)	286
VIII. Considerations on the scientific and ethical problems related to vegetative state (FIAMC 2004)	289
B. KIRCHLICHE LEHRAMTSDOKUMENTE	292
I. Pius XII Über moralische Probleme der Wiederbelebung 24 XI 1957	292
II. Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie 1980	297
III. Conseil Pontifical « Cor Unum », Quelques questions d`éthique relatives aux grands malades et aux mourants (1981)	303
IV. Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections 1992 (NCCB)	316
V. Enzyklika Evangelium vitae von Papst Johannes Paul II. 1995 (Nr. 65)	331
VI. Johannes Paul II, Ein Mensch ist und bleibt immer ein Mensch (2004)	333
VII. Briefing Note on the Obligation to provide Nutrition and Hydration (ACBC & CHA 2004)	337
LITERATURVERZEICHNIS	340

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS:

AAN -	American Academy of Neurology
AFAR -	Arbeitskreis Frührehabilitation des Arbeitskreises Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädelhirn-Verletzten in Bayern e. V. bei der Bayerischen Landesärztekammer
AHA -	American Heart Association
AMA -	American Medical Association Council on Ethics and Juridical Affairs
AMN -	American Medical of Neurology
ANA -	American Neurological Association Committee on Ethical Affairs
ANHS -	Airedale Trust v. Bland
BÄK -	Bundesärztekammer
BMA -	British Medical Association
CCM -	Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine
CEJA -	The Council on Ethical and Juridical Affairs
DBKEV -	Die deutsche Bischofskonferenz und der Rat der evangelischen Kirche in Deutschland
FIAMC -	Fédération Internationale des Associations Médicales Catholiques
HCN -	Health Council of the Netherlands Committee on Vegetative State
KKK -	Katechismus der katholischen Kirche
NCBC -	National Catholic Bioethics Center
NCCB -	National Conference of Catholic Bishops in USA
PCEP -	President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioural Research
SAMW -	Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften
SCNJ -	Supreme Court of New Jersey
USSC -	United State Supreme Court

EINFÜHRUNG

Am 31. März 2005 starb in einem Hospiz in Pinellas Park (Florida) die 41-jährige Wachkomapatientin Terri Schiavo. Sie hat 15 Jahre im Wachkoma überlebt, bis ihr die Magensonde entfernt wurde; zwei Wochen danach war sie tot. 15 Jahre lang fand ihretwegen ein juristischer Krieg zwischen Ehemann und Eltern statt. Ihre Eltern glaubten, dass sie eines Tages das Bewusstsein wieder voll erlangen werde und sahen Zeichen für den Versuch ihrer Tochter, mit ihnen zu kommunizieren – etwa Lachen und Geräusche, die aus der Kehle der Kranken kamen. Ehemann Michael Schiavo und zahlreiche medizinische Gutachter waren dagegen davon überzeugt, dass es nur um Reflexe ging. Im Jahre 1998 wollte Michael die künstliche Ernährung von Terri abbrechen. Er argumentierte damals, dass es nicht dem Willen seiner Frau entspreche, in diesem Zustand am Leben erhalten zu werden. Der Streit eskalierte vor den Gerichten, in den Medien und unter den Politikern. Nach sieben Jahren Rechtsstreit zwischen den Eltern und dem Ehemann wurde Schiavos Magensonde am 18. März 2005 entfernt. Da es kein gerichtliches Einschreiten gab, führte dies nach 13 Tage zu Terris Tod. Weder der amerikanische Kongress noch das Sondergesetz von Präsident Bush erreichten, dass die künstliche Ernährung wieder aufgenommen wurde. Nach langen juristischen Kämpfen wurde Theresa Maria Schiavo unter den Augen der Weltpresse auf Grund eines Richterspruchs durch Nahrungsentzug dem Hungertod ausgeliefert.¹

Nach dem Tod Terri Schiavos ist die Diskussion über die Wachkomapatienten aber nicht abgeschlossen. Im Zentrum der ethischen Diskussion steht (nicht nur in den USA) die Frage, wie eine ähnliche Situation in Deutschland, in der Schweiz u. a. gelöst werden sollte.² Handelt es sich in diesem Fall um Euthanasie oder nur um Sterbenlassen? Besonders heftig prallen in den USA zwei Bewegungen mit

¹ Vgl. **H. WEFING**, *Bewusst verhungern?*, FAZ 18. 10. 2003, Nr. 242, S. 35; **R. DRESSER**, *Schiavo: A Hard Vase Makes Questionable Law*, Hastings Center Report 1 May 2004, vol. 34, no. 3, S. 8 – 9; **A. R.**, *Der Fall Schiavo in Florida erneut vor Gericht. Fieberhafte Debatte um passive Sterbehilfe in den USA*, NZZ 22. März 2005, Nr. 68, S. 19; **A. GOODNOUGH**, *Schiavo Dies, Ending Bitter Case Over Feeding Tube. 7-Year Struggle Caused Swell of Emotions*, The New York Times April 1, 2005, S. A1 u. A16; **T. E. QUILL**, *Terri Schiavo – A Tragedy Compounded*, N Engl J Med 352(2005), Nr. 16, S. 1630 – 1633.

² Vgl. **JOHANNES REITER**, *Kein Sterben in Würde. Ist ein Fall Schiavo auch bei uns möglich?*, Herder Korrespondenz 59, 5(2005); **M. SYNOZIK**, **G. MARCKMANN**, *Verdursten lassen oder sterben dürfen? Der Beitrag geht der Frage nach, ob es gerechtfertigt ist, bei Wachkoma die Sondenernährung einzustellen*, Deutsches Ärzteblatt Jg. 102, 29. Juli 2005, **G. BOCKENHEIMER-LUCIUS**, *„Wachkoma“ und Ethik*, Ethik Med 17 (2005), S. 85 – 89, vgl. auch **SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR BIOMEDIZINISCHEN ETHIK** (SGBE), *Menschen im Wachkoma*, Bioethica Forum, No. 45, Juni 2005.

entgegengesetzten moralischen Standpunkten aufeinander: Die eine nennt sich „pro life“ (für das Leben), die andere „pro choice“ (für die freie Entscheidung). Eine solche freie Entscheidung über Leben und Tod eines Menschen wird in unserer pluralistischen Gesellschaft vielfach mit dem Kriterium der geminderten Lebensqualität begründet. Diese auf die reduktionistische Ethik zurückzuführende Haltung erkennt den objektiven Wert des menschlichen Lebens im so genannten Wachkoma nicht an und öffnet sich schrittweise in Richtung aktive Euthanasie. Auch in Deutschland gibt es diesbezügliche Bestrebungen. Die letzte Umfrage unter Ärzten, Ärztinnen, Krankenschwestern und -pflegern zeigt auf, dass knapp 55 Prozent der Befragten für eine Veränderung der Gesetzeslage in Deutschland nach niederländischem Vorbild und damit für die Legalisierung der aktiven Euthanasie stimmen würden. Fast 65 Prozent der Befragten sind überzeugt, dass es unter bestimmten Umständen gerechtfertigt sei, das Leben der Wachkomapatienten aktiv zu beenden.³

Die vorliegende Arbeit stellt die Problematik der Wachkoma-Patienten aus anthropologisch-ethischer und theologischer Sicht dar. Grundsätzlich geht es dabei um eine Moralfrage, die sich nur in interdisziplinärer Zusammenarbeit von Naturwissenschaft, philosophisch-theologischer Anthropologie und Ethik beantwortet lässt. Besitzen Wachkoma-Patienten Personstatus und Menschenwürde oder nicht, haben sie ein Recht auf Lebensschutz und auf Behandlung oder nicht. Es erhebt sich allerdings ebenso die Frage, ob eine absolute Verpflichtung besteht, das Leben eines wachkomatösen Patienten mittels Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr längerfristig aufrechtzuerhalten. Nach welchen Kennzeichen kann darüber entschieden werden, ob man einen Patienten im Wachkoma überhaupt behandelt bzw. eine begonnene Behandlung weiterführt? Es geht vor allem um die Kriterium, nach denen sich das ärztliche Handeln richten muss. Die Problematik betrifft jedoch ebenso das Pflegepersonal, die Angehörigen und alle, die mit Wachkoma-Patienten zu tun haben, nicht zuletzt auch die Gesellschaft.

Die angesprochenen Fragestellungen sind eng mit rechtlich-medizinischen Richtlinien und den Strukturen der jeweiligen Gesundheitssysteme verbunden. Auch im Bereich der Ethik prallen bezüglich der Wachkoma-Patienten verschiedene Optionen und Wertesysteme aufeinander.

Die vorliegende Untersuchung möchte eine christliche Sicht der Anthropologie und Ethik aufzeigen als Chance für eine menschliche medizinische Ethik. Die Arbeit bezieht im Rahmen der angewandten theologischen Ethik die moraltheologischen

³ Vgl. **K. H. BEINE, G. BÖTTGER-KESSLER**, *Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma?*, Deutsches Ärzteblatt 30, 29. Juli 2005, A2082.

Grundlagenreflexionen auf die jeweils konkreten Situationen der Wachkomapatienten und zeigt die verschiedenen Kriterien bei der Entscheidungsfindung auf.

Neben deutschsprachiger Literatur haben auch viele Publikationen aus dem englischsprachigen Raum Eingang in die vorliegende Arbeit gefunden. Im Anhang findet sich ein ausführliches Literaturverzeichnis mit den Ordnungskriterien „medizinisch-ethische Richtlinien“ und „kirchliche Lehramtsdokumente“.

Die Komplexität des Themas spiegelt sich im Aufriss der Arbeit wider. Seit der enormen Entwicklung der Intensivmedizin und ihren bis da ungeahnten Möglichkeiten der Lebensverlängerung seit dem Anfang der 70-er Jahre zeigt sich immer klarer, wie schwierig die Entscheidungsfindung im Umgang mit Wachkoma-Patienten ist. Wegen ihres besonderen Bekanntheitsgrades hat sich die Diskussion über Sinn und Nicht-Sinn lebensverlängernder Maßnahmen an den Fällen Karen Ann Quinlan, Nancy Beth Cruzan und Anthony Bland entzündet und polarisiert.

Im **ersten Teil** der Arbeit werden die empirischen Fakten des Wachkoma-Problems umrissen. Unter Wachkoma versteht man einen Zustand anhaltender Bewusstlosigkeit mit Schlaf-Wach-Zyklen, mit vollständigen oder teilweisen vorhandenen Funktionen im Hypothalamus sowie mit automatischen Funktionen des Hirnstamms. Es muss ausdrücklich betont werden, dass es sich bei Wachkoma-Patienten nicht um Sterbende handelt.

Der Begriff des Wachkomas, wie er im deutschen Sprachraum verwendet wird, ist terminologisch unscharf. Medizinisch bezeichnet man Wachkoma auch als apallisches Syndrom, vegetative state (VS), persistent vegetative state (PVS) usw. (siehe 1.1).

Patienten mit apallischem Syndrom können nicht zwangsläufig auf ein starres Krankheitsbild festgelegt werden, da sie im Verlauf der Zeit unterschiedliche Phasen durchleben können, bis hin zur Möglichkeit der vollen Rehabilitation. Zusammenfassend kann man daher sagen, dass der vegetative Status im medizinischen Bereich noch in vielen Punkten unerforscht ist.

Im **zweiten Teil** werden die ethischen Positionen zum Wachkoma anhand der medizinisch-ethischen Richtlinien und der Gutachten von Gerichten vorgestellt. Im Umgang mit Wachkoma-Patienten stellt sich oft die Frage des Abbaus bzw. des Abbruchs der Behandlung, d.h. der Unterlassung einer weiteren Lebensverlängerung. In der klinischen Situation bei PVS-Patienten ist ein Abbruch der künstlichen Ernährung mittels Nasen- oder Magensonde umstritten.

Man kann sagen, dass die künstliche Ernährung heute vom ethischen Gesichtspunkt und in manchen Staaten auch vom gesetzlichen Standpunkt mit

anderen Therapien gleichgestellt ist. Ein Patient hat demzufolge das Recht, die künstliche Ernährung genauso zu verweigern wie einen chirurgischen Eingriff.⁴

Die Grundlage für eine Therapie ist der Wille bzw. der mutmaßliche Wille des Patienten. Das ganze Problem fokussiert sich auf den Behandlungsverzicht beim eingeschränkt oder nicht mehr entscheidungsfähigen Wachkoma-Patienten. Das Prinzip der Patientenautonomie ist bei PVS-Patienten allerdings immer fragwürdig.

Die Erfahrungen mit PVS-Patienten im angelsächsischen Raum steuern ein neues Kriterium zur Begründung des Behandlungsabbruchs bei, nämlich „the patient's best interests“ (das beste Interesse des Patienten). Die Begründung des Behandlungsverzichts bei PVS-Patienten orientiert sich auch an der Lebensqualität, die über die Lebensverlängerung oder die Lebensverkürzung entscheidet. Zur Definition der Lebensqualität werden der psychische Status des Patienten sowie seine Symptome, Funktionen, Emotionen und die soziale Verhältnisse herangezogen. Im Fall der PVS-Patienten stellt sich die Frage nicht nur nach dem Wert der Therapie sondern auch nach dem Wert des Lebens, das man als hoffnungslos einschätzt. Dies ist besonders problematisch, wenn es um die ethische Sicht im Rahmen der präferenzutilitaristischen Argumentation geht.

Im Fall des PVS-Patienten stellt sich die grundsätzliche Frage, ob der Entzug der Ernährungssonde als Tun oder Unterlassen (bzw. als ein Akt passiver oder aktiver Euthanasie) zu qualifizieren ist. Die Bewertung des Verzichts auf künstliche Ernährung bei Sterbenden und Wachkomapatienten ist äußerst umstritten, weil es sich dabei rechtlich und ethisch um passive⁵ oder aktive⁶ Euthanasie handeln könnte.

Der **dritte Teil** der Untersuchung geht zunächst auf die gegenwärtige Diskussion über das Recht auf Leben und die Menschenwürde ein. Diese zwei Fragen werden in

⁴ Besonders umstritten ist heute die künstliche Ernährung beim PSV-Patienten. Dies wird in verschiedenen Ländern unterschiedlich bewertet. In Deutschland wird die künstliche Ernährung als humane Grundversorgung und in den USA, Grossbritannien, Niederlanden oder in der Schweiz als medizinische Therapie betrachtet. Die Entscheidung, auf weitere Versorgung zu verzichten, wird auf der Basis von miteinander konkurrierenden Rechten getroffen. Es geht hier einerseits um das Recht auf Leben (es impliziert, nicht getötet zu werden), und andererseits um das Recht auf den natürlichen Tod, um das Recht auf Ablehnung der weiteren Versorgung.

⁵ Vgl. **A. ZIEGER**, *Keine Euthanasie bei Wachkomapatienten*, Behindertenpädagogik (34)1995, S. 414–425. sowie **U. EIBACH**, *Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Euthanasie und "lebensunwertes" Leben*, Wuppertal 1998, S. 155.

⁶ Vgl. **CEJA**, *Decisions Near the End of Life*, JAMA 267(1992), Nr 16, S. 2229ff, **SAMW**, *Betreuung von Patienten am Lebensende (2004)*, Schweizerische Ärztezeitung 85(2004) Nr 6, S. 289ff.

dem heutigen Bioethik-Diskurs besonders heftig diskutiert. Sie sind von wesentlicher Bedeutung für den Umgang mit neurologisch schwerstgeschädigten Patienten, wie es für Wachkomapatienten zutrifft, denen die vorliegende Arbeit gewidmet ist.

Die Vertreter des sogenannten „Personizismus“ haben auf die moralphilosophische Tradition von R. DESCARTES und JOHN LOCKE zurückgegriffen. Sie finden dort alle wesentlichen Kriterien für die Menschenwürde. Aus den „Personizismus“ ergeben sich auch Konsequenzen in der Diskussion um den Todeszeitpunkt des Menschen, wobei der Wachkomapatient im Zentrum steht. Im weiteren Verlauf des Kapitels folgt eine Darlegung der unterschiedlichen Thesen über personale Identität und Selbstbestimmung bei Wachkoma-Patienten. Hier kristallisieren sich zwei Grundpositionen aus: Position 1 definiert personale Identität durch psychologische Kontinuität während Position 2 personale Identität durch physikalische Kontinuität ausgedrückt sieht. Die zweite Option räumt dem Wachkoma-Patienten eine gewisse Möglichkeit ein, seine Selbstbestimmung auszudrücken. Es geht dabei um den Protest des Körpers gegen unangemessene Behandlungen.

Der **vierte Teil** stellt die christliche Perspektive in der philosophisch-theologischen Anthropologie im Dialog mit der Medizin dar. Aus dem Alten Testament geht klar hervor, dass der Mensch ein Geschöpf Gottes ist. Der Mensch ist nach dem Bild und Gleichnis Gottes durch einen Schöpfungsakt Gottes geschaffen. Die Gottebenbildlichkeit des Menschen gilt nicht nur der intellektuellen Seite des Menschen, sondern dem ganzen Menschen in seiner seelisch-leiblichen Realität. Daraus leitet sich als Prinzip der theologischen Anthropologie die Würde und Unantastbarkeit des menschlichen Lebens ab.

Das christliche Menschenverständnis greift auf die Tradition von BOËTHIUS zurück, die sich sie wie folgt beschreiben lässt: „*persona est rationalis naturae individua substantia*“⁷ (Die Person ist die individuelle Substanz einer vernünftigen Natur). Thomas von Aquin entwickelt das Menschenverständnis in Anlehnung an die boëthianische Definition der Person weiter und definiert die Person als Einzelsubstanz der vernunftbegabten Natur.

Im weiteren Verlauf folgt eine kurze Darstellung des ganzheitlichen Konzeptes der Person im Kontext der Neurowissenschaft und der Neurophilosophie unter Bezugnahme auf die geistigen Phänomene des menschlichen Lebens. Es wird aufgezeigt, dass mentale Akte wie Freiheit, Bewusstsein oder Erfahrung des eigenen Selbst nicht auf neuronale Prozesse reduziert werden können.

⁷ A. M. S. BOËTHIUS, *Contra Eutychen et Nestorium* 1-3, in: *Die Theologische Traktate*, M. ELSÄSSER (Hrsg.), Hamburg 1988, S. 74.

VIKTOR VON WEIZSÄCKER hat im Rahmen der psychosomatischen Medizin die medizinische Anthropologie entwickelt, in der die leibseelische Einheit der Person um eine geschichtliche und eine kommunikative Dimension erweitert wird. Die Ansicht der psychosomatischen Medizin ist hilfreich für Menschen im Wachkoma, die sowohl eine schwere Krankheit erlitten, als auch an einem Trauma leiden. Bei den Wachkoma-Patienten spielen physikalische und psychosoziale Faktoren eine entscheidende Rolle.

Im **fünften Teil** wird die ethische Orientierung beim Umgang mit Wachkoma-Patienten aus moraltheologischer Perspektive erarbeitet. Die Lehre über die Lebensverlängerung hat traditionell eine große Bedeutung in der katholischen Moraltheologie; seit dem 16. Jahrhundert wird sie in der Moraltheologie behandelt. Der Fortschritt der Medizin bringt eine Aktualität in die Frage nach der Lebensverlängerung. Im Jahr 1957 nahm Papst PIUS XII. zu diesem Problem offiziell auf den Kongress von Anästhesiologen Stellung und setzte damit in der Moraltheologie einen Meilenstein in Bezug auf die Behandlung der Komapatienten.

Auch auf dem II. Vatikanischen Konzil befasst sich die katholische Kirche mit dem Thema des menschlichen Lebens. Die Pastoralkonstitution *Gaudium et Spes* unterstreicht die überragende Würde der menschlichen Person, besonders das Recht auf Leben: „*Gott, der Herr des Lebens, hat nämlich den Menschen die hohe Aufgabe der Erhaltung des Lebens übertragen, die auf eine menschenwürdige Weise erfüllt werden muss. Das Leben ist daher von der Empfängnis an mit höchster Sorgfalt zu schützen.*“

Für die katholische Kirche drückt sich die Sorge um das Leben und die Gesundheit besonders auch in der mitmenschlichen Solidarität mit Sterbenden und Schwerkranken aus. Hierin zeigt sich christliche Nächstenliebe. Gleichzeitig betont das Lehramt der Kirche, dass das menschliche Leben nicht um jeden Preis gerettet und erhalten werden muss und beruft sich hierbei auf die Lehre über gewöhnliche und außergewöhnliche bzw. verhältnismäßige und unverhältnismäßige Maßnahmen.

Im weiteren Verlauf folgt eine Darstellung der moraltheologischen Diskussion über künstliche Ernährung bei Wachkomapatienten. In den Vereinigten Staaten haben die Bischofskonferenzen, einzelne Bischöfe und ein Komitee der nationalen katholischen Bischofskonferenz Erklärungen im Zusammenhang mit der künstlichen Ernährung von Wachkoma-Patienten herausgegeben. Unter den Theologen gibt es keine einheitliche Position im Zusammenhang mit der medizinisch unterstützten Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung bei Wachkoma-Patienten. Umso wichtiger ist es, dass sich Papst JOHANNES PAUL II. in seiner Ansprache vom 20. März 2004 wegweisend und orientierungsgebend zum Thema der vorliegenden Untersuchung geäußert hat. Er

betont das Prinzip der Verhältnismäßigkeit und Unverhältnismäßigkeit der Mittel, was eng mit den konkreten Umständen verbunden ist. Gemeint ist hierbei die Anwendung der Lehre über gewöhnliche/außergewöhnliche und verhältnismäßig/unverhältnismäßige Mittel in der klinischen Praxis.

Der Papst legt großen Wert darauf, dass die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr *prinzipiell als normal und angemessen und damit als moralisch verpflichtend* einzustufen sind. Dies schließt nicht aus, dass die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr in besonderen Fällen dennoch ein unverhältnismäßiges Mittel sein könnten.

Im Licht der christlichen Perspektive kann die Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung als Ausdruck der Liebe und Sorge um die Mitmenschen betrachtet werden. Dies gilt auch für Wachkoma-Patienten. Deshalb ist diese Art der Versorgung als Grundsorge einzustufen. Die Nächstenliebe verpflichtet Christen, Leidenden und Schwachen in unserer Gesellschaft zu helfen. Der Dienst am leidenden Nächsten kann als Hilfeleistung nach Art des »barmherzigen Samariters« betrachtet werden. Die »Samariter«-Tätigkeit befähigt uns, die Würde des Wachkomapatienten anzuerkennen, auch wenn er bewusstlos ist. Der Zustand der Bewusstlosigkeit verringert nicht die unantastbare Würde der Person, weil der Mensch als Abbild Gottes geschaffen ist.

Die vorliegende Arbeit erhebt nicht den Anspruch, die Diskussion um das Problem der Wachkomapatienten abzuschließen, sondern möchte im Rahmen der katholischen Moraltheologie neue Impulse für die medizinische Ethik geben.

1. FAKTEN UND EMPIRISCHE GRUNDLAGEN

1.1. Das so genannte „Wachkoma“ – Begriff und Definition

Der Begriff „Wachkoma“ wird in der letzten Zeit im deutschen Sprachraum häufig verwendet. Medizinisch gesehen, ist dieser Begriff relativ ungenau. Das Wachkoma stellt ein schweres, komplexes Krankheitsbild infolge einer Hirnschädigung unterschiedlicher Ätiologie dar. Die Schädigung betrifft vorwiegend den Neokortex (Hirnrinde). In der medizinischen Terminologie gibt es verschiedene Begriffe, die dieses Krankheitsbild kennzeichnen wie *apallisches Syndrom*, *Coma dépassé*, *Coma vigile*, *vegetative state (VS)*, *persistierender vegetativer Zustand (PVS)*,¹ *post-coma unresponsiveness*.² Die Begrifflichkeit bezüglich des Krankheitsbildes verändert sich bis heute,³ was die fachliche Diskussion erschwert. Verschiedene Stadien des Krankheitsbildes werden kaum differenziert und deswegen muss man mit einem Fehlerrisiko in der Diagnosestellung sowie mit einer unsicheren Behandlungsprognose rechnen.⁴

Der Zustand des Wachkomas wurde zum ersten Mal am Ende des 19. Jahrhunderts beschrieben. W. ROSENBLATH berichtete den Fall eines Patienten im Koma, der künstlich am Leben gehalten wurde und der dann nach 8 Monaten starb. Dieser Zustand wurde von ROSENBLATH als „to become strangely awake“ bezeichnet. Im Jahr 1940 schlug der deutsche Psychiater E. KRETSCHMER den Begriff „apallisches Syndrom“ vor, das er folgendermaßen beschrieb: *„Die Kranken liegen mit geöffneten*

¹ Vgl. **M. MUMENTHALER, H. MATTLE**, *Neurologie*, Stuttgart 2002, S. 230, **G. BOCKENHEIMER-LUCIUS**, „Wachkoma“ und Ethik, *Ethik Med* 17(2005), S. 85, **P. NYDAHL**, *Leben im Wachkoma*, in: **P. NYDAHL** (Hrsg.), *Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma*, München 2005, S. 5.

² Vgl. **NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. AUSTRALIAN GOVERNMENT**, *Post-Coma Unresponsiveness (Vegetative State): A Clinical Framework for Diagnosis*, 12.18.2003.

³ Vgl. **N. D. ZASLER**, *Terminology in evolution: Caveats, conundrums and controversies*, in: **G. L. GIGLI, N. ZASLER** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, *NeuroRehabilitation* 19(2004), S.285 – 292.

⁴ Vgl. **N.L. CHILDS, W. N. MERCER, H. W. CHILDS**, *Accuracy of diagnosis of persistent vegetative state*, *Neurology* 43 (1993), S. 1465 – 1467. **K. ANDREWS, L. MURPHY, R. MUNDAY** et al., *Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in rehabilitation unit*, *BMJ* 313 (1996), S. 13 – 16, **A. ZIEGER**. Neue Forschungsergebnisse und Überlegungen im Umgang mit Wachkoma-Patienten, *Rehabilitation* 37 (1998) 167–176, **S. LAUREYS**, *Functional neuroimaging in the vegetative state*, in: **G. L. GIGLI, N. ZASLER** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, *NeuroRehabilitation* 19(2004), S. 335 – 341, **W. NACIMIENTO**, *Apallisches Syndrom, Wachkoma, persistent vegetative state: Wovon redet und weiss die Medizin*, in: **W. HÖFLING** (Hrsg.), *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*, Münster 2005, S. 13

*Augen da... Trotz Wachsein ist der Patient unfähig zu sprechen, zu erkennen, sinnvolle Handlungsformen erlernter Art durchzuführen. Dagegen sind bestimmte vegetative Elementarfunktionen, wie etwa das Schlucken, erhalten. Daneben treten die bekannten, frühen Tiefenreflexe, wie Saugreflex, Greifreflex hervor."*⁵

Allerdings wurde die Bezeichnung des Zustands „apallisches Syndrom“ im englischen Sprachraum nicht angenommen.⁶

Im Jahr 1956 berichtete S.J. STRICH über pathologische Entdeckungen in fünf Fällen, die sie als „schwer traumatische Demenz“ bezeichnete. Inzwischen erschienen andere Bezeichnungen wie „posttraumatische Demenz“ und „Enzephalopathie“. In der älteren französischen Literatur trifft man den Ausdruck „Coma vigile“, um Patienten mit schwerem Flecktyphus und typhusartigem Fieber zu beschreiben.⁷

Der Begriff „persistent vegetative state“ (PVS) wurde zum ersten Mal im Jahr 1972 von JENNET und PLUM eingeführt. Sie unterschieden zwei wesentliche Merkmale in der PVS-Definition, nämlich den *permanent* vegetativen Status und den *persistierenden* Status. Der *permanent* vegetative Status ist eine Prognose und bedeutet Irreversibilität dieses Zustands. Der *persistierende* Status hingegen ist eine Diagnose und kann möglicherweise ein Durchgangstadium bedeuten.⁸ Man muss auch sagen, dass die Bedeutung „vegetativ“ mit dem Ausdruck „dahinvegetieren“ nicht gleichgesetzt werden kann, weil es hier um das „vegetative Nervensystem“ geht. Dieses Nervensystem ist verantwortlich für die Organtätigkeiten im Organismus und funktioniert unabhängig vom Willen des Menschen.⁹

Der Multi-Society Task Force definiert den vegetativen Zustand folgendermaßen:

*„The vegetative state is a condition of complete unawareness of the self and the environment accompanied by sleep-wake cycles with either complete or partial preservation of hypothalamic and brain stem autonomic functions.“*¹⁰

Der PVS ist also als Zustand anhaltender Bewusstlosigkeit mit Schlaf-Wach-Zyklen, mit vollständigen oder teilweisen Funktionen im Hypothalamus¹¹ und mit

⁵ E. KRETSCHNER, *Das apallische syndrom*, Z Gesante Neurol Psychiatr, Berlin 169(1940), S. 576f.

⁶ Vgl. B. JENNET, *The Vegetative State. Medical Facts, Ethical and Legal Dilemmas* Cambridge 2002, S. 1.

⁷ Vgl. ebd. S. 1.

⁸ Vgl. G. WÖBKER, W. J. BOCK, *Apallisches Syndrom – Vegetativer Zustand*, in: A. HOLDEREGGER (Hrsg.), *Das medizinisch assistierte Sterben*, Freiburg 2000, S. 267.

⁹ Vgl. D. LANZERATH, *Selbstbestimmung und Lebensrecht*, Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Bd. 2, Berlin 1997, S. 255.

¹⁰ THE MULTI-SOCIETY TASK FORCE ON THE PERSISTENT VEGETATIVE STATE, *Medical aspects of the persistent vegetative state, (First of Two Parts)*, N Engl J Med 330 (1994), S. 1499 – 1508.

¹¹ Der Hypothalamus ist das wohl wichtigste Steuerzentrum des Vegetativen Systems im Gehirn, das selbst aus verschiedensten homöostatischen Regelkreisen besteht. Die Bedeutung dieses relativ kleinen Zwischenhirnarreals kann man daraus ersehen, daß selbst geringste Störungen im Hypothalamus Auswirkungen auf die Lebensfähigkeit des Individuums haben. Das gesamte vegetative System hat u.a. folgende Aufgaben: Aufrechterhalten der Homöostase

automatischen Funktionen des Hirnstamms definiert. Nach A. ZIEGER bedeutet dieser Zustand „eine extreme Lebensform von Menschen nach einer schweren Hirnschädigung, die einer intensiven akutmedizinischen Behandlung und Pflege, einschließlich Frührehabilitation, mit anschließender qualifizierter Langzeitversorgung zu Hause oder in einer Einrichtung zur Schwerstpflege bedürfen.“¹²

Man kann zusammenfassen, dass die Bezeichnung „PVS“ keine bestimmte anatomische Aberration und keine pathologische Störung ist, weil jeder Fall anders gelagert ist. Diese Bezeichnung beschreibt die Verhaltensweisen des Patienten, die aufgrund der Beobachtungen und der speziellen Untersuchungen festgestellt werden, sie wurde aber nicht als medizinischer Fachausdruck eingeführt, sondern zur Erleichterung der Kommunikation zwischen Ärzten, Verwandten, Moraltheologen und Rechtsanwälten.¹³

(Temperatur, Blutdruck, Osmolarität), Regulation der Nahrungs- und Wasseraufnahme, Circadiane Rhythmik und Schlaf Steuerung des Sexual- und Fortpflanzungsverhaltens.

¹² A. ZIEGER, „Der Wachkoma-Patient als Mitbürger“ *Lebensrecht und Lebensschutz von Menschen im Wachkoma und ihren Angehörigen in der Solidargemeinschaft*, URL: <http://www.a-zieger.de/Dateien/Publikationen-Downloads/Memorandum.pdf>

¹³ Vgl. B. JENNET, *The Vegetative State*, S. 4.

1.2. Der Hintergrund der Diskussion über das Wachkoma

Medizinische Entwicklungen eröffneten in den 40er und 50er Jahren des letzten Jahrhundert die Möglichkeit zum Ersatz verschiedener Organfunktionen: Die Entwicklung der Voraussetzungen für die „moderne Narkose“ (endotracheale Intubation, geschlossenes Narkosesystem, künstliche Beatmung) erlaubte den Ersatz der Lungenfunktion.¹⁴ Gleichzeitig entwickelte sich im 20. Jahrhundert die Unterstützung der Nahrungsaufnahme bei Schluckbehinderungen oder bei Störungen der Verdauung. Zu diesen Technologien gehören die Ernährung über eine Magensonde, über eine operativ oder endoskopisch angelegte Sonde durch die Bauchdecke in den Magen (PEG), bzw. den Dünndarm (PEJ), und die transvenöse Zufuhr.¹⁵ Die mehr als 50 Jahre lange Entwicklung in der Intensivmedizin hat den Ärzten und dem Pflegepersonal neue Probleme gebracht. Eines der häufigsten und schwierigsten Probleme in der Intensivmedizin ist das Wachkoma. Die Behandlung dieser Patienten beginnt auf einer Intensivstation. Dann aber stellen sich neue ethische und rechtlichen Fragen bei den Patienten im Koma (Wachkoma), die über Wochen, Monate oder Jahre künstlich am Leben erhalten werden können. Wann – und das wurde das Dilemma der Intensivmediziner – ist es gerechtfertigt, eine maschinelle Beatmung und eine künstliche Ernährung zu beenden?

Die Intensivmedizin steht vor schwierigen Grenzsituationen zwischen Leben und Tod. Diese Frage stellt sich heute beim Wachkoma-Patienten, weil sich sein Zustand entweder weiter bis in den Hirntod verschlechtern oder aber sich bessern kann. Ein solcher Besserungsprozess verläuft in verschiedenen Stufen,¹⁶ ist bei Wachkoma-Patienten jedoch bisher ungewiss, weil niemand weiß, wieso einige Menschen aus dem Wachkoma nach vielen Jahren erwacht sind und andere nicht. Diese Ungewissheit birgt die Versuchung, Wachkoma-Patienten (*permanent vegetative state*) als Organspender einzustufen. Es ist nämlich bekannt, dass Organe nach Behandlungsabbruch für eine Transplantation nicht mehr geeignet sind. Die Organentnahme bei solchen Patienten wird durch das

¹⁴ Vgl. **S. M. SCHELLONG**, *Die künstliche Beatmung und die Entstehung des Hirntodkonzepts*, in: **T. SCHLICH, C. WIESMANN**, (Hrsg.), *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, Frankfurt 2001, S. 187 – 208.

¹⁵ Vgl. **F. OEHMICHEN**, *Künstliche Ernährung am Lebensende*, in: **U. KÖRNER** (Hrsg.), *Berliner Medizinethische Schriften*, Dortmund 2001, S. 3.

¹⁶ Vgl. **J.F. SPITTLER**, *Gehirn, Tod und Menschenbild. Neuropsychiatrie, Neurophilosophie, Ethik und Metaphysik*, Stuttgart 2003, S. 60.

Großhirntodkriterium legalisiert.¹⁷ In diesem Kontext spielt die Diskussion über die Kriterien bzgl. der Festsetzung des Todeszeitpunkts eine große Rolle.

Im Zusammenhang mit den neuen Wiederbelebungstechniken bemerkten im Jahr 1959 die französischen Neurologen P. MOLLARET UND M. GOULON, dass bei vielen Wachkom-Patienten auch alle klinischen Zeichen einer Hirnfunktion erloschen waren. Gleichzeitig wies das Elektroenzephalogramm (EEG) statt der Hirnstromkurve nur eine *Null-Linie* auf. Als *coma dépassé* bezeichneten die französischen Neurologen diesen Zustand *jenseits des Komas* oder *des überschrittenen Komas*. Trotzdem plädierten sie für den irreversiblen Herzstillstand als Todeskriterium. Im Jahr 1962 verweigerte Mollaret den Patienten im Zustand des *coma dépassé* den Status des Lebenden.¹⁸ Mollaret sagte, der Patient sei „nicht mehr ein Lebender“, er sei ein Roboter, weil er keine Lebenszeichen, z.B. die integrierenden Fähigkeiten des Organismus, mehr habe.¹⁹ Der Zustand des *coma dépassé* wurde damals von W. KRAMER (1963) als *status deanimatus*, von H. HAMLIN (1964) als *brain death*, von W. SPANN (1967) als *Hirntod*, von C. KÄUFER und H. PENNIN (1968) als Begriff *des dissoziierten Todes* beschrieben. Beim letzten Ausdruck ging es um den irreversiblen Stillstand der Gehirnfunktion noch vor dem Stillstand des Herzschlags.²⁰ Heute versteht man unter dem dissoziierten Hirntod den definitiven Ausfall aller Gehirnfunktionen. Herzkreislauf- und Lungenfunktion sind dagegen durch intensivmedizinische Unterstützung noch erhalten.²¹

Im August 1968 wurde von einer Ad-hoc-Kommission aus Theologen, Juristen und Medizern der Harvard Medical School in den USA ein Todeskriterium formuliert. Das Dokument *Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the Definition of Brain Death* bestimmte, dass der Hirntod durch das irreversible Koma eintritt. Der Ausgangspunkt für diese Umformulierung des Todeszeitpunktes waren die medizinischen Fortschritte auf den Gebieten der Wiederbelebung und der lebenserhaltenden Maßnahmen. Die Atmung und die Herzkreislauffunktion können künstlich aufrechterhalten werden trotz des irreversibel zerstörten Gehirns. Deshalb entschied sich die Kommission für den Einsatz des

¹⁷ Vgl. **R. HOFFENBERG, M. LOCK, N TILNEY** et al., *Should organs from patients in permanent vegetative state be used for transplantation?*, *The Lancet*, 350 (1997), S. 1320 – 1321, **A. V. SCHLOTZHAUER, B. A. LIANG**, *Definitions and implications of death*, *Hematology/Oncology Clinics Of North America*, 16 (2002), S. 1397 – 1413.

¹⁸ Vgl. **G. MEYER**, *Der andere Tod. Die Kontroverse um den Hirntod*, Frankfurt 1998, S. 18 – 19.

¹⁹ Vgl. **S. RIXEN**, *Lebensschutz am Lebensende. Das Grundrecht auf Leben und die Hirntodkonzeption*, Berlin 1999, S. 190 – 191.

²⁰ Vgl. **A. SONNENFELD**, *Wer was ist tot beim Hirntod? Der Hirntod in ethischer Perspektive*, *Forum Katholische Theologie*, 10 (1994), S. 31.

²¹ Vgl. **J.F. SPITTLER**, *Gehirn, Tod und Menschenbild. Neuropsychiatrie, Neurophilosophie, Ethik und Metaphysik*, Stuttgart 2003, S. 33.

Hirntod-Kriteriums.²² Das Kriterium wurde durch die Ad-hoc-Kommission folgendermaßen formuliert:

„Unser Hauptanliegen ist es, das irreversible Koma als ein neues Todeskriterium festzulegen. Aus zwei Gründen besteht Bedarf für eine Definition:

1. *Verbesserungen im Bereich wiederbelebender und lebenserhaltender Maßnahmen haben zu gesteigerten Anstrengungen geführt, Schwerstverletzte zu retten. Diese Bemühungen erbrachten manchmal nur teilweisen Erfolg, so dass am Ende das Herz eines Individuums zwar fortführt zu schlagen, sein Gehirn aber irreversibel geschädigt ist. Die Belastung ist groß für Patienten, die am bleibenden Verlust ihrer intellektuellen Fähigkeiten leiden, für die Krankenhäuser und diejenigen, die dringend auf eines der noch von den Komatösen belegten Krankenhausbetten warten.*
2. *Veraltete Kriterien für die Definition des Todes können zu Kontroversen bei der Gewinnung von Organen für die Transplantation führen.“²³*

Die Harvard-Kommission stützte ihr Gutachten dabei auf zwei Aussagen des Papstes PIUS XII: 1. Die Feststellung des Todeszeitpunkts gehört zur Kompetenz der Medizin. 2. Der Arzt trifft die Entscheidung eines Behandlungsabbruchs (außergewöhnliche Mittel), wenn es um hoffungslose Fälle geht, die unvermeidlich zum Tod führen.²⁴ Diese Legitimation wurde später als „falsche Auslegung“ der päpstlichen Adresse zurückgewiesen.²⁵

Das Gehirn wurde als entscheidendes Trägerorgan der wesentlichen Funktionen menschlichen Lebens betrachtet. Seit diesem Zeitpunkt gilt für die moderne Medizin der Hirntod als Tod der menschlichen Person. Für die Intensivmedizin ist der Todeszeitpunkt (ein irreversibles Koma) für das Abstellen der Herz-Lungen-Maschine wichtig. Das Absetzen der künstlichen Beatmung wurde durch die Neubestimmung des Todeszeitpunktes gerechtfertigt.

²² Vgl. **J. S. ACH**, G. Marckmann, *Todesbegriff und Hirntod-Kriterium*, in: **U. WIESING**, (Hrsg.), *Ethik in der Medizin*, Stuttgart 2000, S. 300 – 301.

²³ **AD-HOC-KOMITEE DER HARVARD MEDICAL SCHOOL**, *Tod. Eine Definition durch das irreversible Koma*, in: **U. WIESING**, (Hrsg.), *Ethik in der Medizin*, Stuttgart 2000, S. 308.

²⁴ Vgl. **PIUS XII**, *Die Stimme des Papstes. Über moralische Probleme der Wiederbelebung*, Herder-Korr 12(1958), S. 228 – 230.

²⁵ Vgl. **H. JONAS**, *Gehirntod und menschliche Organbank: Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes*, in: *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*. 1987 Frankfurt am Main, S. 219 – 240, **J. HOFF UND J. IN DER SCHMITTEN**, *Kritik der Hirntod-Konzeption*, in: **J. HOFF UND J. IN DER SCHMITTEN** (Hrsg.), *Wann ist der Mensch tot*, Hamburg 1994.

Am Anfang der achtziger Jahre (1981) wurde das Harvard-Kriterium durch die Kommission des Präsidenten der Vereinigten Staaten geprüft.²⁶ Die Kommission behauptete, dass es zum Tod des Individuums kommt, wenn der irreversible Verlust der Kreislauf- Atmungsfunktionen und der Verlust aller Funktionen des Gehirns, implizite Hirnstamms eintreten. Mit anderen Worten wurde das Ganzhirntodkriterium als Tod des Menschen angenommen.²⁷ Dieses Konzept hat sich in der Folge etabliert und gilt heute in praktisch allen Staaten.

Im Jahr 1971 betonten zwei Neurochirurgen A. MOHANDAS und S. N. CHOU bei der Hirntod-Diagnostik die Destruktion des Hirnstammes. In den folgenden Jahren wurden die klinischen Merkmale festgelegt und man behauptete, dass der Atemstillstand, der Verlust der Hirnfunktion und Hirnstammreflexe ein zunehmendes Hirntod-Kriterium sei.²⁸ Nach fünf Jahren wurde der Hirnstammtod durch Großbritannien als Todeskriterium angenommen.²⁹

In den 70er Jahre schlug der amerikanische Ethiker R. M. VEATCH den neokortikalen Tod (*neocortically oriented*) als Tod des Menschen vor. Dieses Konzept bezieht sich mit den kognitiven Funktionen des Gehirns aufgrund neurobiologischer Untersuchungen ausschließlich auf die Unversehrtheit des Neocortex. Der Mensch ist tot, wenn der irreversible Ausfall seiner höheren Hirnfunktionen eintritt, die zum Wesen des Menschenseins gehören (*higher-brain-oriented definition of death*).³⁰ VEATCH charakterisiert das menschliche Leben durch die Fähigkeiten zu Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken und Fühlen. Der irreversible Verlust des Bewusstseins entscheidet über den Tod des Menschen als Person. Die Zerstörung der Großhirnrinde führt zum Teilhirntodkriterium als zerebrale oder kortikale Todesdefinition.³¹ Von den Befürwortern des Ganzhirntodkriteriums wird das Teilhirntodkonzept abgelehnt. Als Gründe dafür werden z. B. von BERNAT angeführt: mit dem Teilhirntodkriterium würden Patienten mit Krankheitsbildern für tot erklärt, die in jeder Gesellschaft bisher als Lebende angesehen würden (Apalliker, Patienten mit akinetischem Mutismus,

²⁶ Vgl. **PRESIDENT`S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH**, *Defining death: medical, legal, and ethical issues in the determination of death*, Washington D. C. 1981.

²⁷ Vgl. **A. SONNENFELD**, *Wer was ist tot beim Hirntod? Der Hirntod in ethischer Perspektive*, Forum Katholische Theologie, 10 (1994), S. 33.

²⁸ Vgl. **A. MOHANDAS, S. N. CHOU**, *Brain Death : A Clinical and Pathological Study*, Journal of Neurosurgery 35(1971), S. 211 – 218.

²⁹ Vgl. **CONFERENCE OF ROYAL COLLEGES AND FACULTIES OF THE UNITED KINGDOM**, *Diagnosis of Brain death*, Lancet 2(1976), S. 1069 – 1070.

³⁰ Vgl. **R. M. VEATCH**, *The Whole-Brain-Oriented Concept of Death: An Outmoded Philosophical Formulation*, Journal of Thanatology, 3(1975), S. 27f.

³¹ Vgl. **R. M. VEATCH**, *The Impending Kollaps of the Whole-Brain Definition of Death*, Hasting Center Report 23, no.4(1993), S. 19f, sowie **R. M. VEATCH**, *Whole-Brain, Neocortical, and Higher Brain Related Concepts*, in: **R. M. ZANER** (Hrsg.), *Death: Beyond Whole-Brain Criteria*, Dordrecht 1988, S. 171 – 186.

anenzepale Neugeborene, Alzheimer-Patienten); praktisch würden atmende, hustende Patienten als „*kognitiv Tote*“ begraben.³²

Die Entwicklung der Intensivmedizin zeigt seit dem Anfang der 70er Jahre die konkreten Dilemmas auf, wenn es um einen Behandlungsabbruch oder um einen Therapieverzicht bei Wachkoma-Patienten geht. Bekannt sind vor allem die Fälle Karen Ann Quinlan und Nancy Beth Cruzan sowie Anthony Bland. Karen Quinlan wurde im Koma in das Krankenhaus von New Jersey eingeliefert und verweilte 10 Jahre lang im Zustand des apallischen Syndroms, bis sie in einem Pflegeheim verstarb. Ähnlich liegt der Fall bei Nancy Cruzan, die nach einem schweren Autounfall Kopfverletzungen erlitt und sieben Jahre im Zustand des persistierenden vegetativen Status lebte. Während dieser Zeit wurde sie mit einer Sonde künstlich ernährt. Eine Besserung ihres Zustandes war nicht zu erwarten. Nach Jahren der Hoffnungen baten die Eltern darum, die Ernährungssonde zu entfernen, da ihre Tochter niemals solch ein Leben habe führen wollen. Die Verwaltung des Krankenhauses rief darauf die Gerichte zur Überprüfung der Rechtmäßigkeit eines solchen Schrittes an. Das Oberste Gericht des Staates Missouri lehnte das Ersuchen ab. Der Supreme Court in Washington urteilte als letzte Instanz, dass der Abbruch einer lebenserhaltenden Therapie bei nicht entscheidungsfähigen Patienten im andauernden Koma in bestimmten Fällen erlaubt ist. Voraussetzung ist eine klare Evidenz, dass der Abbruch dem Willen des Patienten zu Zeiten der vollen geistigen Kompetenz entspricht.³³

Infolge eines Unfalls erlitt der 17-jährige Anthony Bland im Jahr 1989 schwere Hirnverletzungen und entwickelte einen Persistent Vegetative State. Bald wurde der Zustand des Anthony Bland von fünf Ärzten als *permanent vegetative state* diagnostiziert und dabei festgestellt, dass die Fortsetzung der Behandlung nicht in seinem besten Interesse sei. Die Ärzte und seine Eltern waren überzeugt, dass es keinen Sinn mache, die Behandlung fortzuführen und entschlossen sich, die künstliche Zuführung von Nahrung und Flüssigkeit abubrechen. Die Gutachten von drei Instanzen waren einmütig, dass es nach englischem Recht unter bestimmten Umständen nicht nur erlaubt sei, einen Patienten aufzugeben, sondern dass die Ärzte auch nicht verpflichtet seien, einen Wachkoma-Patienten, dessen Status irreversibel erscheint, künstlich zu ernähren und mit Flüssigkeit zu versorgen.³⁴

Die Entwicklung der Intensivmedizin stellt die nächsten Herausforderungen an die Ethik. Spezielle Kommissionen der medizinischen Wissenschaften erörtern die

³² **J.L. BERNAT**, *Brain death occurs only with destruction of the cerebral hemispheres and the brain stem*. Arch Neurol 49 (1992), 569 - 570.

³³ Vgl. **B. JENNETT**, *The Vegetative State. Medical Facts, Ethical and Legal Dilemmas* Cambridge 2002, S. 187ff.

³⁴ Vgl. ebd. S. 207 – 214.

Problematik im Bereich Hirntod, terminale Behandlung, Ethik der Unterbrechung oder Nichtanwendung lebenserhaltender Maßnahmen. Die medizinisch-ethischen Richtlinien helfen manche ethischen Fragen zu klären. Trotzdem gibt es noch unzählige moralische Fragen, die gelöst werden müssen. Im Zentrum steht immer die Frage, wo die Grenzen zwischen dem Recht des Menschen auf Leben bzw. auf einen menschnwürdigen Tod verlaufen. Die dargelegten Beispiele von Wachkoma-Patienten stellen die heutige Intensivmedizin vor große Aufgaben auf dem Feld der ethischen Reflexion.

1.3. Die Pathologie des VS

Die neue medizinisch-ethische Richtlinie der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) bezeichnet zerebral schwerstgeschädigte Langzeitpatienten folgendermaßen: „(...) Menschen, bei welchen krankheits- oder verletzungsbedingte Hirnschädigungen zu einem langdauernden Zustand persistierender Bewusstlosigkeit oder schwerster Beeinträchtigung des Bewusstseins mit höchstwahrscheinlich irreversiblen Verlust der Kommunikationsfähigkeit geführt haben“.³⁵

Diese Patienten haben keine Fähigkeiten zur Selbstbestimmung, darum haben Angehörige, Ärzte oder andere über ihr Leben zu entscheiden. Der Grund für die Entscheidung ist der mutmaßliche Wille des Patienten. Eine andere Schwierigkeit bei zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten ist die Unsicherheit der Prognose, die für die medizinischen Betreuer viele ethische Entscheidungsschwierigkeit mit sich bringt: Wann soll die Behandlung und die Betreuung fortgesetzt werden, besonders, wenn es Komplikationen gibt.³⁶ Die SAMW unterscheidet drei Patientengruppen mit schwersten Hirnschädigungen:

1. der persistierende vegetative Status (PVS, Wachkoma),
2. schwerste degenerative Hirnerkrankungen im Spätstadium (Alzheimerkrankheit),
3. schwerste Hirnschädigungen bei der Geburt oder in der frühen Kindheit.

Diese Patienten brauchen Behandlung und Betreuung. Sie sind nicht mit Sterbenden gleichzusetzen. Ihr Zustand ist als stabilisiert und mutmaßlich irreversibel festgelegt.³⁷

Unter der Bezeichnung „apallisches Syndrom“ werden nicht nur mehrere Krankheitssymptome zusammengefasst. Viele unterschiedliche Ursachen können zur Bewusstlosigkeit und Entwicklung dieses Krankheitsbildes führen. Als Pathogenese (Gesamtheit der an der Entstehung und Entwicklung eines Krankheitsbildes beteiligten Faktoren) weist der Ausfall der Großhirnrinde meistens eine Sauerstoffunterversorgung (Hypoxie) des betroffenen Areals auf. Nervenzellen können weder Glukose noch Sauerstoff speichern und sterben deshalb bei einer Unterversorgung sehr schnell ab. Die Ursachen dafür sind breit gestreut. Sie können

³⁵ **SAMW**, *Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten*, Schweizerische Ärztezeitung, 85(2004) Nr. 1/2, S. 50.

³⁶ Vgl. ebd. S. 50.

³⁷ Vgl. ebd. S. 50ff.

außerhalb des Gehirns liegen und nur auf dieses wirken oder es kann eine unmittelbare Schädigung des Gehirns aufgetreten sein.³⁸

Die Ursachen des apallischen Syndroms werden in drei Kategorien unterschieden:

1. Traumatische zerebrale Störungen (z.B. offene und gedeckte Schädel-Hirn-Traumen) und nichttraumatische zerebrale Störungen (z.B. hypoxische Hirnschädigung, zerebrovaskuläre Erkrankungen, entzündliche Läsionen),
2. degenerative und metabolische Defekte des zentralen Nervensystems (ZNS) (z.B. fortgeschrittene Stadien des Morbus Alzheimer, der Creutzfeld-Jakob-Erkrankung, der Chorea Huntington, sowie Gangliosidosen, Adrenoleukodystrophie),
3. Missbildungen des ZNS (z.B. die Anenzephalie, Hydrozephalie sowie Mikrozephalie).³⁹

Nach der Multi Society Task Force on PVS sollte die Diagnose erst gestellt werden:

1. nach traumatischer und nichttraumatischer ZNS-Läsion, wenn ein Zeitraum von mindestens einem Monat nach dem akuten Ereignis verstrichen ist,
2. nach degenerativen und metabolischen Störungen des ZNS sowie bei zerebralen Fehlbildungen müssen die Symptome des PVS über mindestens einen Monat andauern, um die Diagnose zu rechtfertigen.

Die Multi Society Task Force on PVS unterscheidet beim vegetativen Zustand zwischen *persistent* und *permanent*. Im ersten Fall wird der persistente Zustand nach traumatischer und nichttraumatischer ZNS-Läsion innerhalb eines Monat festgestellt; diesen Zustand kann man als reversibel ansehen. Im zweiten Fall wird der permanente Zustand nach nichttraumatischer ZNS-Läsion innerhalb von drei Monaten und nach traumatischer ZNS-Läsion innerhalb von zwölf Monaten festgestellt. Dieser Zustand kann allerdings als irreversibel gelten.⁴⁰ Außer von Task Force erschienen verschiedene Gutachten im Zusammenhang mit der Diagnose des vegetativen Zustandes (Tab.1).⁴¹

³⁸ Vgl. **D. LINKE**, *Das Gehirn*, München 2000, S. 43.

³⁹ Vgl. **W. NACIMIENTO**, *Das apallische Syndrom. Diagnose, Prognose und ethische Probleme*. Deutsches Ärzteblatt 94, 14 März 41(1997), S. A-662.

⁴⁰ Vgl. **THE MULTI-SOCIETY TASK FORCE ON THE PERSISTENT VEGETATIVE STATE**, *Statement on medical aspects of the persistent vegetative state*, N Engl J Med 330 (1994), S. 1499 – 1508.

⁴¹ **B. JENNETT**, *Letting vegetative patients die*, in: **J. KEOWN** (Hrsg.), *Euthanasia Examined. Ethical, clinical and legal perspectives*, Cambridge 1999, S. 175.

	nichttraumatisch	traumatisch	Alle PVS-Erkrankungen
1989 Academy of Neurology	1-3 Monate		
1989 World Medical Association			12 Monate (6 Monate wenn > 50 Jahre alt)
1990 American Medical Association	3 Monate	12 Monate (6 Monate wenn > 50 Jahre alt)	
1991 Netherlands	1 Monat	3 – 6 Monate	
1993 British Medical Association			12 Monate
1993 American Neurological Association			6 Monate
1993 Medical Council of New Zealand			12 Monate (? weniger)
1994 Task Force US	3 Monate	12 Monate	
1994 Netherlands Health Council	6 Monate	12 Monate	
1994 New Zealand Medical Association			Viele Monate

Tabelle 1. Wann ist persistent permanent? (nach B. Jennett)

Zusammenfassend kann man festhalten, dass das Phänomen des Wachkomas vielschichtig ist und von vielen Ungewissheits- und Unsicherheitszonen umgeben ist, besonders wenn die Patienten länger als sechs Monate mit der Diagnose des Wachkomas in einer Einrichtung der Langzeitpflege leben.

1.4. Symptome des VS

Das apallische Syndrom (vegetativer Zustand) wird auch mit dem Begriff „Wachkoma“ bezeichnet, da Patienten nach längerer Bewusstlosigkeit wieder wach werden.⁴² Die Patienten unterliegen weiterhin einem starken Bewusstseinsverlust, zeigen aber einen Zyklus von abwechselnden Schlaf- und Wachphasen. Nach der *American Academy of Neurology (AAN)* ist PVS eine Form der permanenten Bewusstlosigkeit, bei der der Patient die Augen offen hat und Perioden des Wachzustandes sowie die physiologischen Schlaf-Wach-Zyklen aufweist.⁴³ Die *American Medical Association (AMA)* hingegen definiert die Patienten mit PVS als Personen mit schwerer Verletzung der Gehirnhemisphäre; als Konsequenz ist der Wachzustand ohne Bewusstsein (*wakefulnes without awareness*).⁴⁴

Der genaue klinische Befund dieses Zustandes hängt von den diagnostischen Kriterien ab. Im Jahr 1993 wurden von *American Neurological Association Committee on Ethical Affairs* folgende Kriterien für PVS definiert:

1. *“The patient displays no evidence of awareness of self or surroundings. Reflex or spontaneous eye opening may occur.*
2. *No communication between the examiner and the patient, auditory or written, that is meaningful and consistent can be established. Target stimuli are not usually followed visually, although visual tracking can occasionally occur. There is no emotional response by the patient to verbal input.*
3. *There is no comprehensible speech or mouthing of words.*
4. *Smiling, frowning, and crying may occur occasionally but are inconsistently related to any apparent stimulus.*
5. *Sleep-wake cycles are present.*
6. *Brain-stem and spinal reflex activity is variable. Primitive reflexes such as sucking, rooting, chewing and swallowing may be preserved. Pupillary reactivity to light, oculocephalic reflexes, grasp reflexes and tendon reflexes may be present.*

⁴² Vgl. **K. POECK, W. HACKE** (Hrsg.), *Neurologie*, Berlin Heidelberg 2001, S. 153.

⁴³ « PVS is a form of eyes-open permanent unconsciousness in which the patient has periods of wakefulness and physiologic sleep/wake cycles, but at no time is the patient aware of himself or herself or the environment. » **AMERICAN ACADEMY OF NEUROLOGY**, *Position of the AAN on certain aspects of the care and management of the PVS patient*, *Neurology*, 39 (1989), S. 125f.

⁴⁴ **AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS AND COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS**, *Persistent Vegetative State and the decision to withdraw or withhold life support*, *JAMA* 263 (1990), S. 427.

7. *The presence of voluntary movements or behaviour, no matter how rudimentary, is a sign of cognition and is incompatible with the diagnosis of PVS. There is no motor activity suggesting learned behaviour and no mimicry. Rudimentary movements (such as withdrawal or posturing) may be seen with noxious or disagreeable stimuli.*
8. *Blood pressure control and cardiorespiratory functions usually are intact. Incontinence of bladder and bowel is present.*⁴⁵

Trotz der geöffneten Augen können die Patienten mit der Umgebung nicht in Kontakt treten, der Patient ist bewusstlos. Das Sprachverständnis und die expressiven Sprachfunktionen sind aufgehoben. Die spontane Eigenatmung und alle Hirnstammreflexe sind erhalten. Lächeln, oder Weinen können gelegentlich vorkommen, aber sie stehen nicht in Relation zu einem sichtbaren Reiz. Dem Patienten bleibt der Schlaf-Wach-Rhythmus erhalten. Man kann dank der Hirnstammfunktion primitive Reflexe wie Saugen, Wühlen, Kauen, Schlucken usw beobachten. Die Pupillen reagieren auf Licht, ein Griffreflex ist vorhanden. Es fehlen willkürliche Bewegungen bei typischer Körperhaltung. Der Kreislauf, die Atemregulation und Temperaturregulation sind in der Regel intakt. Die Blasen-Mastdarm-Inkontinenz ist zu prüfen. Das Überleben der Patienten ist abhängig von bestimmten medizinisch-pflegerischen Maßnahmen. Sowohl die Diagnose des Wachkomas als auch die Prognosestellung stellen eine Herausforderung dar. Die Behandlung und der tägliche Umgang mit Betroffenen kann als ein klinisches Problem bezeichnet werden.⁴⁶

⁴⁵ **AMERICAN NEUROLOGICAL ASSOCIATION COMMITTEE ON ETHICAL AFFAIRS**, *Persistent vegetative state: report of the American Neurological Association committee on ethical affairs*, Ann Neurol 33 (1993), S. 386 – 390.

⁴⁶ Vgl. **S. LAUREYS, M.-E. FAYMONVILLE, X. DE TIÈGE** et al., *Brain Funktion in the Vegetative State*. *Avances in Experimental Medicine and Biology*, 550 (2004), S. 230.

1.5. Differentialdiagnostik

Anhand der klinischen Befunde muss das apallische Syndrom (vegetativer Zustand) von anderen neurologischen Störungen abgegrenzt werden (Abb. 1.). Dabei sind folgende klinische Zustände zu beachten: Das Koma, der Hirntod, das Locked-in-Syndrom, die fortgeschrittene Demenz (minimaler Bewusstseinszustand), der akinetische Mutismus sowie Katatonie oder akinetische Krise beim Parkinson-Kranken und psychogene Bewusstlosigkeit.⁴⁷ Die obigen klinischen Zustände können mit dem Koma verwechselbare Zustände sein. Beispielsweise kann sich der Zustand des Patienten vom Koma über den vegetativen Zustand und den minimalen Bewusstseinszustand zum Wiedererwachen verändern. Der Übergang geht allmählich vonstatten. Die Veränderungen des Krankheitsbildes können durch beginnende erkennbare Reaktionen auf die Umgebung, gewisse Bewegungen der Arme oder des Körpers gekennzeichnet werden.⁴⁸

⁴⁷ Vgl. **COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON**, *The Vegetative State. Guidance on Diagnosis and Management*, 2003, **NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. AUSTRALIAN GOVERNMENT**, *Post-Coma Unresponsiveness (Vegetative State): A Clinical Framework for Diagnosis*, 12.18.2003, **M. MUMENTHALER, H. MATTLE**, *Neurologie*, Stuttgart 2002, S. 230, **S. ASHWAL**, *Pediatric vegetative state: Epidemiological and clinical issues*, in: **G. L. GIGLI, N. ZASLER** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, *NeuroRehabilitation* 19(2004), S. 350, **C. SCHNAKERS, S. MAJERUS, S. LAUREYS**, *Diagnostic et évaluation des états de conscience altérée*, *Réanimation* 13 (2004), S. 369, **R. L. FINE**, *From Quinlan to Schiavo: medical, ethical, and legal issues in severe brain injury*, *BUMC Proceedings*, 18 (2005), S. 303, **W. NACIMIENTO**, *Apallisches Syndrom, Wachkoma, persistent vegetative state: Wovon redet und weiss die Medizin*, in: **W. HÖFLING** (Hrsg.), *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*, Münster 2005, S. 36 -37.

⁴⁸ Vgl. **M. MUMENTHALER, H. MATTLE**, *Neurologie*, Stuttgart 2002, S. 230f, **R. L. FINE**, *From Quinlan to Schiavo: medical, ethical, and legal issues in severe brain injury*, *BUMC Proceedings*, 18 (2005), S. 303, **J.F. SPITTLER**, *Gehirn, Tod und Menschenbild. Neuropsychiatrie, Neuropilosophie, Ethik und Metaphysik*, Stuttgart 2003, S. 60.

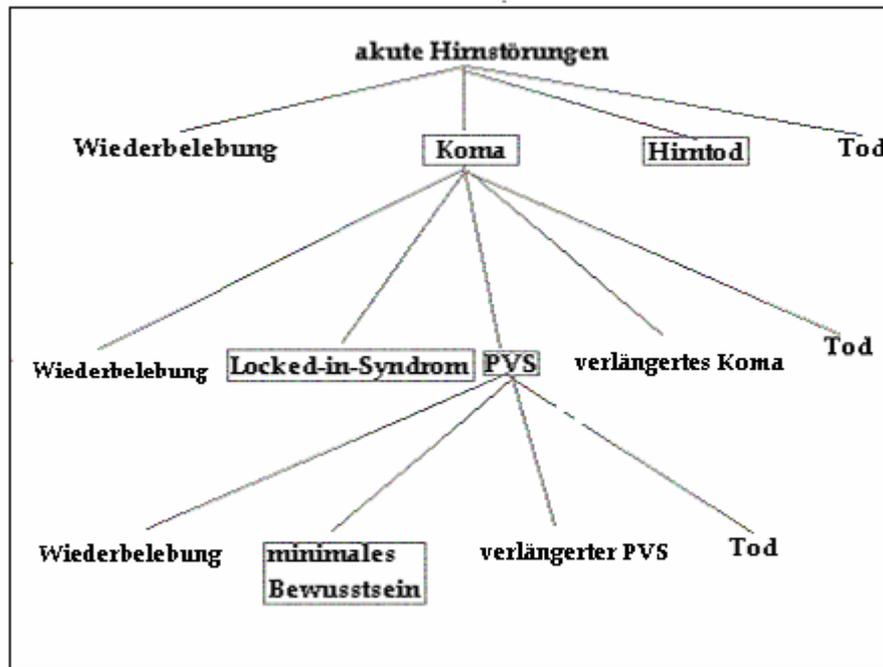


Abb. 1. die klinischen Zustände nach akuten Hirnstörungen

1.5.1. Das Koma und die Bewusstseinsstörung

Unter dem Bewusstsein versteht man den Zustand bzw. Begleitzustand von Wahrnehmen, Erkennen, Vorstellen, sich Erinnern und Handeln. Eine besondere Form des Bewusstseins ist die Ich-Identität, d.h. „[bei dem,] was ich tue und erlebe, habe ich in aller Regel das Gefühl, dass ich es bin, der etwas tut und erlebt, und dass ich wach und bei Bewusstsein bin. Ich fühle mich eins mit meinem Körper, ich empfinde mich als ein Wesen, das eine Vergangenheit, eine historische Identität hat.“⁴⁹ Dieses Ich-Bewusstsein kann bei schizophrenen Patienten zerstört werden.

Es gibt verschiedene Formen des Bewusstseins, die mit Wahrnehmen, Denken, Fühlen, sich Erinnern oder sich Vorstellen, d.h. mit dem Aufmerksamkeits-Bewusstsein verbunden sind. Eine starke Aufmerksamkeit in Bezug auf ein bestimmtes Ereignis trägt zu einem starken Bewusstsein bei. Beim Gesunden lassen sich verschiedene Zustände der Wachheit beobachten: ein hellwaches, ein normales Bewusstsein, einen Zustand des Dösens bis zum Dahindämmern, einen Zustand beim Träumen, die Zustände der Bewusstlosigkeit nach Unfällen oder in der Narkose. Die Gehirnschädigungen im Bereich der Formatio reticularis⁵⁰ führen zur

⁴⁹ G. ROTH, *Das Gehirn und seine Wirklichkeit*, Frankfurt am Main 1997, S. 213.

⁵⁰ Die Formatio reticularis (lateinisch *formatio*: Formation - *reticularis*: netzartig) bezeichnet ein ausgedehntes, diffuses Neuronennetzwerk im Hirnstamm, das von der Medulla oblongata (verlängertes Mark) bis zum Diencephalon (Zwischenhirn) reicht.

Bewusstseinsstörung und zum tiefen Koma. Die Störungen im Bereich der assoziativen corticalen Areale führen zu Bewusstseinsausfällen.⁵¹

Der Zustand des Bewusstseins lässt sich nur schwer erfassen. Nach Plenter gibt es drei Herangehensweisen an das Thema Bewusstsein⁵²:

1. *neurowissenschaftlicher Ansatz*: Welche biologischen und chemischen Voraussetzungen für das Bewusstsein notwendig sind, ist nicht bekannt. Es ist auch fraglich, in welchen Hirnarealen Bewusstsein zu lokalisieren ist. Plenter weist darauf hin, dass in der linken Hemisphäre vieles gesteuert wird, was zum Bewusstsein gehört, doch auch die rechte Hemisphäre ist besonders für die Vigilanz (Wachheit) wichtig. Den Kortex insgesamt als Sitz des Bewusstseins zu lokalisieren, greift aber auch noch zu kurz, da ablaufende Prozesse auf ein Zusammenspiel mit anderen Teilen des Gehirns angewiesen sind. Nach neueren Vorstellungen betrachtet man das Gehirn als ein offenes, sich selbst organisierendes System, das Erfahrungen, intuitive Momente und soziale Faktoren also eine Interaktion zwischen Bewusstsein, inneren Erfahrungen und psychologischen Prozessen, gleichermaßen berücksichtigt.⁵³ Diese Komplexität der Gehirnprozesse und Abläufe erklärt auch die Möglichkeit einer Kompensation ausgefallener Aufgaben geschädigter Gehirnregionen durch andere Teile des Gehirns. Aus dieser Komplexität heraus sieht Plenter es für bedenklich an, apallischen Patienten „bei dem Ausfall von Hirnteilstrukturen“ jegliches Bewusstsein abzusprechen.⁵⁴
2. *Erlebnisbeschreibung einer inneren Erfahrung*: Bewusstsein wird dabei als eine Sammlung aller erlebten psychischen Zustände und Aktivitäten einer Person angesehen. Allerdings gibt es Bewusstseinszustände, die nicht auf Sinneseindrücke reduzierbar sind. Somit lässt sich Bewusstsein nicht allein auf innere Erfahrung reduzieren.
3. *Selbstbewusstsein* als eine Überzeugung vom Wert des eigenen Daseins in Abgrenzung zu anderen Menschen. Das Selbstbewusstsein bildet sich im

⁵¹ Vgl. **G. ROTH**, *Das Gehirn und seine Wirklichkeit*, Frankfurt am Main 1997, S. 214.

⁵² Vgl. **CH. PLENTER**, *Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkoma-Patienten. Orientierungshilfen für eine Pflegeethik*, Hannover 2001, S. 20 f.

⁵³ Vgl. **F.J. VARELA**, *Kognitionswissenschaft-Kognitionstechnik. Eine Skizze aktueller Perspektiven*, Frankfurt am Main, 1990, S. 52.

⁵⁴ Vgl. **CH. PLENTER**, *Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkoma-Patienten*, Hannover 2001, S. 20.

Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung heraus und ist somit einer ständigen Entwicklung unterworfen.⁵⁵

Die Bewusstseinsstörungen kann man in quantitative und qualitative Formen einteilen. Die quantitativen Bewusstseinsstörungen beschreiben verschiedene Stufen der Bewusstlosigkeit von der Somnolenz und dem Sopor bis hin zum Koma (Tab. 2).⁵⁶ Die qualitative Bewusstseinsstörung betrifft die Zustände der Störungen des inhaltlichen Bewusstseins oder der Bewusstheit. Bei Patienten gibt es das Bewusstsein, in dem man von der Auflösung der Denkstrukturen bis zur Desorientierung oder zum Delirium kommen kann.⁵⁷

Manche Autoren unterscheiden – wie folgt - 6 Stufen der Bewusstlosigkeit Weise:
1. bewusstseinsklar; 2. verhangen; 3. somnolent; 4. nicht ansprechbar, Schmerzreaktion vorhanden; 5. nicht ansprechbar, keine Schmerzreaktionen, Reflexe vorhanden; 6. nicht ansprechbar, keine Schmerzreaktionen, keine Reflexe.⁵⁸ Man muss sagen, dass es keine ideale Komaskala gibt, die genau die Stufe des Komas bestimmt. Die Genauigkeit, mit der der Befund von Bewusstlosigkeit erhoben wird, ist immer von der beruflichen Erfahrung und einer ausreichender Betreuung und Beobachtung des Patienten abhängig.⁵⁹

FORMEN	KRANKHEITSBILD
Somnolenz (lat. somnolentia Schläfrigkeit)	Somnolenz ist die einfachste Form der quantitativen Bewusstseinsstörung. Sie stellt einen schläfrigen Zustand dar, der ähnlich mit dem Zustand starker Müdigkeit bei Gesunden ist. Der Patient ist durch äussere Reize weckbar.
Sopor (lat. tiefer Schlaf)	Sopor gehört auch zur quantitativen Bewusstseinsstörung. Der Patient kann durch lautes Reden oder starke äussere Reize nur kurz geweckt werden. Die Bewegungen des Patienten sind ohne Intention und Ziel, eine aktive Zuwendung ist nicht möglich.
Koma (gr. Κωμα tiefer, fester Schlaf)	Das Koma ist der schwerste Grad quantitativer Bewusstseinsstörung. Beim Patienten sind keine bewussten Aktionen auf innere Reize oder Reaktionen auf äussere Reize wahrnehmbar. Komatöse Patienten haben die Augen geschlossen.

Tabelle 2: Formen der Bewusstlosigkeit. (F. Oduncu, Hirntod 1998, S. 50 – 51)

⁵⁵ Vgl. ebd. S. 20.

⁵⁶ Vgl. **F. ODUNCU**, *Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, juristische und ethische Fragen*, Göttingen 1998, S. 48ff.

⁵⁷ Vgl. **J. JÖRG**, *Koma, irreversibles/irreversibel Komatöse*, in: **W. KORFF, L. BECK, P. MIKAT**, (Hrsg.) *Lexikon der Bioethik*, Gütersloh 1998, Band 2, S. 407.

⁵⁸ Vgl. **W.J. BOCK**, *Bewusstsein – bewusstlos*, in: **C. BIENSTEIN, A. FRÖHLICH** (Hrsg.), *Bewusstlos. Eine Herausforderung für Angehörige, Pflege und Ärzte*, Düsseldorf 1994, S. 19.

⁵⁹ Vgl. **CH. PLENTER**, *Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkoma-Patienten*, Hannover 2001, S. 19.

Die Glasgow-Koma-Skala ist ein Testverfahren zur Überprüfung von Reaktionen auf Schmerzreize, visuelle und akustische Reize. *„Es wird eine Skala der Tiefe des Bewusstseinsverlustes benutzt, demzufolge das Koma je tiefer ist, um so mehr an Reaktionen fortfällt.“*⁶⁰ Die Beurteilung der Komatiefe erstreckt sich auf folgende Reaktionen: Augenöffnen, motorische Reaktionen, sprachliche Reaktionen. Entsprechend der Reaktionen werden Punkte vergeben, die auf die Komatiefe schließen lassen.⁶¹ Die niedrigste Punktzahl 3 ergibt sich, wenn der Patient die Augen nicht öffnet und keine motorischen und sprachlichen Äußerungen auf einen Reiz zu beobachten sind. Die höchste Gesamtpunktzahl ist bei 15 erreicht. Bereits die Punktzahl 14 wird als Indiz für eine auffällige Störung der Bewusstseinslage gedeutet. Man kann sagen, dass die Glasgow-Koma-Skala trotz bedeutender Schwächen die am häufigsten gebrauchte Skala ist.⁶² Hinweise auf Unzulänglichkeiten dieses Verfahrens, sind bei verschiedenen Autoren zu finden. Zieger schreibt, dass die Glasgow-Koma-Skala bloß klinische Symptome erfasst und damit von den Behandelnden wichtigen Einzelheiten, Äußerungen und dynamische Veränderungen nicht mehr wahrgenommen werden. Er fordert eine Erweiterung der herkömmlichen Komaskalen durch kognitions- und tätigkeitspsychologische Merkmale.⁶³ Darin sieht er eine Chance, einen sensibleren Blick für mögliche Anknüpfungspunkte einer Kontaktaufnahme zu komatösen Patienten zu erhalten.

Trotz der Nachteile wird die Skala durchgängig benutzt, *„um eine schnelle und unkomplizierte Verständigung über den Bewusstheitszustand von Patienten im klinischen Alltag zu gewährleisten“.*⁶⁴ Schon die Komadefinition wie auch die Kriterien zur Ermittlung der Komatiefe der Glasgow-Koma-Skala zeigen, dass die klinische Betrachtung des Komabegriffes hauptsächlich eine quantitative Einschätzung des Bewusstseins zum Inhalt hat. Zieger macht deutlich, dass der komatöse Patient von allen behandelnden Personen immer von außen betrachtet wird. Es bleibt die Frage bestehen, was der Patient im Inneren wahrnimmt, empfindet und erlebt.⁶⁵

Der Begriff des Komas kommt aus dem Griechischen und bedeutet tiefer, fester Schlaf. Diese Bezeichnung ist nicht für die Zustände der Bewegungslosigkeit und

⁶⁰ D. LINKE, *Das Gehirn*, München 2000, S. 43.

⁶¹ Vgl. K. POECK, W. HACKE (Hrsg.), *Neurologie*, Berlin Heidelberg 2001, S. 35.

⁶² Vgl. D. GUSTORFF, H.J. HANNICH, (Hrsg.), *Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation*, Bern 2000, S. 85.

⁶³ Vgl. A. ZIEGER, *Frührehabilitation komatöser Patienten auf der neurochirurgischen Intensivstation*, *Zentralblatt für Neurochirurgie*, 53(1992), S.105.

⁶⁴ D. GUSTORFF, H.J. HANNICH, (Hrsg.), *Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation*, Bern 2000, S. 85.

⁶⁵ Vgl. A. ZIEGER, *Informationen und Hinweise für Angehörige von Schädel-Hirn-Verletzten und Menschen im Koma und apallischen Syndrom*. Oldenburg 1995, S. 7.

Bewusstlosigkeit vorgesehen, wie zum Beispiel Patienten mit einem so genannten Locked-in-Syndrom, welche die Fähigkeit der Bewegung verloren haben und ihr Bewusstsein höchstens durch die Augenliderbewegung ausdrücken können.⁶⁶

Allerdings ist der Patient bei einem Koma nicht erweckbar. In den meisten Fällen folgt einem Koma ein apallische Syndrom. Andererseits kann sich der vegetative Zustand zu einem Koma entwickeln.⁶⁷

1.5.2. Der Hirntod

Das Gehirn reagiert von allen Organen am empfindlichsten auf Sauerstoffmangel. Der Mensch ist nach 3 – 5 Sekunden Sauerstoffmangel bewusstlos und nach 20 Sekunden erlischt die elektrische Tätigkeit im EEG.⁶⁸ Und schon nach wenigen Minuten (3 bis 8 Minuten) entstehen bleibende Schäden der Hirnzellen, zunächst im Bereich der Hirnrinde. Wird die Hirndurchblutung für kurze Zeit unterbrochen, z.B. bei einem Herzstillstand, wird auch der Hirnstamm unwiderruflich geschädigt (Abb. 2).⁶⁹ Obwohl bei maschineller Beatmung das Herz weiterschlägt und andere Organe funktionieren, sind die abgestorbenen Hirnfunktionen für immer verloren.

Es gibt die unterschiedlichsten Gründe für den Hirntod. Die häufigsten Ursachen, die zum Hirntod führen, sind folgende: Schädelhirntraumata, intrazerebrale Blutungen, sekundär hypoxische Hirnschäden, Hirninfarkt, Hirntumore, Verschlusshydrozephalus,⁷⁰ sowie entzündliche Prozesse wie eine Enzephalitis oder akute Dekompensation eines Hydrozephalus.⁷¹ Bei primären Hirnschäden (strukturelle Hirnschädigung) unterscheidet man supratentorielle und infratentorielle Prozesse. Diese Unterscheidung gilt den anatomischen Strukturen, d.h. dem *Tentorium cerebelli*.⁷² Die supratentoriellen Schädigungen betreffen das Großhirn und

⁶⁶ Vgl. **CH. PLENTER**, *Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkoma-Patienten*, Hannover 2001, S. 18.

⁶⁷ Vgl. **W. NACIMIENTO**, *Das apallische Syndrom*, Deutsches Ärzteblatt, (41) 1997, S. A-662.

⁶⁸ Vgl. **HANS-PETER SCHLAKE, K. ROOSEN** (Hrsg.), *Der Hirntod als der Tod des Menschen*, Neu-Isenburg 1995, S. 24.

⁶⁹ Vgl. **F. ODUNCU**, *Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, juristische und ethische Fragen*, Göttingen 1998, S. 43f.

⁷⁰ Vgl. **B. POHLMANN-EDEN**, *Medizinisch-naturwissenschaftliche Grundlagen der Hirntoddiagnose*, in: **G. BRUDERMÜLLER, K. SEELMANN** (Hrsg.), *Organtransplantation*, Würzburg 2000, S. 67.

⁷¹ Vgl. **G. MEYER**, *Der andere Tod. Die Kontroverse um den Hirntod*, Frankfurt am Main 1998, S. 32.

⁷² Das Tentorium cerebelli (Kleinhirnzelt) gibt es zwischen der oberen Kante der Felsenbeinpyramide und dem Sinus transversus über dem Kleinhirn ausgespanntes Durablatt, vgl. **PSCHYREMBEL** 2002, S. 1641.

die infratentoriellen Schädigungen das Kleinhirn, den Hirnstamm.⁷³ Durch eine primäre Schädel-Hirn-Verletzung tritt ein vollständiger und irreversibler Funktionsausfall des Hirns einschliesslich des Hirnstamms ein. Dieser Zustand wird als primärer Hirntod bezeichnet.⁷⁴

Außer den primären Hirnschäden werden auch sekundäre Hirnschädigungen unterschieden. Bei den sekundären Hirnschädigungen kommt es zum Herz- und Kreislaufstillstand, z. B. nach Ertrinken und Erstickungsfällen oder endokrinen oder metabolischen Entgleisungen, z. B. Urämie, Coma hepaticum sowie Ketoazidose.⁷⁵

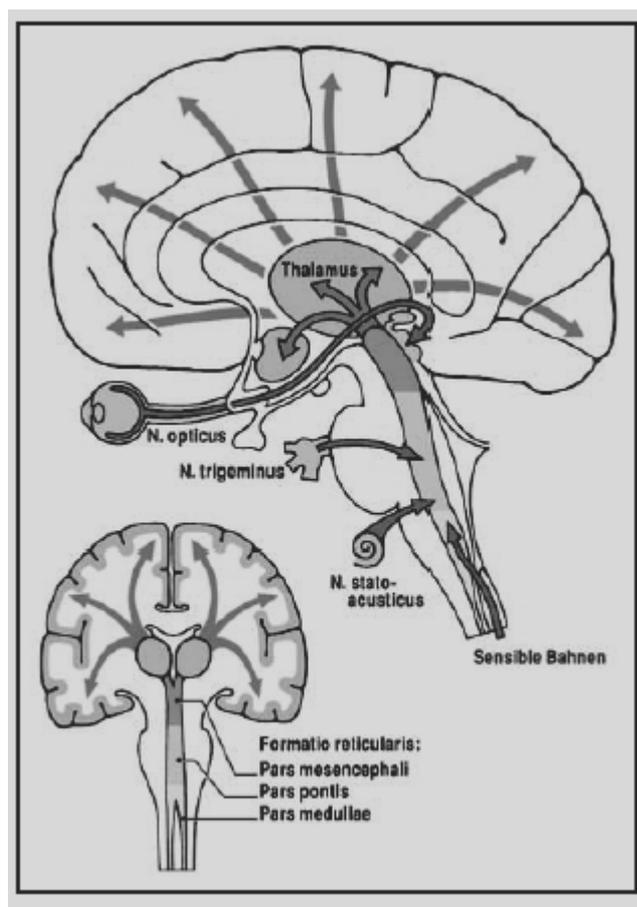


Abb. 2: Mit dem funktionellen Ausfall des
Gehirnstamms erlöschen auch sämtliche andere
Gehirnfunktionen.
SAMW, S. 1387.

Diese schweren Erkrankungen führen zum irreversiblen Funktionsausfall des Hirns und Hirnstamms. Dieser Zustand wird als sekundärer Hirntod bezeichnet.⁷⁶ Der Hirntod ist ein terminaler Zustand, der sich innerhalb von 12 bis 36 Stunden

⁷³ Vgl. **F. ODUNCU**, *Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, juristische und ethische Fragen*, Göttingen 1998, S. 43.

⁷⁴ Vgl. **SAMW**, *Medizinisch-ethische Richtlinien zur Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen*, Schweizerische Ärztezeitung, 83(2002), Nr. 26, S. 1387f.

⁷⁵ Vgl. **G. MEYER**, *Der andere Tod. Die Kontroverse um den Hirntod*, Frankfurt am Main 1998, S. 32.

⁷⁶ Vgl. **SAMW**, *Medizinisch-ethische Richtlinien zur Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen*, Schweizerische Ärztezeitung, 83(2002), Nr. 26, S. 1388f.

entwickelt. Bevor der irreversible Ausfall der Gehirnfunktion eintritt, kann die Symptomatik des akuten Mittelhirnsyndroms (MHS) und des akuten Bulbärhinsyndroms (BHS) auftreten.⁷⁷

Der Hirntod kann weder durch Pfleger noch durch Angehörige festgestellt werden, weil der Hirntote körperliche Lebenszeichen (er atmet, ist warm und rosig) aufweist. Die Feststellung eines Hirntodes gehört zur Arbeit der Intensivmediziner und Neurologen, die mehrjährige bzw. langjährige Erfahrungen in der Intensivbehandlung mit schwer hirngeschädigten Patienten haben.⁷⁸

Die Hirntoddiagnostik arbeitet mit dem Dreistufenschema, nämlich

- 1) Voraussetzungen,
- 2) klinische Feststellung der fehlenden Hirnfunktionen (Bewusstlosigkeit, Hirnstamm-Areflexie und Atemstillstand) und
- 3) ergänzende Untersuchungen zur Sicherheit des Hirntodes.⁷⁹ (Abb. 3)

Die Voraussetzungen sind der erste Schritt zur Hirntod-Diagnose. In dieser Phase muss der unzweifelhafte Beweis einer Gehirnschädigung festgestellt werden oder die Möglichkeit eines reversiblen Gehirnfunktionsausfalls (z.B. bei Patienten mit diabetischem Koma, Gehirnentzündung, Schockzuständen, Unterkühlungen) ausgeschlossen werden.⁸⁰

⁷⁷ Vgl. **G. MEYER**, *Der andere Tod. Die Kontroverse um den Hirntod*, Frankfurt am Main 1998, S. 34.

⁷⁸ Vgl. **F. ODUNCU**, *Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, juristische und ethische Fragen*, Göttingen 1998, S. 76 – 77.

⁷⁹ Vgl. **BÄK**, *Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes* Deutsches Ärzteblatt 94, 9 Mai 1997, S. A -1297.

⁸⁰ Vgl. **G. MEYER**, *Der andere Tod. Die Kontroverse um den Hirntod*, Frankfurt am Main 1998, S. 38, sowie **F. ODUNCU**, *Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, juristische und ethische Fragen*, Göttingen 1998, S. 46 – 48.

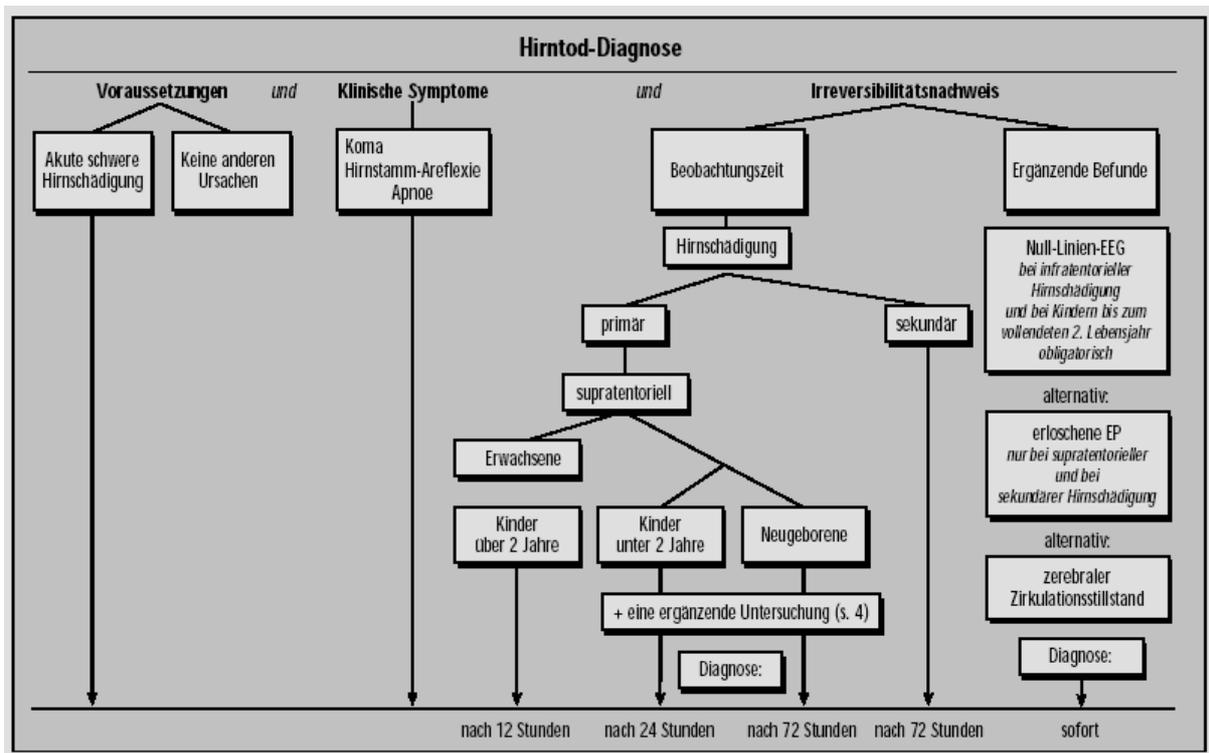


Abb. 3: Dreistufenschema der Hirntoddiagnostik (BÄK, Kriterien des Hirntodes, Dt. Ärztbl., 1997, A-1297.)

Mit dem zweiten Schritt sind klinische Symptome des Hirnfunktionsausfalls verbunden, die als tiefe Bewusstlosigkeit, Ausfall aller Hirnstammreflexe und Ausfall der Spontanatmung festgestellt werden.⁸¹

Beim Ausfall der Großhirnfunktion kommt es zur Bewusstseinsstörung und zum tiefen Koma. Die Menschen im tiefen Koma zeigen keinerlei Reaktionen mehr, reagieren nicht auf Zuruf und meist nicht auf Schmerzreize.⁸² Trotzdem ist ein solches Koma nicht automatisch mit dem Hirntod gleichzusetzen. So können auch tiefkomatöse Patienten noch Aktivitäten im Hirnstamm zeigen, die bei einem Hirntoten fehlen. Dieser Zustand wird als vegetativer Zustand oder persistierender vegetativer Zustand bezeichnet.⁸³

⁸¹ Vgl. **F. ODUNCU**, *Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, juristische und ethische Fragen*, Göttingen 1998, S. 48.

⁸² Vgl. ebd., S. 48ff.

⁸³ Vgl. **SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN**, *Medizinisch-ethische Richtlinien zur Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen*, Schweizerische Ärztezeitung, 83(2002), Nr. 26, S. 1391, sowie **W. F. LIST**, *Ethik in der Intensivmedizin*, in: **M. SCHWEITZER** (Hrsg.), *Intensivmedizin: Zukunftsperspektiven: ethische Aspekte, ökonomische Aspekte, neue therapeutische Konzepte*, München 1997, S. 11 – 12.

1.5.3. Das Locked-in-Syndrom

Ganz anders stellt sich die Situation beim Locked-in-Syndrom dar. Diese Patienten befinden sich in vollständiger Lähmung haben dabei aber Wahrnehmungsfähigkeiten. Allerdings können sie mittels Augenkontakt mit ihrer Umgebung durch ein „Morsealphabet“ kommunizieren.⁸⁴

Es gibt Patienten mit einem Locked-in-Syndrom, die mit der Umgebung durch Augenbewegungen kommunizieren. Die bekannteste Geschichte ist die des französischen Journalisten Jean-Dominique Bauby. Durch einen Schlaganfall war er am ganzen Körper gelähmt. Die Diagnose lautete: Locked-in-Syndrom. Bauby lernte, mit seinem linken Augenlid zu kommunizieren und diktierte so sein Buch *„Le scaphandre et le papillon“* (Schmetterling und Taucherglocke). Bauby starb kurz nach der Veröffentlichung des Buches nach zwei Jahren seiner Krankheit.⁸⁵

Die Ursache des Locked-in-Syndroms ist eine unvollständige Schädigung im Bereich des Hirnstamms (beidseitige Störung der Brücke). Der genaue Ort der Schädigung liegt im vorderen Teil des Hirnstamms (beim Koma im hinteren Teil des Hirnstamms). In diesem Teil des Hirnstamms werden die Bahnen zerstört, die für die Leitung der motorischen Signale in den Körper verantwortlich sind. Die Konsequenz ist eine Lähmung aller Muskelgruppen des Körpers mit Ausnahme der Bahnen, die das Blinzeln und die senkrechten Augenbewegungen steuern. Das ist der Grund für die Kommunikationsmöglichkeit bei Locked-in-Patienten.⁸⁶

Diese Menschen sind also keinesfalls tot, weil sie selbstständig atmen, und kommunizieren können. Das vorliegende Krankheitsbild wird wegen des teilweisen Hirnstammausfalls fälschlicherweise mit dem Hirnstammtod verglichen. Ein Hirnstammtod ist jedoch ein vollständiger Ausfall der Hirnstammfunktionen. Die Hirnstammfunktionen (Atmung, Herz-Kreislauf) werden durch die Herz-Lungen-Maschine erhalten. Es gibt hier das klinische Syndrom des Hirntodes, d.h. Bewusstlosigkeit, Hirnstamm-Areflexie, Atmungs- und Herz-Kreislaufausfall. Dabei können die elektrischen Großhirnaktivitäten (EEG) messbar bleiben. Vom Tod des gesamten Gehirns lässt sich dieser isolierte Hirnstammausfall somit nur durch apparative Messungen sicher unterscheiden.⁸⁷

⁸⁴ Vgl. **F. ODUNCU**, *Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, juristische und ethische Fragen*, Göttingen 1998, S. 85.

⁸⁵ Vgl. **JEAN-DOMINIQUE BAUBY**, *Schmetterling und Taucherglocke*, München 2001.

⁸⁶ Vgl. **A. R. DAMASIO**, *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*, München 2002, S. 293 -294.

⁸⁷ Vgl. **F. ODUNCU**, *Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, juristische und ethische Fragen*, Göttingen 1998, S. 84.

Die Vertreter des Hirnstammtodes nehmen an, dass der Tod des Menschen eintritt, wenn der irreversible Verlust der vegetativen Regulations- und Integrationsfähigkeiten festgestellt wird. Diese Definition stützt sich auf medizinisch-technische Untersuchungen, d.h. man stellt den Ausfall der Spontanatmung und des Hirnstammreflexes fest. Das Phänomen des Geistes ist beim Hirnstammkonzept ausgeschlossen, obgleich es im Extremfall ein Bewusstsein gibt. Bei diesem Konzept wird der Mensch nur das rein biologische Menschenbild ohne geistigen Aspekt reduziert.⁸⁸

1.5.4. Die fortgeschrittene Demenz

Der alternde Mensch erleidet somatische oder psychische Abbauprozesse. Die Alterskrankheiten belasten das Herz-Kreislaufsystem und das Gehirn. Die Zahl der Menschen mit Alterskrankheiten, vor allem mit den Hirnleistungsstörungen, wird weiter steigen. Diese Patientengruppe stellt die Gesundheitsdienste, die Einrichtungen der Altenhilfe und die betroffenen Familien vor große Probleme, was eine große Herausforderung für die Medizin, Sozialdienste und Bezugspersonen darstellt.⁸⁹

Mit zunehmendem Alter treten Konzentrationsprobleme und Gedächtnisstörungen auf. Alte Menschen haben Mühe, sich an Namen, Telefonnummern oder Verabredungen zu erinnern, weil das Gehirn seinen Dienst versagt. Diese Menschen leiden unter einer Demenz. Die Demenz-Erkrankungen nehmen besonders in der gegenwärtigen Altersstruktur unserer Gesellschaft eine dominante Rolle ein. Unter dem Begriff Demenz versteht man einen Verfall der geistigen Leistungsfähigkeit, so dass die selbstständige Problemlösung im Alltag schwierig wird. Etwa 6 % aller Menschen über 65 Jahre leiden unter einer Demenz. Bei den über 90-jährigen sind es sogar 40 %.⁹⁰

Mannheimer Ärzte führten eine Untersuchung bei über 65-jährigen Patienten (3737) mit kognitiven Beeinträchtigungen durch. Dabei orientierten sich die Ärzte mittels der folgenden vier Stufen:

1. *Völlig unbeeinträchtigt: Normales Gedächtnis und keinerlei Schwierigkeiten aufgrund geistiger Beeinträchtigung der selbständigen Lebensführung.*

⁸⁸ Vgl. **E. ROSEBOOM**, *Ist der irreversible Hirnausfall der Tod des Menschen*, Frankfurt am Main 2000, S. 58 –59.

⁸⁹ Vgl. **P. DENZLER** et al. *Demenz im Alter*, Weinheim-Basel 1989, S. 20, sowie Vgl. **A. REINSHAGEN**, *Demenz (Altersdemenz)*, in: www.netdokter.de/krankheiten/Fakta/demenz.htm, 11.09.2003.

⁹⁰ Vgl. **M. JENNY**, *Psychische Veränderungen im Alter*, Wien 1996, S. 99f, sowie Vgl. **A. REINSHAGEN**, *Demenz (Altersdemenz)*, in: www.netdokter.de/krankheiten/Fakta/demenz.htm, 11.09.2003.

2. *Leichte Vergesslichkeit: Schwierigkeiten beim Erinnern von kürzlichen Ereignissen und bei anspruchsvolleren Aufgaben, Neigung, Sachen zu verlegen und zu verlieren, geistig aber immer noch zur selbständigen Lebensführung in der Lage.*
3. *Erkennbare Merkfähigkeitsstörung: Aktuelle Ereignisse bzw. kürzlich mitgeteilte Informationen werden zeitweilig oder ganz vergessen, Orientierung für Zeit bzw. Ort manchmal beeinträchtigt, sowie Fehler und Irrtümer bei der täglichen Lebensführung.*
4. *Schwerer Gedächtnisverlust: Kürzliche Erlebnisse werden kaum noch erinnert, zeitlich und örtlich desorientiert, aufgrund eines hirnrorganischen Psychosyndroms unfähig zur selbständigen Lebensführung; benötigt Hilfe bei der alltäglichen Versorgung.⁹¹*

Bei diesen Untersuchungen wurden die kognitiven Beeinträchtigungen bei Patienten (Männer und Frauen) bei insgesamt 4,7 % als mittelschwer oder schwer dement und 18,6 % als leicht dement eingestuft. 40,7 % der Patienten zeigten minimale kognitive Verluste und 36 % der Patienten wurden als kognitiv völlig unbeeinträchtigt angesehen. Daraus ergab sich, dass der Schweregrad in engem Verhältnis zum Alter stand. Die unbehinderten Patienten waren im Mittel 73,1 Jahre alt, die minimalen und leichten geschädigten Patienten bereits 79,7 Jahre und die mittelschweren sowie schweren geschädigten Patienten 81,3 bzw. 84,7 Jahre.⁹²

Es ist zu bemerken, dass bei einer repräsentativen Gruppe von 75 Patienten verschiedene Formen von Demenz festgestellt wurden: Alzheimer-Demenz (51), vaskuläre Demenz oder vaskulär-degenerative Mischform (23) und ein Fall von sekundärer Demenz.⁹³

Die Resultate bestätigen, dass eine Demenz viele Ursachen haben kann, die auch für Fachleute nicht immer einfach zu unterscheiden sind. Die Unterscheidung zwischen leichten kognitiven Störungen und beginnender Demenz ist schwierig. Bis heute haben die Medizin und die Psychologie keine Methode, eindeutig normale kognitive Störungen von dementiellen Störungen zu unterscheiden. Aus leichten kognitiven Störungen entfaltet sich nur in der Hälfte der Fälle eine schwere Erkrankung.⁹⁴

⁹¹ **B. COOPER, H. BICKEL, M. SCHÄUFELE**, *Demnzerkrankungen und leichtere kognitive Beeinträchtigungen beim älteren Patienten in der ärztlichen Allgemeinpraxis*, Nervenarzt 1992, 63, S. 552.

⁹² Vgl. ebd. S. 554.

⁹³ Vgl. ebd. S. 555.

⁹⁴ Vgl. **M. JENNY**, *Psychische Veränderungen im Alter*, Wien 1996, S. 100f.

1.5.5. Akinetischer Mutismus

Akinetischer Mutismus ist ein neurologisches Defekt-Syndrom, das alle Sprechfunktionen hemmt. Ursachen für akinetischen Mutismus sind ein Hirninfarkt oder eine Störung des Stirnhirns. Der Patient hat meist geschlossene Augen und zeigt keine Spontanbewegung sowie keine Abwehrreaktion auf Schmerzreize.⁹⁵

⁹⁵ Vgl. ebd. S. 86.

1.6. Prognose für Menschen mit VS

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass Patienten mit apallischem Syndrom (VS) nicht immer einem eindeutigen Krankheitsbild zuzuordnen sind. CHRISTEL PLENTER macht darauf aufmerksam, dass der Prognose für diese Patienten oft eine größere Bedeutung zukommt, als einer eindeutigen Diagnose. Von der zu erwartenden Prognose hängt meist die Auswahl der therapeutischen Maßnahmen ab.⁹⁶ Grundsätzlich kann zwischen zwei prognostischen Verläufen des apallischen Syndroms unterschieden werden: einem progredierenden Verlauf der Krankheit, bedingt durch eine progredierende Großhirnschädigung oder Destruktion tieferer Gehirnzentren und einem Remissionsverlauf nach akutem, schweren Hirnschaden mit der bestehenden Möglichkeit einer Rückbildung (Remission). PLENTER weist darauf hin, dass Remissionsverlaufsformen wesentlich häufiger auftreten als ein progredierender Verlauf. Das apallische Syndrom muss in diesem Fall kein Endstadium sein, sondern kann als Durchgangssyndrom verlaufen.⁹⁷

Im Folgenden sollen Möglichkeiten prognostischer Verläufe aus der Sichtweise verschiedener Autoren aufgezeigt werden: D. LINKE macht darauf aufmerksam, dass Patienten nach einem Koma, das nach einer Schädelhirnverletzung nicht länger als 4 Wochen dauert, anschließend auch die ursprüngliche Leistungsfähigkeit wiedererlangen können.⁹⁸ POECK und HACKE führen an, dass Patienten bis zu mehreren Monaten im apallischen Syndrom bleiben können. Nach ihrer Meinung sind komplette Remissionsverläufe schon beobachtet worden. Die Patienten können aber auch nach längerer Zeit im apallischen Syndrom in „*einem Zustand von chronischem geistigen und körperlichen Siechtum und Pflegebedürftigkeit*“ verharren oder rasch sterben. Günstigere Prognosen geben die Autoren für jugendliche Patienten an.⁹⁹ Nach Plenter können Patienten sehr lange im Zustand der Bewusstlosigkeit bleiben oder verharren, auch in diesem Zustand. Eine große Schwierigkeit, aber auch eine Chance für die therapeutische Behandlung sieht die Autorin darin, dass es nur schwer möglich ist, einen Zeitpunkt festzulegen, ab wann dieser Zustand als irreversibel anzusehen ist. Es gibt Beispiele bei denen Menschen schon 1, 3, 6 und sogar 15 Jahre

⁹⁶ Vgl. C. PLENTER, *Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkoma-Patienten*, Hannover 2001, S. 23.

⁹⁷ Vgl. ebd. S. 23f.

⁹⁸ Vgl. D. LINKE, *Das Gehirn*, München 2000, S. 43.

⁹⁹ Vgl. K. POECK, W. HACKE (Hrsg.), *Neurologie*, Berlin Heidelberg 2001, S.561f.

im apallischen Syndrom waren und wieder aufgewacht sind.¹⁰⁰ Um auszudrücken, dass der Zustand eines Patienten eher als irreversibel angenommen wird, bezeichnet man diesen als „persistent vegetative state“. Celesia gibt als Richtwert für diese Bezeichnung eine Dauer der Krankheit von mindestens 12 Monaten an. Als Variablen, die eine Diagnose entscheidend beeinflussen, nennt Celesia ätiologische (die Ursache der Krankheit betreffende) Faktoren, das Alter des Patienten und die Dauer des bewusstlosen Zustandes.¹⁰¹

Es ist bekannt, dass ein solcher Zustand unwiderruflich sein kann und trotzdem können die Patienten Jahre oder gar Jahrzehnte überleben. Die Überlebenschancen sind 2-5 Jahre; mehr als 10 Jahre sind selten. Die kleinen Verbesserungschancen sind abhängig vom Alter, jüngere Patienten haben eine größere Chance als ältere.¹⁰²

Es gibt mannigfache Beispiele von Wachkoma-Patienten, deren Zustand die Medizin als irreversibel diagnostizierte und die nach vielen Jahren aus diesem Zustand erwacht sind. Ein solcher Fall ist in Großbritannien bekannt geworden. Nach acht Jahren ist Andrew Devine aus dem Koma erwacht. Devine hatte schwere Gehirnverletzungen erlitten, als 1989 bei einem Fussballspiel im völlig überfüllten Hillsborough-Stadion von Sheffield eine Panik ausbrach. Ein weiteres Opfer der Tragödie war der schon erwähnte Tony Bland, der ebenfalls jahrelang im Koma lag und inzwischen gestorben ist.¹⁰³

¹⁰⁰ Vgl. **C. PLENTER**, *Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkoma-Patienten*, Hannover 2001, S. 26.

¹⁰¹ Vgl. **G. CELESIA**, *Persistent Vegetative State: Clinical and Ethical Issues*, *Theoretical Medicine*, 18(1997), S. 224 – 226.

¹⁰² Vgl. **G. WÖBKER, W. J. BOCK**, *Apallisches Syndrom – Vegetativer Zustand*, in: **A. HOLDEREGGER** (Hrsg.), *Das medizinisch assistierte Sterben*, Freiburg 2000, S. 270, 272.

¹⁰³ Vgl. **POLITIK-NACHRICHTEN**, *Brite nach acht Jahren aus dem Koma erwacht*, *Deutsches Ärzteblatt*, 94(1997), A-960.

1.7. Die Rehabilitation des VS

Beim Patienten im kompletten apallischen Syndrom stellt sich die grundsätzliche Frage einer Rehabilitationschance. Diese Prognose ist besonders schwierig in der klinischen Situation, weil die Wahrscheinlichkeit einer vollständigen Rehabilitation innerhalb der ersten drei Monate nach der Hirnschädigung sehr viel größer als später ist und dennoch ist eine Reihe von Patienten bekannt geworden, die erst nach vielen Monaten aus dem Koma erwacht sind. Die Art der Gehirnschädigung beeinflusst die Sicherheit der Prognose.

PHASE	STUFEN DER BEWUSSTSEINSWIEDERKEHR	REAKTIONEN
Koma	Bewusstlosigkeit	Kein Augenöffnen auf Schmerzreiz
Apallisches Durchgangssyndrom	Beginnendes Wahrnehmen	Unterscheidung von Schlaf-Wachphase möglich. Augen längere Zeit geöffnet. Reflektorische Primitivmotorik auf Schmerzreize und pflegerische Massnahmen. Motorische Primitivschablonen. Ausgeprägter Hypertonus (Spastik).
Phase der primitiven Psychomotorik	Beginnendes Reagieren	Optisches Fixieren, zunächst auf akust., später auch optische Reize. Angstreaktionen auf z.B. pflegerische Massnahmen.
Phase des Nachgreifens	Reagieren	Optisches Verfolgen, beginnendes Situationsverständnis. Normalisierung des Schlaf-Wach-Rhythmus und Nachlassen des Hypertonus. Nachgreifen, oft mit Heranführen des Gegenstandes an den Mund, kommt häufig nicht vor.
Klüver-Bucy-Phase	Erinnern	Erinnern beginnt, indem der Patient Dingen, die bewegt werden, nachschaut. Sinnvolle einfache Handlungen, Verstehen einfacher Aufträge und ja/nein-Signale sind möglich. Andererseits treten motorische Schablonen, Esssucht, aggressives Verhalten und Euphorie auf.
Korsakow-Phase	Reorientieren	Der Patient beginnt, sinnvolle Reaktionen zu zeigen. Es fallen Desorientiertheit, erhebliche Merkfähigkeitsstörungen und Handlungsschablonen auf, das Handeln hat z. T. zwanghaften Charakter, Beginn der Sprachproduktion. Depressives Verhalten, Erkennen und Auseinandersetzung mit der Krankheitssituation zeigen den Übergang ins Integrationsstadium an.
Integrationsstadium	Planen	Das Bewusstsein ist wiedergekehrt. Die Orientierung ist weitgehend vorhanden, sinnvolles Handeln, Befolgen von Aufträgen und gute Mitarbeit in der Therapie sind möglich. Die Patienten beginnen den Tagesablauf, später auch die weitere Zukunft zu planen.

Tabelle 3: Die Phasen der Rehabilitation bei Patienten mit apallischem Syndrom (Roddewig-Rother S. 25)

Gute Pflege (ausgewogene Ernährung, richtige Liege- und Sitzposition) und das Vermeiden von Infektionen tragen zu einer zunehmenden Lebenserwartung von Patienten im PVS bei. ¹⁰⁴ S. Roddewig-Rother zeigt, dass Patienten mit apallischem

¹⁰⁴ Vgl. **D. LANZERATH**, *Selbstbestimmung und Fürsorge*, Zeitschrift für medizinische Ethik 42 (1996), S. 289 -290.

Syndrom nicht zwangsläufig auf einen starren Krankheitszustand festgelegt werden können, sondern durchaus unterschiedliche Phasen durchleben können, bis hin zur Möglichkeit der vollen Rehabilitation (Tab. 3).¹⁰⁵

Zusammenfassend kann man sagen, dass der vegetative Status noch in vielen Punkten ein unverstandener Zustand ist. Die Wiedererlangung des Bewusstseins beim Patient ist oft mit einer schweren Behinderung verbunden.¹⁰⁶

¹⁰⁵ Vgl. **S. RODDEWIG-ROTHER**, *Logopädische Frührehabilitation nach Schädelhirntrauma*, Wachkoma 0/1997, S. 50 -51.

¹⁰⁶ Vgl. **D. LANZERATH**, *Selbstbestimmung und Fürsorge*, S. 290.

2. BEHANDLUNGSABBRUCH ODER –VERZICHT BEI WACHKOMA-PATIENTEN

2.1. Zur Situation der Wachkoma-Patienten auf der Intensivstation

In der modernen Medizin stellt die Frage nach den Grenzen zwischen Leben und Tod. Sollen, dürfen, können wir alles tun, was medizinisch möglich ist? Diese Frage beschäftigt heute besonders die Intensivmedizin. Neue Probleme bringt die Entwicklung der Intensivmedizin im Umgang mit schwer verletzten Patienten. Wenn man sich entscheidet, einen Schwerstkranken nicht intensiv zu behandeln oder zu reanimieren, so kann dies einerseits unterlassene Hilfeleistung oder andererseits einfach Unterlassung einer sinnlosen Behandlung sein. Bei dem Entscheidungsprozess müssen alle Aspekte der ärztlichen Ethik, der Moral und des Gesetzes bedacht werden.¹

Unter dem Begriff „Intensivtherapie“ versteht man eine vorübergehende künstliche Aufrechterhaltung gestörter Vitalfunktionen bis zur Besserung oder Heilung des Grundleidens. Mit anderen Worten setzt die sinnvolle Intensivtherapie ein prinzipiell heilbares oder zumindest besserungsfähiges Grundleiden voraus sowie Flüssigkeitszufuhr, was nicht gleichzusetzen ist mit Lebensverlängerung um jeden Preis. Nach J. SCHARA wird die Aufgabe der Intensivmedizin folgendermaßen bezeichnet: *„Aufgabe der Intensivmedizin ist Behandlung, Überwachung und Pflege von Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen sogenannten vitalen oder elementaren Funktionen von Atmung, Kreislauf, Homöostase (das bedeutet: optimale Zusammensetzung der Körperflüssigkeiten) und Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind, mit dem Ziel, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen.“*² Eingesetzt wird die Intensivmedizin im Bereich der inneren Medizin, der operativen Medizin und der Kinderheilkunde. In der inneren Medizin geht es um die Behandlung von Herzinfarkt, Herz- und Kreislaufdepressionen, schweren Rhythmusstörungen, Versagen der Atmung oder der Nieren sowie von Vergiftungen. Die chirurgische Intensivtherapie ist notwendig bei schweren Unfällen und bei Patienten in der postoperativen Phase nach schweren Operationen. Die pädiatrische Intensivmedizin kommt zur Anwendung bei der Behandlung von Frühgeburten, bei

¹ Vgl. **M. VON LUTTEROTTI**, *Menschenwürdiges Sterben. Kann sich die Gesellschaft auf das Gewissen des Arztes verlassen?*, Freiburg 1985, S. 15f.

² **J. SCHARA**, *Humane Intensivtherapie*, Erlangen 1982, S.9.

schwerem Atemnotsyndrom und auch während der Betreuung nach Operationen bei angeborenen Missbildungen.³

Bevor ein Patient auf die Intensivstation aufgenommen wird, ist die Kenntnis der sogenannten Wiederbelebenszeit besonders nach dem Unfall wichtig. Diese Zeit bezeichnet die Möglichkeit einer völligen Wiederherstellung aller Funktionen nach einer vollständigen Unterbrechung der Blutzufuhr und damit Sauerstoffzufuhr zu einem Organ. Nach der Überschreitung der Wiederbelebenszeit kommt es oft zu schwersten Beeinträchtigungen.⁴ Direkt nach dem Unfall ist es häufig nicht möglich eine genaue Prognose zu stellen. Bei einer unsicheren Prognose oder einer Chance für die Rückkehr des Bewusstseins setzt man eine Maximaltherapie an. Dahinter steht das alte Prinzip „in dubio pro vita“ (im Zweifel Lebenserhaltung).⁵ Die Aufnahme eines Patienten auf die Intensivstation ist nicht nur von dem Zustand des Patienten abhängig, sondern auch davon, ob die Station bereits voll belegt ist, wobei die Aufnahme frisch operierter Patienten oder älterer Patienten mit internistischen Vorerkrankungen problemlos ist. Besondere Priorität haben Polytraumatisierte und Patienten mit ausgedehnten Verbrennungen, weil man mit dem Auftreten schwerer Komplikationen rechnen muss. Patienten im Terminalstadium eines chronischen Leidens sollten nicht auf die Intensivstation aufgenommen werden. Die Intensivmedizin würde in diesem Fall ganz unnötig die Leiden des Patienten und seiner Angehörigen verlängern. Diese Handlung wäre gegen die Würde des Sterbenden und würde die Überlebenschance anderer Patienten beeinträchtigen.⁶

Hinter der Intensivtherapie stehen nicht nur die Apparate, sondern auch die sie bedienenden Menschen. Das gesamte Intensivteam (Ärzte, Schwestern, Pfleger) ist betroffen von den ethischen Entscheidungsschwierigkeiten auf der Intensivstation. In seiner täglichen Arbeit wird das Intensivteam zu einem Ad-hoc-Problemlöser ethischer Fragen bei Patienten während der Intensivtherapie. Das Ergebnis der Teamentscheidung wird mit dem Patienten oder den Angehörigen besprochen und danach wird in der Krankengeschichte auch dokumentiert.⁷

Vereinfacht wird die Entscheidung, wenn der Patient noch bei Bewusstsein ist und seinen Willen äußern kann. Der Arzt kann sich in der Regel am Patientenwillen

³ Vgl. **M. VON LUTTEROTTI**, *Menschenwürdiges Sterben*, S. 67 – 68.

⁴ Vgl. **M. VON LUTTEROTTI**, *Menschenwürdiges Sterben*, S.65 – 66.

⁵ Vgl. **M. VON LUTTEROTTI**, *Behandlungsabbruch/Behandlungsverzicht*, in: **A. ESER** (Hrsg.), *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*, Freiburg/Br. 1989, S. 172 -173.

⁶ Vgl. **K. WIEMERS**, *Intensivmedizin*, in: **A. ESER** (Hrsg.), *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*, Freiburg/Br. 1989, S. 556 – 557.

⁷ Vgl. **W.F. LIST**, *Ethik in der Intensivmedizin*, in: **M. SCHWEITZER** (Hrsg.), *Intensivmedizin: Zukunftsperspektiven – ethische Aspekte, ökonomische Aspekte, neue therapeutische Konzepte*, München 1997, S. 8.

zur Weiterführung oder zum Abbruch einer Behandlung orientieren. Die Situation ist kompliziert bei einem bewusstlosen Patienten, der nicht mehr fähig ist, selbst zu entscheiden. Dann lastet die ganze Verantwortung für die Entscheidung auf dem Arzt. Dabei stellt MARKUS VON LUTTEROTTI folgende Fragen: *Nach welchen Kriterien richtet sich der Arzt dann bei seinen Entscheidungen? Gibt es feste Regeln, an die sich alle Ärzte zu halten haben, so dass sich der Patient völlig beruhigt in jedes Krankenhaus und zu jedem Arzt begeben könnte?*⁸

Nach VON LUTTEROTTI gibt es keine eindeutige Regel besonders, wenn man die große Verschiedenheit der Krankheitssituationen, der Einzelmenschen und der Schicksale in Betracht zieht. Mit anderen Worten ist jeder Fall eben anders. Man muss also nach einer vertrauensbildenden Ethik des ärztlichen Handelns für den Kranken suchen. Das sollte so aussehen, dass der Arzt sich um das Interesse des Kranken kümmert und auf Fremddinteressen, wie die Bequemlichkeit der Behandelnden, wissenschaftliches Interesse oder Wünsche der Angehörige verzichtet.⁹

Die Intensivmedizin ermöglicht die Rettung bzw. die Verlängerung des Lebens von schwerstkranken Menschen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach dem angemessenen Umgang mit Wachkoma-Patienten. Der grundsätzliche Unterschied zu anderen Patienten besteht in ihrer Bewusstlosigkeit. Die Menschen liegen mit offenen Augen und mit vegetativ funktionellem Organismus teilnahmslos in ihrem Bett. Die Wachkoma-Patienten sind mit Sterbenden keinesfalls gleichzusetzen,¹⁰ weshalb umfassende pflegerische Versorgung brauchen. Im Zusammenhang mit der Pflege dieser Menschen ergibt sich eine schwerwiegende ethische Problematik, die sich in den folgenden Fragen zusammenfassen lässt:¹¹

1. Ist dieser Zustand eine Belastung für Ärzte, Pflegepersonal, Angehörige und für die Patienten selbst?
2. Ist es zulässig, diesen Menschen die Nahrung und die Flüssigkeit zu verweigern?
3. Ist es zulässig, diesen Menschen die medikamentöse Behandlung vorzuenthalten?
4. Welche wirtschaftlichen und finanziellen Probleme ergeben sich?

⁸ M. VON LUTTEROTTI, *Menschenwürdiges Sterben*, S. 55.

⁹ Vgl. ebd. S. 55.

¹⁰ Vgl. SAMW, *Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten*, Schweizerische Ärztezeitung, 85(2004) Nr. 1/2, S. 50ff; E. BELEITES, *Wegweiser für ärztliches Handeln*, Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 39, 25. September 1998 (17) A-2365.

¹¹ Vgl. S. MITLACHER, *Die sog. Wachkoma-Problematik*, URL: www.pflegethemen.de, 20.30.2004.

Der Ausgangspunkt des ethischen Diskurses der Betreuung und der Behandlung von Wachkoma-Patienten ist vom Verständnis der diagnostischen und prognostischen Sicherheit bei der Beurteilung des klinischen Erscheinungsbildes abhängig. Es stellt sich die Frage: „*Welche Chancen bestehen für eine Rehabilitation und wie hoch ist die Lebenserwartung eines Patienten?*“¹² Eine Prognose der Rehabilitationschancen ist nur sehr schwer zu erstellen. Der Erfolg der Rehabilitation hängt von der Dauer der Bewusstlosigkeit und der Art der Hirnschädigung ab. Hingegen ist die Lebenserwartung des Wachkoma-Patienten vielfach hoch, bei guter Pflege, bei konsequenter Durchführung der Behandlung und bei Vermeidung von Infektionen.¹³

Dr. KEITH ANDREWS vom Royal Hospital for Neurodisability in London fasst die Problematik der Wachkoma-Patienten in folgenden Punkten zusammen:¹⁴

1. Der Status der Wachkoma-Patienten ist ein noch in vielen Punkten unverständener Zustand.
2. Je länger der vegetative Zustand anhält, desto geringer ist die Chance zur Wiedererlangung des Bewusstseins.
3. Weil häufig keine optimalen Pflegebedingungen vorliegen, treffen die Ärzte zu früh die Entscheidung über den Tod des Patienten.
4. Die Rehabilitationsmaßnahmen schaffen die besten Voraussetzungen für eine Wiedererlangung des Bewusstseins.
5. Mancher behauptet, dass die Wachkoma-Patienten, die das Bewusstsein wiedererlangt haben, schwer behindert bleiben und dieser Zustand schlimmer sei als der vegetative Status.
6. In der letzten Bemerkung hebt Andrews hervor, dass nur die behinderte Person selbst ihre eigene Lebensqualität bewerten kann und nicht jemand, der die Situation von außen betrachtet.

Die Ärzte müssen in den Kliniken täglich Handlungsentscheidungen treffen. Im Umgang mit Wachkoma-Patienten stellt sich also oft die Frage des Abbaus bzw. des Abbruches der Behandlung, d.h. der Unterlassung einer weiteren Lebensverlängerung. Die Entscheidung über die Unterlassung der Lebensverlängerung muss bei Wachkoma-Patienten mit besonderem Verantwortungsbewusstsein getroffen werden, weil man oft mit sogenannten apallischen Durchgangssyndromen rechnen muss. Nach

¹² D. LANZERATH, *Selbstbestimmung und Lebensrecht. Die 2. Europäische Fachkonferenz im Rahmen des BIOMED 1 Projekts „The moral and legal issues surrounding the treatment and health care of patients in persistent vegetative state (PVS)“ am 8./9.Dezember 1995 in Bonn*, Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Bd. 2, 1997, S. 256.

¹³ Vgl. ebd. S. 257.

¹⁴ Vgl. D. LANZERATH, *Selbstbestimmung und Fürsorge. Zur ethischen Diskussion um die Behandlung von Patienten mit komplettem apallischen Syndrom*, Zeitschrift für medizinische Ethik, 42(1996), S. 290.

Monaten und Jahren besteht die Möglichkeit, dass die Patienten das Bewusstsein wiedererlangen.¹⁵ In der klinischen Situation bei PVS-Patienten ist ein Abbruch der künstlichen Ernährung mittels Nasen- oder Magensonde umstritten. Die deutschen Ärzte lehnen einen Verzicht auf künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr ab. Hingegen halten die britischen, niederländischen, schweizerischen und amerikanischen Ärzte grundsätzlich diesen Abbruch für vertretbar.¹⁶

An dem Entscheidungsprozess über den Umgang mit Wachkomapatienten nehmen zum Teil auch Pflegepersonal und Angehörige teil. Zwar ist in der Realität der Einfluss des Pflegepersonals und der Angehörigen auf die Entscheidungsfindung des Arztes gering, doch befinden sich die Angehörigen der Wachkoma-Patienten dennoch in einer besonders belastenden Situation. Die Familie wartet an der Seite des Kranken auf Reaktionen, Zeichen. Jede Regung, jede Bewegung, jeder Laut des Patienten weckt die Hoffnung, dass er aus der Bewusstlosigkeit aufwacht. Angehörige bringen die privaten Dinge der Wachkoma-Patienten ins Krankenhaus mit oder spielen Lieblingsmusik im Kassettenrecorder in der Hoffnung, dadurch den Kranken ins Bewusstsein zurückzurufen.¹⁷ Lange Zeit sitzen ein Ehemann oder eine Ehefrau am Krankenbett und warten auf ein Wunder. Eine Ehefrau beschreibt ihre Erfahrungen auf der Intensivstation folgendermassen:

„Eine Krankenschwester holt mich ab, bringt mich in das Beatmungszimmer. Fünf oder sechs Betten, zum Teil getrennt durch weisse Laken, Apparate, Schläuche, summende Geräusche, unterschiedliche Pieptöne, schnelles Hin- und Herlaufen von Pflegern in Blau, Ärzten in Weiss. Ich erlebe die Atmosphäre sehr fremd, aber hoch konzentriert – sehr fremd. Ein Arzt begrüsst mich, führt mich an Bernds Beatmungsbett. Ich fasse seine kühlen Hände an. Seine Zunge hängt gross und schwer neben dem Beatmungsschlauch. Ein paar aufklärende Sätze ...künstliches Koma – für ein paar Tage – er braucht Sauerstoff – wir werden sehen...

Bernd schläft. Oder schläft er nicht? Ich habe Angst...

Ich warte vor der Aufwachstation. Es ist früher Morgen, 6 Uhr...

Im Beatmungszimmer liegt neben meinem Mann – getrennt durch ein zwischen zwei Ständern aufgespanntes Bettuch – eine junge Frau, auch im Koma, krebskrank. Ihr Mann und der halbwüchsige Sohn stehen täglich an ihrem Bett, reden leise mit ihr...

¹⁵ Vgl. **M. VON LUTTEROTTI**, *Menschenwürdiges Sterben*, S. 82f.

¹⁶ Vgl. **D. LANZERATH, L. HONNEFELDER, U. FEESER**, *Nationaler Bericht der europäischen Befragung: „Doctors views on the management of patients in persistent vegetative state (PVS)“ im Rahmen des Forschungsprojekts „The moral and legal issues surrounding the treatment and health care of patients in persistent vegetative state (PVS)“*, *Ethik Med* 10(1998), S. 158 – 159; **SAMW**, *Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten*, *Schweizerische Ärztezeitung*, 85(2004) Nr. 1/2, S. 53f; **B. JENNETT**, *The Vegetative State. Medical Facts, Ethical and Legal Dilemmas*, Cambridge 2002, S. 109ff.

¹⁷ Vgl. **A. MINDELL**, *Schlüssel zum Erwachen. Sterbeerlebnisse und Beistand im Koma*, Düsseldorf 2003, S. 44f.

Heute hat Marco Dienst, ich bin erleichtert, er holt mich im Wartezimmer ab. Was liebt ihr Mann, fragt er, ich meine, welche Musik hat er gern: Rock oder Klassik oder Gospels? Wir einigen uns auf etwas Leichtes, Beschwingtes: Mozart. Marco stellt einen kleinen Kassettenrecorder auf die Fensterbank, in die Nähe von Bernnds Bett. Er blinzelt, atmet schwer; aber ich merke, es tut ihm gut, er freut sich.

Ich habe das Patiententestament meines Mannes in der Tasche, in dem er verfügt hat – vor langen Jahren schon – dass er im Ernstfall keine Beschleunigung, aber auch keine Verlängerung seines Sterbens wünscht...Ich habe das Gefühl, dieses Testament nicht – noch nicht – aus der Hand zu geben. Es ist eine Vorsicht, eine Unsicherheit, die mich daran hindert und die ich selbst ernst nehmen will. Nein, denke ich, noch kämpft er um sein Leben, und wir hoffen...“¹⁸

Die Angehörigen erleben diese Situation als grosse psychische Belastung. Sie müssen sich an eine Ordnung halten, die sie nicht selbst gemacht haben, die sie häufig nicht verstehen. Heute ist die Verantwortung der Angehörigen etwas kleiner geworden.¹⁹ Normalerweise betrachtet man die Angehörigen als geeignete Zeugen für den Patientenwillen. In der klinischen Praxis wird der Wille eines nichteinwilligungsfähigen Patienten durch das Patiententestament geprüft. Die Angehörigen können dem Arzt Hinweise geben, aber sie sollten nicht entscheiden. Der Garant für den Kranken ist immer der Arzt, der endgültig die Entscheidung über die Intensivbehandlung trifft.²⁰

Unter Intensivmedizin versteht man sowohl die Apparatedizin, als auch die Intensivpflege, hinter der Krankenschwester und Krankenpfleger stehen. Im Umgang mit Wachkoma-Patienten spielt diese Pflege eine bedeutende Rolle. Man kann sagen, dass die Pflege in sich selbst therapeutische Wirkung hat, die für PVS-Patienten besonders hilfreich ist. Außerdem besitzt jeder einzelner Pflegeakt moralische Relevanz:

„Solche moralische Bedeutung kommt zum Tragen im Zusammenhang mit dem Essen reichen, mit der Körperpflege, mit vorbeugenden Maßnahmen oder im Zusammenhang mit Hilfe beim Wasserlassen, beim Stuhlgang, beim Erbrechen.“²¹

Die Pflege der PVS-Patienten bringt psychische und zwischenmenschliche Probleme für das Pflegepersonal mit sich. Insbesondere kommt es zu einer gewissen Unsicherheit und Beklommenheit. Es gibt keine direkte Kommunikation, sondern

¹⁸ **T. STEINS**, *50 Tage intensiv*, in: **HELGA STRÄTLING-TÖLLE** (Hrsg.), *50 Tage intensiv, oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus*, Frankfurt am Main 2000, S. 17ff.

¹⁹ Vgl. **M. ARNDT**, *Pflege, Moral und Beziehungen*, in: **HELGA STRÄTLING-TÖLLE** (Hrsg.), *50 Tage intensiv, oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus*, Frankfurt am Main 2000, S.114f.

²⁰ Vgl. **D. LANZERATH**, **L. HONNEFELDER**, **U. FEESER**, *Nationaler Bericht der europäischen Befragung*, S. 166, sowie **M. VON LUTTEROTTI**, *Menschenwürdiges Sterben*, S. 62 -63.

²¹ **M. ARNDT**, *Pflege, Moral und Beziehungen*, in: **HELGA STRÄTLING-TÖLLE** (Hrsg.), *50 Tage intensiv, oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus*, Frankfurt am Main 2000, S. 131.

meist nur Verständigung durch Körperkontakt. Die ganze Situation ist für das Pflegepersonal fragwürdig und unheimlich. Die Pflege solcher Patienten ist eine große Herausforderung für die Pflegenden, da sie die meiste Zeit mit ihnen verbringen:

„... denn die Pflegeperson verbringt in den meisten Fällen den größten Zeitanteil mit dem Patienten, kann am Besten über die unterschiedlichen Wachphasen und Reaktionsweisen Auskunft geben und eine entsprechende Förderung zum Wohle des Patienten erzielen.“²²

Manchmal gerät das Pflgeteam im Konflikt zwischen der Sicht der Ärzte und der der Angehörigen. Es steht zwischen der Hoffnung und der Verzweiflung der Angehörigen sowie der Gleichgültigkeit der Ärzte. Die Pflegenden müssen manchmal selbst einen Lösungsweg finden.²³ Dieser wird häufig durch Kommunikationsprobleme zwischen dem Pflgeteam, dem Patienten und den Angehörigen erschwert. Die Patienten und die Angehörigen brauchen nicht nur medizinische und pflegerische Betreuung, sondern auch psychologischen, spirituell-religiösen Beistand. In der Situation der Intensivtherapie reagieren die Angehörigen erleichtert, wenn sie von Seiten des Pflgeteams Empathie, Verständnis und Anteilnahme erfahren. Dies ist der erste Schritt zur Entwicklung einer guten Kommunikation auf der Intensivstation.²⁴

Der Patient ist nach dem Unfall in einer andern Welt. Diese Welt – so die Medizinpsychologie – ist real, denn viele Wachkoma-Patienten haben in dieser Zeit Träume. Die erwachten Patienten erinnern sich an Erlebnisse, Gefühle, Träume und Phantasien. Andere Patienten haben keine Erinnerungen, da diese wahrscheinlich mit dem Ende wachkomatösen Zustands verschwinden. Sind Erinnerungen an das Koma vorhanden, haben sie verschiedene Strukturen:²⁵

1. reine Träume, die die Situation der Intensivtherapie betreffen,
2. Mischformen, bei denen konkretes Erleben mit Träumen verbunden ist,
3. genaue Erinnerungen an Situationen mit Mitarbeiter/innen.

Wegen der Beatmung erleben die Patienten auf der Intensivstation in besonderer Weise die Hilflosigkeit und psychische Eingeschränktheit. Teilweise verspüren Patienten eine spezielle Art der Belastung durch die Kommunikationseinschränkung.²⁶

²² **CH. PLENTER**, *Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkoma-Patienten*, Hannover 2001, S. 72.

²³ Vgl. **S. MITLACHER**, *Die sog. Wachkoma-Problematik*, in: Internet, www.pflegethemen.de, 20.30.2004.

²⁴ Vgl. **M. STRÄTLING, A. SIMON**, *Ein Beispiel für therapeutische, kommunikative und ethische Probleme des Arztes in der modernen Intensivmedizin*, in: **HELGA STRÄTLING-TÖLLE** (Hrsg.), *50 Tage intensiv, oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus*, Frankfurt am Main 2000, S.176ff.

²⁵ Vgl. **E. FREITAG**, *Was und wie Patienten erleben. Von der Notwendigkeit einer psychosozialen Begleitung*, in: **HELGA STRÄTLING-TÖLLE** (Hrsg.), *50 Tage intensiv, oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus*, Frankfurt am Main 2000, S.77ff.

²⁶ Vgl. **E. FREITAG**, *Was und wie Patienten erleben*, S. 90ff.

Während der Hospitalisation bleiben die Patienten in der speziellen Wachkomastation.²⁷ In dieser Zeit erleben die Wachkoma-Patienten die unterschiedlichen Formen der Behandlung und der Pflege. Nach einer gewissen Zeit sitzen sie im Rollstuhl. Die Arme und Beine sind spastisch angezogen. Sie schlafen mit offenen Augen. Jeder kleine Fortschritt erweckt in den Angehörigen große Hoffnung. In der Rehab Basel arbeiten Therapeuten und Ärzte daran, dass die Wachkoma-Patienten wieder schlucken und sprechen lernen und somit leistungsfähig sein können. Im Zentrum wurde mit verschiedenen Arten der Therapie gearbeitet: Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Feldenkrais, komplementärmedizinische Therapien, Kunsttherapie, Musiktherapie, Rekreationstherapie und Sport.²⁸

Natürlich stellt sich immer auch die Frage nach den Kosten der Intensivtherapie und eventuell der Rehabilitation. Hier spielen die Gesichtspunkte der sogenannten Allokationsethik oder Verteilungsgerechtigkeit eine Rolle. Die Schwierigkeiten bestehen darin, dass manchmal die Angehörigen die Pflegekosten für die Wachkomapatienten übernehmen müssen, weil die Pflegeversicherung nicht für alles aufkommt. Die Konsequenz ist daraus, dass viele Patienten statt in Intensivpflege in Behandlungszentrum oder zu Hause versorgt werden, wo sie die entsprechende Spezialpflege nicht bekommen.²⁹

Im klinischen Alltag kommt es oft vor, dass teure Geräte, z. B. Respiratoren in ungenügender Zahl vorhanden sind. Der Arzt ist daher häufig zur Selektion der Patienten gezwungen. Die Krankenkasse kann bei den finanziellen Schwierigkeiten nicht helfen. Die heutige Tendenz steigender Gesundheitsausgaben zeigt, welche Rolle das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis medizinischer Maßnahmen für die Allokation begrenzter Gesundheitsressourcen spielen kann und soll. G. MARCKMANN und U. SIEBERT stellen dabei folgende Frage: *„Da die Ausgabenzuwächse einerseits begrenzt werden sollen, andererseits aber ein umfassender leistungsrechtlicher Versicherungsschutz mit adäquaten Zugang zur medizinischen Versorgung sichergestellt werden soll, stellt sich die Frage nach der Wirtschaftlichkeit bzw. Effizienz medizinischer Verfahren: Wie kann man bei begrenzten Ressourcen den maximalen medizinischen Nutzen erzielen?“*³⁰

Trotz der ökonomischen Rahmenbedingungen ist der Arzt nur seinem Patienten gegenüber verantwortlich. Ethische Verpflichtung des Arztes ist es, Leben zu

²⁷ In der Schweiz gibt es einzige Wachkomastation in Rehab Basel. Dieses Zentrum hospitalisiert Querschnittgelähmte und Hirnverletzte. Vgl. **M. MÄDER, E. PETERHANS**, *Die Wachkomastation und ihre Bedeutung*, REHAB info, Dezember 2002, S. 8 – 9.

²⁸ Vgl. URL: www.rehab.ch.

²⁹ Vgl. **S. MITLACHER**, *Die sog. Wachkoma-Problematik*, URL: www.pflegethemen.de, 20.30.2004.

³⁰ **G. MARCKMANN, U. SIEBERT**, *Kosteneffektivität als Allokationskriterium in der Gesundheitsversorgung*, Zeitschrift für medizinische Ethik 48 (2002), S. 172.

erhalten, Krankheit zu heilen, Leiden zu lindern. Die Intensivtherapie ist in besonderer Weise ein Ort der Herausforderung sowohl für das Intensivteam, als auch für Therapeuten, Politiker, Angehörige und für jeden Menschen. In dieser Situation werden die Gesundheitssysteme sowie die Ziele und Aufgaben der Medizin am Deutlichsten verifiziert.³¹ Dabei muss man sich im Zusammenhang mit den Wachkomapatienten auch die Frage stellen: Gibt es in ganzem Gesundheitssystem genügend Wachkomastationen, wo liebevolle Behandlung und Betreuung angeboten werden? Und die zweite Frage: Findet man im Krankenhaus, auf der Wachkomastation, den Respekt vor der Menschenwürde, unabhängig von bestimmten Eigenschaften oder Leistungen, vom Gesundheits- und dem Bewusstseinszustand? Als Antwort auf diese Fragen könnten die Worte vom Chefarzt der Rehab Basel MARK MÄDER dienen: *„Vor allem die ethischen Fragen um den Patienten im Wachkoma rufen nach Auseinandersetzung mit Lebensrecht trotz Behinderung. Wichtig ist, dass auch ein Mensch in Bewegung begriffen wird. Leben ist mit Stillstand unvereinbar. Der Weg zwischen den Welten gibt uns viele Rätsel auf, die wir angehen und besser verstehen müssen. Dies gibt unserer Wachkomastation ihren tieferen Sinn.“*³²

³¹ Vgl. **D. VON ENGELHARDT**, Geleitwort, in: **HELGA STRÄTLING-TÖLLE** (Hrsg.), *50 Tage intensiv, oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus*, Frankfurt am Main 2000, S. 7.

³² **M. MÄDER, E. PETERHANS**, *Die Wachkomastation und ihre Bedeutung*, REHAB info, Dezember 2002, S.9.

2.2. Die Problematik der Therapiebegrenzung und der Therapieverzicht bei PVS-Patienten

2.2.1. Zu den Kriterien der Therapiebegrenzung und des Therapieverzichts

Der Strafsenat des BGH aus dem Jahre 1994 verfasste ein Gutachten über die Kriterien der Begrenzung einer lebenserhaltenden Therapie aufgrund irreversibel tödlicher Grundleiden. Das Gericht unterscheidet zwischen einer Sterbephase im weiteren und im engeren Sinne. Der Strafsenat versteht unter der Sterbephase im weiteren Sinne ein Leiden, das als irreversibel und tödlich gilt, aber nicht unmittelbar zum Tod führt. Hingegen versteht das Gericht unter der Sterbephase im engen Sinne ein unumkehrbares Leiden, das direkt den Tod verursacht und durch den Verlust lebenswichtiger Organfunktionen zu charakterisieren ist.³³ Nach der Vorsitzenden Richterin am Bundesgerichtshof MEO-MICAELA HAHNE spielt die Voraussetzung eines irreversiblen tödlichen Verlaufes der Erkrankung eine bedeutende Rolle bei einer ärztlichen Entscheidung. In diesem Zusammenhang hat die Richterin den Zustand des Wachkomas als ein irreversibel tödliches Grundleiden bezeichnet. Ihre Auffassung ist geprägt von einem funktionellen Menschenbild, wo nur die geistigen Fähigkeiten den Menschen ausmachen: *„Zum Menschen gehört mehr als die Aufrechterhaltung der vegetativen Lebensfunktionen, mehr als der blosse Stoffwechsel. Geist und Seele machen den Menschen aus. Wir meinem, dass eine Weiterbehandlung – auch aus ärztlich-ethischer Sicht- nur dort vorgenommen werden sollte, wo eine Chance besteht, dass der Patient wieder zu einer Persönlichkeit wird, die als bewusster Mensch am Leben der anderen teilnehmen kann. Wenn diese Chance nicht mehr besteht, befindet sich unseres Erachtens ein solcher Wachkomapatient in einem irreversiblen tödlichen Verlauf. Wenn er dann in seiner Patientenverfügung bestimmt hat, dass er einen solchen Zustand nicht künstlich verlängert haben möchte, hat der Arzt das zu befolgen.“*³⁴

Bei diesem Standpunkt wird der Zustand des Wachkomapatienten fehlerhaft als irreversibel und tödlich bezeichnet. Nach STEPHAN SAHM kann man unter medizinethischen Aspekten drei verschiedene Zustände von Patienten unterscheiden: 1. Patienten nahe dem Tode, 2. Patienten mit infauster Prognose und 3. Patienten mit irreversiblen, aber substituierbaren Zuständen (ISZ). Die ISZ charakterisieren die Langzeitpatienten, die mit medizinischen Maßnahmen am Leben erhalten werden

³³ Vgl. **BGH-Beschluss** vom 13.9.1994, AZ 1 Stk 357/94. NJW 48, S. 204- 207.

³⁴ **MM. HAHNE**, *Der Patientenwille hat Vorrang*, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 18.07.2003, Nr 164, S. 4.

können, solange keine anderen Erkrankungen dazu kommen. Der Zustand des Wachkomapatienten ist der dritten Kategorie zuzuordnen. Die Patienten gelten nach ärztlicher Ansicht nicht als Sterbende. Eine solche Unterscheidung ist von wichtiger Bedeutung für das medizinische Handeln und für die ethische Bewertung.³⁵

Die neuen Grundsätze zur Sterbegleitung der Bundeskammer von 30. April 2004 heben hervor, dass die Wachkomapatienten eindeutig Lebende sind und dass die Bewusstlosigkeit kein Kriterium für eine Einstellung der Behandlung oder die Beendigung des Lebens sein darf: *„Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf kein alleiniges Kriterium für Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sein.“*³⁶

Dem Konsens der Task Force on Ethics der Society of Critical Care Medicine entsprechend kann der Patient bzw. der Angehörige des Patienten die Entscheidung zur Weiterbehandlung oder Beendigung der Behandlung von terminalen und nicht terminalen Patienten treffen:

1. Der Patient entscheidet über die Durchführung jeder Therapie. Es ist ethisch vertretbar, dass er über Anwendung oder Abbruch einer Therapie bestimmt.
2. Eine schon angewendete Therapie zu unterbrechen ist nicht notwendigerweise problematischer als die Nichtanwendung. Lebenserhaltende Massnahmen sind notwendig, um eine angemessene Patientenentscheidung zu ermöglichen.
3. Die Behandlung hat ihre medizinische Berechtigung, wenn sie dem Patienten zum Vorteil gereicht, ohne Vorteil verliert sie ihre Berechtigung.
4. Ein Abbruch der Therapie sollte diskutiert werden
 - bei schwieriger Prognose mit geringen Überlebenschancen,
 - wenn die Last der Therapie ihre Vorteile überwiegt,
 - wenn die Qualität des Lebens nicht mehr akzeptabel ist.³⁷

2.2.2. Die Unsicherheit der Prognose

Am 15. April 1975 wurde die 21-jährige KAREN ANN QUINLAN nach Einnahme von Beruhigungstabletten zusammen mit Alkohol im Zustand der Bewusstlosigkeit aufgefunden. Sie erlitt mindestens zwei Atemstillstände von jeweils 15 Minuten. Sie wurde in die Intensivabteilung eingeliefert, wo sie künstlich beatmet wurde. Ihr Zustand wurde als vegetativer Zustand bezeichnet. Bald verschlechterte sich ihr

³⁵ Vgl. **S. SAHM**, *Selbstbestimmung am Lebensende im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ethik und Recht*, Ethik Med 16(2004), S. 136.

³⁶ **BÄK.**, *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung* (07.05.2004), Deutsches Ärzteblatt 101(2004), A-1299.

³⁷ Vgl. **CCM**, *Consensus statement of the society of critical care medicine's ethics committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments*, Crit Care Med 25(1997), S. 887 – 891.

Gesamtzustand und sie wurde künstlich ernährt. Sie reagierte reflexartig auf Licht, und Geräusche, während die Qualität ihrer Gefühlsimpulse nicht feststellbar war. Die Behandlung führte bei KAREN zu keiner Verbesserung ihrer Situation, Heilungschancen gab es keine. Es wurde vermutet, dass die Frau aus der Bewusstlosigkeit nie mehr erwache würde. Ihre Lebenserwartung wurde auf maximal ein Jahr prognostiziert und das Abschalten des Beatmungsgerätes hätte bald zum Tod geführt. Nach 3 Monaten beantragte JOSEPH QUINLAN, der Adoptivvater von Karen, das Beatmungsgerät abzuschalten. Er argumentierte, dass das Beatmungsgerät nach der Lehre der katholischen Kirche zu den außergewöhnlichen Mitteln gehört. Die Ärzte lehnten das Abschalten des Beatmungsgerätes ab, weil bei Karen die Kriterien des Hirntodes nicht erfüllt wurden. Die behandelnden Ärzte beriefen sich auch auf die medizinischen Standards der Ethik. Das Gericht lehnte in erster Instanz diesen Antrag ab und setzte JOSEPH QUINLAN lediglich als Vermögensverwalter seiner Tochter ein. Der Supreme Court hingegen verfasste ein Gutachten zugunsten JOSEPH QUINLANS.³⁸ Das Gericht wendete sich der Frage zu, welche Bedeutung das Recht KAREN QUINLAN auf Schutz ihrer Privatsphäre (right of privacy) für die Entscheidung des Falles besitzt. Der Supreme Court ging davon aus, dass KAREN, wäre sie kurzfristig bei klarem Bewusstsein entscheiden könnte, die weitere künstliche Aufrechterhaltung ihres Lebens abubrechen: *„We have no doubt, in these unhappy circumstances, that if Karen were herself miraculously lucid for an interval (not altering the existing prognosis of the condition to which she would soon return) and perceptive of her irreversible condition, she could effectively decide upon discontinuance of the life-support apparatus, even if it meant the prospect of natural death.“*³⁹

Das endgültige Gutachten des Gerichts erlaubte das Abschalten des Beatmungsgerätes ohne zivil- oder strafrechtlichen Nachteile. Hauptsächlich wurde damit argumentiert, dass, wenn keine vernünftige Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Patientin das Bewusstsein wieder erlangt, das Lebenserhaltungssystem abgeschaltet werden sollte: *„The evidence in this case convinces us that focal point of decision should be the prognosis as to the reasonable possibility of return to cognitive and sapient life, as distinguished from the forced continuance of that biological vegetative existence to which Karen seems to be doomed.“*⁴⁰

Nach diesem Urteil legte man Karen in ein normales Krankenzimmer und brach schließlich die künstliche Beatmung ab. KAREN atmete spontan weiter, erlangte aber nie wieder das Bewusstsein. Sie starb im Sommer 1985 nach 10 Jahren persistierendem vegetativem Zustand.

³⁸ Vgl. **SCNJ**, *In the Matter of Quinlan*, 335 A.2d 647 (1976).

³⁹ **SCNJ**, *In the Matter of Quinlan*, 335 A.2d 661f. (1976).

⁴⁰ **SCNJ**, *In the Matter of Quinlan*, 335 A.2d 669 (1976).

Die Prognose beim persistierenden vegetativen Zustand ist noch heute unsicher. Besonders schwierig ist die Erstellung einer Prognose in Hinsicht auf die Rehabilitationschancen. Innerhalb der ersten drei Monate nach der Gehirnschädigung ist die Rehabilitation eher möglich als später. Häufig kehrt das Bewusstsein entweder spontan oder allmählich nach vielen Monaten, bzw. Jahren wieder. Bei vielen Patienten ist die Sicherheit der Prognose abhängig von der Art der Hirnschädigung und vom Alter. Bei jüngeren Menschen ist die Prognose in der Regel besser als in höheren Alter.⁴¹ Eine britische Richtlinie fordert 12 Monate abzuwarten, bevor ein Behandlungsabbruch in Frage kommt: *„The BMA, however, recommended that decisions to withdraw treatment should only be considered when the patient has been insentient for 12 months. The BMA believes that the minimum 12 month period currently provides an essential safety net.“*⁴² Dabei stellt sich die Frage, ob die Sicherheit der Prognose nach 12 Monaten gewährleistet ist. Bis heute ist die Diskussion um eine sichere Grenze zwischen dem persistierenden vegetativen Zustand und dem permanenten vegetativen Zustand nicht abgeschlossen. Also ist es problematisch, die Irreversibilität des Zustands ohne weitere Hoffnung auf Erholung und Bewusstseinsrückkehr festzustellen. Mehr als Wahrscheinlichkeiten gibt es nicht.⁴³

Eine Alternative zur sicheren Diagnose des permanenten vegetativen Zustands schlägt MARCIA ANGELL vor. Ausgangspunkt ist für sie die Entscheidung für einen Behandlungsabbruch beim Quinlansfall und beim Babyfall (anenzephalische Neugeborene). M. ANGELL weist darauf hin, dass die Lösung des Problems des permanenten vegetativen Zustandes und der Anenzephalie in der Umformulierung der Definition des Hirntodes bestünde. Im Zusammenhang damit formuliert sie drei Alternativen:⁴⁴

1. eine neue Definition des Todes (Grosshirntod) mit Einschluss des permanenten vegetativen Zustands.
2. die Aufstellung neuer Kriterien für die Entscheidung über eine Behandlung oder das Ende der Behandlung basierend auf dem Ausmaß der neurologischen Schädigung und ihrer Dauer.

⁴¹ Vgl. **D. LANZERATH**, *Selbstbestimmung und Fürsorge*, S. 289f; **M. VON LUTTEROTTI**, *Irreversibler Bewusstseinsverlust und ärztliche Behandlungspflicht*, Wiener Medizinische Wochenschrift 146(1996) Nr 3, S. 59.

⁴² **BMA**, *Treatment decisions for patients in persistent vegetative state*, London 1996.

⁴³ Vgl. **THE MULTI-SOCIETY TASK FORCE ON PVS**, *Medical Aspects of the Persistent Vegetative State. Second of Two Parts*, N Engl J Med 330(1994), S. 1575; **N. L. CHILDS, W. N. MERCER**, *Brief Report: Late improvement in consciousness after post-traumatic vegetative state*, N Engl J Med 334(1996), S. 25.

⁴⁴ Vgl. **M. ANGELL**, *After Quinlan: The Dilemma of the Persistent Vegetative State*, N Engl J Med 330(1994), S. 1524f.

3. die Verlagerung der Verantwortung auf den Patienten (Testament) oder auf die Entscheidung der Familie, ob sie eine Behandlung oder deren Abbruch (einschließlich künstliche Ernährung) wünschen.

Manche Philosophen behaupten, dass ein Patient mit permanentem Bewusstseinsverlust für tot erklärt werden soll, weil er keine Person mehr sei. Sie argumentieren, dass die Definition des Großhirntodes (higher-brain definition) logisch als Ganzhirntod und Hirnstammtod zu betrachten sei.⁴⁵ Die President's Commission lehnte im Jahr 1983 den Vorschlag dieser Todesdefinition ab, weil sie Probleme der sozialen Ordnung einführe.⁴⁶ Nach der „Multi-Society Task Force on PVS“ und der „American Neurological Association“ sollen die Begriffe „neocortical death“, „appalic state“, „coma vigile“, „alpha coma“ und „permanent unconsciousness“ bei PVS nicht verwendet werden, weil sie kein deutliches klinisches Wesen zeigen.⁴⁷

Bei unsicherer Prognose stellen sich zwei Fragen: Wie lange kommen die lebensverlängernden Maßnahmen beim PVS in Betracht? Welche Kriterien sind akzeptabel, die lebensverlängernden Maßnahmen abubrechen oder zu begrenzen? Die zusätzliche Schwierigkeit besteht darin, dass die Entscheidung über den Abbruch der lebensverlängernden Maßnahmen beim PVS immer schwierig ist, wenn man dieses Syndrom als Durchgangssyndrom ansieht. Viele Beispiele von Patienten mit persistierendem vegetativem Zustand zeigen auf, wie vorsichtig man in der Beurteilung der Endgültigkeit einer Bewusstlosigkeit sein muss.

Die American Medical Association (AMA) weist dem PVS-Patienten den Status des permanenten Bewusstseinsverlustes zu, um den Abbruch der lebensverlängernden Maßnahmen ethisch zu rechtfertigen: *„Recent public debates and judicial decisions have highlighted the issue of when it is justifiable to end life support for persons with loss of higher brain functions. In cases involving persons classified as permanently unconscious, several courts have authorized caretakers to withdraw or withhold treatments that served only to sustain vegetative functions and offered no prospect of restoring cognition or sapience.“*⁴⁸

Die rechtliche Tendenz geht inzwischen dahin, dass die Lebenserhaltungspflicht dort endet, wo der Mensch unwiderruflich die Reaktionsfähigkeit weiterer

⁴⁵ Vgl. **VEATCH RM**, *The whole-brain-oriented concept of death: an outmoded philosophical foundation*, J Thanatol 3(1975), S. 13 – 30; **K.G. GERVAIS**, *Redefining death*, New Haven, 1997.

⁴⁶ **PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE**, *Deciding to forego life-sustaining treatment*, Washington DC, US Government Printing Office, 1983.

⁴⁷ **THE MULTI-SOCIETY TASK FORCE ON PVS**, *Medical Aspects of the Persistent Vegetative State. First of Two Parts*, N Engl J Med 330(1994), S. 1503; **ANA**, *Persistent vegetative state : report of the American Neurological Association Committee on Ethical Affairs*. Ann. Neurol., 33(1993), S. 386-390.

⁴⁸ **AMA**, *Persistent vegetative state and the decision to withdraw or withhold life support*, JAMA 263(1990), S. 426.

Selbstwahrnehmung und Selbstverwirklichung verliert und dass das bei irreversiblen Bewusstseinsverlust nachweisbar so sei.⁴⁹ Die Konsequenz daraus ist, dass ein Behandlungsabbruch von dem Moment an zulässig ist, wo nach menschlicher Einschätzung ein Patient das Bewusstsein nie mehr wiedererlangen kann.⁵⁰ Lord Mustill wies auch auf die Bedeutung des Personalitätskonzeptes beim Abbruch der lebensverlängernden Maßnahmen beim PVS hin. Er behauptete bezogen auf den Fall ANTHONY BLAND, dass die Fortsetzung der Behandlung nicht im „best interest“ des Patienten liege, weil es keine Kombination der vielfältigen Eigenschaften gäbe, die wir eine Persönlichkeit nennen.⁵¹

Die Schmerzempfindung und das Leiden gelten im angelsächsischen Bereich als bewusste Erfahrungen. Deshalb stellt sich die Frage, ob der Behandlungsabbruch zum Leiden führt wie, z. B. nach dem Respiratorabbruch zur Dyspnoe oder nach dem Entzug der künstlichen Ernährung zum Verhungern. Man behauptet, dass die PVS-Patienten nicht schmerz- und leidensfähig seien. Schmerz und Leiden seien Attribute von Bewusstsein. PVS-Patienten seien bewusstlos, das schließe Leiden per definitionem aus. Hintergrund dieser These ist der Verlust der Grosshirnfunktionen, der die Schmerzempfindung und das Leiden verhindert. Die klinische Untersuchungen zeigen: Erstens sind die Anzeichen des Verhaltens bei PVS-Patienten keine bewusste Erfahrungen des Schmerzes und des Leidens; Zweitens liegt eine Gehirnstörung vor, die mit dem Bewusstsein oder mit der Fähigkeit der Schmerzempfindung und des Leidens unvereinbar ist; Drittens zeigt die Position Emission Tomographie (PET), dass die Zufuhr von Glukose zum Grosshirn sehr eingeschränkt ist und dass das mit Bewusstsein unvereinbar sei.⁵²

Um dem Abbruch der lebensverlängernden Maßnahmen des PVS zu rechtfertigen, argumentiert man mit dem Sinn-Kriterium. Wenn ein bewusstes menschliches Leben nicht mehr möglich ist, hat es keinen Sinn, ein rein biologisches, nur noch vegetatives Leben, auf unbestimmte Zeit zu verlängern. In der ethischen Diskussion wirft man die Frage nach der Nutzlosigkeit der medizinischen Behandlung auf, insbesondere wenn es keine genaue Prognose für Patienten mit PVS gibt. Aus utilitaristischer Perspektive gilt die langfristige Behandlung von Patienten mit PVS als

⁴⁹ Vgl. **A. ESER**, *Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen*, in: **W. JENS, H. KÜNG** (Hrsg.), *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*, München-Zürich 1995, S. 163.

⁵⁰ Vgl. ebd. S. 164.

⁵¹ Vgl. *Airedale NHS Trust v. Bland* [1993] 1 All ER 821f. per Lord Mustill.

⁵² Vgl. **AAN**, *Position of the AAN on certain aspects of the care and management of the persistent vegetative state patient*, *Neurology* 39(1989), S. 125 – 126; **AMA**, *Persistent vegetative state and the decision to withdraw or withhold life support*, *JAMA* 263(1990), S. 426 – 430; **ANA**, *Persistent vegetative state*, *Ann Neurol* 33(1993), S. 386 – 390; **THE MULTI-SOCIETY TASK FORCE ON PVS**, *Medical Aspects of the Persistent Vegetative State. First of Two Parts*, *N Engl J Med* 330(1994), S. 1499 – 1508.

„medizinisch zwecklos“ (medically futile), „hoffnungslos“ (hopeless). Das Konzept der Zwecklosigkeit entwickelte sich aus dem Vorschlag der Begrenzung der Kardiopulmonalen Reanimation (CPR) bei chronisch dementen Patienten, unter der Voraussetzung, dass die Ärzte diese Behandlung als zwecklose deklarierten.⁵³ Die Zwecklosigkeit war das Resultat der Einschätzung von Wahrscheinlichkeit und Nutzen der Behandlung, wobei man quantitative und qualitative Bestandteile unterscheidet. Der Nutzen bezieht sich physiologisch auf die Wiederbelebung durch CPR oder qualitativ auf die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten. Im Konzept des Utilitarismus liefert die Behandlung von PVS-Patienten keinen Nutzen, weil sie entweder keinen physiologischen Effekt oder schlechte qualitative Ergebnisse bringt. Darum könnte man lebensverlängernde Maßnahmen als zwecklos einstufen.⁵⁴ Die American Medical Association definiert im Kontext des Lebensendes die medizinische Zwecklosigkeit der Lebensverlängerung beim PVS-Patienten. Als klinische Paradigmen der zwecklosen Behandlung gelten – nach AMA – die Lebensverlängerung, aggressive Therapien wie Hämodialyse oder Chemotherapie und invasive Therapie wie Antibiotikatherapie oder intravenöse Hydratation: *„Use of life-sustaining or invasive interventions in patients in a persistent vegetative state or who are terminally ill may only prolong the dying process. (...) Clinical paradigms of futile care often involve life-sustaining intervention for patients in a persistent vegetative state, or resuscitation efforts for the terminally ill. Other paradigms include the use of aggressive therapy such as hemodialysis, chemotherapy, or surgery for advanced fatal illness without a realistic expectation of care or palliation, and also the use of less invasive treatments such as antibiotics or intravenous hydration in near-moribund conditions.“*⁵⁵

Das Konzept der Zwecklosigkeit schafft Konflikte zwischen Ärzten und Angehörigen. Während die Ärzte nur unter der Voraussetzung einer Nutzensprognose zum Handeln befugt sind, möchte die Familie auf die Prognose Einfluss nehmen, d.h. das ärztliche Urteil der Zwecklosigkeit abwenden. Viele Angehörigen geben die Hoffnung nicht auf, dass ein Wunder geschehen könne bzw. sie sind der Ansicht, dass die Lebensverlängerung in sich sinnvoll sei. Daher möchten die Angehörigen von permanent vegetativen Patienten die Aufrechterhaltung von CPR. In den USA gibt es die Tendenz, diesbezügliche Wünsche der Familie zu respektieren.⁵⁶ Nach den Richtlinien der American Heart Association ist der Arzt hingegen nicht verpflichtet,

⁵³ Vgl. **B. JENNETT**, *The Vegetative State. Medical Facts, Ethical and Legal Dilemmas*, Cambridge 2002, S. 105.

⁵⁴ Vgl. ebd. S. 105.

⁵⁵ **AMA**, *Medical Futility in End-of-Life Care*, JAMA (281)1999, S. 937-941.

⁵⁶ Vgl. **B. JENNETT**, *The Vegetative State*, S. 106.

sinnlose Behandlungen durchzuführen, auch wenn dies vom Patienten oder seinen Angehörigen verlangt wird. So gelten als sinnlose Behandlungen:

1. einfache und erweiterte lebensrettende Sofortmaßnahmen, die nicht innerhalb eines definierten Zeitraumes zum ROSC („return of spontaneous circulation“) führen;
2. eine Reanimation bei einem Patienten mit progressivem, oder kardiogenem Schock;
3. Reanimationsmaßnahmen bei metastatischen Tumorerkrankungen;
4. persistierender vegetativer Status bei jungen und älteren Patienten.⁵⁷

Bei einem Patienten mit schlechter Prognose, der sich ein Jahr oder länger im PVS befindet, stellt sich die Frage, ob eine weitere Behandlung im vollen bisherigen Umfang in Betracht kommt, oder ob eine Therapiebegrenzung oder ein Behandlungsabbruch überlegt werden muss. Bei PVS-Patienten könnten eine Therapiebegrenzung bzw. ein Therapieverzicht z. B. im Abbruch einer Antibiotikabehandlung während einer Infektionskrankheit oder anderer Therapieformen in lebensbedrohlichen Situationen bestehen. Es ist aber auch ein Abbruch der künstlichen Ernährung vorstellbar. Beides gilt im Fall des PVS-Patienten mit schlechter Prognose unter bestimmten Umständen als vertretbar.⁵⁸ Die ethischen Implikationen zeigen sich – nach M. LUTTEROTTI – in vier Möglichkeiten ärztlicher Entscheidung beim Vorliegen eines endgültigen Bewusstseinsverlustes bei erhaltenen Stammhirnreflexen:⁵⁹

1. Man sorgt für künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit und führt auch die medikamentöse Behandlung von Infektionen unbegrenzt weiter.
2. Man sorgt weiter für Grundpflege sowie für die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit, entscheidet sich aber, Komplikationen, wie z. B. Infektionen nicht mehr zu behandeln.
3. Man versorgt den Patienten nur mit Flüssigkeit und entscheidet sich, Nahrungszufuhr und Medikamente abzusetzen.
4. Die Behandlung des Patienten ist sinnlos und man entscheidet sich, Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr sowie die Verabreichung von Medikamenten einzustellen.

⁵⁷ Vgl. **AHA**, *Ethical consideration in resuscitation*, JAMA 28(1992), S. 2282 – 2288.

⁵⁸ Vgl. **D. LANZERATH, L. HONNEFELDER, U. FEESER**, *Nationaler Bericht der europäischen Befragung*, S. 165; **W.L. LIST**, *Ethik in der Intensivmedizin*, in: **M. SCHWIETZER** (Hrsg.), *Intensivmedizin: Zukunftsperspektiven: ethische Aspekte, ökonomische Aspekte, neue therapeutische Konzepte*, München 1997, S. 14.

⁵⁹ Vgl. **M. VON LUTTEROTTI**, *Irreversibler Bewusstseinsverlust*, S. 59.

Besonders umstritten ist heute die künstliche Ernährung beim PVS-Patienten. Dies wird in verschiedenen Ländern unterschiedlich bewertet. In Deutschland wird die künstliche Ernährung als humane Grundversorgung und in den USA, Grossbritannien, Niederlanden oder in der Schweiz als medizinische Therapie betrachtet.

Die Entscheidung, auf weitere Versorgung zu verzichten, wird auf der Basis von miteinander konkurrierenden Rechten getroffen. Es geht hier einerseits um das Recht auf Leben (es impliziert, nicht getötet zu werden), und andererseits um das Recht auf den natürlichen Tod, um das Recht auf Ablehnung der weiteren Versorgung.

2.2.3. Die Diskussion um den Verzicht auf künstliche Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr

Der Bewusstseinsverlust bzw. die hohe Wahrscheinlichkeit der Irreversibilität im PVS löst eine ethische Diskussion um die Grenzen der Zulässigkeit eines Behandlungsabbruchs aus.⁶⁰ Die schwierige Frage nach den Kriterien für den Verzicht auf eine therapeutische Maßnahme konkretisiert sich am Problem des Abbruchs der künstlichen Ernährung. Man kann sagen, dass die künstliche Ernährung heute vom ethischen Gesichtspunkt und in manchen Staaten auch vom gesetzlichen Gesichtspunkt mit anderen Behandlungsarten gleichgestellt ist. Ein Patient hat also das Recht, die künstliche Ernährung genauso zu verweigern wie einen chirurgischen Eingriff.

Es ist bekannt, dass die Ernährung ein grundlegendes Bedürfnis lebender Organismen ist. Damit der Organismus leben kann, braucht er Flüssigkeit und feste Nährstoffe. Beim Verlust der flüssigen und festen Nahrungszufuhr kann der Tod eintreten. Im Leben des Menschen kann es aber immer wieder Situationen geben z.B. am Lebensanfang, am Lebensende oder bei Krankheit, wo er unfähig ist selbständig Nahrung aufzunehmen. Dann wird der Organismus durch die künstliche Ernährung unterstützt.⁶¹

Zu den wesentlichen Anwendungsgebieten der künstlichen Ernährung gehört die Hilfe bei Ernährungsstörungen, z.B. bei Schluckbehinderungen, bei Verdauungsstörungen und bei Nährstoffaufnahmestörungen im Magen-Darm-Trakt. Um bei derartigen Störungen zu helfen, bedient sich die Medizin verschiedener

⁶⁰ Vgl. **E. BERNAT**, *Der persistent vegetative state als ethisches und rechtliches Problem: Weist das House of Lords den richtigen Weg?* in: **E. BERNAT, W. KRÖLL** (Hrsg.), *Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik*, Wien 1999, S. 49f.

⁶¹ Vgl. **F. OEHMICHEN**, *Künstliche Ernährung am Lebensende*, in: **U. KÖRNER** (Hrsg.), *Berliner Medizinethische Schriften*, Dortmund 2001, S.3.

Sondenarten: einer Magensonde, einer operativ bzw. endoskopisch angelegten Sonde durch die Bauchdecke in den Magen (PEG) oder den Dünndarm (PEJ) und der die transvenösen Zufuhr.⁶² Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin definiert künstliche Ernährung folgendermaßen:

„Ernährung ist die Zufuhr von Nährstoffen und Flüssigkeit. Wenn die orale Nahrungsaufnahme gestört oder unmöglich ist, kann als ärztliche Maßnahme eine Ernährungssonde gelegt werden oder die übliche Kost mit zusätzlicher Trinknahrung (industriell gefertigte Supplemente) ergänzt werden. Dabei ist das Grundanliegen der enteralen Ernährung und ein Vorzug gegenüber parenteraler Flüssigkeits- und Nährstoffzufuhr, die natürlichen Vorgänge der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme im Gastrointestinaltrakt soweit wie möglich aufrechtzuerhalten.“⁶³

In der Definition unterscheidet die Deutsche Gesellschaft für Ernährung zwei Formen der künstlichen Ernährung, nämlich enterale und parenterale Ernährung. Unter enteraler Ernährung versteht man Sondenernährung, z.B. als Formuladiät über eine Magen- oder Dünndarmsonde. Eine speziell zubereitete, flüssige Nahrung wird dabei über eine Sonde in den Magen geleitet, daher auch die Bezeichnung "Sondenkost". Diese Form wird beispielsweise bei Bewusstlosigkeit oder bei Erkrankungen der Mundhöhle und der Speiseröhre angewandt. Hingegen werden bei der parenteralen Ernährung die Nährstoffe mittels Kavakatheter direkt ins Blut transportiert.⁶⁴

In der Wirklichkeit der Intensivmedizin steht die Frage sowohl nach der Form der künstlichen Ernährung als auch vor allem nach den Grenzen der Anwendung und der Festlegung der Umstände, die zum Verzicht auf künstliche Ernährung führen im Vordergrund. Die Entscheidung ist sehr schwierig, insbesondere bei Patienten am Lebensende, am Ende einer Langzeiterkrankung und bei Patienten mit unheilbaren Krankheiten. Es geht dabei um sterbende Menschen, Patienten mit fortschreitender Demenz und bewusstlose Patienten.⁶⁵ Mit anderen Worten unterscheidet man in Hinsicht auf den Gesundheitszustand und das Bewusstsein drei Kategorien von Patienten: 1. Patienten, die künstliche Ernährung wünschen; 2. Patienten, die sich weigern zu essen und zu trinken; 3. Patienten, die sich ohne Bewusstsein in hoffnungslosem Zustand befinden.⁶⁶ Vor allem bei den Demenzpatienten und den Wachkomapatienten gibt es viele offene Probleme. Die Schwierigkeit bei diesen

⁶² Vgl. ebd. S.3.

⁶³ **U. KÖRNER** et al. *DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: Ethische und rechtliche Gesichtspunkte*, *Aktuel Ernähr Med* 28 (2003), Supplement 1, S. S36.

⁶⁴ Vgl. **PSCHYREMBEL**. **KLINISCHES WÖRTERBUCH**, *Ernährung*, 257. Auflage 1994, S. 432.

⁶⁵ Vgl. **F. OEHMICHEN**, *Künstliche Ernährung am Lebensende*, S.3 – 4.

⁶⁶ Vgl. **E. H. LOEWY**, *Ethische Fragen in der Medizin*, Wien-New York 1995, S. 123.

Patienten besteht darin, dass sie bewusstlos sind bei unsicherer oder aussichtloser Prognose.

Die Demenzpatienten leiden im Endstadium ihrer fortschreitenden und unheilbaren Krankheit an Schluckstörungen. Im diesem Zustand reduziert sich die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, was zu Gewichtsverlust, Infektanfälligkeit und Verwirrheitszuständen führen kann. Das Therapieziel besteht nicht nur in einer Prognoseverbesserung, sondern auch in einer Steigerung der Lebensqualität. Studien über künstliche Ernährung zeigen, dass keine allgemeine Indikation zur Einleitung künstlicher Ernährung bei Demenzpatienten gegeben ist.⁶⁷

Bei Patienten im irreversiblen Wachkoma ist ein Hauptargument für den Abbruch der künstlichen Ernährung die Lebensqualität, weil die Fortsetzung der Behandlung keine Besserung verspricht.⁶⁸ Man setzt voraus, dass Kranke im PVS weder Schmerz, noch Hunger- und Durstgefühl empfinden: *„Da die Patientin im permanent vegetativen Status (Wachkoma) jedoch krankheitsbedingt nicht mehr über die Fähigkeiten zur Reizaufnahme und zur affektiven Reaktion verfügte und weder Hunger noch Durst empfand, kann der Gesichtspunkt der Mitleidstötung nicht als Rechtfertigung dienen für den Ernährungsabbruch.“*⁶⁹

Der Anfang der zeitgenössischen Diskussion um den Abbruch der künstlichen Ernährung bei Wachkomapatienten geht zurück auf die 70er und 80er Jahre.⁷⁰ Diskutiert werden unterschiedliche Aspekte des Problems und zwar ethische, rechtliche und religiöse Fragen. Da die gesetzlichen Entscheidungen zum Abbruch der künstlichen Ernährung bei Wachkomapatienten in Konflikt stehen zum Lebensschutz und Selbstbestimmungsrecht des Patienten ergibt sich hier ein Dilemma, wie man anhand der ausgewählten Fälle von Wachkoma aufzeigen kann, nämlich bei NANCY CRUZAN in den USA, bei ANTHONY BLAND in Grossbritannien und im „Kemptener Fall“ in Deutschland. Diese und andere Fälle stellen Wendepunkte in der rechtlichen und ethischen Debatte über die PVS-Patienten dar.

⁶⁷ Vgl. **F. OEHMICHEN**, *Künstliche Ernährung am Lebensende*, S. 11 – 12; vgl. **H.G. KRATOCHVILA**, *Künstliche Ernährung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten*, *Ethik Med* 2(2004), S. 174 – 176.

⁶⁸ Vgl. **L. RABENECK, L.B. MCCULLOUGH, N.P. WRAY**, *Ethically justified, clinically comprehensive guidelines for percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement*, *The Lancet*, 349(1997), S. 496 -498.

⁶⁹ **P. SCHMIDT, B. MADEA**, *Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht am Ende des Lebens*. *MedR*, 16(1998), S. 406 -409.

⁷⁰ Vgl. **J. J. MCCARTNEY**, *The development of the doctrine of ordinary and extraordinary means of preserving life*, *Theological studies* 12 (1980), S. 550 – 556; **S. H. WANZER ET AL.**, *The Physician's Responsibility Toward Hopelessly Ill Patients*, in: **R. F. WEIR** (Hrsg.), *Ethical Issues in Death and Dying*, New York 1986, S. 181 - 193; **J. LYNN, J. F. CHILDRESS**, *Must Patients Always Be Given Food and Water?*, in: **R. F. WEIR** (Hrsg.), *Ethical Issues in Death and Dying*, New York 1986, S. 215 – 229; **F. WEIR**, *Abating Treatment with Critically Patients. Ethical and Legal Limits to The Medical Prologation of Life*, Oxford-New York, 1989.

Im Jahr 1983 fiel NANCY CRUZAN infolge eines Verkehrsunfalls in den irreversiblen vegetativen Zustand. Ihre Atmung und ihr Kreislauf waren normal, aber sie nahm ihre Umwelt nicht wahr und reagierte nur reflexhaft auf Geräusche und Schmerzzufügung. Außerdem waren ihre Beine und ihre Hände verkrümmt. Ihr Schluckreflex war gestört, also konnte Nancy nur durch eine Magensonde ernährt werden. Trotz aller ärztlichen Bemühungen verbesserte sich der Zustand von NANCY nicht. Im Jahr 1986 verlangten ihre Eltern deshalb die Entfernung der Magensonde. Der Abbruch der künstlichen Ernährung hätte innerhalb kurzer Zeit zum Tod der Patientin geführt. Die Leitung des Krankenhauses, in dem sich NANCY CRUZAN befand, stimmte nicht mit der Meinung der Eltern überein. Der Oberste Gerichtshof entschied, NANCY CRUZAN weiter am Leben zu erhalten. Gegen diese Entscheidung beriefen sich die Eltern auf die Bundesverfassung, die das Recht der Intimsphäre ihrer Tochter (right of privacy) gewährleistet und riefen den Supreme Court in Washington an.⁷¹ Der Ausgangspunkt der Entscheidung des Gerichtshofes war ein verfassungsmäßig gesichertes Recht auf Verweigerung einer unerwünschten Therapie bei entscheidungsfähigen Patienten. Dieses Recht beruht auf dem Recht auf Freiheit (right of liberty), dem Recht auf Intimsphäre (right of privacy) und dem Selbstbestimmungsrecht (right of self-determination). Die angeführten Rechte gelten ausdrücklich für entscheidungsfähige Patienten, NANCY CRUZAN war aber nicht entscheidungsfähig. Der Gerichtshof brauchte also einen klaren und überzeugender Beweis, dass sich NANCY die Entfernung der künstlichen Ernährung wünschen könnte. Ein erklärter Patientenwille zum Verzicht auf künstliche Ernährung lag nicht vor. Der Gerichtshof berief sich in der Folge auf ein konstitutionelles Recht auf Vorrang der elterlichen Entscheidung: *„Petitioners alternatively contend that Missouri must accept the « substituted judgment » of close family members even in the absence of substantial proof that their views reflects the views of the patient.“*⁷² Der Gerichtshof hob auch hervor, dass die künstliche Ernährung von anderen Formen der medizinischen Behandlung nicht unterschieden werden sollte. Der Supreme Court in Washington urteilte als letzte Instanz, dass der Abbruch einer lebenserhaltenden Therapie bei nicht entscheidungsfähigen Patienten im andauernden Koma in bestimmten Fällen erlaubt sei. Voraussetzung zum Abbruch ist ein klarer und überzeugender Beweis, dass der Ernährungsverzicht dem Willen des Patienten zu Zeiten der vollen geistigen Kompetenz entspricht. NANCY CRUZAN starb im Jahr 1990 infolge der Nichtweiterführung der künstlichen Ernährung.⁷³

⁷¹ Vgl. **USSC**: *Cruzan v. Harmon*, 760 S. W. 2d 408 (Mo. 1988); *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 110 S. Ct. 2841 (1990).

⁷² Vgl. **USSC**: *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 110 S. Ct. 2841ff. (1990).

⁷³ Vgl. **USSC**: *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 110 S. Ct. 2841ff. (1990).

Infolge eines Unfalls erlitt der 17-jährige ANTHONY BLAND im Jahr 1989 schwere Hirnverletzungen und entwickelte einen Persistent Vegetative State. Der Zustand des Patienten wurde von fünf Ärzten als *permanent vegetative state* diagnostiziert und daraus ergab sich die Feststellung, dass die Fortsetzung der Behandlung nicht in seinem besten Interesse sei: *“The fundamental question then comes to be whether continuance of the present regime of treatment and care, more than three years after the injuries that resulted in the P.V.S., would confer any benefit on Anthony Bland. It is argued for the respondents, supported by the amicus curiae, that his best interests favour discontinuance.”*⁷⁴ Die Ärzte und seine Eltern waren überzeugt, dass es nicht sinnvoll sei, die Behandlung fortzuführen und entschlossen sich, die künstliche Zuführung von Nahrung und Flüssigkeit abzubrechen.⁷⁵ Die Gerichtsentscheidung enthielt mehrere Begründungen für den Verzicht auf künstliche Zuführung von Nahrung und Flüssigkeit. Dabei standen sich das Prinzip der Heiligkeit des Lebens und das Prinzip der Behandlungspflicht der Ärzte konträr gegenüber. Das House of Lord begutachtete, dass das Prinzip der Heiligkeit des menschlichen Lebens nicht absolut sei (*The principle is not an absolute one*), und dass man daraus nicht ableiten könne, einen irreversibel bewusstlosen Patienten am Leben zu erhalten. Die Fortsetzung der Behandlung sei nur dann vernünftig, wenn der Patient davon profitierte. Diese Fortsetzung der Behandlung bei entscheidungsunfähigen und bewusstlosen Patienten liege nicht in ihrem „best interest“. Diese Haltung hat Lord Keith of Kinkel deutlich ausgedrückt:

*„In the case of a permanently insensate being, who if continuing to live would never experience the slightest actual discomfort, it is difficult, if not impossible, to make any relevant comparison between continued existence and the absence of it. It capacity whatever, and no prospect of ever recovering any such capacity in this world, it must be a matter of complete indifference whether he lives or dies”*⁷⁶

Die Entscheidung auf Therapieabbruch betraf nicht der Wert des Lebens Blands, sondern der Wert der Therapie, die nicht länger in seinem besten Interesse war: *„I have described, it can properly be concluded that it is no longer in the best interests of the patient to continue it.”*⁷⁷ Die endgültigen Gutachten von drei Instanzen waren sich darin einig, dass es nach englischem Recht unter bestimmten Umständen nicht nur erlaubt sei, einen Patienten aufzugeben, sondern dass die Ärzte auch nicht

⁷⁴ ANHS [1993] 1 All ER 821f per Lord Keith of Kinkel

⁷⁵ Vgl. ANHS[1993] 1 All ER 821.

⁷⁶ ANHS[1993] 1 All ER 821f per Lord Keith of Kinkel.

⁷⁷ ANHS[1993] 1 All ER 821f per Lord Keith of Kinkel.

verpflichtet seien, einen Wachkoma-Patienten, dessen Status irreversibel erscheint, künstlich zu ernähren und mit Flüssigkeit zu versorgen.⁷⁸

In Deutschland ereignete sich der sogenannte "Kemptener Fall". Eine 69-jährige Frau S. litt an einem ausgeprägten hirnorganischen Psychosyndrom im Rahmen der Alzheimerdemenz. 1990 erlitt sie einen Herzstillstand, der zu einem Zustand führte, der als apallisches Syndrom bezeichnet wurde. Sie lebte in einem Altersheim und wurde über eine Magensonde ernährt. Der behandelnde Arzt von Frau S. hatte nach Rücksprache mit dem Sohn, der gleichzeitig Betreuer von Frau S. war, zweieinhalb Jahre nachdem Frau S. ins Wachkoma gefallen war, in dessen Namen in das Behandlungsbuch des Altenheims geschrieben: *"Im Einvernehmen mit Dr. T. möchte ich, dass meine Mutter nur noch mit Tee ernährt wird, sobald die vorhandene Flaschennahrung zu Ende ist oder aber ab 15. 3. 93"*. Die künstliche Ernährung wurde auf die Verabreichung von Tee reduziert, um dem aussichtslosen Zustand der Patientin zu beenden. Das Pflegepersonal wandte sich ans Vormundschaftsgericht und beantragte dort eine Entscheidung über die Fortsetzung der Ernährung, die noch am gleichen Tag getroffen wurde. Justizintern war der Vorgang an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet worden, die Ermittlungen wegen versuchten Totschlags aufnahm. Das Verfahren vor der 1. Strafkammer des LG Kempten endete 1994 mit einem Schuldspruch, der dann in der Revision durch den BGH aufgehoben wurde. Der BGH war der Auffassung, dass eine mutmaßliche Einwilligung der im Wachkoma liegenden Patientin den Abbruch der Ernährung hätte rechtfertigen können. Frau S. verstarb schliesslich im Dezember 1993 an einem Lungenödem.⁷⁹

Das Grundproblem bei Beendigung der künstlichen Ernährung besteht darin, dass man zwischen der künstlichen Ernährung als medizinischer Behandlung oder als Basisversorgung unterscheiden muss. Manche verstehen die künstliche Ernährung als einen Teil der medikamentösen Therapie, genauso wie die antibiotische Therapie, Dialyse oder die Beatmung. Der Arzt kann diese künstliche Ernährung abbrechen, wenn diese Behandlung kein Vorteil für den Patienten bringt. Andere sehen die künstliche Ernährung als Basisversorgung an, die sogar bei aussichtloser Prognose nicht abgebrochen werden soll. Jeder Patient hat das Recht auf Fortsetzung der Basisversorgung.⁸⁰ Ausgehend von dieser Betrachtung muss die künstliche Ernährung bis zum Lebensende des Sterbenden garantiert werden, unabhängig

⁷⁸ Vgl. ANHS[1993] 1 All ER 821.

⁷⁹ Vgl. C. PLENTER, *Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkoma-Patienten*, Hannover 2001, S. 37 – 38; H.G. KOCH, *Aktuelle Rechtsfragen der Sterbehilfe im deutschen Recht*, in: B. GORDIJN, H. TEN HAVE (Hrsg.), *Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden*, Stuttgart-Bad 2000, S. 237 – 239.

⁸⁰ Vgl. B. JENNETT, *The Vegetative State*, S. 93f, 109f.

davon, ob er Hunger oder Durst empfindet, unabhängig von seiner Lebenserwartung, von den Auswirkungen auf seine Lebensqualität, vom Willen, den er ausdrückt bzw. in der Vergangenheit ausgedrückt hat. Daraus ergibt sich die Position, dass die künstliche Ernährung gegen den Willen des Patienten fortgeführt werden soll.⁸¹ Mit anderen Worten soll die künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit „bis zum letzten Atemzug“ gewährleistet sein, weil sie nicht Teil der medizinischen Therapie ist. Voraussetzung für diese Haltung ist, dass alle Menschen und nicht nur Kranke Nahrung und Flüssigkeit brauchen. Essen und Trinken haben eine fundamentale soziale Funktion, haben einen tiefen symbolischen Wert, der mit der Achtung von dem Leben und mit ganz tiefen atavistischen Trieben zu tun hat: *„The feeding of the hungry..., is the most fundamental of all human relationships. It is the perfect symbol of the fact that human life is inescapably social and communal.”*⁸²

Eine emotionale Formulierung „Verhungern bis zum Tode“ (starving to death) oder „Verdursten“ (dehydration) führen im Zusammenhang mit der Verweigerung der künstlichen Ernährung zu unangenehmen Symptomen und Zeichen. Vor allem meint man, dass Verhungern und Verdursten schmerzhaft sei. Beispielweise verbreiten die Gegner der Entfernung der künstlichen Ernährung in den USA den „Slogan des Verhungerns“ (The sloganism of starvation).⁸³ Das Verhungern- und das Verdurstenlassen eines Patienten wird von Verfechtern der künstlichen Ernährung als unethisch verurteilt. Die Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung stellen für sie ein absolutes Grundrecht dar, das nicht vergleichbar ist mit einer anderem Ebene der Behandlung oder dem Verzicht auf eine Behandlung mit Antibiotika.⁸⁴ Diese Option besteht beim Aufrechterhalten der künstlichen Ernährung als Basisversorgung ohne Rücksicht auf einem medizinischen Vorteil. Die Begründung setzt voraus, dass die künstliche Ernährung keine Behandlung ist, weil es keine Restauration von Funktionen oder keine Heilung der kranken Organe gibt. Die Mehrheit der Mediziner und der Ethiker meinen, dass die Sondenernährung (tube-feeding) genauso wie Respirator und Dialyse den physiologischen Funktionsverlust substituiert. Weder Respirator oder Dialyse können den Funktionsverlust restaurieren. Im Jahr 1988 wurde in den USA das Protokoll für die Entscheidung über lebenserhaltende

⁸¹ vgl. **H.G. KRATOCHVILA**, *Künstliche Ernährung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten*, Ethik Med 2(2004), S. 176.

⁸² **D. CALLAHAN**, *On Feeding the Dying*, in: **R. F. WEIR** (Hrsg.), *Ethical Issues in Death and Dying*, New York 1986, S. 232.

⁸³ Vgl. **B. JENNETT**, *The Vegetative State*, S. 93f, 110f; **B. JENNETT**, *Letting vegetative patients die*, in: **J. KEOWN** (Hrsg.), *Euthanasia Examined. Ethical, clinical and legal perspectives*, Cambridge 1999, S. 182f., **J. SLOMKA**, *Withholding nutrition at the end of life: Clinical and ethical issues*, Cleveland Clinic Journal of Medicine, 70 (2003), S. 549f.

⁸⁴ Vgl. **CH. HESS**, *Ernähren und hydrieren – eine unphysiologische Antwort auf die Frage des Sterbens*, in: **U. STREBEL** (Hrsg.), *Gilt die Pflicht, zu ernähren, bis zum Tode?* Schweiz. Rundschau Med. (Praxis) 82,(1993), Nr.38, S. 1039.

Behandlung veröffentlicht, in dem fünf Behandlungen folgendermassen unterschieden wurden: 1. Kardiopulmonale Reanimation (Herz-Lungen-Wiederbelebung), 2. Beatmung, 3. Dialyse, 4. enterale und parenterale Ernährung, 5. antibiotische Therapie.⁸⁵ In diesem Sinne gilt künstliche Ernährung als Anwendung einer bestimmten Therapie bzw. als medizinischer Eingriff, der abgelehnt oder unterbrochen werden kann. Die Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr findet in Form einer chemischen Verbindung statt, die ausschließlich von Ärzten verschrieben und ausschließlich von Ärzten mittels einer Nasen-Magen-Sonde oder auf andere Weise (PEG oder Gastrostomie) in den Körper eingeflößt wird, wobei die Konsequenzen der Behandlung im Verlauf ausschließlich von Ärzten kontrolliert werden können. Diese Art der künstliche Ernährung gilt daher nicht mehr als verpflichtende Unterstützung, sondern als ärztliche Behandlung im weitesten Sinne.⁸⁶

Bei PVS-Patienten sieht man die künstliche Ernährung als lebenserhaltende Therapie an, die abgebrochen oder geboten werden kann. Im Zusammenhang mit dem Fall Nancys und Blands wurde begutachtet, dass die künstliche Ernährung zur medizinischen Behandlung gehört und begrenzt, abgebrochen oder verweigert werden kann. Nach einer europäischen Studie ziehen die Ärzte den Abbruch der künstlichen Ernährung bei Wachkomapatienten in Betracht. In den USA, Grossbritannien, Niederlande, Belgien spricht sich im Durchschnitt über die Hälfte der Ärzteschaft für den Abbruch der lebenserhaltenden Therapie aus (Tab. 1.). In einigen Ländern wird der Verzicht auf die künstliche Ernährung durch Richtlinien legitimiert (z.B. USA⁸⁷, England⁸⁸, Niederlande⁸⁹, Schweiz⁹⁰).

⁸⁵ Vgl. **B. JENNETT**, *The Vegetative State*, S. 109. **B. JENNETT**, *Letting vegetative patients die*, S. 177.

⁸⁶ Vgl. **F. OEHMICHEN**, *Künstliche Ernährung am Lebensende*, S. 4ff, sowie vgl. **G. PICCOLIORI**, *Ethische Überlegungen zur künstlichen Ernährung des Sterbenden*, in: Landeskomitee für Ethik, *Die Sorge um ein menschenwürdiges Sterben*, URL: www.provinz.bz.it/sanita/downloads/bioetica/kapitel/1.pdf, 30. 10. 2003.

⁸⁷ **AMA**, *Withholding or Withdrawing Life-Prolonging Medical Treatment*, Current Opinions 1989.

⁸⁸ **BMA**, *Treatment decisions for patients in persistent vegetative state*, London 1996.

⁸⁹ **HCN**, *Patients in a Vegetative State*, The Hague 1994.

⁹⁰ **SAMW**, *Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten (2003)*, Schweizerische Ärztezeitung, 84(2003)Nr 5, S. 205 – 209.

Land	Zustimmung der Ärzte zum Abbruch der künstlichen Ernährung(1997)*
Grossbritannien	73%
Niederlande	70 %
Belgien	56%
Deutschland	16%
Frankreich	14%
Griechenland	23 %
USA (1996) **	89%
Japan (1999) ***	17%

Tab. 1. Der Abbruch der Künstlichen Ernährung bei PVS-Patienten, * nach Grubb A, et al.⁹¹, ** nach Payne K, et al.⁹², *** nach Asai A, et al.⁹³

Ein Abbruch der Zufuhr von fester und flüssiger Nahrung ist in den USA schon seit den 80er Jahren in der Diskussion. Die Ablehnung dieser Versorgung ist ethisch vertretbar, weil der Zustand des PVS-Patienten verhältnismässig rasch zum Tod führt. Als lebensverlängernde Massnahmen gelten die Verabreichung von Medikamenten, Fremdbeatmung sowie die künstliche Ernährung: *“Even if death is not imminent but a patient’s coma is beyond doubt irreversible and there are adequate safeguards to confirm the accuracy of the diagnosis and with the concurrence of those who have responsibility for the care of the patient, it is not unethical to discontinue all means of life-prolonging medical treatment. Life-prolonging medical treatment includes medication and artificially or technologically supplied respiration, nutrition or hydration.”*⁹⁴

Ein ähnlicher Standpunkt wird durch die „American Academy of Neurology“ dargestellt. So führte die AAN in der Veröffentlichung «Certain Aspects of the Care and Management of the Persistent Vegetative State Patient» aus dem Jahr 1989 aus: *“The artificial provision of nutrition and hydration is a form of medical treatment and may be discontinued in accordance with the principles and practices governing the withholding and withdrawal of other forms of medical treatment.”*⁹⁵

Auch erklärt die britische Richtlinie, dass sie die künstliche Ernährung als medizinische Behandlung ansieht. Der Abbruch dieser Behandlung bei PVS-Patienten kann unter bestimmten Voraussetzungen nach 12 Monaten ins Auge gefasst werden:

⁹¹ Vgl. **A. GRUBB, P. WALSH, N. LAMBE** et al., *The moral and legal issues surrounding the treatment and care of patients in persistent vegetative state*, in: **CENTRE OF MEDICAL ETHICS, KING’S COLLEGE**, *Report to European Biomedical and Health Research Programme*, London 1997.

⁹² Vgl. **K. PAYNE, R. M. TAYLOR, C. STOCKING**, et al., *Physicians attitudes about the care of patients in the persistent vegetative state: a national survey*, *Ann Intern Med* 125 (1996), S. 104 – 110.

⁹³ Vgl. **A. ASAI, M. MAEKAWA, I. AKIGUCHI**, et al., *Survey of Japanese physicians attitudes towards the care of adult patients in persistent vegetative state*, *J Med Ethics* 25 (1999), S. 302 – 308.

⁹⁴ **AMA**, Opinion 2.18, *JAMA*, 256(1986), S. 2241.

⁹⁵ **AAN**, *Position of the AAN on certain aspects of the care and management of the PVS patient*, *Neurology*, 39 (1989), S. 125.

„Medical treatments, including artificial nutrition and hydration, may be withdrawn at a later stage, after legal review of the case, if they are considered futile. ...The BMA, however, recommends that decisions to withdraw treatment should only be considered when the patient has been insentient for months.“⁹⁶

Das letzte Gutachten der BMA mit dem Titel «Withholding and Withdrawing Life-Prolonging medical Treatment: Guidance for Decision Making» unterstreicht, dass *“In England, Wales and Northern Ireland, proposals to withdraw artificial nutrition and hydration from a patient who is in a persistent vegetative state, or in a state of very low awareness closely resembling PVS, currently require legal review. In Scotland the withdrawal of artificial nutrition and hydration from a patient in PVS does not require a Court declaration.“⁹⁷*

Die neue medizinisch-ethische Richtlinie der Schweiz vom 2003 stellt bei zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten fest, dass in terminalen Situationen der Verzicht auf künstliche Ernährung zulässig sei:

„Wo hingegen eine enterale Ernährung nur um den Preis grosser, belastender Eingriffe oder überhaupt nicht möglich ist, kann der Verzicht auf jegliche Kalorien- und Flüssigkeitszufuhr unter optimaler Sedation und ständiger menschlicher Nähe gerechtfertigt sein. Grundsätzlich gelten diese Erwägungen auch für Erwachsene, wobei diese Frage kontrovers diskutiert wird und unterschiedliche Praxen bestehen.“⁹⁸

Dennoch geht die Richtlinie davon, dass die künstliche Ernährung zu den Grundbedürfnissen des Lebens gehört, die jedem Menschen zustehen. Sie dient bei chronisch Kranken primär der Stabilisierung und der Erhaltung der körperlichen Integrität (therapeutische Rolle der Ernährung bei der Vermeidung zusätzlicher Schäden). Die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit wird bei stabilem Zustand des Patienten fortgesetzt, wenn es keine gegenteilige Willensäußerung des Patienten gibt.⁹⁹

Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer ist der Arzt unabhängig von dem Therapieziel in jedem Fall zur Basisbetreuung verpflichtet. Zur Basisbetreuung gehören menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.¹⁰⁰

In den Richtlinien der Bundesärztekammer ist von 1998 bei PVS-Patienten eine lebenserhaltende Therapie, gegebenenfalls auch künstliche Ernährung geboten:

⁹⁶ **BMA**, *Treatment decisions for patients in persistent vegetative state*, London 1996.

⁹⁷ **BMA**, *Withholding and Withdrawing Life-Prolonging medical Treatment: Guidance for Decision Making*, 1998.

⁹⁸ **SAMW**, *Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten*, Schweizerische Ärztezeitung 85(2004), Nr 1/2, S. 54.

⁹⁹ Vgl. **SMAW**, *Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten*, S. 48ff.

¹⁰⁰ Vgl. **BÄK**, *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung* (25.09.1998), Deutsches Ärzteblatt, 95(1998), A-2366.

*„Patienten mit einer lebensbedrohenden Krankheit, an der sie trotz generell schlechter Prognose nicht zwangsläufig in absehbarer Zeit sterben, haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Therapie einschließlich – gegebenenfalls künstlicher – Ernährung ist daher geboten. Dieses gilt auch für Patienten mit schwersten cerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom, so genanntes Wachkoma)“.*¹⁰¹

Die neuen Grundsätze zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer heben hervor, dass die künstliche Ernährung gewährt werden muss, sofern der Patient einverstanden ist bzw. mutmaßlich einverstanden wäre: *„Lebenserhaltene Therapie einschliesslich – ggf. künstlicher – Ernährung ist daher unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmasslichen Willens grundsätzlich geboten.“*¹⁰²

Bei der Debatte um die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sind also zwei unterschiedliche Begründungskonzepte für Ernährungsmaßnahmen erkennbar. Einerseits gibt es die ontologische Sichtweise, die die künstliche Ernährung als Basisversorgung bzw. als verpflichtende Unterstützung zugunsten des Patienten ansieht. Andererseits gilt im medizinischen Bereich die Ansicht, dass künstliche Ernährung als Anwendung einer bestimmten Therapie bzw. als ein medizinischer Eingriff zu gelten hat, der abgelehnt oder abgebrochen werden kann. Die Entscheidung eines Verzichts auf künstliche Ernährung ist besonders bei PVS-Patienten problematisch, weil sie nicht als Sterbende, sondern als Lebendige gelten. Die Entscheidung über den Verzicht oder die Fortsetzung der künstlichen Ernährung ist immer abhängig vom Therapieziel, was im Fall des PVS-Patienten von großer Bedeutung ist.

¹⁰¹ Ebd. A-2367.

¹⁰² **BÄK**, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (07.05.2004), Deutsches Ärzteblatt 101(2004), A-1299.

2.3. Die Selbstbestimmung des Patienten und die Bewusstlosigkeit

In der Diskussion über das Lebensende wird oft der Respekt vor der Patientenautonomie als besonders wichtiger Wert hervorgehoben. Jeder Patient kann selbst über Unterlassung oder Abbruch medizinischer Behandlungen entscheiden. Die Legitimation der Patientenverfügung liegt im Selbstbestimmungsrecht des Menschen, das jeder Mensch und auch der Arzt respektieren muss. Unter Autonomie versteht man ein Proprium des Menschen und unter der Selbstbestimmung die Manifestation dieser Autonomie: *„Autonomie bezeichnet eine Verfasstheit, während Selbstbestimmung deren Manifestation darstellt. Erstere ist Fundamentalausstattung des Menschen, letztere das aktive Zurgeltungbringen derselben.“*¹⁰³

Die Selbstbestimmung kann infolge einer Krankheit oder des Alters nicht immer klar zum Ausdruck kommen. Es handelt sich dabei um die funktionelle Seite der Autonomie, die begrenzt werden kann, was aber nie für die essentielle Seite der Autonomie gelten kann. Darum ist der gesunde Mensch genauso wie der kranke Mensch immer autonom.¹⁰⁴ Die Autonomie ist unverlierbar und unabhängig von Fähigkeiten und Möglichkeiten einer Person, ist jedem menschlichen Lebewesen zugeschrieben. Man kann sagen, dass das Autonomieprinzip eine quasi-ontologische Bedeutung hat. Vom Wesen der personalen Autonomie ist es für einen Patienten unabdingbar *„ nicht als blosses Objekt von Entscheidungen behandelt, sondern wie ein Wesen respektiert zu werden, das sich selbst bestimmt, auch wenn es sich als solches nicht zu artikulieren vermag, so dass seine berechtigten Eigeninteressen stellvertretend für es wahrgenommen werden müssen.“*¹⁰⁵

In der klinischen Wirklichkeit treffen Ärzte, Patienten und Angehörige ständig auf Schwierigkeiten bei der Äußerung der Selbstbestimmung des Patienten. Es geht vor allem um die Fragen nach Art und Intensität einer ärztlichen Intervention und der Bestimmung des Therapieziels. Die Grundlage für eine Therapie ist häufig der mutmaßliche Wille des Patienten. Der Reanimationszeitpunkt ist wichtig für die Fortführung der Therapie, d.h. der Arzt muss die Indikation für die Art der weiteren intensivmedizinischen Behandlung in der Notfallsituation stellen. *„In dieser Phase sind Chancen und Therapieziele ständig neu zu überdenken, der mutmaßliche Wille des*

¹⁰³ **J. P. BECKMANN**, *Patientenverfügungen: Autonomie und Selbstbestimmung vor dem Hintergrund eines im Wandel begriffenen Arzt-Patient-Verhältnisses*, Zeitschrift für medizinische Ethik 44 (1998), S. 148.

¹⁰⁴ Vgl. ebd. S. 149.

¹⁰⁵ **A. PIEPER**, *Autonomie*, in: **W. KORFF, L. BECK, P. MIKAT**, (Hrsg.) *Lexikon der Bioethik*, Gütersloh 1998, Band 1, S. 291.

*Patienten ist zu respektieren, und eine konsequente Information der Angehörigen bei längerdauerndem Koma-Syndrom ist zu fördern.*¹⁰⁶

Nach D. LANZERATH legitimiert sich heute ärztliches Handeln durch Einwilligung des Patienten und ärztliche Indikation. Diese zwei Elemente sind wesentlich bei der Problematik der apallischen Patienten. Erstens kommt eine direkte Willenäußerung als Legitimationsbasis nicht in Betracht. Zweitens wird die Wiederherstellung kognitiver und kommunikativer Funktionen beim Patienten mit fortschreitender Komadauer immer unwahrscheinlicher und schwieriger zumal, seine medizinische Versorgung als therapeutisch indiziert zu gelten hat.¹⁰⁷ Das ganze Problem fokussiert sich auf den Behandlungsverzicht beim eingeschränkt oder gar nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten. Bei der Entscheidungsfindung kommen nicht nur objektive medizinische Kriterien, sondern auch frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten oder Aussagen von Angehörigen in Betracht. Der Ausgangspunkt für die Entscheidung ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, das den ärztlichen Hilfs- und Fürsorgepflichten übergeordnet ist.¹⁰⁸

Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und die schweizerische Richtlinie zur Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten unterscheiden bei den entscheidungsunfähigen Patienten zwei grundsätzlichen Strategien: Patientenverfügung und gesetzliche Vertretung. Beim Verlust der Fähigkeit zur Selbstbestimmung (in der Regel bei bewusstlosen Patienten) wird der mutmaßliche Wille des Patienten in Betracht gezogen.¹⁰⁹

Normalerweise entscheiden die Patienten über den ärztlichen Behandlungsabbruch, wenn dies tödliche Konsequenzen haben könnte. Die Entscheidungsfähigkeit der Patienten ist mit entsprechenden Patientenverfügungen als Vorsorgeinstrument verbunden. Unter Patientenverfügung versteht man allgemein die in gesunden Zeiten oder jedenfalls vor dem Terminalstadium einer Erkrankung schriftlich niedergelegte Erklärung eines urteilsfähigen Menschen, dass er für den Fall einer definitiv festgestellten zum Tode führenden Erkrankung, die, mit unerträglichen Schmerzen behaftet ist, keine ärztliche Behandlung oder keine intensivmedizinische

¹⁰⁶ D. LANZERATH, *Selbstbestimmung und Fürsorge*, S. 295

¹⁰⁷ Vgl. ebd. S. 291.

¹⁰⁸ Vgl. BÄK, *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung* (25.09.1998), Deutsches Ärzteblatt, 95(1998), A-2366f.

¹⁰⁹ Vgl. SAMW, *Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten*, Schweizerische Ärztezeitung, 85(2004) Nr. 1/2, S. 52; BÄK, *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung* (25.09.1998), Deutsches Ärzteblatt, 95(1998), A-2366f.

Unterstützung mehr wünscht, wenn diese Möglichkeiten nur die Verzögerung des Lebensendes bringen.¹¹⁰

Die Deutsche Bischofskonferenz und der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland haben in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland im Jahr 1999 die erste Auflage und im Jahr 2003 die zweite Auflage der „Christliche[n] Patientenverfügung“ ausarbeitet. Die Besonderheit der christlichen Patientenverfügung liegt darin, dass sie christliches Gedankengut zum Thema Sterbebegleitung enthält, so beispielsweise eine deutliche Ablehnung aktiver Sterbehilfe. Das Dokument hebt hervor, dass mit der Patientenverfügung persönliche Wünsche für die Behandlung am Lebensende formuliert werden können, z. B. der Verzicht auf umfangreiche medizinisch-technische Behandlung oder der Wunsch nach Maßnahmen, die die Schmerzen lindern (Palliativmedizin).¹¹¹ Die Patientenverfügung wird dann berücksichtigt, wenn beim Patienten folgende drei Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) *„Sie sind nicht mehr einwilligungsfähig, d. h. sie können nicht mehr selbst entscheiden.*
- b) *Sie befinden sich in einer Situation, bei der jede lebenserhaltende Maßnahme ohne Aussicht auf Besserung ist und das Sterben nur verlängern würde.*
- c) *Es stellt sich die Frage, ob auf eine mögliche Behandlung verzichtet oder eine begonnene Behandlung beendet werden soll.“¹¹²*

Die Patientenverfügungen haben einen ähnlichen Status wie aktuelle Äußerungen. Deshalb dürfen sie nicht durch externe Wertungen oder Gesichtspunkte relativiert werden, da das den Primat des Autonomieprinzips beeinträchtigen könnte.¹¹³

Im Fall des Fehlens einer Patientenverfügung muss der so genannte mutmassliche Wille ermittelt werden. Die Angehörigen werden als Mediatoren des mutmaßlichen Willens bei apallischen Patienten herangezogen. Dann ist der mutmaßliche Wille des Patienten oder der Patientin maßgeblich für die Entscheidungen der Ärzte und Ärztinnen, der Pflegenden, Angehörigen oder Betreuenden. Die wesentlichen Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten lassen sich ermitteln aus seinem bisherigen Leben, aus seiner religiösen

¹¹⁰ Vgl. **W. UHLENBRUCK**, *Patientenverfügung*, in: **G. W. HUNOLD, J. SAUTERMEISTER** (Hrsg.), *Lexikon der christlichen Ethik*, Bd. 2, S. 1345f.

¹¹¹ Vgl. **DBKEV**, *Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung*, Hannover-Bonn 2003, S. 6ff.

¹¹² **DBKEV**, *Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung*, Hannover-Bonn 2003, S. 20.

¹¹³ Vgl. **M. BOBBERT, M. H. WERNER**, *Keine wesentliche neuen Gesichtspunkte?*, *Ethik Med* 9(1997), S. 209 – 219.

Überzeugung, aus seiner Haltung zu Schmerzen und zu schweren Beeinträchtigungen in der ihm verbleibenden Lebenszeit.¹¹⁴

Im Kemptener Fall (Patientin im Wachkoma) wurde die Entscheidung durch den Bundesgerichtshof aufgrund des mutmaßlichen Willens der Patientin getroffen. Der behandelnde Arzt behauptete, dass man in Hinsicht auf eine fehlende Besserung des Zustands von Frau S. die Sondenernährung einstellen könne und stattdessen lediglich Tee verabreicht werden solle. Der Sohn erklärte sich schließlich nach einiger Zeit mit dem Vorschlag einverstanden. Bei seiner Entscheidung spielte auch der Umstand eine Rolle, dass seine Mutter ihm vor acht bis zehn Jahren, nachdem sie in einer Fernsehsendung einen Pflegefall mit Gliederversteifung und Wundliegen gesehen hatte, geäußert hatte, so wolle sie nicht enden. Der Bundesgerichtshof prüfte die mutmaßliche Einwilligung von Frau S. und stellte fest, dass die acht oder zehn Jahre vor dem maßgebenden Zeitpunkt unter dem unmittelbaren Eindruck einer Fernsehsendung erfolgte Äusserung der Frau S., „so wolle sie nicht enden“ keine tragfähige Grundlage für eine mutmaßliche Einwilligung zum Behandlungsabbruch biete. Die Richter prüften, ob noch weitere Aussagen der Patientin für ihr angebliches Einverständnis vorliegen würden. Dem BGH lagen keine konkreten Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Patientenwillen vor, so *„kann und muss auf Kriterien zurück gegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen“*. Die endgültige Entscheidung des BGHs im Fall von Frau S. war folgende: *„Eine Differenzierung zwischen dem Entzug der Nahrung und dem sonstiger lebenserhaltender Mittel (etwa der Atemluft durch Abschalten eines Respirators) ist weder moralisch noch rechtlich anzuerkennen.“*¹¹⁵

Der „mutmaßliche Wille“ des Patienten ein Problem stellt dar, weil „mutmaßlich“ ein sehr dehnbarer Begriff ist. Der Zustand des Patienten wird für ihn selbst als „unvertretbar belastet“ bezeichnet. Es stellt sich die Frage, wer in diesem Fall die Einschätzung trifft, Ärzte, Angehörige, oder Pflegepersonal. Es ist sehr problematisch, die Entscheidung über eine Weiterführung oder Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen auf Mutmaßungen aufzubauen. Für H.-L. Schreiber ist der mutmassliche Wille ein sehr manipulatives Instrument: *„Er richtet sich nach der [Auffassung] des durchschnittlich Vernünftigen. Wir Gesunden würden also einem*

¹¹⁴ Vgl. **SAMW**, *Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten*, S. 52; **BÄK**, *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung* (25.09.1998), Deutsches Ärzteblatt, 95(1998), A-2366f.

¹¹⁵ „Kempter Fall“ - BGH Urteil vom 13. 9. 1994 [BGHSt 40, 257 ff. = NJW 1995, 205 f.] – StR 357/94 – LG Kempten.

*Kranken, in dessen Lage wir uns gar nicht hineindenken können unsere Auffassungen aufpressen. Das führt leicht zu Fiktion.*¹¹⁶

Außerdem muss man den mutmaßlichen Willen als ein höchst problematisches Konstrukt bezeichnen, wenn es um Entscheidungen geht, die unwiderruflich den vorzeitigen Tod der Patienten zur Folge haben. Der Kölner Rechtswissenschaftler WOLFRAM HÖFLING hebt dieses Problem folgendermaßen hervor: *„Der Rückgriff auf die mutmaßliche Einwilligung des Patienten führt dagegen in ein Labyrinth ungelöster Probleme und [kann] möglicherweise dazu beitragen, dass die Hemmschwelle für menschliche Tötungswünsche herabgesetzt wird. Er fordert daher „verfassungsrechtliche Bemühungen, um den Übergang von passiver Sterbehilfe (beispielsweise das Abschalten einer Beatmungsmaschine) zu aktiver Sterbehilfe (z.B. das Setzen einer Giftspritze) zu erschweren und Entwicklungen in Richtung auf ein Modell der Euthanasie in Deutschland entgegenzusteuern.“*¹¹⁷

In diesem Kontext stellt sich die Frage, ob ein Pflegeheim passive Sterbehilfe auf Wunsch des Patienten verweigern kann. Vor diesen Schwierigkeiten stand, ein Pflegeheim in Kiefersfelden, das einen 37-jährigen Patienten pflegte, der sich nach einem Selbstmordversuch seit über 3 Jahren im Zustand des Wachkomas befand und lediglich durch eine künstliche Sonde ernährt wurde. Der Vater wollte im Namen seines Sohnes die lebensverlängernden Maßnahmen abstellen. Die Pfleger weigerten sich, sich diesem Wunsch und einer Anordnung des behandelnden Arztes zu fügen. Es sei nicht ihre Aufgabe, das Sterben einzuleiten. Der Vater kämpfte als Betreuer vor Gericht, um den Willen seines Sohnes durchzusetzen.¹¹⁸

Der Rechtsanwalt des Vaters WOLFGANG PUTZ wies darauf hin, dass der Patient schon viele Jahre vor dem Selbstmordversuch den Wunsch geäußert habe, sterben zu wollen, wenn jemals solch eine Situation eintreffen sollte. Dieser mutmaßliche Patientenwille gerät im Konflikt mit der Pflicht des Pflegeheims. Die Aufgabe der Pflegeheime besteht in der vollen Versorgung ihrer Insassen im Rahmen der pflegenotwendigen therapeutischen und rehabilitativen Leistungen und zwar auf ärztliche Anordnung. Es stellt sich die Frage, inwiefern das Pflegepersonal gegen seine eigene Überzeugung zur Sterbehilfe herangezogen werden darf.¹¹⁹

¹¹⁶ **H.-L. SCHREIBER**, *Diebstahl von Leben. Ein Interview über das umstrittene Frankfurter Urteil zur Sterbehilfe, die Fallstricke legaler Euthanasie und das Menschenrecht auf den eigenen Tod*, Spiegel 52(1998), S. 179.

¹¹⁷ **W. HÖFLING**, *Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Integritätsschutz – Patientenverfügung oder Patientenanwalt sorgt für Klarheit*, in: URL: http://www.wernerschell.de/rechtsalmanach/Heilkunde/sterbehilfe_integritaetsschutz.htm (Stand 30.03.2004)

¹¹⁸ Vgl. **E. GRABAR**, *In den Tod pflegen*, Deutsches Ärzteblatt 99(2002), A-1482.

¹¹⁹ Vgl. ebd. A-1482.

Gegen die Rechtskonstruktion des „mutmaßlichen Willens“ gibt es mehrere Einwände. KLAUS DÖRNER weist darauf auf, dass der „mutmaßlicher Wille“ stets von den allgemeinen Wertvorstellungen abhängig sei, vom Zeitgeist und den vorherrschenden Meinungsströmungen und allgemeinen Werturteilen und somit nicht individuell sei, weswegen er keinen Maßstab für den individuellen Willen darstellen könne.¹²⁰ ULRICH EIBACH stellt fest, dass ein früher geäußerter Wille, der sich auf eine abstrakte Situation in der Zukunft bezieht, sich unter den Bedingungen der Erkrankung, die häufig die Gehirnfunktionen beeinträchtigen kann, unter dem Eindruck einer konkreten Lebenssituation nicht selten wesentlich ändert.¹²¹ Die Bedeutung der mutmaßlichen Einwilligung als Legitimationsinstrument für Entscheidungen darf man – so D. LANZERATH – deshalb nicht überbewerten.¹²² Dennoch spielt heute die Ermittlung des „mutmaßlichen Willens“ beim Vorliegen von „Nichteinwilligungsfähigkeit“ und „Bewusstlosigkeit“ für den Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient eine große Rolle. Der mutmaßliche Wille als Sozialkonstrukt birgt ein hohes Irrtumsrisiko, das man nach LUKAS OHLY gar nicht vermeiden kann. Das Prinzip der Autonomie des Patienten lässt sich nicht vereinbaren mit der Rekonstruktion des aktuellen mutmaßlichen Willens. Daher betrachtet nach OHLY das Menschenwürdekriterium als nahe liegendes Achtungskriterium für den mutmaßlichen Willen. Nach L. OHLY orientiert das Konzept der Menschenwürde beim Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen nicht am aktuellen Willen des Patienten, sondern an *intersubjektiv nachprüfbaren Gegebenheiten der Lebens- und Sterbesituation*.¹²³

Im Fall, dass der Wille des Wachkomapatienten nicht festgestellt werden kann, müsse – so die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften und die Bundesärztekammer - die Erklärung des gesetzlichen Vertreters, eines Betreuers oder eines Bevollmächtigten eingeholt werden. Zur Entscheidungsfindung beitragen dürfe nur, wer entweder vom Vormundschaftsgericht als Betreuer eingesetzt oder vom Patienten selbst als Bevollmächtigter bestellt wurde. In der Regel sind dies die Eltern als gesetzliche Vertreter.¹²⁴

¹²⁰ K. DÖRNER, *Hält der BGH die „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ wieder für diskutabel?* Zeitschrift für Rechtspolitik 29(1996), S. 93-96

¹²¹ U. EIBACH, *Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in Fragen der Bioethik aus christlicher Sicht*, Neukirchen-Vluyn 2000, S. 182.

¹²² Vgl. D. LANZERATH, *Selbstbestimmung und Fürsorge*, S. 292.

¹²³ Vgl. L. OHLY, *Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen und der gemutmaßte Wille von Koma-Patienten*, Wege zum Menschen, 58 (2006), S. 125f.

¹²⁴ Vgl. SAMW, *Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten*, Schweizerische Ärztezeitung, 85(2004) Nr. 1/2, S. 52; BÄK, *Grundsätze der*

Es herrscht in der Literatur und in der Rechtsprechung Einigkeit darüber, dass der Arzt an die Erklärungen von Angehörigen nicht gebunden ist. Man muss damit rechnen, dass Angehörige gegenüber bewusstlosen Patienten ihre eigenen subjektiven Anschauungen vom vermutlichen Willen des Patienten auf diesen projizieren. Die Gefahr eigener missbräuchlicher Motivationen in der Entscheidungsfindung sollte ebenfalls Berücksichtigung finden.¹²⁵ Nach H. G. LASCH ist es ratsam bei der Entscheidung über den Verzicht einer Behandlung die Ansicht der Angehörigen gar nicht in Betracht zu ziehen, weil diese dadurch in „eine nicht zu verantwortende eigene Extremlastung hineingetrieben“ werden könnten.¹²⁶

In den westlichen Demokratien haben die Rechte der Person Vorrang. Als Beispiel können hierbei die Vereinigten Staaten dienen. In der gesetzlichen Terminologie konsolidierte sich vor allem der Begriff „Recht auf Selbstbestimmung“ (right to self-determination). Die Selbstbestimmung verwirklicht sich in dem „informed consent“, der Einwilligung nach Aufklärung des Patienten. Nach diesem Recht kann der Patient die Behandlung begrenzen oder abbrechen. Jedoch ist das Recht auf Verweigerung der lebensverlängernden Maßnahmen nicht absolut. Diesem Recht stehen vier mögliche gleichgewichtige Interessen der Gesellschaft gegenüber: 1. die Lebenserhaltung; 2. die Verhinderung eines Suizid; 3. der Schutz der Integrität der medizinischen Profession; 4. der Schutz unschuldiger Dritter (die Erbschaft könnte ein Grund sein, die Entscheidung über einen früheren Tod des Komapatienten zu treffen).¹²⁷

In den USA gibt es einen subjektiven Standard in der Gestalt des „living will“ (Patientenverfügung) und des „substituted judgment“ (die gemutmaßte Beurteilung), bei dem nach dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen entschieden wird.¹²⁸ Den Begriff „living will“ benutzte der amerikanische Arzt LUIS KUTNER im Jahr 1967. Insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg wird von der „living will“-Bewegung das individuelle Autonomieprinzip quasi emanzipatorisch gegen das Machtpotential der modernen Medizin gestellt. 1976 wurde in den USA der Begriff „right to die“ Bestandteil des allgemeinen Bewusstseins und des öffentlichen Vokabulars. Demnach

Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (25.09.1998), Deutsches Ärzteblatt, 95(1998), A-2366f.

¹²⁵ Vgl. **G. MAIO**, *Reanimieren oder nicht? Ethische Überlegungen zur deutschen Diskussion über den Therapieverzicht*, in: **B. GORDIJN, H. TEN HAVE** (Hrsg.), *Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden*, Stuttgart-Bad Cannstadt 2000, S. 118f.

¹²⁶ Vgl. **H. G. LASCH**, *Ärztliche Entscheidungen an der Grenze zwischen Leben und Tod*, in: **B. MADEA, U. J. WINTER** (Hrsg.), *Medizin – Ethik – Recht*, Lübeck 1994, S. 69f.

¹²⁷ Vgl. **AAN**, *Certain aspect of the care and management of the persistent vegetative state patient*, *Neurology* 398(1989), S. 125 – 126; Vgl. **B. JENNETT**, *The Vegetative State*, S. 129f.

¹²⁸ Vgl. **B. JENNETT**, *The Vegetative State*, S. 130f; **B. JENNETT**, *Letting vegetative patients die*, S. 182f, Vgl. **CEJA**, *Decisions Near the End of Life*, *JAMA* 267(1992), 2229 – 2233.

soll jede Person selbst über ihr Leben und über ihren Tod entscheiden. Patientenverfügungen („living wills“) sind als Recht und legales Dokument des Menschen anzuerkennen.¹²⁹ Seit 1976 haben in den USA 48 Staaten Gesetzgebungsvorschriften erlassen, die Fragen des Behandlungsabbruchs in „hoffungslosen Fällen“ regeln. 30% der Amerikaner sollen bereits Patientenverfügungen unterschrieben haben.¹³⁰

Erstmalig erschien der Begriff des „living will“ 1981 in der katholischen Theologie in einem Artikel von PARIS und MCCORMICK. Die Autoren unterstreichen, dass solche „livings wills“ auch die Heiligkeit des Lebens und die Rechte des einzelnen besser schützen könnten als einseitige Entscheidungen oder das von außen in das Arzt-Patient-Verhältnis eingreifende Gerichtsurteil bzw. der Spruch eines ethischen Komitees.¹³¹

In den USA wird grundsätzlich die Entscheidung der Familienangehörigen und eines vom Gericht eingesetzten Pflegers als substituiertes Urteil (substituted judgment) geachtet. Das kommt daher, weil man annimmt, dass das Versorgungsteam den Patienten und dessen Angehörige vermutlich am besten kennt. Es stellt sich also die Frage, wer den Patienten am besten kennen könnte und wer am besten im Namen des Patienten entscheiden könnte. Das substituierte Urteil ist wertvoll, weil es subjektive Hinweise für die Entscheidung über eine lebensverlängernde Behandlung gibt.¹³²

Seit dem Fall Quinlan argumentiert man in den USA vor Gericht mit der Selbstbestimmung der Patienten über die Einleitung oder Fortsetzung einer medizinischen Behandlung, ausgehend vom verfassungsmäßigen Recht auf Privatsphäre (right to privacy). Dieses Recht steht der Gewährleistung der Unantastbarkeit des menschlichen Lebens und den Arztpflicht zur Fortsetzung der Behandlung entgegen. Das Recht auf Privatsphäre ist bei PVS-Patienten zum entscheidenden Argument geworden, die lebensverlängernden Maßnahmen trotz aller Aspekte des Lebensschutzes zu beenden. Der Primat der Patientenautonomie ist in den USA immer mehr zu einem Instrument der Defensivmedizin geworden.¹³³

¹²⁹ H. KÜNG, *Menschenwürdig sterben*, in: W. JENS, H. KÜNG, (Hrsg.), *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*, München 1995, S. 47.

¹³⁰ Vgl. BIOSKOP, *Patientenverfügungen*, Essen 2001.

¹³¹ Vgl. J.J. PARIS, R. M. MCCORMICK, *Living will legislation reconsidered*, *America* 145(1981), S. 86 – 89.

¹³² Vgl. A. C. TUXILL, *Ethische Aspekte der Intensivpflege*, in: B. MILLAR, PH. BURNARD (Hrsg.), *Intensivpflege – High-touch und High-tech. Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte*, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle 2002, S. 369 – 370, Vgl. CEJA, *Decisions Near the End of Life*, S. 2229 – 2233, Vgl. B. JENNETT, *The Vegetative State*, S. 131 – 132.

¹³³ Vgl. T. WEIGEND, K. KÜNSCHNER, *USA*, in: A. ESER, H-G. KOCH (Hrsg.), *Materialien zur Sterbehilfe. Eine internationale Dokumentation*, Freiburg im Br. 1991, S. 673f.; H. WOLFF hebt bedeutende Rolle der Defensivmedizin in den USA hervor, wo die Entscheidung des Patienten die Verantwortung des Arztes auf den technischen Bereich seines Handelns reduziert. Vgl. H. P. WOLFF, *Arzt und Patient*, in: H-M- SASS (Hrsg.), *Medizin und Ethik*, Stuttgart 1989, S. 188ff.

Der Aspekt der Autonomie ist in der Arzt-Patient-Beziehung ein grosses Problem, da sich der Patient in einer Grenzsituation befindet, was die Bedeutung dieses Aspekts noch steigert. Die moderne Medizin stellt den Patientenwillen in den Mittelpunkt nach dem Grundsatz: *voluntas aegroti suprema lex* (der Wille ist das grösste Gesetz). Bei verschiedenen Modellen von Patientenverfügungen wie z. B. mutmaßlichen Willensäußerungen und gesetzlichen Vertretungen stellt sich vor allem bei einwilligungsunfähigen Patienten die Frage, ob jemand im Vorhinein wissen könne, was er später, wenn er sich nicht mehr äussern kann, wollen wird? Manchmal kommt es auch zu Veränderungen des Patientenwillens, besonders was die Äußerung von Todeswünschen des Patienten betrifft. Außerdem ist fraglich, inwieweit der Arzt in seinem Handeln den Todeswunsch des Patienten gegenüber der Verpflichtung zum Schutz des Lebens berücksichtigen kann. Es handelt sich also um das Problem, wie viel Autonomie überhaupt zulässig ist. Diese Schwierigkeit besteht besonders bei PVS-Patienten, wo die Behandlungsbegrenzung und der Behandlungsabbruch immer fraglich sind.

Der Begriff „Autonomie“ hat in der Medizin Anwendung im Bereich der Patientenautonomie und besonders in der Paternalismusdebatte gefunden. Hinter der Diskussion um die Patientenautonomie und den Paternalismus versteckt sich das Spannungsfeld zwischen einer Ethik der Fürsorge und einer Ethik der Autonomie. Der Begriff „Autonomie“ erlangt in der bioethischen Diskussion sehr oft argumentative Bedeutung. Der Wunsch „ich möchte nicht in diesem Zustand leben“ stellt – aufgrund obiger Ethik - das grundsätzliche Argument für den Entzug der lebensverlängernden Massnahmen im Wachkoma dar. Die Freiheit und das Glück sind die wesentlichen Begriffe dieser Ethik, wo die Freiheit ihr Ziel im persönlichen Glück besitzt. Die Autonomie wird in der freien Selbstverfügung über das eigene Leben gesehen. Dabei dient der Verlust der Autonomie als Grund, die Entscheidungsfähigkeit zu verlieren.¹³⁴ Im Fall des PVS-Patienten kann man zwei Probleme im Rahmen der Patientenautonomie berücksichtigen:

1. Der Patientenwille wurde vor dem Eintreten des vegetativen Zustands in Gestalt der formlosen Äußerung gemacht „Ich will nicht in diesem Zustand leben und ich verzichte auf lebensverlängernde Maßnahmen“.
2. Der Patientenwille wurde vor dem vegetativen Zustand nicht geäußert. Im Zentrum steht also der aktuelle Patientenwille (Autonomie), der nicht realisierbar ist. Der Verlust der Autonomie führt zum Verlust eines personalen Leben und der Menschenwürde.

¹³⁴ Vgl. **P. SINGER**, *Praktische Ethik*, Stuttgart 1994, S. 134ff, sowie **H. KUHSE**, *Für die aktive freiwillige Sterbehilfe*, in: **H. KUSHE, P. SINGER**, *Individuen, Menschen, Personen. Fragen des Lebens und Sterbens*, Sankt Augustin 1999, S. 208ff.

Hierbei gerät der Patientenwille in Konflikt mit der Verpflichtung zur Lebenserhaltung. Die Aussagekraft und Gültigkeit des Prinzips der Patientenautonomie bleibt bei PVS-Patienten immer fraglich.

2.4. „The patient's best interests“ – Die Lebensqualität als ethisch-rechtliche Entscheidung

Die Erfahrung mit den PVS-Patienten im angelsächsischen Raum steuert ein neues Kriterium zur Begründung des Behandlungsabbruchs bei, nämlich „the patient's best interests“ (das beste Interesse des Patienten). Das britische House of Lords vertrat 1993 die Anschauung, dass die therapeutische Entscheidung ihn weiterhin künstlich zu ernähren, nicht in Anthony Blands „best interests“ liege. Lord KEITH OF KINKEL spricht einem auf Dauer bewusstlosen Patienten das Lebensrecht ab, weil er nicht in der Lage sei, sich und seine Interessen wahrzunehmen: *„In the case of a permanently insensate being, who if continuing to live would never experience the slightest actual discomfort, it is difficult, if not impossible, to make any relevant comparison between continued existence and the absence of it. It is, however, perhaps permissible to say that to an individual with no cognitive capacity whatever, and no prospect of ever recovering any such capacity in this world, it must be a matter of complete indifference whether he lives or dies.“*¹³⁵

Ebenfalls von Bedeutung ist die Äußerung von Lord STEPHEN BROWN, dass es ANTHONY BLAND keinen therapeutischen, medizinischen oder sonstigen Nutzen bringe, wenn seine Beatmung, Ernährung und Versorgung mit Flüssigkeit künstlich weitergeführt würden.¹³⁶

Das endgültige Gutachten der Richter traf die Feststellung, dass die Lebensverlängerung nicht im besten Interesse Blands gewesen sei, sondern, dass es im seinen besten Interesse sei, ihn sterben zu lassen. In Anlehnung an dieses und andere Gutachten vom House of Lords wurde durch die British Medical Association die Richtlinie für die Behandlungsbegrenzung und den Behandlungsabbruch der lebensverlängernden Maßnahmen eingeführt. Die Entscheidung über das beste Interesse des Patienten soll von den Ärzten nach Einholung der Meinung der Familie getroffen werden.¹³⁷

Die Formulierung „the patient's best interests“ in Bezug auf entscheidungsunfähige Patienten in den USA lässt sich schon im Jahr 1983 finden: *When lack of evidence about the patient's wishes precludes this, decisions by surrogates should seek to protect the patient's best interests.*¹³⁸ Die American Medical

¹³⁵ ANHS(1993) 1 All ER 860 f per Lord Keith of Kinkel.

¹³⁶ ANHS (1993) 1 All ER 330f per Lord Stephen Brown.

¹³⁷ Vgl. BMA, *Withholding and Withdrawing Life Prolonging Medical Treatment: guidance for decision-making*, London 1993, sowie vgl. B. JENNETT, *Letting vegetative patients die*, S. 184 – 185.

¹³⁸ PCEP, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*, Washington DC, 1983.

Association wendet dieses Kriterium allerdings auch auf missgebildete Neugeborenen und Patienten mit schweren Verletzungen bzw. Krankheiten sowie auf Patienten fortgeschrittenen Alters an: *In the making of decisions for the treatment of seriously deformed newborns or persons who are severely deteriorated victims of injury, illness or advanced age, the primary consideration should be what is best for the individual patient and not the avoidance of a burden to the family or to society. (...) If the patient is incompetent to act in his own behalf and did not previously indicate his preferences, the family or other surrogate decisionmaker, in concert with the physician, must act in the best interest of patient.*¹³⁹

Gegenüber den PVS-Patienten konkretisiert die AMA „the patient's best interests“ aufgrund des Verlustes der Wahrnehmung des Schmerzes und des Leides: *When a permanently unconscious patient does not have an advance directive and previous preferences or values are either not clear or not ascertainable, or when the patient was never competent, there must be a determination of the patient's interests. However, since a patient in a persistent vegetative state does not experience any pleasure, pain or suffering it seems that the patient would have little interests in living or dying.*¹⁴⁰

Die President's Commission versteht unter dem Begriff „the patient's best interests“ das Wohl des Patienten (well-being). Als dem Wohl des Patienten dienend werden folgende Kriterien angeführt: 1. Lebenserhaltung, 2. Vermeidung von Leid und Schmerz, 3. Schutz vor Behinderung, 4. Wiedererlangung der maximalen Funktionalität.¹⁴¹

Im Fall der permanenten Bewusstlosigkeit bringt – so die Kommission – die Fortsetzung der Behandlung keine Vorteile für Patienten. Weil die Patienten nicht schmerzfähig seien, seien sie auch unfähig, positive Gefühle zu haben. Da die Behinderung vollständig sei, könne man dem Kranken die sozialen und menschlichen Qualitäten absprechen. Die President's Commission räumt ein, dass es zwar möglich sei, dass die beste Behandlung im Interesse des Patienten die Chance zur Wiedererlangung des Bewusstseins sein könnte, erhebt aber trotzdem zwei Einwände gegen die Therapie bei bewusstlosen Patienten:

1. Der Patient wäre nach der Wiedererlangung des Bewusstseins schwer behindert. Dies könnte begrenzt als Vorteil für den Patienten gelten, weil es eine geringe Wahrscheinlichkeit gibt, dass ein solcher Patient zum normalen Leben zurückkehren könnte.

¹³⁹ **AMA**, *Current Opinions* 2.17, 2.20, 1989.

¹⁴⁰ **CEJA**, *Decisions Near the End of Life*, JAMA 267(1992), S. 2231.

¹⁴¹ Vgl. **PCEP**, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment, Report at (181 – 183)*, Washington DC, 1983.

2. Die Therapie könnte finanziellen und emotionalen Schaden für die Familie des Patienten mit sich bringen.¹⁴²

Nach Ansicht der American Academy of Neurology bietet die Therapie keine Vorteile für PVS-Patienten und für ihre Familien. Deshalb kann man auf sie verzichten. Basis für diese Stellungnahme ist die Unterscheidung einer medizinischen Behandlung, die die Hoffnung auf eine Wiedererlangung des Bewusstseins gibt, von einer Behandlung, die den Prozess des Sterbens ohne Möglichkeit jeglicher Heilung verlängert. Vor allem bringt laut AAN die künstliche Ernährung keine Vorteile für PVS-Patienten. Die Diagnose müsste zu einem früheren Zeitpunkt mit dem höchsten Grad medizinischer Sicherheit erstellt werden.¹⁴³

Es herrscht allgemein Übereinstimmung darüber, dass der Verlust des Nutzens im vegetativen Zustand als ausschlaggebender Grund gilt, die Behandlung im besten Interesse des Patienten abzubrechen. Die Mehrheit der Autoren beruft sich bei der Verzichtentscheidung auf künstliche Ernährung auf die Vorteils-Belastungsanalyse. Die Anwendung der Vorteils-Belastungsanalyse erlaubt, auf die künstliche Ernährung zu verzichten, wenn die Fortsetzung der Behandlung für den Kranken selbst lästig und ungünstig wäre. Bei Wachkomapatienten bringt der Abbruch der künstlichen Ernährung aber Belastung und keinen Vorteil.¹⁴⁴

In Amerika bildet sich zusehends die Tendenz aus, PVS-Patienten und hoffnungslose Patienten als Sterbende zu klassifizieren. Daraus ergibt sich, dass man Sterbenden das ethische Axiom des nichtzuverlängernden Sterbeprozesses (not prolonging dying) verleihen kann.¹⁴⁵ Die amerikanische Bischofskonferenz nahm im Jahr 1994 Stellung zur künstlichen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, die sie solange für angemessen hält, als für den Patienten die nützlichen Folgen den Schaden überwiegen: „*There should be a presumption in favor of providing nutrition and hydration to all patients, including patients who require medically assisted nutrition and*

¹⁴² Vgl. **PCEP**, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment, Report at (181 – 183)*, Washington DC, 1983.

¹⁴³ Vgl. **AAN**, *Certain Aspects of the Care and Management of the Persistent Vegetative State Patient*. *Neurology* 39(1989), S. 125 – 126, sowie **AMA**, *Medical Futility in End-of-Life Care: Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs*, *JAMA* 281(1999), S. 937f.

¹⁴⁴ Vgl. **D. B. BROCK**, *Death and Dying: Euthanasie and Sustaining life. Ethical Issues*, in: **W. T. REICH** (Hrsg.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York 1995, Bd. I, S. 569 – 570, sowie vgl. **B. JENNETT**, *The Vegetative State*, S. 132f.

¹⁴⁵ **AMA**, *Medical Futility in End-of-Life Care: Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs*, *JAMA* 281(1999), S. 937, vgl. **E. D. PELLEGRINO, D. C. THOMASMA** (Hrsg.), *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, New York – Oxford 1988, S. 96, vgl. **K. PAYNE, R.M. TAYLOR, C. STOCKING** et al., *Physicians' attitudes about the care of patients in the persistent vegetative state: a national survey*, *Ann Intern Med* 125(1996), S. 104 – 110.

hydration, as long as this is of sufficient benefit to outweigh the Burdens involved to the patient.“¹⁴⁶

Die Begründung des Behandlungsverzichts bei PVS-Patienten orientiert sich auch an der Lebensqualität, die über die Lebensverlängerung oder die Lebensverkürzung entscheidet. Zur Definition der Lebensqualität werden der psychische Status des Patienten sowie seine Symptome, Funktionen, Emotionen und die sozialen Verhältnisse herangezogen. Die Frage nach der Lebensqualität ist primär mit der Problematik der sinnvollen Grenzen therapeutischer Interventionen verbunden. Die Lebensqualität wird in der klinischen Situation mittels des QALY-Scores „Quality-Adjusted Life-Year“ (Skala 0-1 Tab. 1.) und anderer subjektiver und objektiver Scores bewertet.¹⁴⁷

Heute lässt es sich beobachten, dass das medizinische Kriterium der Lebensqualität zum Selektionskriterium bei der Frage der Behandlungswürdigkeit der verschiedenen Patienten geworden ist. Die Lebensqualität verändert sich von einem therapeutischen Unterscheidungskriterium zu einem diskriminierenden Merkmal des Patienten. Die Frage, „wie“ zu behandeln ist, wird zum Nachdenken darüber, „wer“ überhaupt behandelt werden soll.¹⁴⁸

Der persistierende vegetative Status	0,0
Angina pectoris	0,50
Heimdialyse	0,64
Nierentransplantation	0,84

Tabelle. 1. QALY-Scores einiger Krankheitsbilder nach W. F. List

Im Fall der PVS-Patienten stellt sich die Frage nicht nur nach dem Wert der Therapie sondern auch nach dem Wert des Lebens, das man als hoffnungslos einschätzt. Dies ist besonders bedenklich, wenn es um die ethische Sicht im Rahmen der präferenzutilitarischen Argumentation geht. Die Kategorie der Lebensqualität ist für den Präferenz-Utilitarismus von großer Bedeutung. Der Wert des Lebens ist für diese Ethik von einer Reihe von Qualitäten abhängig, die wiederum eine Entscheidung treffen über lebenswertes und lebensunwertes Leben, bzw. aktives und

¹⁴⁶ **NCCB**, *The Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Service*, Washington DC 1994, Directive 58, in: **B. M. ASHLEY, K. D. O'ROURKE** (Hrsg.), *Ethics of Health Care*, 3-th. Ed., Washington 2002, S. 234.

¹⁴⁷ Vgl. **W. F. LIST**, *Ethik in der Intensivmedizin*, in: **M. SCHWEITZER** (Hrsg.), *Intensivmedizin: zukunftsperpektiven: ethische Aspekte, ökonomische Aspekte, neue therapeutische Konzepte*, München 1997, S. 10.

¹⁴⁸ Vgl. **K. ARNTZ**, *Unbegrenzte Lebensqualität? Bioethische Herausforderungen der Moraltheologie*, Münster 1996, S. 92 - 93.

dahinvegetierendes Leben. Als Kriterien für Lebensqualität werden Faktoren wie Rationalität und die Fähigkeit zu kommunizieren und zu interagieren herangezogen, Kriterien also, die dem Menschen Würde verleihen. Das menschliche Leben besitzt in der präferenzutilitarischen Argumentation desto größeren Wert, je stärker Funktionen wie Kommunikation und eigenes Bewusstsein ausgeprägt sind. Bei dieser Position hat nun jeder das Recht, für sich selbst zu bestimmen, unter welchen Umständen für ihn die Lebensqualität nicht mehr ausreichend ist. Ist der Patient bewusstlos, ohne eigenes Bewusstsein, gilt er als tot. Aus dieser Argumentation wird die Entscheidung über den Therapieabbruch bei PVS-Patienten gerechtfertigt. Die Argumentationskette auf der Basis der Lebensqualität wurde im Fall KAREN QUINLAN vom Gericht New Jersey durchgeführt. KAREN gilt als Subjekt, das seine menschlichen Qualitäten verloren hat („The subject has lost human qualities“). Ihr Zustand wurde als fötusähnlich und grotesk („fetal-like and grotesque“) bezeichnet. Deshalb konnte die Lebensverlängerung bei Karen abgebrochen werden, weil es für das Gericht klar war, dass eine solche Therapie weder menschlichen noch humanitären Nutzen hat („when it is clear that such therapy offers neither human nor humane benefit“).¹⁴⁹

Im Gegensatz zu dieser Position steht die sogenannte Ethik der Heiligkeit des menschlichen Lebens, die das Leben als ein unantastbares Gut betrachtet, das über allen Werten steht, also etwas Heiliges ist. Nach H. KUSHE wäre die Lehre von der Heiligkeit des Lebens im Fall einer im irreversiblen Koma liegenden Patientin allerdings nicht zu akzeptieren, weil das verlängerte Leben der Patientin kein Gut mehr für sie und andere wäre. Der Ideal der Heiligkeit des Lebens führt nach KUSHE zur Unmenschlichkeit des Vitalismus, der in letzter Konsequenz zur Lebensverlängerung um jeden Preis führt: *„Die Unmenschlichkeit und die Missachtung der Interessen der einzelnen Patientinnen sind jedoch der Preis, der zu zahlen ist, wenn dieses Ideal konsequent befolgt werden soll.“*¹⁵⁰

Die Anwendung dieses Prinzips verursacht – so die utilitaristische These – in der Praxis ethisch wie humanitär gleichermaßen inakzeptable Folgen. In Zweifel gezogen wurde die Lehre der Heiligkeit des menschlichen Lebens beim Fall ANTHONY BLAND durch das House of Lords. Dieses Prinzip ist nach dem englischen höchsten Gericht kein Patentrezept, um die Fälle von PVS-Patienten einer Lösung zuzuführen. Am deutlichsten unterstrich der Richter BUTLER-SLOSS, dass die Heiligkeit des

¹⁴⁹ **SCNJ**, *Matter of Quinlan*, 70. N.J. 10(1976).

¹⁵⁰ **H. KUSHE**, *Ein moderner Mythos: Sterbenlassen sei keine absichtliche Verursachung des Todes. Überlegungen zum Prozess und Freispruch von Dr. Leonard Arthur*, in: **H. KUSHE, P. SINGER**, (Hrsg.), *Individuen, Menschen, Personen. Fragen des Lebens und Sterbens*, Sankt Augustin 1999, S. 177.

menschlichen Lebens vom Leben in abstracto ausgeht und die wirkliche Situation Blands nicht berücksichtigt.¹⁵¹

Die Kategorie der Entscheidung „the patient's best interests“ ist gegenüber den PVS-Patienten umstritten, weil solche Patienten ihr Leben nicht selbst als lebenswert oder lebensunwert beurteilen. Die Einschätzung der Lebensqualität des PVS-Patienten hängt demgemäß von der Entscheidung der anderen ab. Aufgrund der objektiven Faktoren wird der Abbruch der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr gesetzlich gerechtfertigt, weil die Behandlung niemals im besten Interesse des Patienten im PVS sei.¹⁵² Die British Medical Association nennt folgende medizinische Faktoren als Grundlage zur Durchführung lebensverlängernder Maßnahmen im besten Interesse des Patienten:

1. Der Patient hat eigene Wünsche und Werte.
2. Das klinische Urteil prognostiziert eine effektive Behandlung.
3. Der Patient ist wahrscheinlich schmerz- und leidensfähig.
4. Der Patient ist in der Lage, bewussten Kontakt mit anderen und zur Umwelt herzustellen und zur Selbstkontrolle fähig.¹⁵³

Die obigen Faktoren bezeichnen „best interests“ Kriterien des Patienten, die sich durch medizinische Kriterien in Hinsicht auf die körperliche Tüchtigkeit, die nachlassende Tüchtigkeit und die Überlebensaussicht messen lassen. Best interests wird in gewissem Sinne zum Allheilmittel in der rechtsmedizinischen Entscheidungsfindung. Die Begrifflichkeit ist allerdings problematisch, da der Begriff verschiedene Bedeutungen besitzt, die mit physischer Kondition oder einer medizinischen Prognose nichts zu tun haben. Hinter dem Begriff des „interests“ könnten sich Glaubensüberzeugungen, Patientenmeinungen aus vorkomatöser Zeit, Familieninteressen oder sonstige Vorteile anderer Personen verbergen. Deshalb geht Fenwick davon aus, dass das Kriterium „patients best interests“ auf PVS-Patienten zu Unrecht angewendet werde.¹⁵⁴

Im Entscheidungsfindungsprozess um eine angemessene Behandlung bewusstloser Patienten sind die ethischen Konzeptionen von großer Bedeutung, weil sie über die ärztliche Handlungsweise entscheiden. Im Mittelpunkt der ethischen Entscheidungsfindung unterscheiden sich zwei Grundpositionen, nämlich die Ethik der Fürsorge und die Ethik des Utilitarismus. Die beiden Positionen stellen

¹⁵¹ Vgl. **ANHS** (1993), C.7, S. 347f.

¹⁵² Vgl. **BMA**, *Withholding and Withdrawing Life Prolonging Medical Treatment: guidance for decision-making*, London 1993.

¹⁵³ Vgl. ebd.

¹⁵⁴ Vgl. **A.J. FENWICK**, *Applying best interests to persistent vegetative state a principled distortion?*, *J Med Ethics* 24(1998), S. 86 – 92.

grundsätzliche Fragen nach dem anthropologischen Wertkriterium in der Thematik der Bioethik. Dieses anthropologische Wertkriterium ist für die Bewertung des Patientenstatus bedeutend. Die Bewusstlosigkeit bei PVS-Patienten zeigt nicht nur Probleme im anthropologisch-ethischen Bereich, sondern auch bezüglich des rechtlichen Aspekts der Frage. Die Ethik und das Recht sind miteinander verbunden. Die ethische Bewertung und die Normen legen das Fundament für das rechtliche Gutachten. All dies ist bei den Entscheidungen der Gerichte über die Fälle der Patienten mit PVS zu bedenken.¹⁵⁵

¹⁵⁵ In der Literatur gibt es folgende Fälle: *Karen Quinlan* New Jersey 1976; *Clarence Herbert* California 1983; *Claire Conroy* New Jersey 1985; *Paul Brophy* Massachusetts 1986; *Mary O'Connor* New York 1988; *Nancy Cruzan* Missouri 1988; *Frederick Cyril Clarke* South Africa 1992; *“L”* New Zealand 1992; *Anthony Bland* England; *Ward of Court* Ireland 1995; *Hugh Finn* Kentucky 1998; *Terri Schavio* Florida 2003, vgl. **B. JENNET**, *The Vegetative State*, S. 187 – 219; **J. KEOWN** (Hrsg.), *Euthanasia examined*, Cambridge 1999, **R. DRESSER**, *Schavio: A Hard Case Makes Questionable Law*, Hastings Center Report May-June 2004, S. 8 – 9.

2.5. Der bewusstlose Patient in der aktuellen Sterbehilfedebatte

Die moderne Medizin ermöglicht Heilung, Linderung von Beschwerden und Lebensverlängerung für viele Patienten. Grenzen werden deutlich, wenn es um unheilbar Schwerstkranke und Behinderte geht, die ihren Leiden ausgesetzt sind und als belastend für Angehörige und Gemeinschaft empfunden werden. Im Alltag treffen die Ärzte auf der Intensivstation die Entscheidung über das Unterlassen oder den Abbruch der medizinischen Maßnahmen. Deshalb stellt sich heute sehr oft die Frage, wann der Arzt das Recht oder gar die Pflicht hat, die lebenserhaltende Behandlung gar nicht erst zu beginnen oder eine bereits begonnene Therapie abubrechen. Die Prognosestellung ist allerdings der schwächste und unsicherste Teil in den medizinischen Bemühungen, wie das Beispiel des bewusstlosen Patienten zeigt. Deshalb ist in diesem Sektor Forschung und Weiterbildung dringend erforderlich, um die Zahl der Behandlungsfälle im Bereich der unheilbaren Schwersterkrankung zu verkleinern.¹⁵⁶

In der klinischen Realität haben wir mit unterschiedlichen Fällen zu tun, die vom Lebensanfang (Embryonen, Feten) bis zum Lebensende (terminaler Patient, Apalliker) ethische Dilemmas mit sich bringen (Tab. 1.).¹⁵⁷

Es fällt auf, dass die Frage nach der moralischen Bewertung der Fälle vor allem in der Euthanasiedebatte verschiedene Aspekte hat. Nach A. BONDOLFI kann man in der Euthanasiediskussion folgende Aspekte unterscheiden:

- „ In der Euthanasiedebatte geht es zuerst um die Umstände, unter denen man heute sterben muss bzw. will.

- In der Euthanasiedebatte geht es aber nicht ausschließlich um den Sterbenden. Auch die anderen Akteure sind von den autonomen Präferenzen und Entscheidungen des sterbenden Menschen betroffen.

- In der Sterbehilfediskussion geht es auch um die Bedeutung und um die normative Einschätzung von früheren und aktuellen Willensäußerungen des Patienten. Es geht um die sogenannte Verbindlichkeit von Patiententestamenten.

- In der Sterbehilfedebatte geht es auch um die moralische und rechtliche Einschätzung der Möglichkeit der Hilfe zum Freitod und der direkten Tötung auf Verlangen.“¹⁵⁸

¹⁵⁶ Vgl. H. PIECHOWIAK, *Eingriffe in menschliches Leben. Sinn und Grenzen ärztlichen Handelns*, Frankfurt am Main 1987, S. 246ff.

¹⁵⁷ H. PIECHOWIAK, *Eingriffe in menschliches Leben*, S. 250 – 251.

¹⁵⁸ A. BONDOLFI, *Ethisch denken und moralisch handeln in der Medizin, Anstösse zur Verständigung*, Zürich 2000, S. 191ff.

indirekte Lebensverkürzung, passives Sterbenlassen, Therapieverzicht, Behandlungsabbau und Tötung unwerten Lebens.¹⁵⁹

In den 70er Jahren bildete sich die zweite Phase der Sterbehilfedebatte anhand verschiedener bekannter Einzelfälle aus. Beispielsweise wurde in der Schweiz der Arzt URS PETER HAEMMERLI suspendiert und verhaftet wegen des Abbruchs der künstlichen Ernährung bei einem unheilbaren Kranken. In dieser Zeit erscheinen nicht nur Begriffe wie „Sterbenlassen“, und „Behandlungsabbau“ sondern auch „mercy killing“ bzw. „Gnadentod“. Die Sterbehilfe wurde zur Tötung auf Verlangen ausgeweitet. In der zweiten Phase der Euthanasiediskussion standen vor allem die amerikanischen Euthanasiegesellschaften im Mittelpunkt, die den Wert der Euthanasie auch für alte und unheilbare Patienten bzw. geistig oder körperlich behinderte Kinder proklamierten.¹⁶⁰

In der dritten Phase trat die „Früheuthanasie“ ins Zentrum der heutigen Sterbehilfediskussion. Der tragische Fall der KAREN ANN QUINLAN, die über zehn Jahre im Koma lag, und die Problemsituation der Kinder mit schweren Missbildungen (z. B. Spina bifida, Aneenzephalie, Mongolismus) eröffneten eine neue interdisziplinäre Diskussion um den Status der bewusstlosen Patienten.¹⁶¹In der Euthanasiedebatte geht es immer um den Begriff des Menschenbildes in der klinischen Grenzsituation, wie D. Engelhardt deutlich unterstreicht:

„Mit der Euthanasie stellt sich die Frage nach dem Menschenbild und dem Umgang mit Behinderung und Leiden, Sterben und Tod - auf der Seite der Laien wie der Ärzte und Pflegepersonen, auf der Seite der Gesellschaft wie des Staates. Am Umgang mit Sterben und Tod misst sich die Höhe der Humanität in der Medizin wie in der Gesellschaft.“¹⁶²

2.5.1 Die Sterbehilfe und PVS-Patienten

Der Arzt hat drei mögliche Handlungsoptionen gegenüber bewusstlosen Patienten, die in letzter Konsequenz zum Tod des Patienten führen können. Man kann sie folgendermaßen unterscheiden:

1. Die direkte aktive Tötung eines Patienten durch eine Giftinjektion.

¹⁵⁹ Vgl. **E. SCHOCKENHOFF**, *Sterbehilfe und Menschenwürde. Begleitung zu einem „eigenen Tod“*, Regensburg 1991, S. 55 – 56.

¹⁶⁰ Vgl. ebd. S. 56 – 58.

¹⁶¹ Vgl. ebd. S. 58 – 59.

¹⁶² **D. ENGELHARDT**, *Euthanasie zwischen Lebensverkürzung und Sterbebeistand*, in: Landeskomitee für Ethik, *Die Sorge um ein menschenwürdiges Sterben*, URL: www.provinz.bz.it/sanita/downloads/bioetica/kapitel/1.pdf, (Stand 30. 10. 2003.)

2. Die Beendigung einer einmal begonnenen und lebensverlängernden Behandlung (medizinisch-therapeutischen Behandlung) bzw. deren Nichtbeginn.
3. Die Einstellung der medizinisch-pflegerischen Maßnahmen durch das Verhungern- und Verdurstenlassen eines Patienten.¹⁶³

Bei bewusstlosen Patienten stellt sich das Problem des medizinisch-therapeutischen Behandlungszwecks. Der Zweck besteht in der Schmerzlinderung und Rehabilitation, vorausgesetzt, der Patient ist empfindungsfähig. Der Bewusstlose besitzt weder Selbstbewusstsein noch Empfindungsfähigkeit.¹⁶⁴ Darum ist eine medizinisch-therapeutische Behandlung, die zur Heilung führt, nicht angebracht. Im Rahmen des ärztlichen Handelns gibt es neben der medizinisch-therapeutischen auch die medizinisch-pflegerische Hilfe. Hier besteht die Möglichkeit der Fürsorge bei bewusstlosen Patienten im Freisaugen der Atemwege von Sekretion, Umlagerungen, Exkretion, Nahrung und Flüssigkeit.¹⁶⁵

Beim bewusstlosen Patienten unterscheidet man zwischen Tun und Lassen, zwischen passiver und aktiver Euthanasie oder besser gesagt zwischen freiwilliger, nichtfreiwilliger und unfreiwilliger Euthanasie.¹⁶⁶ Von freiwilliger Euthanasie spricht man, wenn der Patient selbst den Sterbewunsch ausdrückt. Die nichtfreiwillige Euthanasie liegt vor, wenn der Patient selbst die Entscheidung über den Tod nicht treffen und der Arzt den Tod verursachen könnte. Unfreiwillige Euthanasie bedeutet, dass gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten der Tod verursacht wird.¹⁶⁷

Im Fall des PVS-Patienten stellt sich die grundsätzliche Frage, ob der Entzug der Ernährungssonde als Tun oder Unterlassen (bzw. als ein Akt passiver oder aktiver Euthanasie) zu qualifizieren ist. Der Official Solicitor argumentierte, dass der Abbruch der künstlichen Ernährung Mord sei und daher nicht erlaubt sein dürfe. Dahinter stehen drei Gründe. Erstens gilt die Entfernung der Ernährungssonde als Verhalten, das man als Tun qualifizieren könnte. Zweitens ist der Entzug der Ernährungssonde mit der Absicht verbunden, den Patienten zu töten. Drittens ist der Entzug der

¹⁶³ Vgl. **E. STARZ**, *Gehirntodkonzept und Euthanasie*, in: **P. STRASSER, E. STARZ** (Hrsg.), *Personsein aus bioethischer Sicht*, Stuttgart 1997, S. 137.

¹⁶⁴ Manche Autoren sind Meinung, dass es keinen schlüssigen Beweis dafür gibt, dass Menschen im apallischen Syndrom Schmerz mehr empfinden können. Vgl. **M. KLEIN**, *Schmerzempfindung und erhaltene Bewusstseins im apallischen Syndrom?* *Intensivmedizin*, 8 (2000), S. 63 – 68.

¹⁶⁵ Vgl. **E. STARZ**, *Gehirntodkonzept und Euthanasie*, S. 138.

¹⁶⁶ Für Birnbacher ist Euthanasie keine mögliche Handlungsoption bei bewusstlosen Patienten: «Auch der Behandlungsabbruch bei irreversibel Bewusstlosen, der oft im Zusammenhang mit der Frage der Sterbehilfe behandelt wird, (...) da infolge der Bewusstlosigkeit für eine Leidensminderung kein Anlass besteht. Wenn in derartigen Fällen der Abbruch weiterer Behandlungen moralisch zulässig oder sogar erforderlich ist, dann aus anderen Gründen als, denen, die die Sterbehilfe rechtfertigen.» **D. BIRNBACHER**, *Tun und Unterlassen*, Stuttgart 1995, S. 339.

¹⁶⁷ Vgl. **E. STARZ**, *Gehirntodkonzept und Euthanasie*, S. 138.

künstlichen Ernährung ein nützliches Mittel, um ANTHONY BLAND zu töten.¹⁶⁸ Hingegen vertrat das House of Lords die Ansicht, dass die Entfernung der Ernährungssonde nicht als eine aktive Tötung, sondern als eine Unterlassung weiterer Behandlung anzusehen sei. Die Richter beurteilten den Fall Blands gemäß der Kategorie der Legalität des Verhaltens. Sie formulierten zwei Handlungsrichtlinien für den Umgang mit PVS-Patienten:

*„1. may lawfully discontinue all life-sustaining treatment and medical support measures designed to keep the defendant alive in his existing persistent vegetative state including the termination of ventilation, nutrition and hydration by artificial means; and 2. may lawfully discontinue and thereafter need not furnish medical treatment to the defendant except for the sole purpose of enabling him to end his life and die peacefully with the greatest dignity and the least of pain suffering and distress.“*¹⁶⁹ In diesem Zusammenhang geht es um die Euthanasie durch Sterbenlassen (passive Euthanasie), in der der Arzt keine weiteren lebensverlängernden Maßnahmen ergreift.

Allerdings unterstrichen die Richter im Fall Blands, dass das Unterlassen einer weiteren Behandlung nicht in jedem Fall erlaubt sei. Verboten ist das Sterbenlassen, wenn der Arzt eine Rechtspflicht verletzt, die ihm gebietet, den Patienten weiter zu behandeln. Die Entscheidung wäre somit abhängig von der sachgerechten Beantwortung einer einzigen Frage: Worin besteht die Rechtspflicht des Arztes?¹⁷⁰

Diese Problematik des „Tuns und Unterlassens“ wird von Juristen und Ethikern häufig mit dem Begriff „passive oder aktive Euthanasie“ umschrieben. Aus moralischer Sicht wird die Unterscheidung zwischen Handeln und Unterlassen bei Schwerkranken bzw. Sterbenden sowie schwerstgeschädigten Neugeborenen diskutiert.¹⁷¹ Besondere Schwierigkeiten ergeben sich in der begrifflichen Präzisierung der passiven Euthanasie. Aktive und passive Euthanasie sind begrifflich kaum sauber voneinander zu unterscheiden, wie viele Autoren aufgezeigt haben. Unter der aktiven Euthanasie versteht man *„die gezielte Tötung eines Patienten durch physischen Eingriff, die überlegte Verabreichung lebensverkürzender Substanzen mit der Absicht der Herbeiführung des Todes, um Schmerzen und Leiden zu beenden“*.¹⁷²

Unter der passiven Euthanasie versteht man im Allgemeinen hingegen den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen oder deren Abbruch, was den Tod des

¹⁶⁸ Vgl. **E. SCOWEN**, *The Anthony Bland case*, *Dispatches* 3(1993), S. 5 – 8.

¹⁶⁹ **ANHS** [1993] at 859 per Lord Keith of Kinkel.

¹⁷⁰ **ANHS** [1993] at 375 – 376 per Lord Goff of Chieveley.

¹⁷¹ Vgl. **D. BIRNBACHER**, *Tun und Unterlassen*, Stuttgart 1995, S. 337ff.

¹⁷² **A. FOITZIK**, *Steht ein Dammbbruch bevor?, Zur gegenwärtigen Diskussion über die Euthanasie*, in: *HerKorr* 46(1992), S. 41.

Patienten zur Folge hat.¹⁷³ Im Kontext des Patiententodes wird durch die aktive Euthanasie eine neue Todesursache eingeführt, die Tötung, während bei der passiven Euthanasie die Krankheit des Patienten zur Todesursache geworden ist; es geht um ein Sterbenlassen.¹⁷⁴

Die Bewertung des Verzichts auf künstliche Ernährung bei Sterbenden und Wachkomapatienten ist äußerst umstritten. Handelt es sich dabei rechtlich und ethisch um passive¹⁷⁵ oder aktive¹⁷⁶ Euthanasie. In der Literatur finden sich mögliche Grundmodelle der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Euthanasie, die in die rechtlich-ethischen Richtlinien Eingang gefunden haben. Laut H. OTTO und G. PATZIG gilt das Abstellen von Maschinen in Übereinstimmung mit der gängigen Meinung als passive Euthanasie, während das Einstellen der künstlichen Ernährung als aktive Euthanasie zu bewerten sei.¹⁷⁷

Von bisher erörterten Standpunkten abweichend definiert DIETER BIRNBACHER passive Euthanasie als Geschehenlassen des Sterbens. Solches Geschehenlassen kann sich sowohl durch ein Tun (Abschalten einer Maschine) als auch durch ein Unterlassen medizinischer Maßnahmen (Entzug der künstlichen Ernährung) manifestieren.¹⁷⁸ Des Weiteren ergeben sich wichtige Unterschiede in der Bewertung von passiver und aktiver Sterbehilfe, wenn man die Sinnstruktur ärztlichen Handelns im Blick auf Kausalität, Intentionalität und Motivation näher betrachtet.¹⁷⁹

Im Kontext der Einstellung der künstlichen Ernährung geht es ferner um die sogenannte terminale Sedation: *„Es geht um jene terminalen Patienten, denen Schmerzen, Luftnot oder Übelkeit unerträgliche und unstillbare Qualen bereiten. Ihnen könne und dürfe man, so die AMA-Position, mit Medikamenten zur finalen Bewusstlosigkeit verhelfen und sie dann sterben lassen – nach Stunden oder Tagen. Konsequenter Bestandteil dieses Vorgehens dürfe der Verzicht auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sein, die im Zustand der Sedierung ja nur auf künstlichem Wege*

¹⁷³ Vgl. **A. FOITZIK**, *Steht ein Dammbbruch bevor?*, S. 41, sowie vgl. **D. BIRNBACHER**, *Tun und Unterlassen*, Stuttgart 1995, S. 340, **J. KEOWN**, *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation*, Cambridge 2002, S.12ff.

¹⁷⁴ Vgl. **B. SCHÖNE-SEIFERT**, *Die Grenzen zwischen Töten und Sterbenlassen*, Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, 1997, S. 212f.

¹⁷⁵ Vgl. **CEJA**, *Decisions Near the End of Life*, JAMA 267(1992), Nr 16, S. 2229ff, **SAMW**, *Betreuung von Patienten am Lebensende (2004)*, Schweizerische Ärztezeitung 85(2004) Nr 6, S. 289ff.

¹⁷⁶ Vgl. **A. ZIEGER**, *Keine Euthanasie bei Wachkomapatienten*, Behindertenpädagogik (34)1995, S. 414–425, sowie **U. EIBACH**, *Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Euthanasie und "lebensunwertes" Leben*, Wuppertal 1998, S. 155.

¹⁷⁷ Vgl. **H. OTTO**, *Recht auf den eigenen Tod?: Strafrecht in Spannungsverhältnis zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung. Gutachten für den 56. Deutschen Juristentag*, München 1986, S. 30, **G. PATZIG**, *Ethik ohne Metaphysik*, Göttingen 1983, S. 114.

¹⁷⁸ Vgl. **D. BIRNBACHER**, *Tun und Unterlassen*, Stuttgart 1995, S. 350ff.

¹⁷⁹ Näher hierzu **T. FUCHS**, *Was heißt „töten“?*, *Die Sinnstruktur ärztlichen Handelns bei passiver und aktiver Euthanasie*, Ethik Med 9(1997), S. 78 ff.

erfolgen könnte.“¹⁸⁰ In diesem Fall ist der tödliche Verzicht auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr von Anfang an eingeplant.¹⁸¹

Während bei Wachkomapatienten die Krankheit im Koma selbst besteht und diese Krankheit verhindert, dass der Patient eigenständig Nahrung zu sich nimmt, so verhindert bei der terminalen Sedierung das künstlich induzierte Koma die Nahrungsaufnahme.¹⁸² Es gibt also zwei Handlungsweisen des Arztes, das Sedieren und das Ernährungseinstellen, wo das erstere eine aktive Handlung darstellt. In der Kombination mit dem Einstellen der Ernährung stirbt der Patient aber am künstlich induzierten Koma. Dieses Vorgehen kann als aktive direkte Euthanasie oder auch „langsame Euthanasie“ klassifiziert werden.¹⁸³

Im Zusammenhang mit der Behandlungsabgrenzung bei PVS-Patienten wird die moralisch und strafrechtlich wesentliche Unterscheidung zwischen einer Tötung als einer aktiven Handlung und dem Sterbenlassen als einer Unterlassung erörtert. Ein Arzt entscheidet sich das Leben eines Patienten absichtlich durch eine Handlung (z.B. tödliche Injektion) oder durch eine Unterlassung (z.B. Abbruch der Ernährung) zu verkürzen. Der Akt des Entzuges der Flüssigkeit- und Nahrungszufuhr kann entweder negativ als „*not feeding the patient*“ oder positiv als „*starving the patient*“, bezeichnet werden, d.h. es geht einerseits um eine legitimierte Unterlassung und andererseits um eine verbotene Tötungshandlung.¹⁸⁴

2.5.2. Die nichtfreiwillige aktive Sterbehilfe bei bewusstlosen Patienten

Manche Ethiker machen keinen relevanten Unterschied zwischen passiver und aktiver Euthanasie, d.h. zwischen Behandlungsabbruch (z. B. bei künstlicher Beatmung) und einer tödlichen Injektion:

„Wenn die Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen aus dem Unterschied zwischen Bewegen und Nichtbewegen bestehen soll, hätte die Ärztin, die eine lebenserhaltende Behandlung mit der Folge abbricht, dass die Patientin stirbt (indem sie

¹⁸⁰ **B. SCHÖNE-SEIFERT**, *Ist Assistenz zum Sterben unärztlich?*, in: **A. HOLDEREGGER** (Hrsg.), *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht*, Freiburg 1999, S. 111.

¹⁸¹ Vgl. ebd. S. 111.

¹⁸² Vgl. **D. ORENTLICHER**, *The Supreme Court and Physician Suicide – Rejecting Assisted Suicide but Embracing Euthanasia*, *N Engl J Med* 337(1997), S. 1237.

¹⁸³ Vgl. **D. ORENTLICHER**, *The Supreme Court and terminal sedation. An ethically inferior alternative to physician-assisted suicide*, in **BATTIN MP., RHODES R., SILVERS A.** (Hrsg.), *Physician assisted suicide. Expanding the debate*, New York 1998, S. 304f., **C. CASSEL**, *Physician Assistance at the End of Life: Rethinking the Bright Line*, in: **R. P. HAMEL, E.R. DuBOSE** (Hrsg.), *Must We Suffer Our Way to Death: Cultural and theological perspectives on death by choice*, Dallas 1996, S. 131.

¹⁸⁴ Vgl. **D. LANZERATH**, *Selbstbestimmung und Fürsorge*, S. 296.

*beispielsweise eine Infusion entfernt), diese Patientin getötet. Eine andere Ärztin hingegen, die bemerkt, dass die Kanüle einer Infusion sich gelöst hat und – mit dem Ergebnis, dass die Patientin stirbt – darauf verzichtet, sie wieder anzulegen, hätte diese Patientin nur sterben lassen.*¹⁸⁵

Daraus ergibt sich als Konsequenz, dass es – laut KUHSE - keinen Unterschied macht, eine tödliche Spritze zu verabreichen oder auf eine Reanimation zu verzichten. Kuhse stellt jedoch heraus, dass es viele Fälle des Sterbenlassens gibt, in denen dem Sterbenlassen eine Kette von Ereignissen vorausgeht, welche von der verantwortlichen Person selbst ausgelöst worden ist. Das heißt, zur Ausführung der rettenden Handlung müssen Fähigkeit und Gelegenheit gegeben sein, wenn man sich bewusst für den Verzicht auf die rettende Handlung entscheidet. Das Bestreben wäre in beiden Fällen, den Tod des Patienten zuzulassen.¹⁸⁶

Der Präferenz-Utilitarismus setzt ein Lebensrecht und ein Tötungsverbot aufgrund der Präferenzen eines Weiter- bzw. Überlebens voraus. Das Töten ist - gemäß dieser Position - kein Unrecht, wenn dem Individuum jedes Interesse am Überleben fehlt, wie das bei Wachkomapatienten der Fall ist.¹⁸⁷ Besonders schwierig gestaltet sich die Frage nach der nichtfreiwilligen Euthanasie, wie sie der Präferenz-Utilitarismus definiert. P. SINGER argumentiert, wenn ein menschliches Wesen nicht fähig sei, die Entscheidung zwischen Leben und Tod zu verstehen, dann sei die Euthanasie weder freiwillig noch unfreiwillig, sondern nichtfreiwillig. Hier handelt es sich um unheilbar Kranke oder schwer behinderte Säuglinge, sowie um Menschen, die durch Unfall, Krankheit oder hohes Alter auf Dauer die Fähigkeit verloren haben, das Entscheidungsproblem zu verstehen, ohne dass sie zuvor jemals für ihre Situation Euthanasie gefordert oder abgelehnt hätten.¹⁸⁸

Die Zulässigkeit dieser Art der Euthanasie ist im Rahmen des mutmaßlichen Willens zu diskutieren. In vielen Ländern ist die Tendenz feststellbar, bei nichteinwilligungsfähigen Schwerkranken eine Verzichts- und Abbruchsbehandlung mit Todesfolge zuzulassen. Das betrifft die sogenannten Wachkoma-Patienten. Ähnliches gilt für Demenz- und andere chronisch Kranke in den USA, wobei die Argumentation strukturell ähnlich ist wie bei Wachkoma-Patienten. Es besteht daher eine große Gefahr der Ausbreitung dieser Form der Euthanasie durch das „Dambruchargument“ (das Argument des slippery slope, d.h. der schiefen Ebene).¹⁸⁹

¹⁸⁵ H. KUHSE, *Die »Heiligkeit des Lebens« in der Medizin*, Erlangen 1994, S. 64.

¹⁸⁶ Vgl. ebd. S. 68ff.

¹⁸⁷ Vgl. P. SINGER, *Praktische Ethik*, Stuttgart 1994, S. 129, N. HOERSTER, *Menschenrecht auf Leben und Tötungsverbot*, Merkur 9/10(1996), S. 885.

¹⁸⁸ Vgl. P. SINGER, *Praktische Ethik*, Stuttgart 1994, S. 230 – 246.

¹⁸⁹ Vgl. U. BENZEHÖFER, *Ein guter Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in ärztlicher Perspektive*, Neue Zürcher Zeitung, 21. 04. 2001, Nr. 92, S. 81, sowie vgl. hierzu die Bestandsaufnahme der Diskussion bei B. GUCKES, *Das Argument der schiefen Ebene*, Stuttgart 1997, J. KEOWN,

Die Gefahr einer fortschreitenden Einschränkung des Lebensschutzes wird vor allem in den Niederlanden bemerkt. Aktive Euthanasie wurde von den Ärzten in den Niederlanden in 2300 (1990n.C.), 3200 (1995) und 3500(2001) Fällen durchgeführt. Bei 1000 (1990) und je 900 (1995 und 2000) Patienten wurde die aktive Euthanasie sogar ohne ausdrückliche Bitte der Betroffenen ausgeführt. So kommt es also von der Tötung auf Verlangen zur Tötung ohne Verlangen. Als Gründe für die Tötung ohne Verlangen nannten die Ärzte: „Jede medizinische Maßnahme war aussichtslos geworden“ (67%); „keine Aussicht auf Besserung“ (44%), „die Nächsten konnten es nicht mehr ertragen“ (38%).¹⁹⁰

Die niederländischen Ärzte haben nie einen Hehl daraus gemacht, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt die Euthanasieregelung auch auf schwergeschädigte Neugeborene, Komatöse, Demenzpatienten und andere geistig Schwerstbehinderte ausweiten wollen. Drei Viertel der niederländischen Bürger ist für die Legalisierung unfreiwilliger Euthanasie. Es gibt also keine Grenze mehr, die die Behinderten vor der unfreiwilligen Tötung bewahrt.¹⁹¹

Dementsprechend ist das Intensivteam oder das Reabteam von den ethischen Entscheidungsschwierigkeiten auf der Intensivstation und in der Reabklinik betroffen. Es stellt sich die relevante Frage: Ist der Wachkoma-Zustand irreversibel? Gibt es eine Verpflichtung zur Durchführung einer medizinischen Maßnahme? Gilt die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr als Basisbetreuung oder als medizinische Maßnahme?

Um dem Abbruch der lebensverlängernden Maßnahmen bei PVS zu rechtfertigen, argumentiert man oft mit dem Sinn-Kriterium. Wenn ein bewusstes menschliches Leben nicht mehr möglich ist, hat es keinen Sinn, ein rein biologisches, nur noch vegetatives Leben, auf unbestimmte Zeit zu verlängern. Betrachtet man Wachkoma jedoch als Durchgangssyndrom, dann ist die Entscheidung über den Abbruch der lebensverlängernden Maßnahmen besonders schwierig. Die Sondenernährung bei Wachkoma-Patienten wird heute vom ethischen Gesichtspunkt und in manchen Staaten auch vom gesetzlichen Gesichtspunkt mit anderen Behandlungsarten gleichgestellt. Darum hat ein Patient das Recht, diese Versorgung genauso zu verweigern wie einen chirurgischen Eingriff. Allerdings stehen

Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation, Cambridge 2002, S. 70 ff.

¹⁹⁰ Vgl. **F.S. ODUNCU, W. EISENMENGER**, *Geringe Lebensqualität. Die finstere Praxis der Sterbehilfe in Holland – bis hin zum Mord*, *Süddeutsche Zeitung* 162(2003), S. 11.

¹⁹¹ Vgl. **T. FUCHS, H. LAUTER**, *Kein Recht auf Tötung*, *Deutsches Ärzteblatt* 94 (1997), A-223.

verschiedene gesetzliche Entscheidungen zum Abbruch der künstlichen Ernährung bei Wachkoma-Patienten im Konflikt zum Lebensschutz und Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Ein weiteres Problem besteht darin, dass die künstliche Ernährung sowohl als medizinische Behandlung auch als Basisversorgung gelten kann. Einerseits kann man auf die künstliche Ernährung ebenso verzichten wie auf die Beatmung, andererseits wird erstere als Basisversorgung betrachtet, die sogar bei aussichtloser Prognose nicht abgebrochen werden darf, weil jeder Patient das Recht auf Fortsetzung der Basisversorgung hat, während die künstliche beatmung als Therapie eingestuft wird. Die Entscheidung über den Verzicht oder die Fortsetzung der künstlichen Ernährung ist immer abhängig vom Therapieziel, was im Fall des Wachkoma-Patienten von großer Bedeutung ist. Diese brisanten Fragen sind ethisch umstritten. Dies zeigt die Geschichte der Wachkoma-Fälle, wo Angehörige, Ärzte und Gerichte unterschiedliche Positionen einnehmen.

Die Grundlage für die Berechtigung der Patientenverfügung ist das Recht jedes Menschen auf Selbstbestimmung, d.h. auf selbstständige Willenäußerung. Die Rekonstruktion des mutmaßlichen Willens eines Wachkoma-Patienten bleibt immer spekulativ. Im angelsächsischen Sprachraum wird die Entscheidungsfindung gegenüber den Wachkoma-Patienten aufgrund der Kategorie „the patient's best interests“ vorgeschlagen. Anhand der objektiven Faktoren wird der Abbruch der künstlichen Ernährung gesetzlich gerechtfertigt, weil die Behandlung niemals im besten Interesse des Wachkoma-Patienten sei. Die Anwendung dieses Kriterium bleibt wegen der begrifflichen Unschärfe immer problematisch.

Manche Ethiker diskutieren die Frage, ob der Abbruch der Sondenernährung als aktive oder passive Sterbehilfe einzustufen sei. Die Bewertung des Verzichts auf künstliche Ernährung bei Sterbenden und Wachkoma-Patienten ist äußerst umstritten. Es geht immer einerseits um eine legitimierte Unterlassung und andererseits um eine verbotene Tötungshandlung. Besonders schwierig gestaltet sich die Frage nach der nichtfreiwilligen Sterbehilfe, wie sie der Präferenz-Utilitarismus definiert. Nach dieser Position ist das Töten kein Unrecht, wenn dem Individuum jedes Interesse am Überleben fehlt, wie das auf Wachkoma-Patienten zutrifft.

Eine weitere Problematik des Wachkoma-Patienten wird in den nächsten Teilen der vorliegenden Arbeit vertieft. Es geht dabei um die anthropologische Dimension des Problems und um die diesbezügliche Haltung der katholischen Moraltheologie.

3. DAS LEBENSRECHT UND DIE MENSCHENWÜRDE BEI WACHKOMA-PATIENTEN

3.1. Die Frage nach dem Lebensrecht und der Menschenwürde bei Wachkoma-Patienten

Das Wachkoma wird durch den Wachzustand ohne Bewusstsein (wakefulness without awareness) definiert:

„PVS is a form of eyes-open permanent unconsciousness in which the patient has periods of wakefulness and physiologic sleep/wake cycles, but at no time is he patient aware of himself or herself or the environment”.¹

“...persons with overwhelming damage to the cerebral hemispheres commonly pass into a chronic state of unconsciousness called the vegetative state in which the body cyclically awakens and sleeps but expresses no behavioural or cerebral metabolic evidence of possessing cognitive function or of being able to respond in a learned manner to external events or stimuli. (...) The distinguishing feature of PVS is chronic wakefulness without awareness”.²

“Der persistierende vegetative Status (PVS, Wachkoma): Ein komatöser Zustand nach krankheits- oder verletzungsbedingter, meist hypoxischer Hirnschädigung kann in einen «vegetativen Status», einen «Wachzustand ohne fassbare Wahrnehmung» übergehen“.³

Der Wachzustand weist auf die materielle Seite des Problems hin. Die Bewusstlosigkeit hingegen betrifft die geistige Seite des Problems. Der Wachzustand korrespondiert mit dem Hirnstamm, der die bloss vegetativen Körperfunktionen steuert. Die Hirnstammfunktionen kann man heute beobachten, es geht dabei also um eine gewisse Objektivität. Die Bewusstlosigkeit ergibt sich aus dem Verlust der Grosshirnfunktion.⁴ Das Phänomen des Wachkomas ist vielschichtig. Ungewiss ist, wieso einige Menschen auch nach vielen Jahren wieder zum Bewusstsein zurückgekommen sind und andere nicht. Immer finden sich in der Medizin Berichte

¹ **AMERICAN ACADEMY OF NEUROLOGY**, *Position of the AAN on certain aspects of the care and management of the PVS patient*, Neurology 39(1989), S. 426.

² **AMERICAN ASSOCIATION COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS AND COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS**, *Persistent Vegetative State and the Decision to Withdraw or Withhold Life Support*, JAMA 263(1990), S. 426 - 427.

³ **SAMW**, *Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten*, Schweizerische Ärztezeitung 85(2004), Nr 1/2, S. 50.

⁴ Vgl. **J. N. MISSA**, *Mort du cerveau et «état végétatif chronique» : le problème de la relation esprit-cerveau à la fin de la vie*, in : **B. FELTZ, D. LAMBERT** (Hrsg.), *Entre le corps et l'esprit. Approche interdisciplinaire du Mind Body Problem*, S. 175.

über eine so genannte „late recovery“.⁵ The Multi-Society Task Force on PVS hat die Daten über das potentielle Wiedererwachen nach einer schweren traumatischen Gehirnverletzung bei Erwachsenen und Kindern gesammelt. Beispielsweise ist ein Patient mit traumatischer Hirnschädigung nach 30 Monaten wieder erwacht.⁶ Das Wiedererwachen ist grundsätzlich nach traumatischen Hirnschädigungen (nach schweren Schlaganfällen) wahrscheinlicher als nach nichttraumatischen Hirnverletzungen (nach akuter Kreislauf- und/oder Ateminsuffizienz) und wahrscheinlicher bei Kindern und Erwachsenen unter 40 Jahren als bei älteren Patienten.⁷

Die ethische Beurteilung, wie mit einem Wachkoma-Patienten umzugehen ist, stellt Ärzte, Angehörige und die Gesellschaft vor schwierige Probleme. Man kann biologische Funktionen des menschlichen Organismus (ohne Bewusstsein) beobachten, die bei entsprechender medizinischer und pflegerischer Betreuung lange Zeit erhalten werden können. Die Irreversibilität des Wachkomas ist aus medizinischer Sicht immer nur wahrscheinlich, aber nie ganz sicher. Die Patienten sind wohl am Leben, brauchen aber manchmal künstliche Unterstützung (künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr). Es stellt sich also die Frage, wie man das menschliche Leben und die Menschenwürde bei Wachkoma-Patienten respektieren kann. Mit anderen Worten, ist das Leben des Wachkoma-Patienten durch künstliche Ernährung in jedem Fall zu erhalten und zu verlängern, oder ist es manchmal ethisch zulässig, den Kranken sterben zu lassen. Weiter stellt sich die Frage, ob der Wachkoma-Patient noch eine menschliche Person wie wir ist, ob er eine im Wachkoma lebendige menschliche Person ist oder nur ein biologisches Leben.

Jedem Patienten ist das Recht auf Leben garantiert. Die Wahrung des Lebensrechtes ist zunächst mit der Lebensdefinition verbunden. Hinter jeder Lebensdefinition des Menschen steht ein bestimmtes Menschenbild (Anthropologie), aufgrund dessen man ein Recht auf Leben zugesteht oder auch nicht. Es ist bemerkenswert, dass in der gegenwärtigen Bioethik-Szene das Recht auf Leben oft an spezifische Eigenschaften geknüpft wird. Solche Auffassungen werden zum Beispiel vertreten von P. SINGER, T. ENGELHARDT, M. TOOLEY, N. HOERSTER und J. HARRIS.⁸ Das

⁵ Vgl. **K. ANDREW**, *Recovery of patients after four months or more in the persistent vegetative state*. BMJ 306 (1993), S. 1597 – 1600, **N. L. CHILDS, W. N. MERCER**, *Brief report: Late improvement in consciousness after post-traumatic vegetative state*, N Engl J Med 334(1996), S. 24 – 25.

⁶ Vgl. **THE MULTI-SOCIETY TASK FORCE ON THE PERSISTENT VEGETATIVE STATE**, *Medical aspects of the persistent vegetative state, (Second of Two Parts)*, N Engl J Med 330 (1994), S. 1572 – 1575.

⁷ **W. NACIMIENTO**, *Apallisches Syndrom, Wachkoma, persistent vegetative state: Wovon redet und weiß die Medizin*, in: **W. HÖFLING** (Hrsg.), *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*, Münster 2005, S. 38 – 39.

⁸ Vgl. **P. SINGER**, *Praktische Ethik*, Stuttgart 1994, **T. ENGELHARDT**, *The Foundations of Bioethics*, Oxford 1986, **M. TOOLEY**, *Abtreibung und Kindstötung*, in: **A. LEIST** (Hrsg.), *Um Leben und Tod*.

Recht auf Leben begründet sich in ihrer Ethik durch Eigenschaften wie Selbstbewusstsein, Sinn für Zukunft, psychologische Kontinuität und die Fähigkeit, mit anderen Menschen Beziehungen einzugeben. Die Zugehörigkeit zur menschlichen Gattung begründet demzufolge überhaupt kein Lebensrecht.⁹ Nur durch die obengenannten Fähigkeiten werde der Mensch zur Person. Respekt verdiene aber nur die Person. Der Mensch besitzt also Würde, weil er Person ist. Die sogenannten Nicht-Personen besitzen – so die Autoren – keine Würde, d.h. ihr Leben gilt als lebensunwert. Der Wachkoma-Patient verliert durch den Verlust der kognitiven Fähigkeiten die Fähigkeit zur Selbstbestimmung. Dabei stellt sich die Frage nach der personalen Identität, ob sie die psychologische Kontinuität ausmacht oder körperliche Kontinuität.¹⁰ Bei der Einwilligungsunfähigkeit der Wachkoma-Patienten stellt sich die Frage, ob die mutmaßliche Einwilligung tatsächlich ein „Selbstbestimmungsrecht“ sichert.¹¹

B. BAERTSCHI stellt die Frage nach der Personwürde bei Wachkoma-Patienten. Der Ausgangspunkt seiner Überlegung basiert auf dem Abschnitt der Menschenrechtsdeklaration *„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sind mit Vernunft und Gewissen begabt...“* und weiter auf der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft *„Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.“*¹² Die obigen Absätze führen BAERTSCHI zum Konzept der Würde, die auf das Prinzip des Respekts vor der Autonomie und auf die Vernunft aufbaut. Dementsprechend sind die Wachkoma-Patienten unfähig, die Akte der Freiheit oder der Vernunft zu realisieren: *„si l’homme a une dignité, s’il ne doit pas être instrumentalisé et si l’on doit respecter ses choix et décisions, c’est parce qu’il est doué de liberté, d’autonomie ou de raison. Or, une personne qui se trouve dans un état végétatif est incapable de choisir, de faire acte de liberté ou de raison.“*¹³

In Anlehnung an das Person-Konzept ENGELHARDTS unterscheidet BAERTSCHI Person und menschliches Sein, die er als nicht gleichbedeutend betrachtet. Für ihn

Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord, Frankfurt am Main 1990, S. 159ff, **N. HOERSTER**, *Abtreibung im säkularen Staat. Argumente gegen den § 218*, Frankfurt am Main 1991, **J. HARRIS**, *Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik*, Berlin 1995.

⁹ Vgl. **P. SINGER**, *Praktische Ethik*, Stuttgart 1994, S. 121f, **M. TOOLEY**, *Abtreibung und Kindstötung*, S. 165ff

¹⁰ Vgl. **D. PARFIT**, *Reasons and Persons*, Oxford 1986, **R. MERKEL**, *Personale Identität und die Grenzen strafrechtlicher Zurechnung*, JZ 1999, S. 502 – 511.

¹¹ Vgl. **O. TOLMEIN**, *Selbstbestimmungsrecht und Einwilligungsfähigkeit. Der Abbruch der künstlichen Ernährung bei Patienten im vegetative state in rechtsvergleichender Sicht: Der Kemptener Fall und die Verfahren Cruzan and Bland*, Frankfurt am Main 2004, S. 86ff.

¹² Vgl. **B. BAERTSCHI**, *La dignité de l’être humain et les états végétatifs*, **SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR BIOMEDIZINISCHEN ETHIK** (SGBE), *Menschen im Wachkoma*, Bioethica Forum, No. 45, Juni 2005, S. 2.

¹³ Ebd. S. 3.

sind die Wachkoma-Patienten keine Personen mehr.¹⁴ Sie besitzen keine Würde, die für das Menschensein charakteristisch ist. Mit dieser dualistischen Auffassung tritt BAERTSCHI in Konkurrenz zur UN-Menschenrechtsdeklaration: Alle *Personen* sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren, *weil* sie mit Vernunft und Gewissen begabt sind.¹⁵

BAERTSCHI fasst sein Konzept der Personwürde in vier Aspekten zusammen: 1. Die Würde eines Seins ist an seinen Wert verbunden; 2. Der Wert eines Seins hängt vor allem davon ab, was es ist, d.h. von den Fähigkeiten; 3. Ein Sein, das Vernunft besitzt, verfügt über Personwürde; 4. Ein Sein, das keine Vernunft besitzt, hat keine Personwürde. Im Licht dieser Prämisse sind Wachkoma-Patienten keine Personen und demzufolge haben sie keinen moralischen Status als Person und verlieren die Würde, die jedem personalen menschlichen Sein zugestanden wird.¹⁶ Diese anthropologische Theorie führt in der klinischen Situation des Umgangs mit Wachkoma-Patienten dazu, dass die Ablehnung der künstlichen Ernährung bei Wachkoma-Patienten keine Missachtung des Respekts seiner Personwürde ist, weil der Patient keine Person mehr ist. Der Respekt vor der Person, die er einmal war, verlangt eher, dass man eine künstliche Ernährung unterlässt. Man kann den Patienten ernähren, wenn er Instruktionen zu diesem Zweck hinterlassen hat, wenn seine Angehörigen es verlangen und er früher nicht gegen eine künstliche Lebensverlängerung war.¹⁷

Nach H. KUHSE hat das biologisch-menschliche Leben keinen Wert in sich selbst. Das biologisch-menschliche Leben gilt als instrumenteller Wert und ist Voraussetzung für die Realisierung von anderen moralischen Gütern oder Werten z.B. die Fähigkeit, vernünftig und autonom zu handeln, Glück empfinden zu können, Ziele und Interesse zu haben. Aufgrund dieses Verständnisses würde keine ärztliche Pflicht bestehen, nur das reine biologisch-menschliche Leben zu erhalten, wenn ein Patient die obengenannten wertvollen Eigenschaften und Fähigkeiten verloren hat.¹⁸ Die Begründung des Wertes und der Würde des menschlichen Lebens findet sich nur in den obigen Eigenschaften und Fähigkeiten. Das menschliche Leben ist nach KUHSE keine plausible Würdenträgerin. Die Würde des individuellen Wesens besitzt keine transzendente Quelle, sondern ist mit der leiblichen Existenz des Individuums

¹⁴ Vgl. dieselbe Meinung auch **M. L. LAMAU**, *Un enjeu éthique majeur*, in: **F. TASSEAU, M-H. BOUCAND, J.-R. LE GALL, P. VERSPIEREN** (Hrsg.), *Etats végétatifs chroniques. Répercussions humaines. Aspects médicaux, juridique et éthiques*, Rennes 1991, S. 30

¹⁵ Vgl. ebd. S. 4.

¹⁶ Vgl. ebd. S. 4.

¹⁷ Vgl. ebd. S. 5.

¹⁸ Vgl. **H. KUHSE**, *Menschliches Leben und seine Würde. Frage des Lebens und des Sterbens*, in: **H. GANTHALER, O. NEUMAIER** (Hrsg.), *Anfang und Ende des Lebens. Beiträge zur Medizinischen Ethik*, Sankt Augustin 1997, S. 223.

verbunden, mit ihr aber nicht identisch. Es geht dabei um die Innenperspektive des Individuums, die durch die Beeinträchtigung der leiblichen Existenz nicht verwirklicht werden kann. In besonderer Weise hören die moralisch bedeutsamen Eigenschaften (Interesse, Wünsche, autonomes Handeln) die einem Leben Wert und Würde verliehen auf, zu bestehen. *„Interessen setzen die Fähigkeit voraus, positive oder negative Bewusstseinszustände zu empfinden. Ein Stein z.B. hat keine Interessen, weil er kein Bewusstsein und somit keine Innenperspektive hat; er verdient also um seiner selbst willen keine moralische Achtung: Wir können ihm durch unsere Handlungen weder Gutes tun noch schaden.“*¹⁹ Die Fähigkeit, Bewusstseinszustände zu erfahren, gilt als ethisches Kriterium bezüglich der Entscheidung, für welche Patienten lebensverlängernde Maßnahmen sinnvoll sind. Nach KUHSE haben Wachkoma-Patienten, die das Bewusstsein verloren haben, keine direkten Interessen mehr, da medizinische Eingriffe ihnen weder helfen noch schaden. Der PVS-Zustand ist – laut KUHSE - aus der Innenperspektive vergleichbar mit dem Tod.²⁰ Das biologisch-menschliche Leben hat keinen Wert in sich selbst, der zu respektieren ist und demzufolge gibt es keine ärztliche Pflicht, ein solches Leben zu erhalten.

Der Wachkoma-Patient hat – gemessen am vorliegenden Ethikkonzept - kein Interesse an der Erhaltung des Lebens, weil er keine Person mehr ist. Diese Prämisse führt manche Ethiker zur Todeskonzeption, was bedeutet, dass mit dem Defekt der Großhirnregionen jeder personale Charakter des Menschen erloschen ist. Das Leben der Person ist mit dem irreversiblen Verlust des Bewusstseins beendet. Im Zusammenhang damit kann man über den Persontod des Wachkoma-Patienten reden.²¹ Der Verlust der Personalität ist sowohl ein Statusverlust, als auch zugleich das Aufhören der Existenz einer bestimmten menschlichen Person.²² Dieses Konzept einer „Grenzzonen-Definition“ des Todes schlug die amerikanische Medizinethikerin LINDA EMANUEL vor.²³ Daraus ergibt sich die Tendenz, die Organentnahme bei diesen Patienten durch das Großhirntodeskriterium zu legalisieren.²⁴

Allerdings kann man das menschliche Leben nicht auf funktionelle Aspekte, wie z. B. Bewusstseinszustände reduzieren. Der Mensch im Wachkoma ist bewusstlos, aber das bedeutet nicht, dass er keine spirituelle Seele mehr hat. Die Einheit der

¹⁹ H. KUHSE, *Menschliches Leben und seine Würde*, S. 230.

²⁰ Vgl. ebd. S. 232.

²¹ Vgl. D. W. BROCK, *Life and Death. Philosophical essays in biomedical ethics*, Cambridge 1993, S. 362ff.

²² Vgl. R. VEATCH, *Death, dying, and the biological revolution*, New Haven 1976.

²³ Vgl. L. EMANUEL, *Reexamining death: the asymptomatic model and a bounded zone definition*, Hastings Center Report, 25(1995), no. 4, S. 27–35,

²⁴ Vgl. R. HOFFENBERG, M. LOCK, N TILNEY et al., *Should organs from patients in permanent vegetative state be used for transplantation?*, The Lancet, 350 (1997), S. 1320 – 1321, A. V. SCHLOTZHAUER, B. A. LIANG, *Definitions and implications of death*, Hematology/Oncology Clinics Of North America, 16 (2002), S. 1397 – 1413.

spirituellen Seele und des materiellen Leibes hat substanziellen und nicht akzidentellen Charakter. Der Leib hat keine eigene, private Existenz, die von der spirituellen Seele getrennt existiert. Das menschliche Leben verfügt nicht über verschiedene Arten der Seele (z.B. vegetativ, sensorisch und rational). Die rationale Seele ist verantwortlich für alle Funktionen im menschlichen Organismus. Auf dieser Weise gilt das personelle Leben als Einheit, weil das Selbst in der ganzen leiblichen Existenz eingesetzt wird. Sogar wenn ein klarer Verstand behindert wird, bedeutet das nicht, dass die rationale Seele nicht in einer Person anwesend ist, die biologisch betrachtet immer noch lebendig ist.²⁵ Das Leben im Wachkoma ist trotz seiner vegetativen Reduktion mit der, rationalen Seele verbunden, die diesen Leib lebendig macht. Erst der Verlust der lebenswichtigen Einheit des Organismus kann als Zeichen des Todes gelten.²⁶ Die heutige Medizin stellt den Tod des Menschen durch den irreversiblen Verlust der Ganzhirntätigkeit fest. Dieses Konzept des Todeszeitpunkts ist nicht unumstritten.²⁷ Die katholische Anthropologie verwendet die aristotelisch-thomistische Auffassung. Sie ist durch eine holistische Perspektive geprägt. Diese Perspektive hat FRANZ BÖCKLE so ausgedrückt: *„Leib und Seele sind nicht physische Teile, sondern metaphysische Prinzipien, die sich gegenseitig in der Konstitution des menschlichen Seins durchdringen. Die Einheit von Seele und Leib in einem Menschen und zugleich ihre Differenz stehen in einem dialektischen Verhältnis. Die Nicht-Identität von Seele und Leib ist nämlich gerade in der Einheit von Geist und Materie im Menschen grundgelegt. Der Mensch ist nur Person in dieser Einheit und Ganzheit.“*²⁸

Im christlichen Kontext bestimmt die leib-seelische Einheit des Menschen seine Natur als Person, weil Gott den Menschen nicht nur teilweise, sondern als Ganzes annimmt. Aufgrund der Gottebenbildlichkeit des Menschen trägt der Mensch seine Würde und seinen Wert in sich selbst. *„Die nach dem Bilde Gottes erschaffene menschliche Person ist ein zugleich körperliches und geistiges Wesen. (...) In der Heiligen Schrift bedeutet der Ausdruck Seele oft das Leben des Menschen oder die ganze menschliche Person. Er bezeichnet aber auch das Innerste im Menschen, das Wertvollste an ihm, das, wodurch er am meisten nach dem Bild Gottes ist: Seele benennt das geistige Lebensprinzip im Menschen“* (KKK 362, 363). *„Das Bild Gottes ist in jedem Menschen gegenwärtig. Es wird in der Gemeinschaft der Mensch, die der Einheit der göttlichen Personen gleicht, sichtbar“* (KKK 1702). Der Mensch hat

²⁵ Vgl. **E. SGRECCIA**, *Vegetative state and brain death: Philosophical and ethical issues a personalistic view*, in: **G. L. GIGLI, N. ZASLER** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, NeuroRehabilitation 19(2004), S. 361ff, **D. TETTAMANZI**, *Les derniers moments de la vie*, Paris 2004, S. 65ff.

²⁶ Vgl. **E. SGRECCIA**, *Vegetative state and brain death*, S. 365f.

²⁷ Vgl. **M. QUANTE**, *Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik*, Frankfurt am Main 2002, S. 122f.

²⁸ **F. BÖCKLE**, *Fundamentalmoral*, München 1991, S. 43.

unabhängig von irgendwelchen Eigenschaften, eine unverletzliche Würde. In seiner leiblichen und seelischen Integrität und in seiner personalen Identität ist daher jeder Mensch in jeder Lebensphase unbedingt zu schützen. Die Integrität von Leib und Leben, die aus dem Schutz der Würde hervorgeht, wird zur rechtlichen Grundlage, menschliches Leben nicht zu töten.²⁹ Das Leben wird als fundamentale Gabe Gottes bewertet. Daher gilt es sich als heilig und unantastbar. Andererseits ist menschliches Leben fundamentales Gut und nicht absolutes Gut, darum gibt es keine Verpflichtung zur Lebenserhaltung um jeden Preis (KKK 2278). Der bewusstlose Mensch im Wachkoma steht vor einer langfristigen Behandlung, so dass die Entscheidungsfindung nicht nur auf dem Wert des Patientenlebens beruhen kann, sondern auch auf der Bewertung der Behandlung (therapeutischer Nutzen bzw. Schaden) in Hinblick auf den Gesamtzustand des Patienten. Normalerweise endet die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung, wo diese nicht mehr indiziert oder vom Patienten nicht mehr gewollt ist, Wachkoma-Patienten eingeschlossen.³⁰ Der Patient hat wie alle Kranken Anspruch auf angemessene Behandlung und Fürsorge sowie auf einen unbedingten Respekt vor seinem Leben und seiner Würde.³¹

²⁹ **D. LANZERATH**, *Koma, irreversibles/irreversibel Komatöse*, in : **W. KORFF, L. BECK, P. MIKAT** (Hrsg.), *Lexikon der Bioethik*, Gütersloh 1998, Bd. I, S. 410.

³⁰ Vgl. **A. SIMON**, *Was ist der rechtlich und moralisch angemessene Umgang mit Wachkomapatienten? Die medizinethische Perspektive*, in: **W. HÖFLING** (Hrsg.), *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*, Münster 2005, S. 107f.

³¹ Vgl. **HONNEFELDER L.**, *Medizinische Ethik und ärztliche Teleologie. Zu den ethischen Aspekten der Behandlung irreversibel bewusstloser Patienten*, Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Bd. 2. 1997, S. 175.

3.2. Das Lebensrecht aufgrund der Eigenschaften und der Qualitäten

In der aktuellen Diskussion um den Personstatus geht es – laut WALTER – sowohl um die Frage, ob alle Menschen zu allen Zeitpunkten ihrer Existenz Personen sind, als auch um die Frage, ob einzelnen Mitgliedern anderer Spezies ebenfalls des Personstatus zuerkannt werden muss. Nach WALTER bestehen die Hauptprobleme der Persondiskussion in der angewandten Ethik im moralischen Personbegriff, der die Rechte und Pflichten des Individuums umfasst. WALTER weist auf die Beziehung zwischen den beiden Begriffen hin: Die ontologische Eigenschaften z. B. Rationalität, und Selbstbewusstsein sind der Grund für moralische Rechte und Pflichten oder anders formuliert: rationale und selbstbewusste Wesen haben moralische Rechte, weil sie Personen sind. Die Konsequenz daraus ist, dass Personen im sozialen Sinn als mögliche, beginnende und ehemalige Personen verstanden werden können.³² Der moralische Status ist abhängig von bestimmten Eigenschaften. Es geht um menschliche Eigenschaften, die einerseits nicht nur Menschen besitzen und über die andererseits nicht alle Menschen verfügen. Manche Ethiker stellen sogar die Frage, ob bestimmte Eigenschaften massgeblich sind für die Zuerkennung des moralischen Personstatus.

In den siebziger Jahren legte der protestantische Theologe JOSEF FLETCHER ein vorläufiges Menschenbild vor, das bis heute in der anschliessenden bioethischen Diskussion einem wichtigen Einfluss ausübt. FLETCHER unterscheidet folgende 15 Indikatoren für das Personsein: minimale Intelligenz, Selbstbewusstsein, Selbstkontrolle, Sinn für Zeit, Sinn für die Zukunft, Sinn für die Vergangenheit, Beziehungsfähigkeit, Fürsorglichkeit, Kommunikation, Existenzkontrolle, Neugier, Veränderbarkeit, Gleichgewicht zwischen Rationalität und Gefühl, Indiosynkrasie, Neocorticale Funktionalität.³³ Neben diesen Indikatoren kennt FLETCHER auch

³² Vgl. T. L. BEAUCHAMP, L. WALTERS (Hrsg.), *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont 1982, S. 87ff.

³³ **1. "Minimum intelligence** Any individual of the species Homo sapiens who falls below an I.Q. grade of 40 in a standard Stanford-Binet test, is questionably a person; below the mark of 20, not a person. Mere biological life, before minimal intelligence is achieved or after it is lost irretrievably, is without personal status. **2. Self-awareness** Its essential role in personality development is a basic datum of psychology. In psychotherapy non-self-awareness is pathological; in medicine, unconsciousness when it is incorrigible at once poses quality-of-life judgments. **3. Self-control** If an individual is not only not controllable by others (unless by force) but not controllable by the individual himself or herself, a low level of life is reached

negative Kriterien des Personseins: Nicht-Natürlichkeit, Nicht-Elternhaftigkeit, Nicht-Essentialität der Sexualität, Nicht-Trägerschaft von Rechten, Nicht-Essentialität von Religiosität.³⁴

FLETCHER sieht diese Eigenschaften und Funktionen als Schlüssel zur Menschlichkeit und zwar als Bedingung sine qua non. Seine Position wird in den philosophischen Bezeichnungen als empirischer Funktionalismus bezeichnet. Die obengenannten Fähigkeiten und Funktionen bestimmen die menschliche Person und müssen aktuell in einer Person bestehen. Aufgrund dieser Fähigkeiten können uns andere bewerten, ob wir wertvoll oder wertlos sind. Eine ähnliche Position des Personverständnisses repräsentiert MARY ANNE WARREN, die sich auf die rationalen Kapazitäten beschränkt. Sie unterscheidet fünf Kriterien des Personstatus: Bewusstsein und Schmerzempfindung, Überlegungs- und Problemlösungsfähigkeit,

about on a par with that of a paramecium. If the condition cannot be rectified medically, so that means-ends behavior is out of the question, the individual is not a person - not ethically, and certainly not in the eyes of the law. **4. A sense of time** A sense, that is, of the passage of time. Dr. Thomas Hunter, Professor of Medicine at the University of Virginia, remarked recently, "Life is the allocation of time." **5. A sense of futurity** The assertion here is that men are typically teleological. **6. A sense of the past** It is this trait, in particular, that makes man, alone among all species, a cultural instead of an instinctive creature. **7. The capability to relate to others** Interpersonal relationships, of the sexual-romantic and friendship kind, are of the greatest importance for the fulness of what we idealize as being truly personal. Man's society is based on culture, that is, on a conscious knowledge of the system and on the exercise in some real measure of either consent or opposition. **8. Concern for others** It seems plain that a conscious extra-ego orientation is a trait of the species; the absence of this ambience is a clinical indication of psychopathology. **9. Communication** Utter alienation or disconnection from others, if it is irreparable, is dehumanizing. Completely and finally isolated individuals are subpersonal. **10. Control of existence** It is of the nature of man that he is not helplessly subject to the blind workings of physical or physiological nature. Invincible ignorance and total helplessness are the antithesis of humanness, and to the degree that a man lacks control he is not responsible, and to be irresponsible is to be subpersonal. **11. Curiosity** To be without affect, sunk in anomie, is to be not a person. Indifference is inhuman. **12. Change and changeability** To the extent that an individual is unchangeable or opposed to change, he denies the creativity of personal beings. All human existence is on a continuum, a matter of becoming. **13. Balance of rationality and feeling** As human beings we are not coldly rational or cerebral, nor are we merely creatures of feeling and intuition. It is a matter of being both, in different combinations from one individual to another. **14. Idiosyncrasy** The human being is idiomorphous, a distinctive individual. To be a person is to have an identity, to be recognizable and callable by name. **15. Neocortical function** This is the cardinal indicator, the one all the others are hinged upon. Before cerebration is in play, or with its end, in the absence of the synthesizing function of the cerebral cortex, the person is nonexistent." **J. FLETCHER**, *Humanhood: Essays in biomedical ethics*, Buffalo, N.Y. 1979, S. 7-19

³⁴ **1."** **Man is not non- or anti-artificial** Humans are characterized by technique, and for a human being to oppose technology is self-hatred. **2. Man is not essentially parental** People can be fully personal without reproducing. **3. Man is not essentially sexual** Sexuality is of the fullness but not the essence of man. **4. Man is not a bundle of rights** Rights are not absolute or intrinsic. They are imperfect and may be set aside if human need requires it. **5. Man is not a worshipper** Faith in supernatural realities and attempts to be in direct association with them are choices some human beings make and others do not." **J. FLETCHER**, *Humanhood: Essays in biomedical ethics*, Buffalo, N.Y. 1979, S. 7-19

selbstmotivierte Aktivität, Kommunikationsfähigkeit sowie der Begriff des individuellen oder Gattungsselbstes.³⁵

FLETCHERS Personverständnis übernimmt der australische Philosoph PETER SINGER. SINGER hebt zwei personale Basiskriterien hervor: Rationalität und Selbstbewusstsein. Entscheidend für das Personsein ist nach P. SINGER folglich das aktuelle Vorhandensein bestimmter geistiger Qualitäten, die Menschen, aber eben nicht nur Menschen vorweisen können.³⁶ Der Ausgangspunkt seiner Theorie ist das Prinzip der Gleichheit. Das grundlegende Prinzip der Gleichheit liegt nach Singer nicht in der Zuschreibung moralischer Fähigkeiten, sondern in der gleichen Interessenabwägung.³⁷ Es geht dabei vor allem um das fundamentale Interesse, Schmerz- und Leidempfindung zu minimieren: „Wir können das konkretisieren, indem wir ein besonderes Interesse bedenken, zum Beispiel unser Interesse an der Linderung von Schmerz“.³⁸

Das Prinzip der gleichen Interessenabwägung lässt sich nicht auf Menschen beschränken, sondern sollte auf andere Gattungen erweitert werden: „Die Tatsache, dass bestimmte Wesen nicht zu unserer Gattung gehören, berechtigt uns nicht, sie auszubeuten und ebenso bedeutet die Tatsache, dass andere Lebewesen weniger intelligent sind als wir, nicht, dass ihre Interessen missachtet werden dürfen“.³⁹ Deshalb ist für Singer die Grenze der Empfindungsfähigkeit die „einzig vertretbare Grenze für die Rücksichtnahme auf die Interessen anderer“, denn: „Die Fähigkeit zu leiden und sich zu freuen ist...eine Grundvoraussetzung dafür, überhaupt Interessen haben zu können, eine Bedingung, die erfüllt sein muss, bevor wir überhaupt sinnvoll von Interessen sprechen können“.⁴⁰

Doch die Vorstellungen SINGERS gehen noch einen Schritt weiter. Nicht nur die Entgrenzung des Personseins auf nichtmenschliche Lebewesen wird von ihm gefordert, sondern er bestreitet zugleich die Tatsache, nur Menschen seien per

³⁵ 1. "Consciousness (of objects and events external and/ or internal to the being), and in particular the capacity to feel pain; 2. reasoning (the developed capacity to solve new and relatively complex problems); 3. self-motivated activity (activity which is relatively independent of either genetic or direct external control); 4. the capacity to communicate, by whatever means, messages of an indefinite variety of types, that is, not just with an indefinitely many possible topics; 5. the presence of self-concepts, and self-awareness, either individual or racial, or both." **M. A. WARREN**, *On the Moral and Legal Status of Abortion*, in: **T. L. BEAUCHAMP, L. WALTERS** (Hrsg.) *Contemporary Issues in Bioethics*, California 1978, S. 224.

³⁶ Vgl. **P. SINGER**, *Praktische Ethik*, Stuttgart 1994, S. 118ff.

³⁷ Vgl. ebd. S. 39f.

³⁸ Ebd. S. 40.

³⁹ Ebd. S. 83.

⁴⁰ Ebd. S. 85.

definitionem Personen.⁴¹ Er behauptet, dass es andere Personen gibt, die keine Menschen seien:

„Es gibt noch andere Personen auf diesem Planeten. Bei den Grossen Menschenaffen sind die Beweise, dass sie Personen sind, gegenwärtig am schlüssigsten, doch auch bei Walen, Delphinen, Elefanten, Affen, die nicht zu den Grossen Menschenaffen zählen, Hunden, Schweinen und anderen Tieren lässt sich vielleicht einmal zeigen, dass sie sich ihrer Existenz in der Zeit bewusst sind und denken können.“⁴²

Daraus ergibt sich eine einschneidende Konsequenz: Die Begriffe Mensch und Person sind nicht mehr kongruent: *„Noch schwerwiegender ist der Einwand, dass es nicht wahr ist, dass alle Menschen moralische Personen sind, nicht einmal im minimalsten Sinne. Säuglinge und Kleinkinder, auch manche geistig behinderte Menschen, haben den geforderten Gerechtigkeitssinn nicht. (...)Somit verschafft der Besitz einer »moralischen Persönlichkeit« keine befriedigende Basis für das Prinzip, dass alle Menschen gleich sind.“⁴³*

Als Person bezeichnet SINGER jedes rationale und selbstbewusste Wesen, auch wenn es nicht unbedingt zur Spezies Homo sapiens gehört. Der Wert des Lebens einer Person ist abhängig von der Bewusstseinsstufe des Lebewesens: *„Je höher entwickelt das bewusste Leben eines Wesens, je grösser der Grad von Selbstbewusstsein und Rationalität und je umfassender der Bereich möglicher Erfahrungen, um so mehr würde man diese Art des Lebens vorziehen, wenn man zwischen ihm und einem Wesen auf einer niedrigen Bewusstseinstufe zu wählen hätte“.⁴⁴*

Für SINGER gibt es also drei verschiedene Klassen von Lebewesen, denen drei verschiedene Typen der Verpflichtung in der Abhängigkeit von der Bewusstseinstufe entsprechen:

1. Das nicht-bewusste Leben: Am unteren Ende der Stufenleiter des Lebens steht das nicht-bewusste Leben der Pflanzen und niederen Tiere.⁴⁵

2. Das nicht selbstbewusste Leben: Darauf folgen sodann jene Lebewesen, denen Bewusstsein, aber kein Selbstbewusstsein zuzusprechen ist. Hier sind alle höheren Tiere zu nennen, die als empfindungsfähige Wesen einen Wert in sich haben und

⁴¹ Vgl. P. SINGER, *Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik*, Erlangen 1998, S. 182f.

⁴² P. SINGER, *Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik*, Erlangen 1998, S. 183.

⁴³ P. SINGER, *Praktische Ethik*, Stuttgart 1994, S. 36 -37.

⁴⁴ Ebd. S. 144.

⁴⁵ Vgl. ebd. S. 347-354.

folglich einen Anspruch auf gleiche Interessenabwägung besitzen. Damit ist jedoch nicht unbedingt eine Gleichbehandlung gegenüber der nächst höheren Klasse der Lebewesen verbunden, da ihnen mangels Selbstbewusstsein kein eigenständiges Recht auf Leben zukommt.⁴⁶

3. Das selbstbewusste Leben: An letzter Stelle sind nun die selbstbewussten Lebewesen zu nennen, denen die höchste moralische Relevanz und Aufmerksamkeit zukommen. Es sind jene Lebewesen, denen neben der Schmerz- und Leidensfähigkeit, aufgrund der bekannten Kriterien, der Personstatus zweifelsfrei zuerkannt werden kann. Die moralische Verantwortung gegenüber den Lebewesen der beiden letzten Gruppen bestimmt Singer präferenz-utilitaristisch. Als Differenzierungskriterien fungieren die Indikatoren des Personseins.⁴⁷ Das selbstbewusste Wesen äussert seine Wünsche und seine Bestrebungen, leben zu wollen. Mit anderen Worten, ein selbstbewusstes Wesen muss fähig sein zwischen Leben und Tod zu wählen. Singer sieht diese Entscheidung als Kennzeichen für den Respekt vor der Autonomie einer Person. Nur vernunftbegabte und selbstbewusste Wesen haben vermutlich diese Fähigkeit.⁴⁸

Die Konsequenz dieses Konzeptes ist, dass man dem Leben eines Fötus den Personstatus und das Recht auf Leben verweigert: *„(...) dem Leben eines Fötus keinen grösseren Wert zuzubilligen als dem Leben eines nichtmenschlichen Lebewesens auf einer ähnlichen Stufe der Rationalität, des Selbstbewusstseins, der Bewusstheit, der Empfindungsfähigkeit usw. Da kein Fötus eine Person ist, hat kein Fötus denselben Anspruch auf Leben wie eine Person.*⁴⁹ Singer geht weiter in seiner Theorie und behauptet, dass ein Kalb, ein Schwein und das viel verspottete Huhn, sogar ein Fisch einen guten Vorsprung vor dem Fötus in jedem Stadium der Schwangerschaft hätten, weil sie angeblich mehr Anzeichen von Bewusstsein haben.⁵⁰ Säuglinge und geistig behinderte Menschen sind nach SINGER auch keine Personen, weil sie keine Rationalität, keine Selbstbewusstsein und keine Fähigkeit zur Autonomie haben.⁵¹ Der Personstatus ist nach SINGER abhängig vom Besitz bestimmter Eigenschaften. Schmerz und Lust setzen die Empfindungsfähigkeit voraus, die mit dem Bewusstsein verbunden ist. Selbstbewusste Wesen sind nicht nur menschliche Wesen sondern auch einige Tiere, die – laut SINGER - den Status der Person besitzen. Der Lebenswert

⁴⁶ Vgl. ebd. S. 123f.

⁴⁷ Vgl. ebd. S. 136f, 196 – 197.

⁴⁸ Vgl. ebd. S. 134.

⁴⁹ Vgl. ebd. S. 197.

⁵⁰ Vgl. ebd. S. 197.

⁵¹ Vgl. ebd. S. 136, 235.

wird nach der Stufe des Bewusstseins beurteilt. Nur bewusstes Leben, dem man das Attribut „Person zu sein“ gibt, ist nach Singer schützenswert.

M. TOOLEY geht in seiner Argumentation zum Personverständnis vom Begriff des Rechtes aus: *„Genauer wird nach meinem Gebrauch der Satz: ‚X ist eine Person‘ gleichbedeutend sein mit dem Satz: ‚X hat ein (gewichtiges) moralisches Recht auf Leben‘“*⁵², und weiter *„A hat ein Recht auf x ist ungefähr gleichbedeutend mit: Wenn A x wünscht, dann stehen andere unter der prima-facie-Verpflichtung, sich der Handlungen zu enthalten, die A um x brächten“*.⁵³ Um das Recht auf Leben zu haben, müsse sich der Lebende wünschen, in der Zukunft weiterzuleben. Der Mensch muss, um eine Person zu sein, bestimmte Eigenschaften haben, die ihm erst Lebensrecht verleihen, nämlich das Selbstbewusstsein. Die Behauptung, die TOOLEY verteidigen will, ist diese: *„Ein Organismus besitzt ein gewichtiges Lebensrecht nur, wenn er über einen Begriff des Selbst als eines fortdauernden Subjekts von Erfahrungen und anderen mentalen Zuständen verfügt sowie glaubt, dass er selbst eine solche fortdauernde Entität darstellt“*.⁵⁴

TOOLEY interpretiert den Begriff „Wunsch“ im Sinne eines Bewusstseinszustandes im Unterschied zu einer behavioristischen Interpretation von Wünschen. Diese Interpretation steht den Objekten zu. Objekte ohne Bewusstsein können keine Rechte haben, weil sie nicht fähig zu Wünschen sind. Eine Person ist das Subjekt von Erfahrungen, anderen mentalen Zuständen und demzufolge vom Wunsch, als Wesen zu existieren. Aufgrund der ausgesprochenen mentalen Eigenschaften besitzt eine Person das Recht auf Leben.⁵⁵

Das Individuum ist fähig zu wünschen, wenn es über einen längeren Zeitraum hinweg identifizierbar ist. Das Tötungsverbot ist mit der Fähigkeit eines Lebewesens zu langfristigen Wünschen und Interessen verbunden. Es gibt nach TOOLEY Fälle, wo das Subjekt nicht mehr in der Lage ist, etwas zu wünschen, beispielsweise Menschen im Zustand der Depression, bewusstlose Koma-Patienten.⁵⁶ Solchen Menschen spricht TOOLEY das Lebensrecht ab, das Tötungsverbot gilt für sie nicht: *„Ein Wesen, dem dieses Bewusstsein von sich selbst als eines fortdauernden Subjekts mentaler Zustände abgeht, hat kein Lebensrecht“*.⁵⁷

⁵² M. TOOLEY, *Abtreibung und Kindstötung*, in: A. LEIST (Hrsg.), *Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord*, Frankfurt am Main 1990, S. 159.

⁵³ Ebd. S. 165.

⁵⁴ Ebd. S. 164.

⁵⁵ Vgl. ebd. S. 165ff.

⁵⁶ Vgl. ebd. S. 167 – 169.

⁵⁷ Ebd. S. 169.

Nur der Besitz von tatsächlichen psychischen Eigenschaften, nicht jedoch von potentiellen Eigenschaften garantiert nach TOOLEY ein Recht auf Leben. Bloßes Bewusstsein ist nicht ausreichend, damit ein Wesen ein Lebensrecht erhält. Dazu braucht es Eigenschaften, „welche die Grundlage eines Rechts auf Weiterexistieren“ bilden, nämlich rationales Denken oder Selbstbewusstsein. Damit spricht Tooley menschlichen Neugeborenen das Lebensrecht ab, weil sie seines Erachtens nicht über psychische Eigenschaften verfügen. Der Mensch bekommt nach obiger These vollständiges Lebensrecht erst mit zehn bis zwölf Wochen nach der Geburt.⁵⁸

Eine ähnliche Orientierung zum Personverständnis gibt es auch bei NORBERT HOERSTER. Er führt den neuen Begriff „Überlebensinteresse“ ein und beschreibt diesen folgendermassen: *„Das Interesse, dem das Recht auf Leben dient, ist aber offenbar das Interesse am ungehinderten Weiterleben, das wir als Überlebensinteresse bezeichnen wollen“*.⁵⁹

Um über ein Überlebensinteresse zu verfügen, muss ein Wesen bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Es muss über Bewusstsein verfügen und Wünsche haben.⁶⁰

Diese beiden Begriffe sind nun näher zu betrachten. Dabei bestimmt HOERSTER zunächst den Zusammenhang zwischen Wunsch und Interesse genauer: Ein Überlebensinteresse folgt automatisch aus dem Wunsch eines Wesens, zu überleben. Jedoch ist ein solch ausdrücklicher Überlebenswunsch nicht notwendig für ein Überlebensinteresse. Ein solches besteht nämlich auch dann, wenn ein Wesen lediglich einen Wunsch hat, für dessen Verwirklichung das eigene Überleben eine notwendige Bedingung ist.⁶¹

Der Begriff „Interesse“ enthält jedoch noch einen weiteren Aspekt: *„Wesen A hat ein Interesse an x' soll bedeuten ‚Entweder A wünscht x, sofern A über alle für die Realisierung seiner sämtlichen derzeitigen Wünsche relevanten Fakten aufgeklärt ist, oder A würde x wünschen sofern A ... aufgeklärt wäre‘“*⁶² Hier unterscheidet HOERSTER zwischen „gegenwartsbezogenen Wünschen“ und „zukunftsbezogenen Wünschen“: Unter einem *„gegenwartsbezogenen ... Wunsch [wird] der Wunsch verstanden, möglichst sofort (jetzt) ein bestimmtes Erlebnis zu haben“*.⁶³

Unter einem zukunftsbezogenen Wunsch ist dagegen z.B. *„mein momentaner Wunsch, in einem Monat in Urlaub zu fahren“* verstanden. Die beiden Arten von

⁵⁸ Vgl. ebd. S. 190f.

⁵⁹ **N. HOERSTER**, *Ethik des Embryonenschutzes. Ein rechtsphilosophischer Essay*, Stuttgart 2002, S. 71.

⁶⁰ Vgl. **N. HOERSTER**, *Abtreibung im säkularen Staat. Argumente gegen den § 218*, Frankfurt am Main 1991, S. 71.

⁶¹ Vgl. ebd. S. 73.

⁶² **N. HOERSTER**, *Haben Föten ein Lebensinteresse?*, in: *Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie* 1991, S. 386.

⁶³ **N. HOERSTER**, *Abtreibung im säkularen Staat*. S. 73.

Wünschen haben „*ein Überlebensinteresse von sehr unterschiedlicher Bedeutung zur Folge*“. Ein zukunftsbezogener Wunsch setzt voraus, dass das betreffende Wesen „*sich selbst als dasselbe Wesen im Zeitablauf verstehen kann*“. Diese Fähigkeit bestimmt HOERSTER als Ich- oder Selbstbewusstsein. Ein Wesen mit einem solchen Ich-Bewusstsein ist für Hoerster ein „personales Wesen“ bzw. eine Person.⁶⁴

Das Zugestehen eines Rechtes auf Leben – den wahrscheinlichen Fall relevanter Wünsche vorausgesetzt – ist für HOERSTER an das Kriterium der „Personalität“ gebunden.⁶⁵

Ein Wesen mit bloss gegenwartsbezogenen Wünschen erfüllt für HOERSTER nicht die Voraussetzungen zur Zuerkennung der Personalität und verfügt demnach auch nicht über ein Lebensrecht in seiner unbedingten Verbindlichkeit: Zwar haben auch bloss „*gegenwartsbezogene Wünsche jedenfalls ein gewisses Überlebensinteresse zur Folge*“.⁶⁶ Diese Art von Überlebensinteresse ist dann jedoch lediglich als Mittel zur Erfüllung eines zugrundeliegenden gegenwartsbezogenen Wunsches vorhanden. Insofern hat also auch das resultierende Überlebensinteresse nicht mehr Gewicht als der Wunsch. Sobald dieser Wunsch – etwa aufgrund entgegenstehender Interessen – keine Berücksichtigung findet, braucht auch das entsprechende Überlebensinteresse keine Berücksichtigung zu finden.⁶⁷

Ein weiterer Unterschied zwischen zukunftsbezogenen und gegenwartsbezogenen Wünschen ergibt sich für HOERSTER in der Frage der Relevanz des resultierenden Lebensrechtes im Zustand der Bewusstlosigkeit bzw. des Schlafs: Ein Wesen mit zukunftsbezogenen Wünschen hat diese Wunsch bereits vor der Spanne der Bewusstlosigkeit bzw. des Schlafes und diese Wünsche erstrecken sich ausdrücklich auf Ereignisse innerhalb bzw. nach der Zeitspanne der Bewusstlosigkeit. Insofern erstreckt sich auch das resultierende Lebensrecht auf diese Zeitspannen.⁶⁸

Anders ist dies bei Wesen mit bloss gegenwartsbezogenen Wünschen: Deren Lebensrecht endet, wenn diese Wesen keine Wünsche mehr haben, spätestens also, wenn die betreffenden Wesen einschlafen.⁶⁹

Zusammenfassend begründet HOERSTER seine Position folgendermaßen: Nur ein personales Wesen hat ein unbedingte Lebensrecht. Nur ein menschliches Individuum, das zukunftsbezogene Wünsche hat und entsprechend über Ich-Bewusstsein verfügt, kann als Träger eines solchen Rechtes gelten.⁷⁰

⁶⁴ Vgl. **N. HOERSTER**, *Abtreibung im säkularen Staat*. S. 74 – 75.

⁶⁵ Vgl. ebd. S. 76.

⁶⁶ Ebd. S. 89.

⁶⁷ Vgl. ebd. S. 89 – 90.

⁶⁸ Vgl. ebd. S. 76 – 79.

⁶⁹ Vgl. ebd. S. 92.

⁷⁰ Vgl. ebd. S. 76.

HOERSTER schlägt vor, auch nur ein solches menschliches Individuum als Mensch zu bezeichnen, das in den allermeisten Fällen auch im normativen Sinn „Träger der entsprechenden Menschenrechte“ ist.⁷¹

Zwar haben auch menschliche Individuen mit bloss gegenwartsbezogenen Wünschen ein gewisses Überlebensinteresse, dieses begründet aber „*kein eigentliches Recht auf Leben*“. Jedoch ist auch das „*Überlebensinteresse bloß empfindungsfähiger Wesen in der Ethik des Lebensschutzes ..., sofern und solange es existent ist, gegen eventuell entgegenstehende Interessen anderer Wesen*“ abzuwägen.⁷²

Beim englischen Philosophen JOHN HARRIS ist das Selbstbewusstsein die zentrale Kategorie, obwohl seine Argumentation vordergründig etwas modifiziert erscheint. Für ihn ist die entscheidende Frage nach dem Wert des menschlichen Lebens: „*Was verleiht dem menschlichen Leben Wert? Und vor allem: Was macht es wertvoller als andere Formen von Leben?*“⁷³

Die Lösung der Probleme von Lebensanfang und Lebensende sieht er in der Frage nach der moralischen Bedeutung des Lebens, d.h. wann erlangt das Leben diesen besonderen Wert und wann verliert es ihn Wert. Beim Umgang mit Patienten, die sich im Wachkoma befinden, stellt sich nach HARRIS nicht die Frage nach dem Todeszeitpunkt (Defintion), sondern nur die Frage nach dem Wert dieses Lebens.⁷⁴

Unter dem Wertbegriff versteht HARRIS die Eigenschaften, die den Menschen zu einer Person machen und dem menschlichen Leben Wert verleihen. Den Begriff der Person misst er jedem Wesen bei, das nach der Definition LOCKES über die Eigenschaften Rationalität, Selbstbewusstsein und Wertschätzung verfügt. Lebenswert hätte ein Wesen, das sein Leben selbst als wertvoll einschätzt.⁷⁵ Laut HARRIS sollte ein wertvolles Leben nicht beendet werden, d.h. ein Wesen dürfte nicht getötet werden, wenn es sein Leben selbst für wertvoll hält. Personen besitzen – so HARRIS - die Fähigkeit, ihre eigene Existenz wertzuschätzen.⁷⁶ Darin drückt sich nach Harris die individuelle Autonomie einer Person aus.⁷⁷

⁷¹ Vgl. ebd. S. 66.

⁷² Ebd. S. 92 – 93.

⁷³ **J. HARRIS**, *Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik*, Berlin 1995, S. 33.

⁷⁴ Vgl. ebd. S. 34.

⁷⁵ Vgl. ebd. S. 44f.

⁷⁶ Vgl. ebd. S. 46f.

⁷⁷ Vgl. ebd. S. 126.

Eine Person wird von Harris also als ein Wesen definiert, das in der Lage ist, seine Existenz zu bewerten: „(...) a person is a creature capable of valuing its own existence(...)“.⁷⁸

Das Kennzeichen für Selbstbewusstsein und Wertschätzung der eigenen Existenz ist nach HARRIS die Sprache: „Wir könnten demnach sagen, dass Sprache das Kennzeichen für Selbstbewusstsein darstellt. Jedes Wesen, das auch nur über die rudimentärste Form von Sprache verfügt, ist dazu in der Lage, uns mitzuteilen, dass es das Leben schätzt und weiterzuleben wünscht. Darüber hinaus ist Sprache auch das einzige uns bekannte Medium des Selbstbewusstseins“.⁷⁹ Personen sind demzufolge nur Wesen, die über eine Sprache verfügen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für HARRIS das Kriterium des moralischen Wertes des personalen Lebens in der Fähigkeit der Selbstwertschätzung liegt, die ihrerseits vom Selbstbewusstsein abhängt. Der Mensch hört auf eine Person zu sein, wenn er das Bewusstsein verliert: „Wenn ich auf Dauer in Bewusstlosigkeit verfallen bin, wobei auf Dauer hier heisst, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ich das Bewusstsein jemals wiedererlange, gleich Null ist, so scheint sich berechtigterweise sagen zu lassen, dass ich aufgehört habe, eine Person zu sein. Denn wenn ich das Bewusstsein meiner Existenz dauerhaft verloren habe, kann es kein Selbstbewusstsein mehr geben und somit auch keine Fähigkeit mehr, meiner eigenen Existenz einen Wert beizulegen“.⁸⁰

Der britische Bioethiker JOHN HARRIS meint, dass Nicht-Personen wie z.B. Wachkoma-Patienten getötet werden können, weil der Tod sie nicht um etwas berauben kann, was sie wertschätzen. Wenn sie nicht wünschen können zu leben, ist ihre Tötung gerechtfertigt. Wenn jemand nicht mehr in der Lage ist, seine eigene Existenz zu bewerten, ist er nach HARRIS keine Person mehr und folglich tot, weil der Leib des Patienten aufgehört hat, ein Leib einer Person zu sein.⁸¹

Im Licht der obigen präferenz-utilitaristischen Ansätze sind Selbstbewusstsein, Überlebensinteresse und Wünsche moralisch relevante Eigenschaften des Personseins. Die Zugehörigkeit zur biologischen Gattung des Menschen gilt als nichtausreichender Grund, dem Menschen Lebensrecht zuzuerkennen. Neben Säuglingen mit schweren Behinderungen verlieren auch Menschen im (Wach)koma die Zuerkennung des Lebensrechtes: „Für die Vertreter eines empiristischen

⁷⁸ J. HARRIS, *Euthanasia and the value of life*, in: J. KEOWN (Hrsg.), *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and legal perspectives*, Cambridge 1999, S. 9.

⁷⁹ J. HARRIS, *Der Wert des Lebens*, S. 49.

⁸⁰ Ebd. S. 59.

⁸¹ Vgl. J. HARRIS, *The philosophical case against the philosophical case against euthanasia*, in: J. KEOWN (Hrsg.), *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and legal perspectives*, Cambridge 1999, S. 42. J. HARRIS, *Consent and end of life decisions*, *J. Med. Ethics* 29 (2003), S. 13f.

*Personkriteriums fällt die Entscheidung in solchen und ähnlichen Fällen leicht: Es besteht nach ihrer Ansicht kein zwingender Grund mehr, den betreffenden Menschen den Personstatus zuzusprechen und ihnen damit zugleich jene Rechte einzuräumen, die sich aus der Zuerkennung der Menschenwürde ergeben.*⁸²

Das menschliche Leben ist anhand des Verlustes dieser Attribute als „wertlos“, „ohne moralische Signifikanz“ zu beurteilen. Diese Auffassung der Person erscheint im Kontext der Abtreibungs- und Euthanasiediskussion als reiner Moralbegriff und bedeutet, dass nur Personen gewisse Rechte haben, darunter vor allem das Recht auf Leben. Das biologische Phänomen des Menschseins gilt als moralisch irrelevant.

Die geistesgeschichtliche Basis für diesen Personbegriff muss man in der neuzeitlichen Metaphysik von DESCARTES und LOCKE suchen, die das Selbstbewusstsein als Personkriterium verabsolutiert dergestalt, dass Bewusstsein alleiniges Kriterium für die Unterscheidung zwischen bloßen Menschen und Personen geworden ist. Es handelt sich hierbei um einen begrifflichen Dualismus, d.h. um die Trennung der Begriffe Person und Mensch, nach dem Vorbild Lockes. Daneben, gibt es auch die Theorie eines substantiellen Dualismus, die eine Trennung der Substanz Leib vom Geist proklamiert und die auf den Leib-Seele-Dualismus von Descartes zurückgeht. Descartes und Locke führen zwischen biologischem Leben und Bewusstsein eine ontologische Trennung ein. In der neuzeitlichen Metaphysik gelten die rationale Natur und die individuelle Substanz als Fundamentalkriterien für das Personsein. Die individuelle Substanz aus der Definition des BOETHIUS wird im Verständnis von JOHN LOCKE zum individuellen Selbstbewusstsein des handelnden Subjekts transformiert.

Das obige Menschenbild hat modellhaften Charakter für die heutige bioethische Argumentation. Das aktuelle bioethische Modell schafft eine geschlossene Ganzheit zwischen drei Elementen: „Personstatus“ - P, „geistige Eigenschaften“ - E und „Träger der Rechte“ - R. Die möglichen Beziehungen zwischen P, E und R lassen sich tabellarisch die Tabelle folgendermaßen darstellen (Tab. 1.).

$P \rightarrow E$	X besitzt „Personstatus“, wenn X „geistige Eigenschaften“ hat
$E \rightarrow P$	X hat „geistige Eigenschaften“, wenn X „Personstatus“ besitzt
$P \rightarrow R$	X besitzt „Personstatus“, wenn X „der Träger der Rechte“ ist
$R \rightarrow P$	X ist „der Träger der Rechte“, wenn X „Personstatus“ besitzt
$E \rightarrow R$	X hat „geistige Eigenschaften“, wenn X „der Träger der Rechte“ ist
$R \rightarrow E$	X ist „der Träger der Rechte“, wenn X „geistige Eigenschaften“ hat

Tabelle 1. Die möglichen Beziehungen zwischen „Personstatus“, geistige Eigenschaften, „Der Träger der Rechte“

⁸² **E. SCHOCKENHOFF**, *Der vergessene Körper. Über die Einheit von Person und menschlicher Natur*, Zeitschrift für medizinische Ethik, 48 (2002), S. 275.

Die oben dargelegte dualistische Theorie bewertet den Leib und die Leblichkeit des Menschen zu gering. Wohl gehören zum Menschensein das Personsein und die Personalität, aber auch der Leib. Der Leib ist nicht nur der Träger der personalen Eigenschaften der Person, er ist auch das konkrete Ausdrucksmedium, durch das die menschliche Person all ihre Akte äussert: *„Der Mensch muss daher auch unter dem Aspekt seiner moralischen Handlungsfähigkeit als leib-seelische Einheit betrachtet werden, weil er sich in seinem Vermögen zur moralischen Selbstbestimmung gar nicht anders als in seinem Leib und durch seinen Leib gegeben ist.“*⁸³ Als vergessene Alternative sei das ganzheitliche Konzept der Person vorgeschlagen, das sich nicht nur in der theologischen und philosophischen Anthropologie, sondern auch in der medizinischen Anthropologie entfaltet.

⁸³ **E. SCHOCKENHOFF**, *Der vergessene Körper. Über die Einheit von Person und menschlicher Natur*, Zeitschrift für medizinische Ethik, 48 (2002), S. 279.

3.3. Persontod und Wachkoma

Die Entwicklung der intensivmedizinischen Methoden zur Akut- und Dauerreanimation hat Recht und Medizin mit einer Vielzahl neuer Probleme konfrontiert, die von der Definition des Todesbegriffes bis zur Festlegung der Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht reichen. Die heutige Debatte um die Todesdefinition hat ihre Gründe in einer bereits existierenden oder bald zu erwartenden Technologie. Ein Mensch wird nicht als tot betrachtet, wenn es zu einem Herz-Kreislauf-Stillstand gekommen ist, sondern wenn sein Gehirn irreversibel ausgefallen ist. Schon beginnt die Diskussion, ob man das Kriterium des Ganzhirntodes durch das weitaus problematischere des Teilhirntodes ersetzen soll, ob letztlich der Tod des Organismus dem Persontod weichen soll. Unter dem Begriff des Ganzhirntodes versteht man den vollständigen und endgültigen Ausfall des gesamten Gehirns. Der Tod des Menschen ist der Verlust von zwei wesentlichen Fähigkeiten des Gehirns, nämlich dem Bewusstsein und der geistigen Aktivität sowie der Regulation und der Integration des Organismus. Der Tod ist das irreversible Erlöschen der personalen Existenz und der Existenz des Organismus als eines Ganzen.⁸⁴ In den englischsprachigen Ländern gab es Bestrebungen, den Tod der Person vom Tod des Organismus zu trennen. Biologischer und personaler Tod eines Menschen fallen bei dieser Perspektive also nicht notwendig zusammen; ausreichend ist allein der Persontod. Es kommt ein Teilhirnkonzept (Neokortikalkonzept und Stammhirntod) in Betracht, was nun bei manchen Bioethikern und Philosophen im Zentrum der Diskussion steht. Einerseits geht es um den Fall, ob man den irreversiblen Verlust des Bewusstseins als sicheres Todeszeichen dem Persontod gleichsetzen kann, obwohl die vegetative Funktion des Organismus weiter besteht. Das klinische Bild dieses Zustandes entspricht dem andauernden vegetativen Zustand. Diese Patienten könnten für tot erklärt werden. Diesen Zustand bezeichnen die Synonyme: Neokortikaler Tod⁸⁵, kognitiver Tod⁸⁶, Tod

⁸⁴ Vgl. **H. ANGSTWURM**, *Der vollständige und endgültige Hirnausfall als sicheres Todeszeichen des Menschen*, in: **J. HOFF, J. IN DER SCHMITTEN** (Hrsg.), *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntod-Kriterium*, Reinbeck 1995, S. 41 – 50.

⁸⁵ **J. B. BRIERLEY, D.I. GRAHAM, J.H. ADAMS, J.A. SIMPSON**, *Neocortical death after cardiac arrest*, *The Lancet*, 11(1971), S. 560 – 565; **R. M. VEATCH**, *The Whole-Brain-Oriented Concept of Death: An Outmoded Philosophical Formulation*, *Journal of Thanatology*, 3(1975), S. 13 – 30; **R. PUCETTI**, *The Conquest of Death*, *The Monist* 59(1972), S. 252ff; **R. PUCETTI**, *Does anyone survive neocortical death?*, in: **R. M. ZANER**, (Hrsg.), *Death: Beyond Whole-Brain Criteria*, Dordrecht 1988, S. 75 – 90; **J. MCMAHAN**, *Brain death, cortical death and persistent vegetative state*, in: **P. SINGER, H. KUSHE**, (Hrsg.), *A Companion to Bioethics*, Oxford 2001, S. 250-260.

der höheren Hirnfunktion⁸⁷. Die Zerstörung der Grosshirnfunktionen ist der Grund für den Verlust der obigen Persönlichkeitsattribute. Wenn ein Individuum in der Folge der Zerstörung höherer Gehirnfunktionen irreversibel komatös ist, ist die Grundlage für ein bewusstes und damit personales Leben in dieser Welt für immer verloren.⁸⁸ Andererseits geht es um den Fall, dass bei irreversiblen Verlust der vegetativen Funktion (Regulation und Integration des Organismus) das Bewusstsein und die geistige Aktivität weiter bestehen. Diesen Zustand, Locked-in-Syndrom genannt, könnte man für den Stammhirntod halten. Geht man davon aus, dass der vollständige Ausfall der Stammhirnfunktionen den baldigen Zusammenbruch auch der höheren Hirnfunktionen nach sich zieht, so kann man den Verlust der integrativen Funktion für den Lebensprozess des Organismus mit dem Menschentod gleichsetzen.⁸⁹

Die ganze Diskussion um den Tod des Menschen ist besonders relevant bei Wachkoma-Patienten auf der Intensivstation. Da stellt sich die Frage, ob es möglich ist, dass das Ende der Existenz der Person schon eingetreten ist, während der Organismus als Funktionsganzes noch weiter besteht. Diese Überlegungen zeigen zwei Dimensionen auf, die ontologische und biologische. Es geht um die Unterscheidung zwischen organischem und personalem Leben in dem Sinne, dass es biologisches Leben gibt und keine Person mehr vorhanden ist. Der Ausgangspunkt dieser Unterscheidung ist die Frage nach der Definition des Menschentodes. Der Tod des Menschen besitzt eine Signifikanz, die andere nichtmenschliche Wesen nicht haben. R. VEATCH: *„Death means a complete change in the status of a living entity characterized by the irreversible loss of those characteristics that are essentially significant to it“*.⁹⁰

Nach GERVAIS kann der Begriff „Tod“ zweideutig verstanden werden, nämlich als irreversiblen Verlust der Integrationsfunktion des Organismus oder als dauernder Ausfall des Bewusstseins. In der ersten Bedeutung geht es um den Tod des nichtmenschlichen Wesens. In der zweiten Bedeutung geht es ausschliesslich um den Tod des menschlichen Wesens. Wenn GERVAIS über den Tod des Menschen spricht, definiert sie den Tod als *„cessation of one`s existence as a person“*. Im Fall des

⁸⁶ **AMERICAN ASSOCIATION COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS AND COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS**, *Persistent Vegetative State and the Decision to Withdraw or Withhold Life Support*, JAMA 263(1990), S. 427.

⁸⁷ **H. T. ENGELHARDT**, *The Foundations of Bioethics*, New York, 1986, S. 214 – 216.

⁸⁸ Vgl. **R. M. ZANER**, *Death: Beyond Whole-Brain Criteria*, Dordrecht 1988, S. 6.

⁸⁹ Vgl. **D. LAMB**, *Death, brain death and ethics*, Albany 1985, **D. LAMB**, *What is Death?*, in: **R. GILLON** (Hrsg.), *Principles of Health Care Ethics*, London 1994, S. 1027 – 1040, **C. PALLIS**, **D. H. HARLEY**, *ABC of Brainstem Death*, London 1996.

⁹⁰ **R. M. VEATCH**, *Death Dying and the Biological Revolution*, London 1989, S. 25.

nichtmenschlichen Wesens benutzt sie die Bezeichnung „*loss of life*“ oder „*cessation of existence*“.⁹¹

Die Vertreter der Position, dass nur Personen über ein Bewusstsein verfügen, versuchen den Persontod durch den Verlust der mentalen Fähigkeiten festzulegen. Damit sprechen sie dem biologischen Leben seine Bedeutung ab. GERVAIS setzt den Persontod mit dem Verlust der menschlichen Beziehungsfähigkeit mit einer Neuordnung der Rechte und der Verpflichtungen gleich. Sie definiert den Tod folgendermassen:

*„We must make an ethical decision about how best to regard the human for the purposes of declaring death. The death of a person unravels and reconstitutes a complex net of rights and obligations that usually involve many other people (...). We must think of human death not in terms of what it represents for human relationships: abandonment of all rolls, the end of all interactions, and the reconstituting of rights and obligations. Permanent unconsciousness, whatever its basis, represents these changes“.*⁹²

Nach obiger Behauptung liegt bei einem menschlichen Wesen Persontod vor, wenn es zu einem dauernden Ausfall des Bewusstseins kommt. VEATCH hingegen kennzeichnet menschliches Leben durch die Befähigung zu Bewusstsein oder zu sozialer Wechselwirkung, die wesentlich zum Todeskonzept gehören: *“Thus, for our purposes we can say that the fourth concept of death is one in which the essential element that is lost is he capacity for consciousness or social interaction or both.”* Weiter schreibt er, dass *“...death is most appropriately thought of as the irreversible loss the embodied capacity for social interaction.*“⁹³ R. VEATCH hebt hervor, dass die soziale Wechselwirkung eine wirklich wesentliche Eigenschaft für die Menschennatur sei und der irreversible Verlust dieser Eigenschaft die Voraussetzung für den Tod des Menschen wären: *„I am to conclude that it ist he higher funktions that are so essential that their loss ought to be taken as the death of the individual. While consciousness is certainly important, the human’s social nature and embodiment seem to me to be the truly essential characteristics. I therefore believe that death is most appropriately thought of as the irreversible loss of the embodied capacity for social interaction.“*⁹⁴

KLAUS STEIGLEDER nimmt für die Signifikanz des Persontodes das Ende der Existenz eines Handlungsfähigen an. Der Grund dieses Verständnisses liegt in seiner Definition der Person. Als Person definiert STEIGLEDER als jemand, der handlungsfähig

⁹¹ Vgl. **K. G. GERVAIS**, *Redefining death*, New Haven 1986, S. 152ff.

⁹² **K. G. GERVAIS**, *Redefining death*, New Haven, S. 152.

⁹³ **R. M. VEATCH**, *Death Dying and the Biological Revolution*, London 1989, S. 29.

⁹⁴ Ebd. S. 29 – 30.

ist.⁹⁵ STEIGLEDER unterscheidet zwischen handlungsfähigen und nichthandlungsfähigen Menschen. Diese Unterscheidung hat moralische Relevanz, weil nur handlungsfähige Menschen einen moralischen Status besitzen.

*„Jeder Handlungsfähige besitzt deshalb im Unterschied zu nichthandlungsfähigen Menschen einen moralisch ausgezeichneten Status, nämlich Träger, Inhaber von Würde und konstitutiven Rechten zu sein“.*⁹⁶

Person zu sein bedeutet, dass jemand bestimmte Eigenschaften (Rationalität, Selbstbewusstsein) hat. Die Handlungsfähigkeit hingegen bedeutet Willentlichkeit, Freiheit, Zweck- beziehungsweise Zielgerichtetheit oder Intentionalität. Ein Handlungsfähiger ist Person: *„Jemand, der in der Lage ist, im Sinne eines wissentlich-willentlichen Tuns, sich Zwecke zu setzen und Ziele zu verfolgen, muss ein mit Rationalität begabter, bewusster und selbstbewusster Träger dieser Fähigkeiten sein“.*⁹⁷

Das Kriterium für den Verlust des Bewusstseins und der mentalen Aktivitäten ist der irreversible Verlust der höheren Hirnfunktion. Er entscheidet über den Tod des Menschen als Person und ist als Kriterium notwendig und ausreichend für die Feststellung des Todes.

*„Thus most experts agree that the death of the cortex – cortical death – is necessary and sufficient for the irreversible loss of the capacity for consciousness or mental activity. If that is right, then cortical death should be our criterion of death. (...) that cortical death is the death of the person, since this may suggest that we are essentially persons“.*⁹⁸

K. STEIGLEDER legt fest, dass der Tod des Organismus eine zureichende aber nicht notwendige Bedingung für den Persontod ist. Die dazu notwendige Bedingung ist der irreversible Verlust der Teilhirnfunktionen, der zum irreversiblen Verlust der Rationalität, des Bewusstseins und des Selbstbewusstseins führt. In diesem Sinne geht der Tod der Person dem Tod des Organismus voran. Der Organismus besteht weiterhin als Funktionsganzes. Es handelt sich dabei um vegetative Funktionen, bei denen der Hirnstamm oder eine mechanische Substitution in einer entscheidenden Rolle fungieren.⁹⁹

⁹⁵ Vgl. **K. STEIGLEDER**, *Die Unterschied zwischen dem Tod der Person und dem Tod des Organismus und ihre Relevanz für die Frage nach dem Tod eines Menschen*, in: **J. HOFF, J. IN DER SCHMITTEN** (Hrsg.), *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntod-Kriterium*, Reinbeck 1995, S. 99.

⁹⁶ Ebd. S. 99.

⁹⁷ Ebd. S. 102.

⁹⁸ **J. MCMAHAN**, *Brain death, cortical death and persistent vegetative state*, in: **P. SINGER, H. KUSHE**, (Hrsg.), *A Companion to Bioethics*, S. 257.

⁹⁹ Vgl. **K. STEIGLEDER**, *Die Unterschied zwischen dem Tod der Person*, S. 104ff.

Dementsprechend sind im neokortikalistischen Todesverständnis verschiedene Zeichen des Verlustes von menschlichem Leben zu unterscheiden, nämlich:

1. Rationalität – Die Fähigkeit zur Rationalität ist dem menschlichen Wesen zuschreiben und verleiht ihm infolge des Vernunftattributes den Personstatus. Die Personen nehmen am moralischen Diskurs (discourse) teil.¹⁰⁰

2. Bewusstsein – Die zentrale Bedeutung des Bewusstseins tritt durch die Fähigkeit der Erfahrung zu Tage.¹⁰¹

3. Personale Identität – Die Person verliert ihren Status, wenn die Prozesse vernichtet wurden, die die psychologische Kontinuität und die Beziehungsfähigkeit der Person gewährleisten.¹⁰²

4. Soziale Wechselwirkung – Die menschliche Fähigkeit bzw. das Potential der Wechselwirkung spielen für Menschen eine so bedeutende Rolle, so dass ihr Verlust als Tod gilt.¹⁰³

5. Handlungsfähigkeit – Eine Person ist nur jemand, der handlungsfähig ist. Ein nicht mehr handlungsfähiger Mensch erleidet somit den Persontod.¹⁰⁴

Die Trennung zwischen den geistigen Fähigkeiten und den Fortbestand des Funktionsganzen des Organismus ist im Fall der Wachkoma-Patienten ein problematisches Kriterium. Bei Patienten mit „Persistent Vegetative State“ lässt sich eine Fortsetzung des Funktionsganzen des Organismus feststellen, während es einen irreversiblen Verlust der Grosshirnfunktionen gibt. K. STEIGLEDER setzt voraus, dass wir es hier mit einem Syndrom zu tun haben, „wo nach dem Tod der Person der Organismus wohl eindeutig als Funktions Ganzes fortbesteht. Bei entsprechender Versorgung kann der Organismus noch Jahre oder gar Jahrzehnte weiterleben“¹⁰⁵

Beim vegetativen Zustand zeichnet sich deshalb hinsichtlich des Persontodes eine Unsicherheit ab, weil es keine zuverlässige Diagnose des Schweregrades der Schädigung des Neocortexes gibt. Trotz der diagnostischen Unsicherheit ist Steigleder der Meinung, „dass bei einem Menschen im Zustand des Persistent Vegetative State der Tod der Person bereits eingetreten ist“.¹⁰⁶

Bei solchen Menschen könnte die Tötung rechtfertigt werden, weil es ausschliesslich um den noch lebenden Organismus geht. Nur ein noch

¹⁰⁰ Vgl. **H. T. ENGELHARDT**, *The Foundations of Bioethics*, New York, 1986, S. 104 – 127.

¹⁰¹ Vgl. **K. G. GERVAIS**, *Redefining death*, New Haven, S. 159 – 182.

¹⁰² Vgl. **M.B. GREEN, D. WIKLER**, *Brain Death and Personal Identity*, in: *Philosophy & Public Affairs*, 9(1980), S. 120ff.

¹⁰³ Vgl. **R. M. VEATCH**, *Death Dying and the Biological Revolution*, London 1989, 26ff.

¹⁰⁴ Vgl. **K. STEIGLEDER**, *Die Unterschied zwischen dem Tod der Person*, S. 95 – 118.

¹⁰⁵ Ebd. S. 108.

¹⁰⁶ Ebd. S. 114.

handlungsfähiger Mensch, d.h. eine Person, wäre durch das Tötungsverbot geschützt.¹⁰⁷

Die Neokortikalist argumentieren auf ähnliche Weise mit der Definition und dem Kriterium der höheren Hirnfunktion oder der neurologisch schwerstgeschädigten Patienten, um den Tod zu diagnostizieren und eine Behandlung zu stoppen. Gemäss des Kriteriums der höheren Hirnfunktion lassen sich bei Patienten folgende Zustände unterscheiden:

1. Patienten mit dauerhaftem Stillstand von Herzschlag und Atmung,
2. Patienten, die aufgrund der momentan geltenden Tests als hirntot diagnostiziert werden,
3. Patienten, bei denen ein irreversibles apallisches Syndrom (PVS) diagnostiziert wird
4. Patienten mit fortgeschrittener Alzheimer-Demenz und
5. anenzephalische Neugeborene.¹⁰⁸

Das obige Kapitel skizzierte das anthropologische Problem, das vor allem für die neurologisch schwerstgeschädigten Patienten gilt. Der Status der Person wird den Patienten mit apallischem Syndrom, den anenzephalischen Neugeborenen oder den Patienten mit fortgeschrittener Demenz abgesprochen. Der irreversible Funktionsausfall der Grosshirnrinde wird zunehmend eine Indikation zur Feststellung des menschlichen Todes, obschon die Hirnstammfunktionen noch tätig sind, die den Organismus auch ohne Herz-Lungen-Maschine am Leben erhalten.¹⁰⁹

Ein Ziel des eben besprochenen Konzepts ist sowohl die Rechtfertigung des Therapieabbruches, als auch die Erhöhung der Anzahl der Organspender. Dadurch wird die Wartezeit der Organempfänger reduziert. Die potenziellen Organspender werden damit zu lebenden Organbanken für die Transplantation oder für Experimente.¹¹⁰ Die utilitaristische Perspektive setzt die Bewusstlosigkeit des Patienten mit dem Grosshirntod (neocortical death) gleich und spricht ihm den personalen Status ab, weil er keine Attribute des Personseins aufweist. Die

¹⁰⁷ Vgl. ebd. S. 114.

¹⁰⁸ Vgl. **R. D. TRUOG**, *Is It Time to Abandon Brain Death?* Hastings Center Report 27, 1(1997), S. 29 -37, sowie vgl. **R. M. VEATCH**, *Death Dying and the Biological Revolution*, London 1989, S. 41, **M.B. GREEN, D. WIKLER**, *Brain Death and Personal Identity*, in: *Philosophy & Public Affairs*, 9(1980), S. 105 – 133. **J. McMAHAN**, *Brain death, cortical death and persistent vegetative state*, in: **P. SINGER, H. KUSHE**, (Hrsg.), *A Companion to Bioethics*, S. 250 – 260.

¹⁰⁹ Vgl. **E. ROSEBOOM**, *Ist der irreversible Hirnausfall der Tod des Menschen*, Frankfurt am Main 2000, S. 60.

¹¹⁰ Vgl. **K. KIMBRELL**, *Ersatzteillager Mensch. Die Vermarktung des Körpers*, Frankfurt am Main 1994, S. 47 – 48, sowie vgl. **P. INHOFFEN**, *Intensivmedizin – Gedanken eines Moralthologen*, in: **E. BERNAT, W. KRÖLL** (Hrsg.), *Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik*, Wien 1999, S. 93ff.

Behandlung von Patienten in diesem Zustand ist nach utilitaristischer Ethik ‚medizinisch zwecklos‘. Solche Erwägungen finden auch Eingang in traditionelle, medizinische Ethik, die sich gleichermaßen mit dem Problem beschäftigt, ob *„im Blick auf die Lebensqualität des betroffenen Patienten ein Behandlungsabbruch im individuellen Fall in Erwägung gezogen werden kann, doch liegt das Augenmerk auf dem Wert der Weiterbehandlung für den Patienten und nicht auf dem Wert des Patientenlebens.“*¹¹¹

In der Diskussion um das Personsein der bewusstlosen Patienten geht es um das Kognitivkonzept der Person, bei dem die geistigen Fähigkeiten eine entscheidende Rolle spielen. Die persönliche Identität wird anatomisch mit dem Gehirn verbunden. Die menschliche Person erschöpft sozusagen sich im menschlichen Gehirn. Es stellt sich die offene Frage, ob das Gehirn den Menschen zum Menschen macht. Zweifellos bemühen sich einige Naturwissenschaftler, Philosophen und Theologen, diese Art des Reduktionismus im Personverständnis einzuführen. Das Problem liegt aber in der ethischen Dimension, ist also eine normative Entscheidung, ob ein bewusstloser Patient als Lebender oder als Toter zu bewerten ist.

¹¹¹ Vgl. **W. KORFF, L. BECK, P. MIKAT**, (Hrsg.) *Lexikon der Bioethik*, Gütersloh 1998, Band 2, S. 410.

3.4. Die personale Identität und die Selbstbestimmung

Der Ursprung des metaphysischen Problems der personalen Identität liegt nicht in der Metaphysik, sondern in moralischen und theologischen Fragen. Nach JOHN LOCKE ergibt sich die Frage nach der personalen Identität aus einem theologischen Problem: der christlichen Lehre nach dem Tode. Es geht darum, dass wir nach dem Tode dieselben Personen sein werden wie jetzt, in diesem Leben. Diese Frage dehnt sich auch auf die alltägliche Sorge, auf die eigene Zukunft aus, d.h. ob ich in zehn Jahren oder morgen dieselbe Person wie heute sein werde. Diese theologischen, moralischen und rechtlichen Probleme schaffen die Frage nach der personalen Identität über die Zeit hinweg.¹¹²

Diese personale Identität wird unter der Fragestellung behandelt, was die Bedingungen der diachronen Identität, d.h. der Identität im Zeitablauf, von Personen sind. LOCKES Verständnis der diachronen Identität der Person wird in der analytischen Philosophie der Gegenwart von PAUL GRICE¹¹³, ANTHONY QUINTON¹¹⁴, SYDNEY SHOEMAKER¹¹⁵, DAVID WIGGINS¹¹⁶ BERNARD WILLIAMS¹¹⁷, JOHN MACKIE¹¹⁸, und DEREK PARFIT¹¹⁹ diskutiert und kritisiert. Die Antworten auf die Frage nach der diachronen Identität der Person ist nicht nur für die praktische Philosophie¹²⁰ bedeutend, sondern auch in der Abtreibungsdebatte oder der Auseinandersetzung um den Begriff des Todes.¹²¹ Nach QUANTE steht die diachrone Identität der Person im Zentrum der medizinischen Ethik: *„Meine Kernthese lautet, dass wir mit der diachronen Identität menschlicher Personen ein Prinzip der biomedizinischen Ethik in den Händen haben, welches unsere alltäglichen ethischen Intuitionen faktisch leitet und auch in einer angemessenen biomedizinischen Ethik leiten sollte“*.¹²²

¹¹² Vgl. U. THIEL, *Person und Persönliche Identität in der Philosophie des 17. und 18. Jahrhunderts*, in: D. STURMA (Hrsg.), *Person*, Paderborn 2001, S. 80.

¹¹³ P. H. GRICE, *Personal Identity*, *Mind* 50(1941), S. 330 – 350.

¹¹⁴ A. QUINTON, *The Soul*, *Journal of Philosophy*, 59(1962), S. 393 – 409.

¹¹⁵ S. SHOEMAKER, *Self-Knowledge and Self-Identity*, Ithaca 1963.

¹¹⁶ D. WIGGINS, *Identity and Spatio-Temporal Continuity*, Oxford 1967.

¹¹⁷ B. WILLIAMS, *Problems of the Self*, Cambridge 1973.

¹¹⁸ J.L. MACKIE, *Problems from Locke*, Oxford 1976.

¹¹⁹ D. PARFIT, *Reasons and Persons*, Oxford 1986

¹²⁰ Die Orientierung der praktischen Philosophie ist auf die Frage nach der Unsterblichkeit der Seele und die Möglichkeit der individuellen Weiterexistenz nach dem Tode. Vgl. M. QUANTE, *Personale Identität als Problem der analytischen Metaphysik*, in: M. QUANTE (Hrsg.), *Personale Identität*, Paderborn 1999, S. 9.

¹²¹ Vgl. M. QUANTE, *Personale Identität als Problem der analytischen Metaphysik*, in: M. QUANTE (Hrsg.), *Personale Identität*, Paderborn 1999, S. 9ff.

¹²² M. QUANTE, *Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik*, Frankfurt am Main 2002, S. 16.

In Anlehnung an Locke definiert DEREK PARFIT die diachrone Identität von Personen als ein Andauern und eine Einheit von psychischen Personphasen, die durch das Gedächtnis und die Erinnerung miteinander verbunden werden. In der Debatte um die diachrone Identität lassen sich zwei grundlegende Ansätze unterscheiden, um die personale Identität auf andere Relationen zurückzuführen: das physische und das psychologische Kriterium für personale Identität. Unter dem physischen Kriterium für personale Identität erscheint eine Person als ein lebendiger menschlicher Körper mit raumzeitlicher Kontinuität. Das ist die Standardsicht der Identität von Gegenständen und Personen. Nach PARFIT wäre im Fall des menschlichen Körpers keine physikalische Kontinuität in einem bestimmten Sinne vorhanden. Die physische Kontinuität der Einzelteile oder des gesamten Körpers könnten für personale Identität weder notwendig noch hinreichend sein. Diese Kontinuität ist nicht ausreichend, weil es denkbar ist, dass ein Mensch sich so radikal ändert, dass er wirklich nicht mehr dieselbe Person ist.¹²³ Im Menschen gibt es auch eine psychologische Natur, d.h. unsere Erinnerungen, Charaktereigenschaften, Geschmäcke, Interessen, Vorlieben, Abneigungen etc. Ein Mensch, der seine Erinnerungen, d.h. sein Gedächtnis verloren hat und damit seine Charaktereigenschaften verändert, wäre nicht mehr dieselbe Person. Aufgrund dieser Prämissen glauben andere, dass physische Kontinuität für die personale Identität nicht notwendig ist. Sie sehen es für denkbar an, dass ein und dieselbe psychologische Person einen anderen Körper bewohnen kann oder, wie einige Religionen vom Körper ganz unabhängig behaupten: *„Those who believe in the Physical Criterion would reject Teletransportation. They would believe this to be a way, not of traveling, but of dying. They would also reject, as inconceivable, reincarnation. They believe that someone cannot have a life after death, unless he lives this life in a resurrection of the very same, physically continuous body.”*¹²⁴

Diese Leute meinen, dass personale Identität durch eine andere Art der Kontinuität als die der physikalischen Kontinuität, nämlich durch psychologische Kontinuität, gegeben ist. Sie wird durch ein rein mentales Wesen, einen Gedanken, eine Seele oder durch eine geistige Substanz ausgedrückt.¹²⁵ LOCKE betrachtete die Kontinuität der Erinnerungen von Erlebnissen als das zentrale Kriterium der personalen Identität, die direkte Relationen zwischen den verschiedenen Erinnerungen besitzt.¹²⁶ PARFIT definiert psychologische Kontinuität ein wenig anders, d.h. durch

¹²³ Vgl. **D. PARFIT**, *Reasons and Persons*, Oxford 1986, S. 202 – 204.

¹²⁴ Ebd. S. 204.

¹²⁵ Vgl. ebd. S. 204 -205.

¹²⁶ Vgl. **J. LOCKE**, *Versuch über den menschlichen Verstand*, Bd. I. Hamburg 1981, II 27 § 16, S. 427 - 428.

eine andere Relation, und zwar durch ein psychologisches Verknüpftsein. Dieses psychologische Verknüpftsein wird durch direkte psychologische Verbindungen bestimmt. Hingegen wird psychologische Kontinuität durch sich überlappende Ketten von starken direkten Relationen bestimmt: *„Psychological connectedness is the holding of particular direct psychological connections. Psychological continuity is the holding of overlapping chains of strong connectedness. Of these two general relations, connectedness is more important both in theory and in practice“*.¹²⁷

Im Fall der Amnesie gibt es nach PARFIT weiterhin eine psychologische Kontinuität, hingegen kein psychologisches Verknüpftsein. Bei Veränderungen des psychologischen Verknüpftseins kann die psychologische Kontinuität erhalten bleiben. Im Leben einer Person kann es auch zu graduellen Verschiebungen des psychologischen Verknüpftseins kommen. Ähnlich wie eine Nation trotz territorialer Veränderungen dieselbe Nation zu unterschiedlichen Zeitpunkten bleibt, kann eine Person trotz der Veränderungen des psychologischen Verknüpftseins dieselbe Person bleiben.¹²⁸

Nach PARFIT bestehen tatsächlich nur Bewusstseinszustände und hinterlassene Erinnerungen. Es könnte sein, dass der Mensch vor dem Schlaf nicht derselbe ist wie nach dem Schlaf. Er hat von diesem nur gewisse Erinnerungen geerbt. PARFIT behauptet, dass er in fünf Jahren nicht derselbe DEREK PARFIT sein werde, sondern ein Nachkomme von sich. Eine Person ist nach PARFIT, wer die psychologische Kontinuität besitzt.

PARFITs Personverständnis hat nicht nur Folgen in der theoretischen Analyse, sondern auch für die Moralität von Abtreibung und Euthanasie. Föten, geistig Schwerbehinderte und komatöse Patienten dürften nicht als Personen gelten, sondern nur als menschliche Wesen, weil sie kein Bewusstsein haben. Man könnte dabei auch behaupten, dass nur die Tötung einer Person unrecht ist: *„If we know that a human being is in a coma that is incurable-that this human being will certainly never regain consciousness-we shall believe that the person has ceased to exist. Since there is a living human body, the human being still exists. At the end of life we should claim that only the killing of person is wrong“*.¹²⁹

Mit dem Problem der personalen Identität ist das Problem der Selbstbestimmung beim Wachkoma verbunden. Der Professor für Rechtsphilosophie REINHARD MERKEL

¹²⁷ D. PARFIT, *Reasons and Persons*, S. 206.

¹²⁸ Vgl. ebd. S. 211ff.

¹²⁹ Ebd. S. 323.

bezeichnet das Problem als unerkanntes Grundproblem in BGHSt 40, 257¹³⁰ : *„Bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten kann der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme ausnahmsweise auch dann zulässig sein, wenn die Voraussetzungen der von der Bundesärztekammer verabschiedeten Richtlinien für die Sterbehilfe nicht vorliegen, weil der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Kranken.“*¹³¹

Gemäß diesem Leitsatz hat der BGH der Abbruch der Ernährung bei einer Wachkoma-Patientin durch einen Arzt als versuchten Totschlag durch Unterlassen in mittelbarer Täterschaft beurteilt. MERKEL vertritt die These: *„Wenn der wirklich erklärte Wille eines Patienten Substrat und Garant seiner Autonomie ist, dann müsse das bei einem nicht mehr autonomiefähigen Patienten eben dessen mutmasslicher Wille sein.“*¹³²

Im spezifischen Fall eines Alzheimer-Patienten stellt MERKEL die Frage aufgrund, ob der heutige Patient und der Verfasser der früheren Verfügung ein und dieselbe Person seien. Mit anderen Worten geht es darum, ob der gegenwärtige mutmaßliche Wille des Patienten noch identisch ist mit dem in der Patientenverfügung festgelegten Willen.¹³³ Dieses Problem der Gültigkeit von Patientenverfügungen wird auch im Rahmen einer komplexen Theorie personaler Identität von A. E. BUCHANAN, D. W. BROCK und R. DRESSER hervorgehoben.¹³⁴ Die Ärzte und Angehörigen stehen vor dem Problem, ob sie in der konkreten klinischen Situation den Willen desselben Patienten realisieren. Man kann sagen, dass es eine Kollision von Interessen verschiedener Subjekte zwischen dem Ich aus der Zeit vor dem Ausbruch der Krankheit und dem gegenwärtigen Ich gibt bzw. geben kann: *„Der Körper des Patienten wird jetzt von einem anderen Ich als dem des Inhabers jener früheren Präferenzen bewohnt.“*¹³⁵ Im Kontext des Wachkoma-Patienten fasst Merkel zusammen, dass bei diesem Patienten das frühere Ich erloschen ist und ein nachfolgendes anderes Ich nicht mehr besteht: *„Die Subjektivität des früheren, autonomen Patienten ist hier gänzlich erloschen, nicht anders als die eines Hirntoten. Ein nachfolgendes anderes Ich gibt es jedoch nicht. Die eine Seite der erforderlichen Abwägung bleibt leer. Darum darf man solche Patienten*

¹³⁰ Vgl. **R. MERKEL**, *Personale Identität und die Grenzen strafrechtlicher Zurechnung. Annäherung an ein unentdecktes Grundlagenproblem der Strafrechtsdogmatik*, JZ, 10 (1999), S.506ff.

¹³¹ BGHSt 40, 257.

¹³² Ebd. S. 506.

¹³³ Vgl. ebd. S. 507.

¹³⁴ Vgl. **A. E. BUCHANAN, D. W. BROCK**, *Deciding for Others: The ethics of surrogate decision Making*, Cambridge 1990, S. 152ff, **R. DRESSER**, *Missing persons: legal perceptions of incompetent patients*, Rutgers Law Review 46 (1994), S. 609ff.

¹³⁵ **R. MERKEL**, *Personale Identität und die Grenzen strafrechtlicher Zurechnung*, S. 508

*sterben lassen und muss nicht, wie im berühmten Fall der Fall der Karen Quinlan in Amerika, zehn Jahre oder länger an einer bloß noch vegetativen Existenz erhalten.*¹³⁶

In seiner Theorie bestreitet Merkel die physische Kontinuität nicht, aber sie kommt nicht in Betracht bei der Bezeichnung der personalen Identität. Die Bewusstlosigkeit des Wachkoma-Patienten schließt vielleicht andere Möglichkeiten ein, die Selbstbestimmung des Patienten auszudrücken, z. B. Protest gegen unangemessene Behandlungen. Der Körper des Patienten ist ein gewisses Ausdrucksmedium des Selbst. O. TOLMEIN unterstreicht, dass es in der Patientenverfügung um den Körper geht: *„Es geht um eine Verfügung über seinen Körper, die die eventuell erforderliche medizinische Behandlung bestimmter physischer Funktionen betrifft, die aber so grundlegend sind, dass die Therapie durchzuführen oder nicht eine Entscheidung über die Fortsetzung des Lebens ist und damit über die Frage, ob die Ärzte dem Selbst, dem Menschen als Totalität, helfen sollen weiter zu existieren oder nicht.*“¹³⁷

Der Körper kann die Kontinuität eines Menschen, besonders der Menschen im bewusstlosen Zustand oder in der fortgeschrittenen Demenz sichern. Über den Körper und mit ihm können diese Patienten in der Gegenwart kommunizieren. Das Versäumnis der Pflege eines Menschen gilt – TOLMEIN zufolge – als Missachtung gegen wertbezogene Interessen und die Menschenwürde: *„Es ist aber auf jeden Fall ein Verstoß gegen die wertbezogene Interessen und die Menschenwürde des dementen oder im vegetative state lebenden Menschen, nicht nur weil damit der Gesamtwert seines Lebens in Frage gestellt oder verringert werden würde, sondern weil auch in der gerade aktuellen Lage dem Körper des Menschen und damit ihm selber nicht die erforderliche Achtung entgegengebracht wird. Diese Vernachlässigung birgt nämlich in sich die Botschaft, das dieser Mensch es nicht wert ist, angemessen versorgt zu werden.*“¹³⁸

Es gibt die Praxis, das Selbstbestimmungsrecht nur mit kognitiven Fähigkeiten zu verbinden. Der Wachkoma-Patient findet sich im Zustand der Bewusstlosigkeit, weshalb er die selbstbestimmte Entscheidung im Sinne des Selbstbestimmungskonzeptes nicht mehr treffen kann. Diese Prämissen setzen nach dem Recht die mutmaßliche Einwilligung des Patienten voraus. Man muss angesichts eines Menschen entscheiden, der keinen Willen mehr hat und auch keinen mehr haben kann. Nach TOLMEIN sind die Hinweise aus der Vergangenheit bei Wachkoma-

¹³⁶ Ebd. S. 508.

¹³⁷ O. TOLMEIN, *Selbstbestimmungsrecht und Einwilligungsfähigkeit. Der Abbruch der künstlichen Ernährung bei Patienten im vegetative state in rechtsvergleichender Sicht: Der Kempntener Fall und die Verfahren Cruzan und Bland*, Frankfurt am Main 2004, S. 134.

¹³⁸ Ebd. S. 137.

Patienten keine Hinweise mehr für einen Willen, *der in der Gegenwart wenigstens noch theoretisch gebildet werden könnte.*¹³⁹

Das Recht auf Selbstbestimmung ist das Dilemma beim Wachkoma-Patienten, weil es um einen Menschen geht, der die Entscheidung in der Gegenwart nicht treffen kann. TOLMEIN stellt die Frage, wodurch der Patient seine aktuellen Wünsche zum Ausdruck bringen kann und schlägt vor, vom körperlichen Verhalten auf die gegenwärtigen Bedürfnisse rückzuschließen. Diese Bedürfnisse sollten als entscheidendes Kriterium für eine weitere Behandlung oder für einen Behandlungsabbruch gelten. Komplikationen mit der Sonde wären beispielsweise ein Ausdruck der Wünsche des Wachkoma-Patienten durch seinen Körper.¹⁴⁰

Dementsprechend hat die Diskussion über die personale Identität bei Wachkoma-Patienten zur wesentlichen Frage geführt, ob ein solcher Patient durch den Verlust der Autonomie die personale Identität verliert und ob er in dieser Situation noch selbst bestimmen kann. Die personale Identität des Menschen wird nicht nur durch Eigenschaften, psychische Kontinuität und aktuelle Selbstverfügung, sondern auch durch die Leiblichkeit und die Zeitlichkeit bezeichnet: *„Da Leiblichkeit und Zeitlichkeit zu den notwendigen Bedingungen der Subjekthaftigkeit und moralischen Handlungsfähigkeit des Menschen gehören, darf der Respekt vor seiner Personwürde nicht erst der vollen Ausprägung von Selbstbewusstsein, Rationalität und aktueller Selbstverfügung entgegengebracht werden; er muss vielmehr auch das gesamte zeitliche Kontinuum und das leibliche Ausdrucksfeld umfassen, das die geistigen Selbstvollzüge der Person trägt und ermöglicht.“*¹⁴¹

Man kann dabei über die vergessene Außenperspektive der personalen Identität des Menschen sprechen. Mit Außenperspektive ist die Perspektive anderer Personen gemeint, die für sie als Kriterium der Identität gilt. Es geht um die Identität des Körpers, der aus Sicht der anderen für die Identität der Person steht: *„Für das Wiedererkennen, die Reidentifizierung von Personen, ist allerdings die Außenwahrnehmung, also die Leiblichkeit entscheidend. Denn sie erlaubt die Lokalisierung der Person in Beziehung zu allem andern Seienden.“*¹⁴²

¹³⁹ Vgl. ebd. S. 144.

¹⁴⁰ Vgl. ebd. S. 241ff

¹⁴¹ **E. SCHOCKENHOFF**, *Der vergessene Körper. Über die Einheit von Person und menschlicher Natur*, Zeitschrift für medizinische Ethik 48 (2002), S. 279.

¹⁴² **R. SPAEMANN**, *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen »etwas« und »jemand«*, Stuttgart 1998, S. 48.

In der Diskussion um Wachkoma-Patienten stellt sich die Frage nach dem Lebensrecht und der Menschenwürde. In der gegenwärtigen Bioethik-Debatte ist oft das Recht auf Leben und die Menschenwürde mit charakteristischen Eigenschaften wie z.B. Selbstbewusstsein, Sinn für Zukunft, psychologische Kontinuität oder Kommunikationsfähigkeit verbunden. Diese Position, der „Personizismus“ unterscheidet zwischen menschlich-biologischem Leben (Menschsein) einerseits und spezifischem menschlich-personalem Leben (Personsein) andererseits. Aufgrund dieser Anthropologie besitzen die so genannten Nicht-Personen keine Personwürde und ihr Leben gilt als lebensunwert. Diese dualistische Anthropologie betrachtet häufig Wachkoma-Patienten nicht mehr als Personen und spricht ihnen dadurch die Menschenwürde ab. Somit ist gemäß dieser Prämisse der Abbruch der künstlichen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr vollkommen gerechtfertigt. Das Leben eines PVS-Patienten hat keinen Wert in sich, verdient also keinen Respekt und braucht deshalb auch nicht künstlich aufrechterhalten zu werden. Dies gipfelt in der Todeskonzeption, die besagt dass durch den Defekt der Großhirnregionen jeder personale Charakter des Menschen erloschen sei. Das Leben einer Person ende automatisch mit dem irreversiblen Verlust des Bewusstseins, d.h. der Wachkoma-Patient erleide durch seine Krankheit automatisch den Persontod.

Ein zusätzliches Problem ergibt sich für Ärzte und Angehörige aus der Frage, ob der Wille des Patienten vor dem Wachkoma-Zustand identisch ist mit dem Willen des bewusstlosen Patienten oder ob es in der konkreten klinischen Situation eine Interessen-Kollision zwischen verschiedenen Subjekten gibt, nämlich zwischen dem Ich vor dem Ausbruch der Krankheit mit dem gegenwärtigen Ich. Damit eng verbunden ist das Problem der personalen Identität und der Selbstbestimmung des PVS-Patienten. Möglicherweise hat der Patient auch in der Bewusstlosigkeit die Fähigkeit zur Selbstbestimmung, z.B. durch Protest gegen unangemessene Behandlungen. Gemäß dieser Prämisse ist der Körper des Wachkoma-Patienten ein gewisses Ausdrucksmedium des Selbst.

4. DAS CHRISTLICHE MENSCHENBILD, DIE MENSCHENWÜRDE UND WACHKOMA-PATIENTEN

4.1. Das christliche Menschenbild und Wachkoma-Patienten

4.1.1. Die biblische Begründung der Menschenwürde

Der Personizismus unterscheidet zwischen menschlich-biologischem Leben (Menschsein) einerseits und spezifischem menschlich-personalem Leben (Personsein) andererseits. Aus anthropologischer Sicht besitzen Wachkoma-Patienten keine Personwürde und kein Lebensrecht, weil sie im Koma keine geistigen Eigenschaften und Fähigkeiten zum Ausdruck bringen können. Das Leben im Wachkoma hat keinen Wert in sich selbst, deshalb braucht man es nicht aufrechtzuerhalten. Diese anthropologische Theorie erlaubt das Einstellen der künstlichen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr beim Wachkoma-Patienten, weil dieser keine Person mehr ist. (siehe 3. Kapitel).

Die biblisch-christliche Anthropologie macht den Versuch, die dualistische Tendenz im Menschenverständnis zu überwinden und basiert auf der Konzeption, dass der Mensch nach dem Bild Gottes geschaffen ist. Dies ist die christliche Begründung der Menschenwürde. Das biblische Welt- und Menschenverständnis zeichnet sich durch das einmalige Verhältnis des Menschen zu Gott, dem Schöpfer der Welt aus.

Aus dem Anfang des Alten Testaments geht klar hervor, dass der Mensch ein Geschöpf Gottes ist. Das Alte Testament enthält zwei Texte zur Erschaffung des Menschen: die priesterschriftliche Darstellung (Gen 1, 26ff) und den jahwistischen Schöpfungsbericht (Gen 2,7ff). Im ältesten Bericht des Jahwisten wird gesagt:

„Da formte Gott, der Herr, den Menschen aus Erde vom Ackerboden und blies in seine Nase den Lebensatem. So wurde der Mensch zu einem lebendigen Wesen (Person¹)“(Gen 2,7).

Der Jahwist richtet sein Augemerke auf die Beziehungen, in denen der Mensch von Anfang an sein Menschsein zu begreifen hat. In Genesis 2,7 zeigt er das erste Kennzeichen des Menschen auf, nämlich seine besondere Beziehung zu Gott, die in

¹ Die Übersetzung nach **H. W. WOLFF**, *Anthropologie des Alten Testament*, München 1974, S. 142.

ihrer Besonderheit auch erhalten bleibt, weil der Mensch als Geschöpf Gottes lebt.² Diese Vorstellung könnte der Jahwist aus einer ägyptischen Tradition genommen haben, wonach der Mensch aus Töpferlehm geformt wurde. Der Autor musste begreiflich machen, wie aus trockener Erde eine Figur geformt werden konnte. Den Begriff „Erdreich“ übersetzt er mit „Staub“, der durchfeuchtet werden musste. Wahrscheinlich geht es hier um das Grundwasser als Quelle der Feuchtigkeit.³ Das Wort „Mensch“ (‘ādām) und „Ackererde“ (‘adāmā) haben die gemeinsame etymologische Wurzel ‘dm rot. Das soll eine Verbindung herstellen zwischen der rötlich-braunen Haut des Menschen und der rötlich-braunen Ackererde. Hingegen weist das Verb „formen“ auf die gestaltende Tätigkeit des Töpfers hin. Diese handwerklichen Motive betonen die Distanz zwischen Gott und den Menschen und einen konkreten Einsatz Gottes für den Menschen.

Der Mensch steht aber nicht nur in der Beziehung zu Gott, sondern auch noch in einer zweiten Beziehung, zu den Tieren nämlich: „Dann sprach Gott der Herr: Es ist nicht gut, dass der Mensch allein bleibt. Ich will ihm eine Hilfe machen, die ihm entspricht. Gott, der Herr, formte aus dem Ackerboden alle Tiere des Feldes und alle Vögel des Himmels und führte sie dem Menschen zu, um zu sehen, wie er sie benennen würde. Und wie der Mensch jedes lebendige Wesen benannte, so sollte es heißen.“(Gen2,18-19)

Dass die Tiere in der Nähe des Menschen stehen, bezeugen der Ausdruck „formte aus dem Ackerboden“ sowie der Hinweis „wie der Mensch jedes lebendige Wesen benannte“. Jedoch bekommen die Tiere keinen göttlichen Lebensatem. Durch den Ausdruck „Lebensatem“ in Gen 2, 7 will der Jahwist betonen, dass sich der Mensch wesentlich vom Tier unterscheidet. Herausgestellt wird die hilfreiche Rolle der Tiere für den Menschen. Zugleich ist hier eine allererste Autonomie des Menschen innerhalb der Schöpfung, die durch Jahwes Schöpfergabe gesetzt ist, ersichtlich.⁴

Die dritte Beziehung des Menschen drückt sich zum Mitmenschen aus durch die Erschaffung der Frau:

„Da liess Gott, der Herr, einen tiefen Schlaf auf den Menschen fallen, sodass er einschlieft, nahm eine seiner Rippen und verschloss ihre Stelle mit Fleisch. Gott, der Herr, baute aus der Rippe, die er vom Menschen (ish) genommen hatte, eine Frau (ishsha) und führte sie dem Menschen zu“ (Gen 2, 21-22).

² Vgl. **H. W. WOLFF**, *Anthropologie des Alten Testament*, München 1974, S. 142.

³ Vgl. **J. SCHARBERT**, *Genesis 1 – 11*, in: **J. G. PLÖGER, J. SCHREINER** (Hrsg.), *Die Neue Echter Bibel*, Würzburg 1983, S. 48.

⁴ Vgl. **H. W. WOLFF**, *Anthropologie des Alten Testament*, S. 142 - 143.

Die besondere Zugehörigkeit der Frau zum Mann wird dadurch betont, dass die Frau aus der Rippe des ersten Menschen gestaltet wird. Die Begriffe „ishsha“ und „ish“ bezeichnen die besonders innige Beziehung zwischen Frau und Mann.⁵

Die vierte Beziehung des Menschen wird durch den Begriff „Ackererde“ ausgedrückt. Diese Beziehung hat einen dreifachen Charakter. Der Mensch wird aus der Ackererde erschaffen (Gen 2,7), er muss die Ackererde bearbeiten um zu leben (Gen 3,23), und nach seinem Tod kehrt er zur Ackererde zurück (Gen 3,19). Die Arbeit auf der Ackererde und die Sterblichkeit des Menschen hängen mit dem menschlichen Leben zusammen.⁶

Diese allgemeinen Begriffe des Menschen (*ādām, ish/ishsha*) bezeichnen sowohl die Geschlechtsunterscheidung als auch die gleichgewichtige Stellung der männlichen und der weiblichen Natur.⁷

Wer der Mensch ist, zeigt sich im Inhalt der anderen anthropologischen Begriffe. Die wichtigsten Begriffe, die die biblischen Verfasser dem Menschen zuordnen, sind: *noepœš* (Seele), *bāsār* (Fleisch), *rûah* (Geist) und *lēb* (herz).

Jeder dieser Begriffe richtet seinen Blick auf einen andern Aspekt des Menschen. Allerdings kann die Übersetzung dieser Begriffe auf die falsche Spur einer dichotomischen oder trichotomischen Anthropologie (Körper und Geist oder Körper, Geist und Seele) führen. Das Alte Testament kennt keinen Dichotomismus und Trichotomismus im Menschenbild. Manche Begriffe sind gleichbedeutend, da es in der hebräischen Tradition keinen Unterschied zwischen einem physischen Aspekt und einem metaphysischen Aspekt gibt. Diese Begriffe definieren sowohl den Menschen als Ganzheit als auch die konkreten Dimensionen des Lebens und des menschlichen Leibes. Mit anderen Worten geht es um verschiedene Aspekte der einen lebendigen Persönlichkeit. Sie ist gekennzeichnet durch eine Zusammenschau der Glieder und Organe des menschlichen Leibes mit ihren Leistungen und Aktivitäten, was man auch als synthetisches Denken bezeichnen kann.⁸

Der Begriff *noepœš* wird unter dem Einfluss des griechisch-platonischen Denkens durch bestimmte Konnotationen der Begriffe mit „Psyche“ bzw. „Seele“, übersetzt. *noepœš* findet sich im alten Testament zirka 750-mal, am häufigsten in den Psalmen (144-mal).⁹

⁵ Vgl. ebd. S. 143.

⁶ Vgl. ebd. S. 144.

⁷ Vgl. **J. A. SOGGIN**, *Alcuni testi-chiave per l'antropologia dell'Antico Testamento*, in: **G. DI GENNARO** (Hrsg.), *L'Anthropologia biblica*, Napoli 1981, S. 52.

⁸ Vgl. **H. W. WOLFF**, *Anthropologie des Alten Testament*, S. 21ff, vgl. **H. PERTRI**, *Die christliche Glaubenserfahrung als Erkenntnisquelle der Anthropologie*, Archiv für Religionspsychologie 12(1976), S. 57f.

⁹ Vgl. **C. WESTERMANN**, *נֶפֶשׁ, noepœš* in: **E. JENNI** (Hrsg.), *Theologisches Handwörterbuch zum Alten Testament*, Bd. II., München – Zürich 1976, S. 72.

Der Begriff *nəpəəš* kommt von dem Stamm *npš*, blasen, Atem holen und bedeutet ursprünglich Kehle, Gurgel, Schlund. *Nəpəəš* bezeichnet das Organ der Nahrungsaufnahme und der Sättigung (Ps 107).¹⁰ Im Sinn des Atems, des Lebenszeichens ist *nəpəəš* als Lebenshauch (2Sm 1,9), Lebenskraft (Jr 38, 16) oder als Leben zu verstehen. *Nəpəəš* bezeichnet auch das Lebewesen Mensch. („*Da formte Gott, der Herr, den Menschen aus Erde vom Ackerboden und blies in seine Nase den Lebensatem. So wurde der Mensch zu einem lebendigen Wesen*“ (Gen 2, 7)) sowie das Tier (Gen 1, 21.24 2,19).¹¹

Außerdem hat *nəpəəš* die Bedeutung des Blutes als Lebensstoff: „*Doch beherrsche dich und genieße kein Blut, denn Blut ist Lebenskraft, und du sollst nicht zusammen mit dem Fleisch die Lebenskraft verzehren*“ (Dtn 12,23) und als Lebenskraft: „*Die Lebenskraft des Fleisches sitzt nämlich im Blut. Dieses Blut habe ich euch gegeben, damit ihr auf dem Altar für euer Leben die Sühne vollzieht; denn das Blut ist es, das für ein Leben sühnt.*“ (Lev 17, 11).¹²

Der Begriff *nəpəəš* bezeichnet weiterhin die konkreten Organe des menschlichen Leibes (Hals, Kehle) wie auch das menschliche Verlangen. Man kann sagen, dass *nəpəəš* nach dem Buch Hiob als das Zentralorgan des leidenden Menschen und als das typische Organ des Mitgefühls mit dem Bedürftigen gilt.¹³

Die Übersetzung *nəpəəš* für Person, Individuum und Wesen verdeutlichen die Rechtstexte in Lev 17 ,10ff. Es geht dabei generell um die Einzelperson, das Individuum im Gegensatz zum Volksverband. An anderer Stelle (Lev 27,2; Num 19,18; Dtn 24,7; Jer 2,34) verwenden die Verfasser *nəpəəš* im Sinn des Kollektiven, d.h. kollektiv für einen ganzen Kreis von Einzelpersonen. Am Tag der Erschaffung des Menschen (Gen 2,7) bläst Gott den Lebensatem in seine Nase. Dies bewirkte die Atmung, machte den Menschen zum Lebewesen, zu einer lebendigen Person, einem lebendigen Individuum. Nach WOLFF geht es hier nicht um die Seele, sondern um die eine gesamte Gestalt des Menschen und insbesondere um seinen Atem. Endgültig kann man sagen, dass nach Gen 2,7 der Mensch *nəpəəš* nicht als ein vitales Selbst besitzt, sondern dass er selbst *nəpəəš* ist.¹⁴

¹⁰ Vgl. ebd. S. 73, sowie vgl. **H. W. WOLFF**, *Anthropologie des Alten Testament*, München 1974, S. 26ff.

¹¹ Vgl. ebd. S. 73 – 74.

¹² Vgl. ebd. S. 74.

¹³ Vgl. **H. W. WOLFF**, *Anthropologie des Alten Testament*, S. 33 – 37.

¹⁴ Vgl. ebd. S. 25f, sowie vgl. **H. SEEBASS**, *נְפִישׁ*, *nəpəəš*, in: **G. J. BOTTERWECK, H. RINGGREN** (Hrsg.), *ThWAT*, Bd. 5, Stuttgart 1987, S. 546.

Der Begriff *bāsār* bezeichnet im Alten Testament, was die Menschen und die Tiere verbindet, nämlich Fleisch und Körper.¹⁵ Das Wort „Fleisch“ ist am häufigsten in den Ritualvorschriften im Bereich der Opfertiere verwendet (Lv 4,11; 7, 15-21; Nu 19,5). Das Fleisch als Stück des menschlichen Körpers kommt im jahwistischen Bericht der Erschaffung der Frau aus den Rippen des Mannes (Gen 2, 21f) zum Tragen. Im Kontext des ganzen menschlichen Leibes wird oft *bāsār* von anderen Körperteilen unterschieden, z. B. in Verbindung mit Blut, Knie, Knochen, Fuß, Auge.¹⁶ Der Begriff *bāsār* bezeichnet auch den ganzen Körper des Menschen: *„So sollst du ihre Reinigung vollziehen: Spreng über sie das Entsündigungswasser! Sie selbst sollen sich an ihrem ganzen Körper mit einem Schermesser die Haare schneiden, ihre Kleider waschen und sich reinigen“*(Num 8,7). Der Ausdruck *bāsār* ähnlich wie *noepœš* betont den Menschen als Ganzes, nur im diesen Fall unter dem körperlichen Aspekt.¹⁷

Das Fleisch *bāsār* drückt die Verbindung zwischen Menschen in der Form des Rechtsterminus „Verwandtschaft“ aus. So spricht Juda über Joseph im Kontext seines Verkaufs an die Ismaeliter: *„Kommt, verkaufen wir ihn den Ismaelitern. Wir wollen aber nicht Hand an ihn legen, denn er ist doch unser Bruder und unser Verwandter (bāsār). Seine Brüder waren einverstanden“*(Gen 37,27). Doch gibt es nicht nur die Anwendung des Begriffs der Verwandtschaft im rechtlichen Sinne, sondern das Wort bezeichnet gleichermaßen die Artverwandtschaft mit anderen Menschen. Im Psalm 145, 21 und in Deuterojesaja (40,5.6; 49,26b) drückt *ko-bāsār* die ganze Menschheit aus. Diese Artverwandtschaft bekommt ihre tiefere Bedeutung in der Verheißung bei Ezechiel: *„Ich schenke euch ein neues Herz und lege einen neuen Geist in euch. Ich nehme das Herz von Stein aus eurer Brust und gebe euch ein Herz von Fleisch“* (Ez 36,26). Dieses Herz von Fleisch gilt als das lebendige Herz im Gegenteil zum Herz von Stein. Nach WOLFF wird *bāsār* im Sinne einer positiven Wertung menschlichen Verhaltens unzweifelhaft in einmaliger Weise behandelt.¹⁸

Der Ausdruck *bāsār* beschreibt die menschliche Existenz generell als in sich selbst schwach und hinfällig. Das menschliche Leben gilt im Gegenteil zu dem Leben Gottes als machtlos und unzuverlässig. Hiob stellt die Frage Gott: *„Hast du denn Augen aus Fleisch? Schaust du, wie ein Mensch schaut?“*(Hi 10,4). Vor Gott ist der Mensch sowohl hinfällig, als auch anfällig für die Sünde und deswegen kann er vor der Stimme des lebendigen Gottes nicht existieren: *„Denn welches Wesen aus Fleisch*

¹⁵ Vgl. **N. P. BRATSIOTIS**, *בָּשָׂר*, in: **G. J. BOTTERWECK, H. RINGGREN** (Hrsg.), *ThWAT*, Bd. I, Stuttgart 1973, S. 850f, sowie vgl. **G. GERLEMAN**, *בָּשָׂר bāsār*, in: **E. JENNI** (Hrsg.), *Theologisches Handwörterbuch zum Alten Testament*, Bd. I., München – Zürich 1976, S. 376ff.

¹⁶ Vgl. **H. W. WOLFF**, *Anthropologie des Alten Testament*, S. 50f, sowie vgl. **N. P. BRATSIOTIS**, *בָּשָׂר*, S. 851f.

¹⁷ Vgl. **H. W. WOLFF**, *Anthropologie des Alten Testament*, S. 53.

¹⁸ Vgl. ebd. S. 54.

wäre am Leben geblieben, wenn es wie wir die donnernde Stimme des lebendigen Gottes gehört hätte, als er mitten aus dem Feuer redete?“ (Dtn 5,26). Zusammenfassend kann man sagen, dass *bāsār* also auch der umfassende biblische Ausdruck für die hinfällige Seite des Menschenseins, sowohl in ethischer als auch moralischer Beziehung ist.¹⁹

Die anthropologisch wichtigste Bedeutung von *bāsār* betrifft die gesamte äußere Existenz des Menschen. Die klare Unterscheidung zwischen der äußeren und der inneren Existenz erfolgt dort, wo *bāsār* zusammen mit *lēb* auftaucht. Immer geht es dabei um den ganzen Menschen in seiner Dualität und seiner Psychosomatik. Im Buch der Sprichwörter sagt der Verfasser, dass man die Worte des Weisen tief im Herzen bewahren muss, weil sie dem ganzen Leib Gesundheit bringen. Dieselbe klare Unterscheidung kann man zwischen *bāsār* und *noepœš* bemerken, wo beide Begriffe gleichzeitig verwendet werden, um die äußere Existenz des Menschen von der inneren Existenz des Menschen zu unterscheiden. Sie umfassen stets den Menschen als Ganzes.²⁰

In diesem Kontext können wir sagen, dass die oben dargelegte Unterscheidung nicht auf einen Seele-Leib-Dualismus im platonischen Sinn hinweist. *Bāsār* und *noepœš* muss man als zwei verschiedenartige Aspekte des ungeteilten Seins der Menschen verstehen. Diese anthropologische Ganzheitsdarstellung - nach BRATSIOTIS - „ist maßgebend für die Doppelseitigkeit des menschlichen Wesens, indem sie jede dichotomische Auffassung von bāsār und noepœš als unversöhnlich entgegengesetzt ausschließt und deren gegenseitigen organischen, psychosomatischen Zusammenhang erscheinen lässt. Dadurch verleiht sie auch dem Persönlichkeitsbegriff eine feste Geschlossenheit, die sich durch ein ausgeprägtes Einheitsbewusstsein äußert.“²¹

Grundsätzlich kann man sagen, dass *bāsār* die ganze Wirklichkeit des leiblichen Menschen umfasst. Der Begriff charakterisiert den lebendigen Leib des Menschen in seiner Ganzheit und in der konkreten Realität des menschlichen Seins. *Bāsār* ist der ganze Mensch, „Leib und Seele“, psychophysische und psychosomatische Einheit.

Der Ausdruck *lēb* gilt als das wichtigste Wort in der Sprachlehre alttestamentlicher Anthropologie.²² *Lēb* wird in der Regel mit „Herz“ übersetzt, obwohl es sowohl der Sitz von Gefühlen und Gemütsregungen, als auch das „Körperorgan“

¹⁹ Vgl. ebd. S. 55f.

²⁰ Vgl. N. P. BRATSIOTIS, bāsār , S. 859f.

²¹ Ebd. S. 860.

²² Vgl. H. W. WOLFF, *Anthropologie des Alten Testament*, S. 68 – 95.

des Denkens und Planens ist. Der Begriff ist verknüpft mit der Wahrnehmung von Wirklichkeit, mit Gedächtnis (Ps 31,139), Erkennen oder Nicht- Erkennen (Ps 14,1), mit der Fähigkeit zu Ratschlüssen und Planungen (Ps 33,11) und der Fähigkeit zu Konsequenz und Entschiedenheit (Ps 10,6) sowie zum Denken: „*Sinnen und Trachten*“ (Gen 6,5). Mit dem Begriff *lēb* fasst die Bibel vor allem das Zentrum des bewusst lebenden Menschen ins Auge.²³ *Lēb* bedeutet den ganzen Menschen mit sämtlichen Dimensionen seiner Existenz und findet sich als Ausdruck für alle Schichten der Person: der vegetativen, emotionalen, rational-noetischen und voluntativen Schicht. Man kann im Alten Testamenten in vielen Reihenbildungen über eine Mehrschichtigkeit der Personstruktur sprechen, in denen der Begriff *lēb* oft angeführt ist.²⁴ Die folgenden Zusammensetzungen zeigen bestimmte Aspekte der Person auf: „*Herz und Nieren*“ (Jer 11,20; 12,3; 17,10; 20,12; Ps 7,10) bedeutet das innerste Wesen des Menschen, zu dem nur Gott Zugang hat und das er prüft, „*Herz und Lippen*“ (Spr 23,16f) stellt dem Inneren etwas Äußeres gegenüber und zeigt, wie Inneres und Äußeres beim rechten Menschen harmonieren sollen. Der Ausdruck *lēb* bedeutet auch neue Lebenskraft. Diese Bedeutung konzentriert sich auf das lebendige leibliche Wesen des Menschen: „*will er leben, muss er seinen lēb laben* (Ri 19,5.8.22), üblicherweise durch Brot d.h. bezogen auf die vegetative Schicht der Persönlichkeit. Dieser vegetativen Schicht entsprechen die Vorstellungen in der Topologie der Klage (Ps 38, 11; Jer 4, 19).²⁵

Der Begriff *lēb* bezeichnet nicht nur die vegetativen Vorgänge von Leben und Nahrungsaufnahme, sondern auch die Geschlechtstriebe (Spr 6, 25; Ez 16,30). Auf der Basis vegetativer Vorgänge werden die emotionalen Empfindungen des Menschen beschrieben: Herzklopfen, Herzflattern, Herzverkrampfung als Bilder für Erregung, Angst und Freude.²⁶ Im Kontext der intellektuellen Fähigkeiten des Menschen kann man *lēb* auch als Synonym für Gewissen bezeichnen, als einen Ort, wo der Mensch das Wort Gottes zu vernehmen vermag und wo die Lebensentscheidungen getroffen werden (Gen 20,5f, 1Sam 24,6).²⁷

In der biblischen Anthropologie hat *rūah*, von D. LYS als theo-anthropologischer Begriff bezeichnet, eine besondere Bedeutung.²⁸ Die erste wörtliche Bedeutung von *rūah* beschreibt die bewegte Luft, den Wind. Im Kontext des Menschen schenkt Jahwe den Menschen diesen Wind als Lebenskraft. Er bildet die *rūah* im Inneren des

²³ Vgl. ebd. S. 90.

²⁴ Vgl. H. J. FABRY, לֵב *leb*, in: G. J. BOTTERWECK, H. RINGGREN (Hrsg.), ThWAT, Bd. IV, Stuttgart 1982, S. 425f.

²⁵ Vgl. ebd. S. 426.

²⁶ Vgl. ebd. S. 427f.

²⁷ Vgl. F. STOLZ, לֵב *leb Herz*, in: E. JENNI (Hrsg.), *Theologisches Handwörterbuch zum Alten Testament*, Bd. I., München – Zürich 1976, S. 864.

²⁸ Vgl. D. LYS, *Rūah, Le souffle dans l'ancien Testament*, Paris 1962, S. 336.

Menschen (Sach 12,1). *Rûah* geht von Jahwe aus und kehrt zu Jahwe zurück: Man kann *rûah* den Lebensodem des Menschen nennen (Hi 34,14f). Den Atem des Menschen kann man von der *rûah* Jahwes nicht trennen. Wir sehen Jahwes Atem als schöpferische Lebenskraft, die dem Menschen Lebensdauer verleiht (Gen 6,3). Der Mensch bekommt mit der *rûah* Gottes eine ordentliche Begabung und eine Bevollmächtigung.²⁹

Biblisch gedacht kann man sagen, der Mensch ist *nəpəeš* bzw. der Mensch ist *bāsār*, aber man kann nicht sagen, der Mensch ist *rûah*. *Rûah* bleibt für Gott reserviert, weil *rûah* Geist Jahwes heißt. Wo sich *rûah* auf den Menschen bezieht, bleibt die Relation zu Gott immer erhalten: es ist der Geist des Herrn, der sich auf einen Menschen niederlässt. *Rûah* als theo-anthropologischer Begriff gilt als biblische Bezeichnung der Person und ist das Fundament der Würde jedes einzelnen Menschen.

Das Neue Testament wurde fast in Ganzen auf griechisch geschrieben, aber das bedeutet nicht, dass das Christentum die hellenistische Anthropologie übernahm und damit die hebräische Anthropologie ersetzte. Im Gegenteil bewahrte die christliche Theologie die charakteristischen Strukturen und die Schemata des semitisch-alttestamentlichen Denkens. Es muss betont werden, dass die grundsätzlichen Voraussetzungen der griechischen Anthropologie in der Gestalt der platonischen Anthropologie nicht übernommen wurden, wenngleich man im Alten und Neuen Testament Spuren griechischen Denkens im Kontext der christlichen Anthropologie finden kann, wie z. B. in Hbr 13, 3.³⁰

Im NT wird besonders von PAULUS gezeigt, dass verwandte Begriffe wie „Leib“, „Fleisch“, „Seele“ und „Geist“ nicht als Einzelwesensbestandteile des Menschen gedacht sind, sondern, dass sie die ganze menschliche Persönlichkeit ausdrücken. PAULUS ist im biblisch-semitischen Bereich verwurzelt, weil er Seele und Leib nie aufteilt, wie es für die hellenistische Anthropologie typisch ist. Für PAULUS besteht der Mensch immer aus Seele und Leib mit allen seinen Anlagen und Kräften, die die Perspektiven seiner Persönlichkeit repräsentieren.³¹

PAULUS versteht den Leib *σῶμα* niemals als einen Teil des Menschen, sondern als den ganzen Menschen unter einem bestimmten Aspekt. Mit Soma ist der Mensch als konstituierter, animierter Organismus gemeint, die äußere Aktivität, die der Sitz des Lebens ist.³² Durch den Leib gehört der Mensch zur Natur, zur Geschichte. Zugleich ist Soma etwas Vergängliches, weil die Lebenszeit des Menschen beschränkt

²⁹ Vgl. H. W. WOLFF, *Anthropologie des Alten Testament*, S. 57ff.

³⁰ Vgl. H. PERTRI, *Die christliche Glaubenserfahrung als Erkenntnisquelle der Anthropologie*, Archiv für Religionspsychologie 12(1976), S. 57.

³¹ Vgl. J. GNILKA, *Paulus von Tarsus Apostel und Zeuge*, Freiburg 1996, S. 205f.

³² Vgl. R. JEWETT, *Paul's Anthropological Terms. A Study of Their Use in Conflict Setting*, Leiden 1971, S. 201ff.

ist und der Leib sterblich ist.³³ „Solange wir nämlich in diesem Zelt leben, seufzen wir unter schweren Druck, weil wir nicht entkleidet, sondern überkleidet werden möchten, damit so das Sterbliche vom Leben verschlungen werde.“ (2 Kor 5, 4)

Im irdischen Leben können wir Gutes oder Böses tun (2Kor 5, 10). Der Mensch trägt die moralische Verantwortung für die Welt durch seine Zugehörigkeit zur Natur und zur Geschichte.³⁴ Die Leiblichkeit des Menschen schafft eine besondere Beziehung zu anderen Menschen. Dank der Leiblichkeit kann der Mensch mit anderen kommunizieren. PAULUS spricht besonders von der geschlechtlichen Verbindung von Mann und Frau (1Kor 7,4). Diese Vereinigung von Mann und Frau bezeichnet er als Ehe, die im Geschlechtsakt ihren Vollzug erfährt.³⁵

Das anthropologische Verständnis vom Leib bezieht PAULUS auch auf ekklesiologische und eschatologische Aspekte: „Der Leib ist nicht für die Unzucht da, sondern für den Herrn, und der Herr für den Leib. Gott aber hat den Herrn auferweckt, und er wird auch uns auferwecken durch seine Macht.“ Die Erwartung der Auferweckung des Leibes gilt als Norm für den Umgang mit dem Leib. Die Hurerei stellt die einzige Sünde vor, die gegen den eigenen Leib gerichtet ist. Durch ein solches Handeln verliert man den Auftrag, den ein jeder Christ in seiner leiblichen Existenz übernommen hat.³⁶

Der Leib hat für PAULUS eine ganz eigene individuelle Form. Die Leiblichkeit stellt für jeden Menschen eine eigene Geschichte dar, für die er verantwortlich ist. Der Leib ist der Ausdruck des menschlichen Selbst. Er ist in seinen Wesen mehr als essen und trinken (1Kor 6,13a). Das Soma erklärt sich nicht aus den biologischen Funktionen, vielmehr gehört der Leib dem Herrn und ist ein Tempel des heiligen Geistes. Gott selbst bezeichnet den Leib als Ort seiner Verherrlichung (1Kor 6, 19f).³⁷

Nach PAULUS setzt die menschliche Identität die Leiblichkeit voraus. Diese Lehre wird von PAULUS besonders im Kontext der Auferstehung des Leibes betont (1Kor 15). Eine Gruppe von Korinthern leugnet die Auferstehung der Toten und besonders die Auferstehung Christi (1Kor 15, 12). PAULUS spricht in diesem Zusammenhang vom Leib in dieser Welt (ein irdischer Leib), der verweslich, niedrig und schwach ist. Die Auferstehungswirklichkeit schafft einen neuen Leib (einen himmlischer Leib), der unverweslich, herrlich und kraftvoll ist. In der irdischen Realität ist der Glaubende mit Christus leiblich verbunden und der Auferstandene geht von der prä- in die

³³ Vgl. **J. GNILKA**, *Theologie des Neuen Testaments*, Bd. V, Freiburg 1994, S. 43.

³⁴ Vgl. ebd. S. 44.

³⁵ Vgl. ebd. S. 44.

³⁶ Vgl. ebd. S. 44 – 45; vgl. **J. GNILKA**, *Paulus von Tarsus Apostel und Zeuge*, S. 214.

³⁷ Vgl. **U. SCHNELLE**, *Neutestamentliche Anthropologie. Jesus-Paulus-Johannes*, Neukirchen-Vluyn 1991, S. 68f, vgl. **J. GNILKA**, *Paulus von Tarsus Apostel und Zeuge*, S. 214.

postmortale Existenz über. Die Leiblichkeit, die die personale Identität des Menschen widerspiegelt, bekommt eine Kontinuität neuer Qualität.³⁸

PAULUS macht einen Unterschied zwischen „Leib“ und „Fleisch“ σάρξ. Der Mensch in der Auferstehungswirklichkeit existiert als Leib, weil das Fleisch keinen Fortbestand hat. Der Mensch besteht im Fleisch, d.h. er ist Bedingungen, Möglichkeiten und Begrenzungen, die mit dem irdischen Leben verbunden sind unterworfen. Dieses Verständnis bei PAULUS erklärt sich aus der Tradition des Alten Testaments.³⁹ In der Formulierung „alles Fleisch“ bezeichnet Paulus die gesamte Menschheit (Ga 2, 16). Die Formulierung „Fleisch und Blut“ ist typisch für das Alte Testament. In diesem Kontext steht der Mensch mit seiner Leiblichkeit im Gegensatz zu Gott (1 Kor 15, 50).⁴⁰ Das Sarx drückt bei PAULUS die psychosomatische Ganzheit des Menschen aus.⁴¹

Das Sarx hat bei PAULUS verschiedene Bedeutungen, die sehr stark an die irdische Existenz gebunden sind, z.B. das Bemühen, aber auch gewisse Unheilssituationen des Menschen. Das Leben im Fleisch d.h. das Sinnen und Trachten nach Irdischem bringt den Tod und ist Gott entgegengesetzt. In diesem Sinne wird das Fleisch zum Gegenspieler des Geistes (Röm 8, 6f).⁴²

Der Gegensatz zum Fleisch ist der Geist πνευμα, der bei PAULUS eine anthropologische Kategorie darstellt. Sie zeigt in diesem Kontext im Sein des Christen eine enge Verknüpfung des menschlichen Geistes mit dem göttlichen Geist auf. Hierbei ergibt sich die grundsätzliche Schwierigkeit, den menschlichen vom göttlichen Geist zu unterscheiden, eine sehr wesentliche und wichtige Aufgabe (Röm 1,9; 1 Kor 5,4). Dabei befruchtet der göttliche Geist der menschlichen Geist: „Eben dieser Geist bezeugt unserem Geist, daß wir Kinder Gottes sind“ (Röm 8, 16). Anthropologisch gesehen gilt der Geist als das innerste Wesen des Menschen, das die ganze Person umfasst.⁴³

Der Ausdruck ψυχή ist bei PAULUS gleichbedeutend mit Leben und entspricht dem alttestamentlichen Begriff נֶפֶשׁ. In 1 Kor 15 ,45 übersetzt ψυχή ζῶσα den hebräischen Begriff נֶפֶשׁ hayyah und bedeutet menschliches Leben, d.h. der Mensch als „lebendige Natur“. Die Existenz der Psyche behandelt PAULUS nie getrennt von Sarx und beide können selbstständig das Wesen des ganzen Menschen

³⁸ Vgl. U. SCHNELLE, *Neutestamentliche Anthropologie*, S. 68f, vgl. J. GNILKA, *Paulus von Tarsus Apostel und Zeuge*, S. 214f.

³⁹ Vgl. J. GNILKA, *Paulus von Tarsus Apostel und Zeuge*, S. 216f.

⁴⁰ Vgl. J. GNILKA, *Paulus von Tarsus Apostel und Zeuge*, S. 216f.

⁴¹ Vgl. W. D. STACEY, *The Pauline View of Man in Relation to Its Judaic and Hellenistic Background*, London 1956, S. 154.

⁴² Vgl. J. GNILKA, *Paulus von Tarsus Apostel und Zeuge*, S. 218f.

⁴³ Vgl. ebd. S. 210.

ausdrücken.⁴⁴ Nach R. JEWETT hat ψυχή in der Theologie von PAULUS drei Konnotationen im alttestamentlichen Kontext: 1. ein irdisches Leben in der sozialen Dimension, 2. ein individuelles, sterbliches irdisches Leben, 3. ein personelles Leben. Die Bedeutung des Begriffs ψυχή hängt vom Kontext ab und diese Bedeutung ist nicht mit der Evolution des Denkens von PAULUS verbunden.⁴⁵ Der Mensch in seiner psychischen Dimension erfasst die Offenbarungen des göttlichen Geistes nicht und hält sie für Torheit (1 Kor 2, 14). Nur Pneuma – der Geist Gottes kann Zugang zu Gott, zum ewigen Leben ermöglichen.⁴⁶

PAULUS gebraucht für die Bezeichnung bestimmter geistiger oder emotionaler Befähigungen des Menschen andere anthropologische Begriffe. Der Verstand νοῦς bedeutet die sittliche Urteilsfähigkeit, die Erkenntnis und ihn besitzt jeder Mensch.⁴⁷ Das Gewissen συνείδησις drückt die Kraft der moralischen Bewertung aus, die PAULUS allen Menschen beimisst. Man kann sagen, dass es im Herzen jedes Menschen ein geschriebenes Gesetz gibt.⁴⁸ Das Herz καρδιά gilt bei PAULUS als Sitz der Emotionen und Empfindungen wie Trauer, Kummer, Liebe und Hilfsbereitschaft. Das Herz steht für das, was im Menschen am tiefsten und intimsten begründet ist. Das Kardial als Zentrum der Persönlichkeit des Menschen ist in der besonderen Beziehung zu Gott begründet.⁴⁹

Zusammenfassend muss man sagen, dass die anthropologische Terminologie von PAULUS das Verständnis des Menschen in der Beziehung zu Gott darstellt. In der theologischen und christologischen Perspektive bringt PAULUS konkrete Lösungen für die menschlichen Probleme.

Die anthropologischen Begriffe sind die Akzentsetzung für die mitgedachte Grunddimension des Menschen und zwar für seine Relation zu Gott. Diese wird bestimmt durch die Geschöpflichkeit und durch die spezifisch Erwählung des Menschen zum Abbild Gottes. Die Erschaffung des Menschen nach dem Bild und Gleichnis Gottes ist die Grundlage der Menschenwürde.⁵⁰

Im jüngeren Schöpfungsbericht des Priesterkodex wird gesagt, dass Gott den Menschen durch die persönliche Tat erschaffen hat:

⁴⁴ Vgl. **W. D. STACEY**, *The Pauline View*, S. 124.

⁴⁵ Vgl. **R. JEWETT**, *Paul's Anthropological Terms*, S. 448.

⁴⁶ Vgl. **J. GNILKA**, *Theologie des Neuen Testaments*, S. 55 – 56.

⁴⁷ Vgl. **J. GNILKA**, *Paulus von Tarsus Apostel und Zeuge*, S. 206f; vgl. **R. JEWETT**, *Paul's Anthropological Terms*, S. 450.

⁴⁸ Vgl. ebd. S. 209.

⁴⁹ Vgl. ebd. S. 207; vgl. **R. JEWETT**, *Paul's Anthropological Terms*, S. 305ff.

⁵⁰ Vgl. **J. AUER**, *Die Welt – Gottes Schöpfung*, in: **J. AUER**, **J. RATZINGER** (Hrsg.), *Kleine katholische Dogmatik*, Bd. III., Regensburg 1975, S. 218f.

„Dann sprach Gott: Lasst uns Menschen machen als unser Abbild, uns ähnlich. ...Gott schuf also den Menschen als sein Abbild; als Abbild Gottes schuf er ihn“ (Gen 1,26f).

Der Mensch steht als die Krönung des Schöpfungswerkes dem ganzen bisherigen Schaffen Gottes gegenüber. Der Mensch ist nicht aus den Tiefen der Erde hervorgekommen, sondern auf Grund eines einmaligen Selbstentschlusses Gottes wird er ohne Stoff und ohne Mitwirkung der Erde völlig frei erschaffen. Dafür wird dreimal das Wort „bara“ (schaffen) im Vers 27 gebraucht.⁵¹

Das Wort „Mensch“ (*ādām*) drückt hier die Menschheit als ganze aus. Die Übersetzung der Gottebenbildlichkeit ist umstritten. Der Mensch wird als Abbild Gottes (*sæloem `elohim* – Gottesstatue, Abbild Gottes) und gemäß unserer Ähnlichkeit (*dēmut* – die Ähnlichkeit) erschaffen.⁵² *Sæloem `elohim* bedeutet im ursprünglichen altorientalischen Sinne die das Äußere darstellende Gestalt des Menschen im Zusammenhang mit der Vollmacht der königlichen Herrschaft über das Territorium bzw. die Bezeichnung des Königs als Bild eines Gottes.⁵³ Im Jahwistbericht und im Priesterbericht ist der Mensch nicht zum Bedienen der Götter, für den Kultus, sondern für Herrschaft über die Tiere geschaffen. Die Anwendung dieses Begriffes durch den Autor bedeutet im biblischen Sinne, dass der Mensch in der Mitte der Schöpfung steht und über die ganzen Geschöpfe herrscht. Der Herrschaftsauftrag wird den Menschen in Verbindung mit der Segenzusage ausdrücklich im Vers 22 mitgeteilt. Hierbei zeigt sich der entscheidende Unterschied zwischen Mensch und Tier sowie das besondere Verhältnis Gottes zum Menschen, weil kein anderes Geschöpf so wie der Mensch der Anrede Gottes gewürdigt wird. In der Tat werden die Tiere in der Priesterschrift nur in der 3. Person erwähnt.⁵⁴

Im griechischen Alten Testament zeigt der Hauptterminus εἰκών (Bild), dass der Mensch nicht als Bild Gottes, sondern nach dem Bild Gottes erschaffen wird. Die Gottebenbildlichkeit wird als funktional im Kontext der Herrschaft über die Tiere, d.h. in Bezug auf Gott bei der „*analogia actionis*“ verstanden. Aus der Ewigkeit Gottes ergibt sich die Unvergänglichkeit des Menschen, so wie sich verantwortliches Handeln aus der Gottähnlichkeit ableitet.⁵⁵

⁵¹ Vgl. **J. SCHARBERT**, *Genesis 1 – 11*, in: **J. G. PLÖGER, J. SCHREINER** (Hrsg.), *Die Neue Echter Bibel*, Würzburg 1983, S. 44, vgl. **H. W. WOLFF**, *Anthropologie des Alten Testament*, München 1974, S. 144f.

⁵² Vgl. **J. SCHARBERT**, *Genesis 1 – 11*, S. 44, vgl. **W. GROß**, *Gen 1,26.27; 9,6: Statue oder Ebenbild Gottes?*, JBTh 15(2000), S. 11ff.

⁵³ Vgl. **P. HUMBERT**, *Études sur le récit du paradis et de la chute dans la Genèse*, Neuchâtel 1940, S. 157, vgl. **W. GROß**, *Gen 1,26.27; 9,6: Statue oder Ebenbild Gottes ?*, S. 11ff.

⁵⁴ Vgl. **H. W. WOLFF**, *Anthropologie des Alten Testament*, S. 145, vgl. **C. WESTERMANN**, *ādām, Mensch*, in: **E. JENNI, C. WESTERMANN** (Hrsg.), *THAT*, Bd. I, S. 47.

⁵⁵ Vgl. **W. GROß**, *Gen 1,26.27; 9,6: Statue oder Ebenbild Gottes?*, S. 37.

Dagegen wird das Wort *dēmut* (Ähnlichkeit) als eine innerliche Ähnlichkeit, eine „Blutsverwandtschaft“ verstanden. Diese Ähnlichkeit des Menschen mit Gott besitzt der Mensch nicht aus sich selbst, sondern sie ist gottgegeben. Der Mensch ist nicht gottgleich. Beide Ausdrücke *soʿloem ʿelohim* und *dēmut* bezeichnen den ganzen Menschen mit Leib und Seele in der Geschichte dieser Welt, was in der Schrift als unverlierbare Auszeichnung des ganzen Menschen gilt.⁵⁶

Die neue Interpretation der Gottebenbildlichkeit taucht in den hellenistischen Schriften der Spätzeit auf. Die Gottebenbildlichkeit wird durch die Eigenschaften des Geistes oder der Seele des Menschen bezeichnet. Im Buch der Weisheit wird gesagt:

„Gott hat den Menschen zur Unvergänglichkeit erschaffen und ihn zum Bild seines eigenen Wesens gemacht. Doch durch den Neid des Teufels kam der Tod in die Welt, und ihn erfahren alle, die ihm gehören“(Weish 2,23f).

Dieses Thema vertieft der Verfasser von Jesus Sirach (17, 1 – 11), der nicht nur über die Herrschaft des Menschen über die Tiere, sondern auch über die Fähigkeiten zum Denken und die Möglichkeiten zur Unterscheidung von Gute und Böse schreibt. Die letzte Auszeichnung der Gottebenbildlichkeit zeigt sich im Geschenk des Gottesbundes, den Gott mit Israel geschlossen hat. Das ist typisch für das universalistische Denken des Menschen der hellenistischen Zeit.⁵⁷

Die Gottebenbildlichkeit des Menschen gilt nicht nur der intellektuellen Seite des Menschen, sondern umfasst den ganzen Menschen in seiner seelisch-leiblichen Realität. Die Worte „Abbild“ und „Ähnlichkeit“ bezeichnen den konkreten Menschen in der Einheit des Seins, weil die Bibel keine ontologische Dichotomie kennt. Das „Abbild“ und die „Ähnlichkeit“ sind biblische Definitionen des Menschen und nur des Menschen.⁵⁸ Allein der Mensch steht mit Gott in unmittelbarer personaler Beziehung, während andere Lebewesen in einer allgemeinen Beziehung bleiben. Im Schöpfungsakt schafft Gott dem Menschen die Umwelt für sein Leben, d.h. der Mensch ist gemäß den Absichten Gottes *primus in intentione*, obwohl *ultimus in executione*.⁵⁹

Die Lehre der Gottebenbildlichkeit des Menschen findet sich im Neuen Testament besonders bei PAULUS, der Jesus Christus als Höhepunkt der biblischen Imago-Dei-Aussagen herausstellt.⁶⁰ Ausgangspunkt ist für Paulus der Mensch als Nachkomme Adams. Adam gilt als Stammvater des Menschengeschlechts. Die Menschen tragen das Bild Adams, d.h. das Bild des Erdgeborenen, des aus Staub und

⁵⁶ Vgl. **J. AUER**, *Die Welt – Gottes Schöpfung*, S. 220.

⁵⁷ Vgl. ebd. S. 221.

⁵⁸ Vgl. **J. SALGUERO**, *Anthropologia biblica*, Semin 32(1980), S. 146.

⁵⁹ Vgl. **A. SISTI**, *Le origini dell'uomo nella storia della salvezza*, BibOr 14(1972), S. 148, sowie vgl. **L. SCHEFFCZYK**, *Einführung in die Schöpfungslehre*, Darmstadt 1987, S.107.

⁶⁰ Vgl. **L. SCHEFFCZYK**, *Einführung in die Schöpfungslehre*, Darmstadt 1987, S. 108.

Erde Gemachten (1 Kor 15,49). Christus, der zweite Adam, wird von Paulus als Bild des unsichtbaren Gottes verkündigt. Man kann sagen, dass der erste Adam Gegenbild des kommenden Adam, nämlich Jesu Christi ist (Röm 5,14). Die Gottebenbildlichkeit des ersten Adam, d.h. auch die seiner Nachkommen wurde durch die Sünde verloren, aber Christus hat die volle Menschenwürde durch seine Auferstehung wieder gewonnen.⁶¹

In der paulinischen Theologie wandelt sich der Begriff der Ebenbildlichkeit inhaltlich und wird in die Theologie der Gnadenordnung der Erlösung eingeordnet. Die Konsequenz daraus ist, dass das Bild des irdischen Adam in das Bild des himmlischen Adam gewandelt werden muss (1 Kor 15,49). Seit Christus wird die Ebenbildlichkeit mit Gott nur verwirklicht, wenn wir „*an Wesen und Gestalt seines Sohnes*“ teilnehmen (Röm 8,29). Die Ebenbildlichkeit versteht man im Neuen Testament nicht mehr durch die Herrschaft des Menschen über die andere Kreatur, sondern sie besteht in der übernatürlichen Ordnung, in der Christusähnlichkeit und Christusgemeinschaft. Christus selbst ist Bildner und Garant der Ebenbildlichkeit.⁶²

Die Erschaffung des Menschen als Abbild Gottes stand im Zentrum der patristischen Theologie. Das anthropologische Denken der Väterzeit griff auf die Christologie, die Trinitätstheologie, die Anthropologie, die Psychologie, die Theologie der Schöpfung, die Gnadenlehre und die Spiritualität zurück.⁶³ In der Lehre über die Gottebenbildlichkeit des Menschen unterschieden die Kirchenväter in Gen 1,26 „*imago*“, also eine natürliche Ähnlichkeit von „*similitudo*“, der übernatürlichen Ähnlichkeit. Diese Unterscheidung tritt deutlich in den Werken von TERTULLIAN und IRENÄUS zu Tage. Die Distinktion zwischen „*imago*“ und „*similitudo*“ drückte die göttliche Heilsökonomie aus: „*Adam besaß in der Fülle seiner urständlichen Gnadenausstattung die Bild- und Gleichnishaftigkeit zu Gott. Nach der Sünde verblieb ihm nur mehr der status der imago, des Vernunft- und Willensbesitzes. Die Rekapitulation oder die οἰκονομία τοῦ θεοῦ (Ökonomie Gottes), die der menschengewordene Gottessohn vollzog, schenkte dem Menschen die verlorengegangene similitudo zurück.*“⁶⁴

Die „Ökonomie des Bildes“ bezog ihre entscheidende Bedeutung aus der Tauflehre der frühen griechischen Theologie, wo der Getaufte im Bad der Wiedergeburt göttlichen Geist zurückbekam. Gleichzeitig spielte in dieser Zeit die dualistische

⁶¹ Vgl. **J. AUER**, *Die Welt – Gottes Schöpfung*, S. 222, sowie vgl. **J. GNILKA**, *Paulus von Tarsus Apostel und Zeuge*, S. 204 – 205.

⁶² Vgl. **O. SCHILLING**, *Ebenbild*, in: **J. B. BAUER** (Hrsg.), *Bibeltheologisches Wörterbuch*, Bd. I, Graz 1962, S. 206.

⁶³ Vgl. **T. CAMELOT**, *La théologie de l'image de Dieu*, RSPT 40(1956), S. 443 – 471.

⁶⁴ **S. OTTO**, *Der Mensch als Bild Gottes bei Tertullian*, in: **L. SCHEFFCZYK** (Hrsg.), *Der Mensch als Bild Gottes*, Darmstadt 1969, S. 133 – 134.

Ansicht des Platonismus im Verständnis der Gottebenbildlichkeit eine große Rolle. KLEMENS VON ALEXANDRIEN und ORIGENES sahen die Gottebenbildlichkeit des Menschen primär in seiner Geistigkeit und Freiheit, während IRENÄUS und TERTULLIAN die Leiblichkeit des Menschen durch den mit der Seele begnadeten Leib als Gottebenbildlichkeit aufwerteten.⁶⁵

Nach J. DANIÉLOU war im IV. Jahrhundert GREGOR VON NYSSA ein sehr bedeutender Anthropologe. Sein Werk „De opificio hominis“ ist vor allem der theologischen Interpretation der anthropologischen Fragen in der Perspektive der Schöpfungstheologie gewidmet. Das Leitmotiv seiner theologischen Anthropologie beruht auf der Lehre der Gottebenbildlichkeit. GREGOR VON NYSSA erklärte den Zusammenhang zwischen der Erschaffung des Menschen als Abbild Gottes und seiner persönlichen Würde sowie seiner Herrschaft über der Natur. Der Mensch ist der Herr und König des Universums.⁶⁶ Die Macht des Menschen ergibt sich nach GREGOR VON NYSSA durch die Vernunft, dank der der Mensch im gewissen Sinne an der göttlichen Natur partizipiert. Nur der Mensch steht in einer solch privilegierten Beziehung zu Gott, denn er wurde von Gott mit Verstand und Freiheit beschenkt.⁶⁷ Die Größe des Menschen beruht vor allem darauf, dass er, obwohl er ein sterbliches und leidendes Wesen ist, dennoch immer ein Bild des unendlichen und ewigen Gottes bleibt. Im Menschen treffen sich zwei Dimensionen: die endliche und natürliche sowie die unendliche und ewige. Durch den Leib nimmt der Mensch an dem irrationalen und tierischen Leben teil und durch die Tatsache, dass er die übernatürliche Gnade geschenkt bekommt, steht er höher als alle Kreaturen.⁶⁸

Bei AUGUSTINUS hat die Lehre der Gottebenbildlichkeit trinitarischen Charakter. Gott hinterließ sein eigenes Bild im Menschen. Nur in dieser Perspektive, d.h. dem engen Zusammenhang zwischen Gott und sich selbst, kann der Mensch sich erkennen. Er ist Gott ähnlich durch die unsterbliche Seele sowie die Fähigkeit der Erkenntnis und der Vernunft. Diese Ähnlichkeit zu der heiligsten Dreifaltigkeit drückt sich im Menschen in drei Dimensionen aus: in der Vernunft, im Willen und im Gedächtnis. Die Gleichartigkeit des Menschen mit Gott ist unantastbar, weil sie in seiner Natur und in der Struktur des Seins ausgedrückt wird.⁶⁹ Im Geist der augustinischen Theologie lehrt die Kirche: *„Dank seiner Seele und seiner geistigen Verstandes- und Willenskraft ist der Mensch mit Freiheit begabt, die ein erhabenes Kennzeichen des göttlichen Bildes im Menschen ist.“*⁷⁰

⁶⁵ Vgl. J. AUER, *Die Welt – Gottes Schöpfung*, S. 224.

⁶⁶ Vgl. GREGOR VON NYSSA, *De opificio hominis*, PG 44, 132 D.

⁶⁷ Vgl. ebd. PG 44, 140 D – 144 A, 184 B.

⁶⁸ Vgl. ebd. PG 44, 180 -180 B.

⁶⁹ Vgl. AUGUSTINUS, *De Trinitate*, lib. XIV, cap. 4,6, PL 42.

⁷⁰ KATECHISMUS DER KATHOLISCHEN KIRCHE, 1705.

Die fröhscholastische imago-Lehre legte ihren Schwerpunkt auf den Bereich der Unterscheidung zwischen „imago“ und „similitudo“. Die grundsätzliche Lehre der „imago-similitudo“ findet sich in der ontologisch-ethischen Darstellung, wo die Gottebenbildlichkeit in der Geistigkeit und Unsterblichkeit, die Gottähnlichkeit in der Heiligkeit und Gerechtigkeit gesehen werden. Diese ethische Darlegung der Gottähnlichkeit war ziemlich weit verbreitet im praktischen religiösen Leben, besonders im asketischen geistlichen Leben.⁷¹

Eine wesentliche Unterscheidung wurde zwischen einer naturhaften Gottebenbildlichkeit (imago Dei) und einer gnadenhaft-tugendhaften Gottähnlichkeit (similitudo Dei) getroffen. Dies darf heute nicht als natürliche bzw. übernatürliche Gottebenbildlichkeit verstanden werden. Der Schlüsselbegriff „dona gratuita“ hatte eine andere Bedeutung, nämlich die Tugendausstattung des ersten Menschen.⁷²

Nach THOMAS VON AQUIN hat die Gottebenbildlichkeit des Menschen drei Stufen und Formen der Verwirklichung: die natürliche Fähigkeit zur Gottesliebe, die unvollkommene Gotteserkenntnis und Gottesliebe im Gnadenstand der Pilgerschaft und die vollkommene Gotteserkenntnis und Gottesliebe in der Glorie.⁷³ Der Mensch ist ein Abbild Gottes, insofern Gott als Gegenstand des Strebens des Menschen im Bereich seiner Erkenntnis und seines Willens ist.⁷⁴

Die franziskanische Theologie bringt eine besondere Sicht des Menschen in der Gottebenbildlichkeitslehre ein. Das franziskanische Menschenbild ist mit der Schöpfungslehre verbunden und die theologisch-ontologischen Grundlagen des Menschen sind vom Schöpfungsereignis her zu verstehen. Schon bei FRANZISKUS VON ASSISI gibt es für den Menschen einen besonderen Platz in der Schöpfung. In der „Nicht bullierten Regel“ hebt FRANZISKUS hervor, dass der Mensch von Gott geformt wurde: „*uns geformt nach deinen Bild und deiner Ähnlichkeit*“⁷⁵ Der Mensch steht als Geschöpf in einer ganz besonderen Beziehung zu seinem Schöpfer. Durch den Ausdruck „uns geformt“ zeigt FRANZISKUS deutlich, dass Gott den Menschen sowohl in seiner Individualität erschaffen hat, als auch als gemeinschaftliches Wesen. FRANZISKUS betont bei der Formulierung „uns geformt“ die Erschaffung in der

⁷¹ Vgl. L. HÖDL, *Zur Entwicklung der fröhscholastischen Lehre von der Gottebenbildlichkeit des Menschen*, in: L. SCHEFFCZYK (Hrsg.), *Der Mensch als Bild Gottes*, Darmstadt 1969, S. 197ff.

⁷² Vgl. ebd. S. 203.

⁷³ Vgl. THOMAS VON AQUIN, *Summa Theologica*, I, q. 93, a. 4.: „*Unde imago Dei tripliciter potest considerari in homine. Uno quidem modo, secundum quod homo habet aptitudinem naturalem ad intelligendum et amandum Deum, et haec aptitudo consistit in ipsa natura mentis, quae est communis omnibus hominibus. Alio modo, secundum quod homo actu vel habitu Deum cognoscit et amat, sed tamen imperfecte, et haec est imago per conformitatem gratiae. Tertio modo, secundum quod homo Deum actu cognoscit et amat perfecte, et sic attenditur imago secundum similitudinem gloriae.*“

⁷⁴ Vgl. THOMAS VON AQUIN, *Summa Theologica*, I, q. 93, a. 8.

⁷⁵ FRANZISKUS VON ASSISI, *Nichtbullierten Regel*, in: *Die Schriften des Heiligen Franziskus von Assisi*, übers. Lothar Hardick und Engelbert Grau, Bd. I, Werl 1980, 23, 1.

Gegenwart, d.h. FRANZISKUS sieht sich nicht als Nachkomme des ersten Menschen, der von Gott geschaffen wurde, sondern er sieht sich und die Menschen seiner Zeit ganz konkret in den Schöpfungsakt Gottes einbezogen. Die Schöpfung ist für Franziskus kein statischer Akt Gottes, sondern Schöpfungsprozess, der fort dauert.⁷⁶

Man muss sagen, dass im Zentrum der franziskanischen Schöpfungslehre die Lehre vom dreifaltigen Gott steht. Bei ALEXANDER VON HALES und BONAVENTURA spielt die dynamische innertrinitarische Beziehung als eine Kommunikation der Liebe zwischen Vater und Sohn im Hl. Geist eine bedeutende Rolle. Die ganze Schöpfung lebt durch die Liebe Gottes in Gott. Die trinitarische Liebe äußert sich gegenüber der Schöpfung, so dass jedes Geschöpf in die trinitarische Liebe Gottes einbezogen ist. Gott ist durch diese Liebe in seiner Schöpfung und in den Geschöpfen selbst gegenwärtig und transzendiert sie zugleich.⁷⁷

ALEXANDER VON HALES geht in seiner Anthropologie von der Darstellung des Sohnes Gottes als vollendetes Abbild Gottes aus und betrachtet den Menschen als Geschöpf, das ein unvollendetes Abbild Gottes ist. Der Mensch ist theologisch-ontologisch ein „imago creationis“, ein geschaffenes Bild, das berufen ist, Gott immer mehr und immer stärker ähnlich zu werden. Der Mensch ist durch seine Erschaffung auf Christus hin berufen, weil Jesus Christus das vollendete Vorbild des Menschen ist.⁷⁸ ALEXANDER VON HALES unterscheidet in seiner Schöpfungslehre „Abbild“ und „Ähnlichkeit“ nicht, weil diese theologischen Begriffe als Synonyme gelten.⁷⁹

Im Unterschied zu den meisten Autoren seines Jahrhunderts ist für Alexander von Hales die Gottebenbildlichkeit des Menschen sowohl in der Seele, als auch im Leib ausgeprägt. Nach ALEXANDER spielt der Leib in der Ebenbildlichkeit eine bedeutende Rolle. Der Leib ist wichtig als Bild für die Inkarnation des Wortes Gottes in Jesus Christus. Jesus Christus nimmt menschliche Natur an, in der der Leib das Bild des menschengewordenen Wortes ist.⁸⁰ Der Leib ist ein Zeichen des Empfindens und ein Bild

⁷⁶ Vgl. **J. B. FREYER**, *Homo Viator: Der Mensch im Lichte der Heilsgeschichte. Eine theologische Anthropologie aus franziskanischer Perspektive*, Kevelaer, 2001, S. 37.

⁷⁷ Vgl. ebd. S. 45, **ALEXANDER VON HALES**, *Summa Fratris Alexandri*, Vol. I – IV et Indices, PP. Collegii S. Bonaventurae, Hg., PP. Ed. Quaracchi, Quarachi/Grottaferrata 1924-1979, I, pars. I, inq. 1, tract. V, sect. II, quest. IV, tit. IV, 250 (324 ab): « *id est Deum diligere creaturam in se ipso, et sic fuit ab aeterno, vel Deum diligere se in creatura, vel etiam creaturam in se ipsa, et haec dilectio est cum tempore vel in tempore* ». I, pars. I, inq. I, tract. II, quaest. III, tit. III, 45 (71 a): « *Dicendum quod Deus est in rebus et extra res; unde intra est non inclusus, extra non exclusus; et idem est dicere Deus est extra res et Deus est in se* ».

⁷⁸ Vgl. ebd. S. 79, **ALEXANDER VON HALES**, *Summa Fratris Alexandri*, IV, 32 ab.

⁷⁹ Vgl. ebd. S. 79.

⁸⁰ Vgl. ebd. S. 80, **ALEXANDER VON HALES**, *Summa Fratris Alexandri*, II, inq. IV, tract. II, quest. I, tit. I, 455 (585): « *Ad hoc dicendum quod unio corporis primi hominis ad animam attestatur nobilitati corporis eiusdem et generaliter aliorum corporum humanorum, ut rationibus praetactis ostenditur; et non solum manifestando, sed faciendo in hoc quod ex tali unione corpus humanum habet dignitatem magnam in participatione vitae rationalis et effectuum gratiae: gratia enim, informans animam, incentive vitiorum corporalium mitigate. Habet et ampliolem dignitatem ex*

der Harmonie und der Schönheit sowie der Ausdruck der Weisheit und der Güte Gottes.⁸¹ Die Seele hingegen ist ein Bild der Dreifaltigkeit, das sich in den Kräften der Seele, nämlich in der Vernunft, dem Gedächtnis und dem Willen widerspiegelt.⁸² Das besondere Kennzeichen der Gottebenbildlichkeit sieht ALEXANDER VON HALES im „liberum arbitrium“, in der freien Fähigkeit der Entscheidung. Diese freie Entscheidung gehört zur Funktion des Verstandes und des Willens, die miteinander verbunden sind. Das „liberum arbitrium drückt eine Freiheit aus, die nicht verloren werden kann.“⁸³ Diese Fähigkeit kennzeichnet den Menschen und begründet sein Personsein als Abbild Gottes. ALEXANDER sieht den Menschen als ganzheitliches Wesen, mit Seele und Körper gottesebenbildlich.

Nach BONAVENTURA weisen alle Geschöpfe Spuren Gottes auf, aber nur einige haben Abbilder Gottes, die eine Ähnlichkeit mit Gott ausdrücken. Der Mensch als einziger ist ein vernünftiges Geschöpf, Abbild Gottes und mit Ähnlichkeit begabt.⁸⁴ BONAVENTURA unterscheidet drei Ähnlichkeitsstufen.⁸⁵ Erstens sind alle Geschöpfe

hoc quod propter vitam illam particeps efficitur beatitudinis, quia illa unio, quae est animae ad Deum per deiformitatem gloriae, quodam modo redundat in ipsum corpus. Habet etiam et etiam et perfectissimam dignitatem in genere corporum ex hoc quod ex illa unione, quam habet cum anima, redditum est idoneum ut secundum aliquam partem sui sive aliquod genericum sui uniretur Filio Dei in unitae personae, quae unio praececellit et illam quae est naturae et gloriae; quam etiam dignitatem manifestavit Filius Dei per incarnationem suam. Sic ergo secundum modos iam dictos unio talis et ad nobilitatem corporis primi hominis et generaliter omnium hominum facit et plurimum attestatur eidem ».

⁸¹ Vgl. ebd. S. 80, **ALEXANDER VON HALES**, *Summa Fratris Alexandri*, I, 165 a; II, inq. IV, tract. II, sect. I, quaest. I, 427 (504 a): « *Ad aliud dicendum quod corpus primi hominis erat optime factum et de optimis, immo potius optimum in genere corporum, tum ratione finis, utpote speciali ministerio Dio servitutum et consequenter beatificandum, tum quia principium omnium sui generis ».*

⁸² Vgl. ebd. S. 80, **ALEXANDER VON HALES**, *Summa Fratris Alexandri*, IV, inq. Un, tract. I, quaest. II, tit. I, tit. I, 455 (585 ab): « *quod in superiori parte animae, scilicet mente, est homo imago Trinitatis, quantum scilicet ad potentias, quae sunt intelligentia, memoria, voluntas. Secundum hoc dico quod homo est aequae imago totius Trinitatis ».*

⁸³ Vgl. ebd. S. 81, **ALEXANDER VON HALES**, *Magistri Alexandri de Hales Glossa in Quatuor Libros Sententiarum Petri Lombardi*, Bibliotheca Franciscana Scholastica Medii aevi, Vol. XII – XV, PP. Collegii S. Bonaventurae, Hg., Ed. Padri di Quaracchi, Quaracchi 1951 – 1957, II, dist. XXIV, 8 (212): « *Dicendum quod liberum arbitrium est primo ipsius voluntatis, et secundum voluntatem est omnium actuum aliorum. Dicitur tamen facultas rationis et voluntatis, quoniam in anima sunt duo, quibus scilicet tendit ad bonum et ad verum. Sed actus voluntatis respicit bonum, et actus rationis respicit verum, et liberum arbitrium est in anima ad utrumque. Ideo per ipsa definitur liberum arbitrium ».*

⁸⁴ Vgl. ebd. S. 82, **BONAVENTURAE BAGNOREGIS**, *Commentaria in Quatuor Libros Sententiarum*, in: *S. Bonaventurae Opera Omnia ad plurimos Codices Mss. Emendate, anecdotis aucta, prolegomenis, scholiis notisque illustrata*, Vol. I – XI (cum Indice), PP. Collegii S. Bonaventurae, Hg., Ed. Padri di Quaracchi, Quaracchi (Firenze) 1882 – 1902, II, dist. XVI, art. I, quaest. I, concl. (II, 394 b): « *Necesse est autem, omnem creaturam, quoquo modo assimilari Deo; necesse est etiam, aliquam ad complementum universi expresse assimilari Deo; et ideo omnis creatura habet rationem vestigii, sed aliqua habet rationem imaginis, illa videlicet, quae assimilatur expresse. Haec autem est rationalis creaturae, ut homo; et ideo concedendum est, quod homo est imago Dei, quia est eius expressa similitudo ».*

⁸⁵ Vgl. **A. SCHAEFER**, *Der Mensch in der Mitte der Schöpfung*, in: **J. G. BOUGEROL** (Hrsg.), *S. Bonaventura 1274 – 1974, III Philosophica*, Roma 1974, S. 356, **BONAVENTURAE BAGNOREGIS**, *Breviloquium*, in: *S. Bonaventurae Opera Omnia ad plurimos Codices Mss. Emendate, anecdotis*

eine Spur Gottes (vestigium), die in Gott die Quelle ihres Daseins sehen und die Eigenschaften der Einheit, Wahrheit und Güte aufweisen. Zweitens gilt jeder vernünftige Geist als ein Bild Gottes (imago), insofern Gott für ihn zum Gegenstand des Erkennens und Liebens wird. Dieses Bild wird durch Gedächtnis, Verstand und Wille ausgestattet und stellt das eigentliche Bild Gottes dar, das sich aus den drei Kräften der Dreifaltigkeit ergibt. Das Gedächtnis bildet die Grundlage für den Geist als Gegenstand, der Verstand erfasst diesen Gegenstand und beide führen dazu, dass der Wille den als gut erkannten Gegenstand liebt.⁸⁶

In der dritten Ähnlichkeitsstufe wird der Mensch durch die Gnade zu einem Ebenbild Gottes (similitudo) in der übernatürlichen Wirklichkeit, das durch die drei übernatürlichen Tugenden des Glaubens, der Hoffnung und der Liebe konstituiert wird. Diese Tugenden schaffen kein neues Bild, sondern sie bringen das natürliche Bild zu übernatürlicher Vollendung.⁸⁷

Die menschliche Seele wird bei BONAVENTURA genauso wie bei ALEXANDER VON HALES durch die freie Entscheidung das „liberum arbitrium“, charakterisiert, die in Wirklichkeit nicht nur den Verstand, sondern auch den freien Willen umfasst.⁸⁸ Der Mensch wird ein Abbild Gottes aufgrund seiner geistigen Seele, die mit Gedächtnis, Verstand und Willen ausgestattet ist. Durch das Abbild Gottes trägt der Mensch die Anlage zu einer direkten Verbindung und Lebensgemeinschaft mit Gott in sich.⁸⁹ In der Sprache BONAVENTURAS fungiert der Mensch als „Capax Dei“, d.h. das größte Kunstwerk Gottes in der Schöpfung, in dem sich der Geist und die Materie miteinander verbinden. Deswegen steht der Mensch in der Mitte der ganzen Schöpfung. Er stellt in sich im Kleinen die gesamte Schöpfung als Abbild Gottes dar.⁹⁰

aucta, prolegomenis, scholiis notisque illustrata, Vol. I – XI (cum Indice), PP. Collegii S. Bonaventurae, Hg., Ed. Patri di Quaracchi, Quaracchi (Firenze) 1882 – 1902, p.2, c. 12 (V, 230a-b).

⁸⁶ Vgl. ebd. S. 357, **BONAVENTURAE BAGNOREGIS**, *Commentaria in Quatuor Libros Sententiarum*, in: *S. Bonaventurae Opera Omnia ad plurimos Codices Mss. Emendate, anecdotis aucta, prolegomenis, scholiis notisque illustrata*, Vol. I – XI (cum Indice), PP. Collegii S. Bonaventurae, Hg., Ed. Patri di Quaracchi, Quaracchi (Firenze) 1882 – 1902, d. 3, p.2, a. 1, concl. (I, 81.a).

⁸⁷ Vgl. ebd. S. 357.

⁸⁸ Vgl. ebd. S. 369, **BONAVENTURAE BAGNOREGIS**, *Breviloquium*, in: *S. Bonaventurae Opera Omnia ad plurimos Codices Mss. Emendate, anecdotis aucta, prolegomenis, scholiis notisque illustrata*, Vol. I – XI (cum Indice), PP. Collegii S. Bonaventurae, Hg., Ed. Patri di Quaracchi, Quaracchi (Firenze) 1882 – 1902, p.2, c.9 (V, 227b): “*Quia haec indifferentia consurgit ex deliberatione paeambula et voluntate adiuncta, hinc est, quod liberum arbitrium est facultas rationis et voluntatis*”.

⁸⁹ Vgl. ebd. S. 364, **BONAVENTURAE BAGNOREGIS**, *Breviloquium*, in: *S. Bonaventurae Opera Omnia ad plurimos Codices Mss. Emendate, anecdotis aucta, prolegomenis, scholiis notisque illustrata*, Vol. I – XI (cum Indice), PP. Collegii S. Bonaventurae, Hg., Ed. Patri di Quaracchi, Quaracchi (Firenze) 1882 – 1902, p.2, c. 9 (V, 227a): “*Est igitur anima rationalis forma beatificabilis... forma beatificabilis est capax Dei per memoriam, intelligentiam et voluntatem, et hoc est esse ad imaginem Trinitatis propter unitatem in essentia et trinitatem in potentis*”.

⁹⁰ Vgl. **J. B. FREYER**, *Homo Viator*, S. 108, **BONAVENTURAE BAGNOREGIS**, *Commentaria in Quatuor Libros Sententiarum* in: *S. Bonaventurae Opera Omnia ad plurimos Codices Mss. Emendate*,

Für die franziskanische Theologie lässt sich allgemein sagen, dass die Gottebenbildlichkeit des Menschen in der Vernunftbegabung und im freien Willen besteht. Die Seele sieht man in besonderer Weise als Abbild der Trinität an. Die drei Kräfte der Seele, das Gedächtnis, der Verstand und der Wille (Liebe und Freiheit) machen die besonderen Kennzeichen des Menschen aus. Diese Kennzeichen unterscheiden den Menschen von allen anderen Geschöpfen und machen ihn dadurch Gott ähnlich.⁹¹ In der franziskanischen Gottebenbildlichkeitslehre wird die christologische Argumentation betont. Der Mensch wird nach dem Sohne Gottes, dem wahrhaftigen Abbild Gottes erschaffen. Im Licht der Inkarnationslehre wird der Leib des Menschen als Bild des fleischgewordenen Wortes gesehen. Der Mensch ist sowohl anhand seiner Beseelung Abbild Gottes, als auch mit seinem Leib dem Leibe Christi nachgestaltet.⁹² Die franziskanischen Autoren sehen also sowohl einen Teil des Menschen (Leib oder Seele) als Abbild Gottes, als auch den ganzen Menschen in der Leib-Seele-Einheit. Die Dualität des Menschen (Leib und Seele) weist in der franziskanischen Theologie und Philosophie immer auf die Ganzheitlichkeit des Menschen hin.

Die biblische Anthropologie betrachtet den Menschen unter den Aspekten des Glaubens und der Berufung durch Gott. Sie definiert den Menschen ganzheitlich in den historischen und sozialen Dimensionen des Lebens. Die biblische Anthropologie ist keine Theorie der metaphysischen Struktur des menschlichen Daseins. Der Mensch besteht nicht aus *bāsār*, *noepœš* usw., sondern er ist *noepœš* und *rûah* je nach Perspektive und er erscheint als integrale Ganzheit und Einheit. Erst die griechisch-lateinische Philosophietradition analysiert den Menschen aufgrund der konstitutiven Elemente des menschlichen Daseins: Leib und Seele. In dieser Bedeutung gelten „Leib“ und „Materie“ als metaphysische Begriffe.

Die anthropologischen Begriffe sind die Akzentsetzung für die mitgedachte Grunddimension des Menschen, d.h. für seine Relation zu Gott. Diese wird bestimmt durch die Geschöpflichkeit und durch die spezifische Erwählung des Menschen zum Abbild Gottes. Die Gottebenbildlichkeit des Menschen gilt nicht nur der intellektuellen Seite des Menschen, sondern umfasst den ganzen Menschen in seiner seelisch-leiblichen Realität. Sie ist die Grundlage für die Würde und Unantastbarkeit des menschlichen Lebens: „*Gottebenbildlichkeit besagt unvergleichbare Würde, Erhabenheit*

anecdotis aucta, prolegomenis, scholiis notisque illustrata, Vol. I – XI (cum Indice), PP. Collegii S. Bonaventurae, Hg., Ed. Padri di Quaracchi, Quaracchi (Firenze) 1882 – 1902, II 703 b; II, dist. XXX, artI, quaest. I (II, 715 arg. 4): „*Cum enim homo sit minor mundus, propter quam omnia facta sunt*“.

⁹¹ vgl. ebd. S. 123.

⁹² Vgl. ebd. S. 123.

und Unantastbarkeit über alles Geschaffene und dem einzelnen zustehendes Recht [auf] freie, selbst bestimmbare Entfaltung der Persönlichkeit.“⁹³ Die Gottebenbildlichkeit ist die biblische Definition des Menschen und nur des Menschen. So gesehen besitzt der Mensch eine Sonderstellung in der Natur, die in der religiösen und der philosophischen Tradition sozusagen interkulturell anerkannt ist: „In beiden Traditionen, der Religion und der Philosophie, hat die Sonderstellung zwei Seiten, was zu einer ersten begrifflichen Unterscheidung führt: Die Sonderstellung ist ein Privileg, das man schon mitbringt, und eine Verantwortung, die man noch tragen muss; sie ist ein Mitbringsel und eine Aufgabe zugleich.“⁹⁴

Eine direkte Konsequenz aus der Gottebenbildlichkeit ist das unbedingte Lebensrecht. Das Leben eines anderen Menschen darf nicht angetastet werden: „Du sollst nicht töten“. Der Wert und die Würde, die der Mensch in sich hat, verpflichtet Biologie und Medizin, in der jeweiligen Behandlung Menschenrechte und menschliche Würde des Patienten zu wahren.⁹⁵ Die Menschenwürde kann man verletzen, aber sie kann nicht verloren gehen.

Im Umgang mit Komatösen und Wachkoma-Patienten muss man deshalb immer vor Augen haben, dass jeder einzelne Kranke einen einzigartigen und unvergleichlichen Wert darstellt, unabhängig von seinen Qualitäten und den jeweiligen individuellen Umständen. L. HONNEFELDER drückt es deutlich aus: *Der dauerhaft bewusstlose Mensch ist ein Mensch, dem Würde und Lebensrecht wie jedem anderen Menschen zukommen. Für den praktischen Umgang mit dem Patienten folgt daraus, dass er wie jeder andere Kranke Anspruch auf angemessene Behandlung und Fürsorge hat.*⁹⁶

Das Prinzip der Menschenwürde stellt im Umgang mit wachkomatösen Patienten kein ausreichendes Kriterium für den Abbruch der Behandlung oder der Fürsorge dar. Die Achtung vor der Menschenwürde der Wachkoma-Patienten ist ein Fundament für alle anderen Prinzipien, die im Kapitel 5.4.2. aufgezeigt werden. Die Menschenwürde und das Lebensrecht sollten zusammen mit anderen Prinzipien eine menschenwürdige Lebensgestaltung bis zur vollen Rehabilitation bzw. die Möglichkeit eines menschenwürdigen Sterbens bei Wachkoma-Patienten ermöglichen.⁹⁷

⁹³ H. POMPEY, *Fortschritt der Medizin und christliche Humanität*, Würzburg 1974, S. 84.

⁹⁴ O. HÖFFE, *Medizin ohne Ethik?*, Frankfurt am Main 2002, S. 53.

⁹⁵ Vgl. EUROPARAT, *Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Menschenrechtsüberreinkommen zur Biomedizin des Europarats von 1996*, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 2(1997), S. 285 – 303.

⁹⁶ L. HONNEFELDER, *Medizinische Ethik und ärztliche Teleologie. Zu den ethischen Aspekten der Behandlung irreversibel bewusstloser Patienten*, *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 2. 1997, S. 175.

⁹⁷ Vgl. C. PLENTER, *Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkomapatienten. Orientierungshilfen für eine Pflegeethik*, Hannover 2001, S. 105.

4.1.2. Das ganzheitliche Konzept der Person

Auf der Basis der Personizismus haben die Wachkoma-Patienten kein unabdingbares Lebensrecht und keine Personwürde, weil sie nicht mehr in der Lage sind, Selbstbewusstsein und Rationalität zu äußern. Die Krankheit, der komatöse Zustand oder die schwere geistige Behinderung bedeuten für den Kranken den Verlust des Personseins. Der Personizismus konstituiert eine funktionale Unterscheidung zwischen den Begriffen „Mensch“ und „Person“. Folglich sind die Ausdrücke „Menschenwürde“ und „Personwürde“ nicht gleichbedeutend, wohingegen in der christlichen Anthropologie beide Begriffe dasselbe Phänomen, nämlich die menschlichen Einheit von Leib und Seele darstellen. Die Leiblichkeit gehört somit ebenso zum Personsein wie die Geistigkeit zum Menschsein. Diese metaphysische Grundlage der menschlichen Natur bildet die Grundlage der Philosophie THOMAS VON AQUINS.

THOMAS VON AQUIN entwickelt sein Menschenverständnis in Anlehnung an die boëthianische Definition der Person, nach der die Person eine Einzelsubstanz in der vernunftbegabten Natur ist.⁹⁸ Die Person bezeichnet nach R. SPAEMANN keinen Begriff, sondern ist ein Name, der sich auf ein unbestimmtes Individuum bezieht. Der Ausdruck „Person“ bei THOMAS VON AQUIN ist kein Klassenbegriff, sondern ein „allgemeiner Eigenname“: *„... Person ist eigentlich kein Begriff sondern ein Name, und zwar ein Name für ein „individuum vagum“, ein unbestimmtes Individuum. So etwa trifft der Ausdruck „ein bestimmter Mensch“ auf viele Menschen zu, aber er [Thomas von Aquin] eben nicht alle Menschen, sondern einen einzigen, ohne zu sagen welchen...Der Name „Person“ aber wird nicht verwendet, um ein Individuum von seiten seiner Natur, sondern um ein Ding zu bezeichnen, das in einer solchen Natur subsistiert.“*⁹⁹

THOMAS VON AQUIN benutzt in seiner theologischen Konzeption philosophisches Gedankengut. Der Personbegriff ist analog anwendbar auf Gott, Engel und Menschen. THOMAS übernimmt und entwickelt also einen philosophischen Personbegriff, der im Kontext der ihm trinitarischen Theologie und der Christologie große Schwierigkeiten macht.

THOMAS erörtert die erste Frage im Kontext des trinitarischen Dogmas von der Einheit Gottes und der Dreiheit der innergöttlichen Personen. Gott-Vater, Gott-Sohn und Gott-Heiliger Geist sind drei Personen, und doch gibt es nur eine göttliche Substanz, nur einen Gott. Bei Gottes Sohn ergibt sich das christologische

⁹⁸ Vgl. THOMAS VON AQUIN, *Summa Theologica*, I, q.29 a.1.

⁹⁹ R. SPAEMANN, *Personen*, S. 41.

Personenproblem im Zusammenhang mit der menschlichen Natur, die mit der göttlichen Natur vereinigt ist.¹⁰⁰

Das Personenverständnis nach THOMAS verankert sich im Begriff „Substanz“. Es geht dabei also nicht nur um die logische Bedeutung des Begriffes „Substanz“ (*substantia secunda*), sondern auch um die wirkliche, individuelle selbständige Bedeutung der Substanz (*substantia prima*). Mit anderen Worten gilt die Ersts substanz, auch die Person als „*esse discretum et substistens per se*“.¹⁰¹ Unter diesem Begriff versteht THOMAS ein „für-sich-sein“, ein „Abgeschlossensein“ im Gegensatz zu: „in einem anderen sein“ als Akzidens, und im Gegensatz zu: „mit einem anderen sein“ als substantieller „Teil“, der mit einem andern „Teil“ eine substantielle Ganzheit erzeugt. Die Bedeutung „*discretum esse*“ (Abgeschlossensein) ist identisch mit „*completum esse*“. Das drückt aus, dass diese Bezeichnung keine Eigenschaft der Ersts substanz definiert, sondern das eigentliche Wesen, die eigentliche Wesensbestimmung. Die Substanz existiert in sich. Hierbei spielt das Wesenselement des „in sich“ im Personenverständnis eine bedeutende Rolle. Es geht um die Einzelsubstanz als Gattungsbegriff in der Personbestimmung.¹⁰² Im Personbegriff ist „Substanz“ als Ersts substanz gedacht, die durch die Ergänzung von „Einzel-“, betont wird. THOMAS hebt hervor, dass die Einzelsubstanz also das bedeutet, was in sich ununterschieden, von anderen aber unterschieden ist.¹⁰³

Nach THOMAS VON AQUIN bezeichnet die Person das, was das Vollkommenste ist in der ganzen Natur.¹⁰⁴ Das bedeutet, dass die Person Selbstzweck und nicht ein Mittel für ein anderes Seiendes ist. Sie besitzt einen Seinswert und eine Seinswürde, die unantastbar sind und den nichtpersonalen Substanzen nicht zustehen.¹⁰⁵ Die personale Substanz enthält als Kennzeichen die Vernunftnatur. Die Vernunft ist nach THOMAS das Merkmal des Menschen schlechthin, der Mensch ist also ein Vernunftwesen.¹⁰⁶ Er stellt mehr dar als ein Tier und eine Pflanze, er ist Person, d.h. ein konkretes Individuum, eine Einzelsubstanz, die mit Vernunft begabt ist. Dabei kann nur eine solche Person als Einzelsubstanz gelten, die eine vollständige

¹⁰⁰ Vgl. **THOMAS VON AQUIN**, I, q.29, **J. ENDRES**, *Thomanischer Personbegriff und neuzeitlicher Personalismus*, in: **W. P. ECKERT** (Hrsg.), *Thomas von Aquino. Interpretation und Rezeption*, Mainz 1974, S. 117ff.

¹⁰¹ Vgl. **O. SCHWEIZER**, *Person und hypostatische Union bei Thomas von Aquin*, (Studia Friburgensia, Neue Folge, 16), Freiburg/Schweiz 1957, S. 63f., **J. ENDRES**, *Thomanischer Personbegriff und neuzeitlicher Personalismus*, in: **W. P. ECKERT** (Hrsg.), *Thomas von Aquino. Interpretation und Rezeption*, Mainz 1974, S. 120f.

¹⁰² Vgl. **J. ENDRES**, *Thomanischer Personbegriff und neuzeitlicher Personalismus*, S. 120.

¹⁰³ *Individuum autem est quod est in se indistinctum, ab aliis vero distinctum.* **THOMAS VON AQUIN**, *Summa Theologica*, I, q.29 a. 4.

¹⁰⁴ *Respondeo dicendum quod persona significat id quod est perfectissimum in tota natura, scilicet subsistens in rationali natura.* **THOMAS VON AQUIN**, *Summa Theologica*, I, q.29 a. 3.

¹⁰⁵ Vgl. **J. ENDRES**, *Thomanischer Personbegriff und neuzeitlicher Personalismus*, S. 121.

¹⁰⁶ *Propria autem operatio hominis, in quantum est homo, est intelligere, per hanc enim omnia animalia transcendit.* **THOMAS VON AQUIN**, *Summa Theologica*, I, q. 76 a1.

Speziesnatur besitzt. Trotzdem ergibt sich nicht daraus, dass die vernunftbegabten Eigenschaften (Selbstbewusstsein, Freiheit, Kommunikation in Dialog und Liebe) für den Status der Person entscheidend sind. Nach THOMAS sind diese Fähigkeiten nur Folgen und Früchte aus dem Sein und haben bei Personen den Charakter von Akzidentien. Man muss dabei unterstreichen, dass THOMAS im Kommentar zur Metaphysik einen bedeutenden Unterschied zwischen Substanz und Akzident feststellt.¹⁰⁷ Im Kontext des neuzeitlichen, modernen Personenbegriffs muss man diesen Begriff vom Begriff der Persönlichkeit trennen, weil der erste ein Naturbegriff ist, während der zweite ein Kulturbegriff ist. Die Person soll sich zur Persönlichkeit entwickeln. Auf dieser Grundlage gehören obige vernunftbegabte Fähigkeiten zur Personalität der menschlichen Person.¹⁰⁸

Die Vernunftseele gehört zur menschlichen Natur, ist aber nicht identisch mit dem Ganzen der Person, obschon die menschliche Vernunftseele als erstes, einziges und einheitliches Lebensprinzip gilt.¹⁰⁹ Was den Menschen konstituiert, entscheidet sich durch die Verhältnisbestimmung von Leib und Seele. Leib und Seele stehen zueinander im Verhältnis von Potenz und Akt, von Materie und Form. Zum ersten Mal stellt THOMAS VON AQUIN die Frage nach der hylomorphistischen Einheit von Leib und Seele im zweiten Buch seiner „Summa contra gentiles“ und äußert sich dazu, ob und wie eine solche Einheit denkbar ist.¹¹⁰

THOMAS begründet die Einheitsthese von Leib und Seele im Menschen folgendermaßen: Die geistige Seele ist die einzige substantielle Form im Menschen: „*Da die Seele substantielle Form ist, weil sie den Menschen in einer bestimmten Art der Substanz konstituiert, gibt es also keine andere substantielle Form in der Mitte zwischen Seele und erster Materie.*“¹¹¹ Mit der Einheitsthese von Leib und Seele überwindet THOMAS den platonischen Dualismus.

¹⁰⁷ Durch das *esse in alio*, das In-einem-anderen-Sein, unterscheiden sich die Akzidentien von der vollendeten Seinsweise, dem *per se existere*, der Substanz. Vgl. **THOMAS VON AQUIN**, *Sententia Metaphysicae*, lib. 4 l. 1 n. 11., Die Substanz ist für die Akzidentien die *causa proxima sui esse*. Die Substanz erfüllt dreifache Funktion angesichts des Akzidents, nämlich sie ist sein Träger, seine Möglichkeit und seine Ursache. Vgl. **K. RAHNER**, *Sämtliche Werke. Geist in Welt: Philosophische Schriften*, Bd. 2, Freiburg im Breisgau 1996, S. 243.

¹⁰⁸ Vgl. **H. MEYER**, *Thomas von Aquin. Sein System und seine Geistesgeschichtliche Stellung*, Bonn 1938, S. 231.

¹⁰⁹ *Anima igitur, quae est primum principium vitae, non est corpus, sed corporis actus, sicut calor, qui est principium calefactionis, non est corpus, sed quidam corporis actus.* **THOMAS VON AQUIN**, *Summa Theologica* q. 75 a.1.

¹¹⁰ *Cum autem supra ostensum sit substantiam intellectualem non esse corpus neque virtutem aliquam a corpore dependentem, restat investigandum utrum aliqua substantia intellectualis corpori possit uniri.* **THOMAS VON AQUIN**, *Summa contra gentiles*, lib. 2 cap. 56 n. 1.

¹¹¹ *Sic igitur cum anima sit forma substantialis quia constituit hominem un determinata specie substantiae, non est aliqua alia forma substantialis media inter animam et materiam primam ;* **THOMAS VON AQUIN**, *De anima*, q.9.

Die Seele als Form verleiht der Materie das Sein und ist zugleich das Prinzip der Tätigkeit.¹¹² Das Leben versteht THOMAS VON AQUIN im Sinne der Selbstbewegung eines Lebewesens, solange bei ihm eine solche Bewegung sichtbar ist. Dem Lebewesen kommt durch das Prinzip der Seele eine das Ganze bestimmende Form zu.¹¹³ Die Einheit von Leib und Seele ist nicht durch den Leib, sondern durch die Seele gewährleistet. Die Trennung vom Leib ist gegen die Natur der Seele. Die Seele ist das Prinzip des Menschen, seine Form und verwirklicht den Menschen als Ganzen.¹¹⁴ Nach Thomas gilt die Seele als selbständig (*subsistens*) und zugleich unzerstörbar, unsterblich und unvergänglich.¹¹⁵

Mit dem Tod tritt die Trennung der Seele von Leib ein; Man spricht von der so genannten „*anima separata*“. Nach der Trennung zerfällt der Leib in seine Bestandteile, denn ihm fehlt das Prinzip, das seine verschiedenen Dimensionen mit substantieller Einheit zusammenfügt. Die Seele kann man in diesem Fall nicht als Person bezeichnen, weil sie nur einen Teil des Menschen ausmacht.¹¹⁶ Aber im Gegensatz zum Leib wird die Seele als die Form des Menschen nicht zerstört; Sie ist laut THOMAS unzerstörbar (*in corruptibilitas animae*). Die Identität des Menschen wird im Tod erhalten und erst in der Auferstehung der Toten wieder verwirklicht.¹¹⁷

Der Leib ist - so THOMAS - der sichtbare Aspekt der Seele, weil die Realität des Leibes die Seele ist. Diese leiblich-seelische Personeneinheit zeigt sich im täglichen Leben: *eius est agere, cuius est esse*: In diesem Sinne wachsen alle Tätigkeiten aus dem Ich heraus. Nicht die Seele hört, sieht, fühlt, denkt, handelt, sondern der Mensch als Person sieht, hört, denkt und handelt. „*Die Personeneinheit erklärt auch die jenseitige Existenzform des Menschen. Die Glorie der Seele bringt die Verklärung des Leibes mit sich.*“¹¹⁸ Im Thomismus wird der Leib häufig als raum-zeitliche Aktualität der Seele¹¹⁹

¹¹² Vgl. THOMAS VON AQUIN, *De anima*, q.9.

¹¹³ Vgl. THOMAS VON AQUIN, *STh I* q. 18 a. 1.

¹¹⁴ Vgl. T. SCHNEIDER, *Die Einheit des Menschen. Die anthropologische Formel „anima forma corporis“ im sogenannten Korrekturenstreit und bei Petrus Johannis Olivi. Ein Beitrag zur Vorgeschichte des Konzils von Vienne*, Münster 1973, S. 23.

¹¹⁵ *Respondeo dicendum quod necesse est dicere id quod est principium intellectualis operationis, quod dicimus animam hominis, esse quoddam principium incorporeum et subsistens.* *STh I* q. 75 a. 2; *Respondeo dicendum quod necesse est dicere animam humanam, quam dicimus intellectivum principium, esse incorruptibilem.* *STh I* q. 75 a. 6.

¹¹⁶ *Ad secundum dicendum quod non quaelibet substantia particularis est hypostasis vel persona, sed quae habet completam naturam speciei. Unde manus vel pes non potest dici hypostasis vel persona. Et similiter nec anima, cum sit pars speciei humanae.* *STh I*, q. 75 a.4.

¹¹⁷ Vgl. R. HEINZMANN, *Thomas von Aquin. Eine Einführung in sein Denken*, Stuttgart –Berlin-Köln 1994, S. 47f.

¹¹⁸ H. MEYER, *Thomas von Aquin. Sein System und seine Geistesgeschichtliche Stellung*, Bonn 1938, S. 231.

¹¹⁹ Vgl. J. BAPTIST METZ, *Zur Metaphysik der menschlichen Leiblichkeit*, Arzt und Christ, 2(1958), S. 78f.

oder als das Symbol der Seele¹²⁰ bezeichnet. Die Seele wurzelt im Leib als in ihrer eigenen Wirklichkeit, durch die der Leib nichts anderes als die raumzeitliche Selbstgegebenheit der Seele ist. Der Leib ist also nicht der Kerker der Seele, sondern ihre Wesensstätte, ihre Wesenslandschaft, in der sie selbst betrachtet wird. Der Leib ist das Medium der Seele und vermittelt der Seele ihre eigene Wirklichkeit. Der Mensch gilt hierbei als ganzheitliche Einheit: *„Diese leibhaftige Wirklichkeit der Seele aber ist der eine und ganze Mensch, in seinem einigen Sein verleiblichte Seele und durchseelter Leib, ganz Seele und ganz Leib zumal“*.¹²¹

Die menschliche Leiblichkeit ist stets mehr als eine stoffliche Maschinerie, sie wird als gesammelte Erscheinung des einen und ganzen Menschen betrachtet. Die Leiblichkeit ist sowohl das Medium des eigenen Seins, als auch das Medium anderer. Nach JOHANN BAPTIST METZ stellt sich die ganzheitliche Auffassung des Menschen bei THOMAS in der Leiblichkeit dar, die sich in der sozialen und geschichtlichen Dimension des Menschen ausdrückt. Durch seine Leiblichkeit erscheint der Mensch einerseits als Ort der Gemeinschaft und erhält er andererseits die Offenheit zur Begegnung.¹²²

In der aristotelisch-thomistischen Metaphysik gibt es die Leiblichkeit weder als etwas Sekundäres gegenüber der Seele, noch als Kerker der Seele, sondern Leiblichkeit ist das Medium der Seele. Der Leib ist ein ganzheitliches Phänomen, das suppositiv für den ganzen Menschen stehen kann. Durch die Leiblichkeit drückt sich nicht ein Teil des Menschen aus, sondern der ganze Mensch: *„In der Leiblichkeit begegnet uns immer mehr als ein bloß stoffliches Aggregat, sie ist die gesammelte Erscheinung des einen und ganzen Menschen. Sie hat mithin in dem Anblick, den sie gewährt, eine innere Transzendenz bzw. Transparenz auf das ganze Sein des Menschen.“*¹²³

Die Leiblichkeit ist sowohl das konstitutive Medium des eigenen Seins, als auch das Medium anderer, fremder Einflüsse. Leiblichkeit ist die Interferenzzone von „Ich“ und „Welt“. *„Indem ich also im Leibe da bin als in meiner je eigenen Wirklichkeit, bin ich zugleich der Ausgesetzte, der dem fremden, Unbewältigten und Unverfügbaren der „Welt“ von innen her Eröffnete.“*¹²⁴

Die Leiblichkeit definiert sich für K. RAHNER aus der *„Wirklichkeit des Geistes weggegeben in jenes Mysteriöse, nur metaphysisch Erschließbare, was der scholastische, thomistische Philosoph die materia prima nennt. Der Leib ist schon Geist,*

¹²⁰ Vgl. **K. RAHNER**, *Zur Theologie des Symbols*, in: *Schriften zur Theologie*, Bd. IV, Einsiedeln 1960, S. 305.

¹²¹ **J. BAPTIST METZ**, *Zur Metaphysik der menschlichen Leiblichkeit*, S. 79.

¹²² Vgl. **J. BAPTIST METZ**, *Zur Metaphysik der menschlichen Leiblichkeit*, S. 81; **J. BAPTIST METZ**, *Der Mensch als Einheit von Leib und Seele*, in: *MySal*, Bd. II., Einsiedeln 1967, S. 612f.

¹²³ Ebd. S. 80.

¹²⁴ Ebd. S. 81.

angeblickt in jenem Stück des Selbstvollzugs in dem sich personale Geistigkeit selber weggibt, um dem von ihm Verschiedenen unmittelbar, greifbar begegnen zu können.¹²⁵ RAHNER bezeichnet den Leib als Selbstaussage der Geistseele in die Raumzeitlichkeit. Diese Selbstaussage ist unbedingt, weil der Mensch nur zu sich selbst kommt, indem er sich in das andere aussagt z. B. das andere, das für ihm raumzeitlich ist, durch seine Sinnlichkeit erfährt. Die Leiblichkeit steht nicht im Gegensatz zur Geistigkeit des Menschen, wie in den dualistischen Theorien, sondern umgekehrt muss die Leiblichkeit als die Bedingung der Möglichkeit der Subjektwerdung des Menschen gelten.¹²⁶ Nach K. RAHNER ist der Leib also die Seele, und die Seele ist wirklich leibhaftig, d.h. der Leib gilt als das Symbol der Seele: „Der Leib ist das Symbol der Seele, insofern er als der Selbstvollzug der Seele (wenn auch nicht als deren adäquater) gebildet wird, und sich die Seele in dem von ihr verschiedenen Leib selbst anwesend sein und in Erscheinung treten lässt.“¹²⁷

Das menschliche körperliche Leben ist ein großes persönliches Gut. Es ist ein Gut der Person und nicht lediglich ein Gut für die Person. Ein solches Leben ist ein inhärentes Gut und nicht lediglich instrumental auf andere Waren ausgerichtet. Diese philosophische Ausgangsposition ist zutiefst und empatisch nicht dualistisch: das menschliche körperliche Leben ist weder nichtmenschlich, noch ein unmenschliches Gut, wohl aber ein wahres menschliches Gut der Person.¹²⁸ Zu sagen, dass es einer menschlichen Person an Wert fehlt, wenn sie zu kognitiver und affektiver Funktion unfähig ist, bedeutet, das menschliche persönliche Leben auf ein Gut zu reduzieren, das nicht inhärent ist, sondern lediglich instrumental zu anderen Zielen Wert gewinnt.¹²⁹

Im thomistischen Menschenbild spielen das Ganze und der Mensch eine bedeutende Rolle. Der ganze Mensch ist die Person, nur als ganzer ist er Gegenstand der schöpferischen Beziehung Gottes. Die Vollendung der Seele ist nur in ihrer Leiblichkeit zu erreichen d.h. als die Vollendung des ganzen Menschen. Der Mensch bleibt in der thomistischen Theorie immer ein Geschöpf Gottes. Gott ist der Schöpfer

¹²⁵ K. RAHNER, *Der Leib in der Heilsordnung*, in: *Schriften zur Theologie*. Bd. 12. Zürich 1975, S. 421.

¹²⁶ Vgl. K. RAHNER, *Die Einheit von Geist und Materie im christlichen Glaubensverständnis*, in: *Schriften zur Theologie VI*, Einsiedeln 1965, S. 190, K. RAHNER, *Zur Theologie des Symbols*, S. 305f

¹²⁷ K. RAHNER, *Zur Theologie des Symbols*, S. 306.

¹²⁸ Vgl. W. MAY, (Hrsg.), *Feeding and Hydrating the Permanently Unconscious and Other Valuable Persons*, *Issues in Law and Medicine* 3 (1987) S. 203.

¹²⁹ Vgl. W. SMITH, *Is a Decision to Forego Tube Feeding for Another A Decision to Kill?* *Issues in Law and Medicine* 6(1991) S. 385.

totius compositi, d.h. der Ganzheit Mensch. Sowohl in dieser Einheit, als auch in seiner Einmaligkeit ist der Mensch von Gott gewollt.¹³⁰

Der Mensch wird als Wesen betrachtet, das als Mitte des geistig-materiellen Kosmos eine Art Zusammenfassung alles Geschaffenen ist. Der Mensch kommt von Gott und macht sich ihn zum Endziel. Der Mensch ist gerufen, Gott zu erkennen und zu lieben. Den Menschen versteht THOMAS theozentrisch.

In diesem Kontext fügt J.M. BOCHENSKI zur Persondefinition noch eine dritte Eigenschaft des menschlichen Seins hinzu, nämlich die Berufung zum ewigen Leben mit Gott. Also könnte man die Person folgendermaßen definieren: Die Person ist Einzelsubstanz der vernunftbegabten Natur, die zum ewigen Leben mit Gott berufen ist. Das Geheimnis der Inkarnation und der Erlösung besteht darin, dass die menschliche Person Anteil am Leben des Schöpfer-Gottes hat. Dank dieses Anteils steht die menschliche Person in der Ordnung unendlich höher, als sie es als reines Geschöpf ohne diesen Anteil am Schöpfer-Gott täte. Das Ziel des Menschen ist Gott als Freund und der Weg zu ihm wird begehbar durch den wirklichen Anteil an göttlichem Leben im Innern des Menschen. Der Mensch besteht nicht für sich selbst, sondern er ist bezogen auf das höchste Individuum: Gott.¹³¹

Diese einheitliche Anthropologie im Geist des THOMAS steht als Alternative zu dualistischen Positionen. Dabei spielt die Frage nach dem ganzheitlichen Konzept der Person im Fall des Wachkoma-Patienten eine ganz wichtige Rolle, weil hier eine Vitalität auf dem Niveau des Organismus feststellbar ist. Nur der Verlust der Einheit des Organismus kann als Todesmerkmal betrachtet werden. Die Einheit der menschlichen Person ist auch dann gegeben, wenn der klare Verstand beeinträchtigt ist, denn das bedeutet nicht, dass die rationale Seele in einer Person abwesend ist. Der Organismus des Patienten im Wachkoma stellt ein einheitliches organisches Leben dar, auch wenn der Patient nur vegetativ existiert (dank der Funktionen des Hirnstammes), solange er selbständig atmet, die Kreislaufaktivität aufrecht erhält usw. Für die personalistische Anthropologie besteht das Kriterium der Unterscheidung zwischen Leben und Nicht-Leben einer menschlichen Person nicht in der Gehirnfunktion (Grosshirnfunktionen), sondern es gibt ein einheitliches Prinzip, das den Organismus belebt, nämlich die Seele. Eine Person ist als tot anzusehen, wenn die vielen Funktionen, die ihre Körperlichkeit beleben und zu einem Ganzen machen,

¹³⁰ *Et ideo substantiae spirituales et corpora caelestia, quae sunt perpetua et secundum speciem, et secundum individuum, sunt provisae propter se et in specie et in individuo.* THOMAS VON AQIUN, *De veritate*, q. 5 a. 3, vgl. R. HEINZMANN, *Thomas von Aqun. Eine Einführung in sein Denken*, Stuttgart –Berlin-Köln 1994, S. 45.

¹³¹ Vgl. J. M. BOCHENSKI, *Pojęcie i godność osoby ludzkiej*, Referat na Kongresie Katolickim, Londyn 1943, S. 3ff.

aufgehört haben, ihren Dienst zu tun, wenn das aktive und eigentliche innerste Prinzip, das die verschiedenen Organe zu einer Einheit zusammenschließt, schwindet. Daher sind Wachkoma-Patienten als lebendige Menschen zu betrachten.

4.2. Das holistische Menschenbild in der Neurowissenschaft und in der Neurophilosophie und seine Auswirkungen auf die Beurteilung des Wachkomas

Die Frage nach der Zusammensetzung des materiellen Leibes und der geistlichen Seele war nicht nur in der klassischen, mittelalterlichen Philosophie ein dringliches Problem, sondern es ist auch in der modernen Philosophie immer noch aktuell. Die klassische Bedeutung der Seele als Lebensprinzip wurde seit Jahrhunderten von Wissenschaftlern und Philosophen im Rahmen der Diskussion des Todeszeitpunktes erörtert. Man versucht die Lebenszeichen des Menschen zu erkennen, um den genauen Todeszeitpunkt festzustellen. Die heutige Debatte befasst sich mit der Frage, ob man den Gehirntod als Zeichen für den Tod des Individuums ansehen kann. Andererseits bekommt die Seele im Bereich der Neurowissenschaft und der Neurophilosophie neue Namen z.B. „Selbst“, „Ich“, „Bewusstsein“, „Identität“. Besondere Schwierigkeiten wirft dieses Thema heute im Verhältnis „Körper-Gehirn“ (problem of the body-brain) und im Verhältnis „Gehirn-Geist“ (problem of the brain-mind) auf. Diese zwei Probleme sind mit dem Leib-Seele-Problem nicht identisch, weil die Phrase „Leib-Seele“ auf die Substanz abzielt, die die Person betrifft, während die Phrase „Gehirn-Geist“ auf die Funktionen hinweist. Dieses Denken zeigt das alte Leib-Seele-Problem in neuer Gestalt, leider aber in vielen Fällen reduktionistisch. Man kann sagen, dass wir es einerseits mit einem neuen Dualismus zu tun haben, in dem die Definition der Person auf dem neurologisch-funktionellen Kriterium beruht. Andererseits taucht eine neue Gestalt des Dualismus von Körper und Gehirn auf. In dieser Theorie ist die menschliche Person mit ihrem Gehirn gleichgesetzt und der übrige Körper gilt als dienstbares Werkzeug. Der cerebrale Aspekt ist somit entscheidend für die menschliche Qualität des Lebens.¹³²

Die Alternative zu dieser Position kann nur das ganzheitliche Konzept der Person sein, das auf die vielfältigen Fragen der gegenwärtigen biomedizinischen Ethik antwortet. Im Licht dieser Anthropologie – wie die thomistische Tradition es zeigt – wird der Mensch als eine lebendige Einheit von Leib und Seele charakterisiert, in der die Seele das Prinzip des Lebens ist. Dabei stellt sich die Frage nach dem Kriterium der Einheit des menschlichen Organismus in der klinischen Situation sowie die Frage nach dem Verlust dieser Einheit. Konkret handelt es sich um die Probleme bei der exakten Feststellung des Todeszeitpunktes auf den Intensivstationen und bei Organtransplantationen. Der Ausgangspunkt der Problematik der Einheit des

¹³² Vgl. **H. JONAS**, *Technik, Medizin und Ethik*, Frankfurt a. M. 1987, S. 234.

menschlichen Organismus befindet sich im Verständnis des Begriffs „Leben“. Was eigentlich Leben ist, kann man nur an sich selbst erleben. Wir können über das Prinzip des Lebens (Seele) nur durch die Beobachtung seiner Äußerungen (Kennzeichen des Lebens) sprechen.¹³³ THOMAS VON AQUIN hat schon gesagt, dass sich das Leben durch die Bewegung und die Tätigkeit charakterisiert. Er sieht also das Leben als dynamische und harmonische Ganzheit an, die immanent ist. Immanenz bedeutet die Ursprungskraft des Lebens, das sich selbst innewohnt. Das Leben kann man von seinem Wesen her als eine in sich selbst dynamische Ganzheit bestimmen. Die Dynamik spielt auch bei der Bezeichnung des Lebens eine große Rolle, weil sich über sie die Kennzeichen des Lebens äußern, z.B. Stoffwechsel, Regeneration, Wachstum, Herzschlag, Atmung usw.¹³⁴

Hierbei macht J. BONELLI die Unterscheidung zwischen vegetativem biologischem Leben und einem Lebewesen. Das Lebewesen charakterisiert sich im Gegenteil zu rein vegetativem Leben durch eine Ganzheit, die in sich selbst endgültig ist. Bonelli definiert die Endgültigkeit durch drei Kriterien, nämlich Abgeschlossenheit (Unteilbarkeit), Integration (Selbstgestaltung) und Identität (Kontinuität).¹³⁵ Das Lebewesen ist eine in sich selbst abgeschlossene endgültige Ganzheit, d.h. es ist mehr als die Summe seiner Teile. Deshalb ist ein Lebewesen weder teilbar, noch aus Teilen zusammensetzbar. Die Abgeschlossenheit des Lebewesens besteht unabhängig davon, wie viele Teile möglicherweise fehlen oder hinzufügen sind. Es geht also immer um das Lebewesen als Ganzheit und nicht etwa um ein halbes Lebewesen.¹³⁶

Nach BONELLI wird die endgültige Ganzheit des Lebewesens auch durch die Selbstintegration seiner Lebenszeichen definiert. Darunter versteht er die Selbstgestaltung der Lebensvorgänge. Die Organe und ihre Funktionen bekommen im Organismus erst ihre Bedeutung. Sie sind im Dienst der Selbstgestaltung eines einheitlichen Subjekts. Die Organe ordnen sich auf ein bestimmtes Lebewesen hin und sind nur Mittel zum Zweck, den das Lebewesen in sich selbst hat.¹³⁷

Die Identität ist das nächste Kennzeichen der endgültigen Ganzheit eines Lebewesens, die über die Zeit hinweg unverändert bleibt. BONELLI kennzeichnet das Phänomen der Identität durch drei Kriterien: Gestaltwandel, Stoffwechsel und Funktionsausfall der Teile. Das Lebewesen verändert sich im Laufe der Zeit im biologischen Sinne durch Stoffaufbau und -abbau. Allerdings bleibt das Lebewesen

¹³³ Vgl. J. BONELLI, *Leben-Sterben-Tod. Überlegungen zum Hirntod aus der Sicht des Arztes*, in: M. SCHWARZ, J. BONELLI (Hrsg.), *Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens*. Wien – New York 1995, S. 85.

¹³⁴ Vgl. ebd. S. 86ff.

¹³⁵ Vgl. ebd. S. 86ff.

¹³⁶ Vgl. ebd. S. 86 – 87.

¹³⁷ Vgl. ebd. S. 87 – 88.

immer dieselbe Ganzheit. Das Subjekt verliert seine Identität nicht durch den Verlust einzelner Organfunktionen. Das Lebewesen gilt als kontinuierliche endgültige Selbstgestaltungsganzheit. BONELLI hebt dabei hervor, dass die Identität mit dem Begriff unseres reflexiven Selbstbewusstseins als Menschen nicht gleichgesetzt werden darf, weil sie kein geistiges Phänomen ist, sondern bei allen Lebewesen, auch bei Tieren vorhanden ist. Diese Identität beruht auf einem immateriellen, immanenten Einheitsprinzip, das ein somatisches Korrelat hat.¹³⁸

Dabei stellt sich – laut BONELLI - die Frage nach der Rolle des Gehirns in der Identität des Menschen. Das Gehirn besitzt eine bedeutende Rolle im Bereich der Koordination und Integration innerhalb des Organismus. Man könnte sagen, dass das Gehirn eine hervorragende Sonderstellung im Organismus einnimmt, weil dieses Organ der Garant der Identität und Integration eines Individuums als Ganzes ist. Mit dem Ausfall des Gehirns verliert also der Mensch seine Identität. Nach dem oben dargelegten Standpunkt kann man von einem Lebewesen sprechen, unabhängig davon, ob das Individuum schon oder noch ein Gehirn besitzt. BONELLI sieht das Gehirn als ein Organ (abschliessendes Organ) unter vielen anderen, das an der integrativen Einheit des Organismus als Ganzheit teilnimmt. Mit anderen Worten gilt sowohl das Gehirn, als auch das Kreislaufsystem als eine Art Integrationsorgan.¹³⁹

Im Kontext der Identität des Menschen lässt sich vermuten, dass das Gehirn sowohl als Sitz der Seele betrachtet werden könnte, als ihm auch zugleich die Rolle des Status der menschlichen Person zusteht. Nach J. BONELLI wäre dies aber ein verhängnisvoller Irrtum. Dieses Missverständnis spielt eine große Rolle bei Teilschäden des Gehirns, die den Funktionsverlust der Integration und der Identität verursachen, wie z.B. Hirnstammdestruktion, Cortexdestruktion und PVS.¹⁴⁰

Der Verlust der Bewusstseinsfähigkeit kann als eine Reformulierung (im Sinne der modernen Neurophysiologie) des älteren kulturellen Konzepts vom Verlassen des Körpers durch die „bewusste Seele“ betrachtet werden. Der Begriff „bewusste Seele“ ist nach A. SCHEWMON die kartesianische Karikatur des althergebrachten philosophischen Prinzips, das verächtlich als ein „älteres kulturelles“ Todeskonzept abgetan wird. A. SCHEWMON schlug zwei Kriterien der integrativen Funktionen des Organismus vor:

1. Integrative Einheit besitzt ein mutmaßlicher Organismus, wenn dieser mindestens eine emergente Eigenschaft auf holistischer Ebene zeigen kann. Eine Eigenschaft einer Zusammensetzung wird als „emergent“ definiert, wenn sie von der gegenseitigen Interaktion zwischen den Teilen abgeleitet ist und als

¹³⁸ Vgl. ebd. S. 88 – 89.

¹³⁹ Vgl. ebd. S. 102ff; **J. BONELLI**, *Die Begriffe Leben und Tod aus Perspektive der modernen Medizin*, Wien 1994, S. 8 – 9.

¹⁴⁰ Vgl. ebd. S. 109.

holistisch, wenn sie nicht als Teil oder Teilmenge von Teilen definiert werden kann, sondern nur von der ganzen Zusammensetzung.

2. Jeder Körper, der weniger technologische Hilfe zum Am-Leben-Erhalten seiner wichtigen Funktionen benötigt als ein anderer Körper, der aber noch ein Lebenserhaltsganzes ist, muss wenigstens ebenso viel Robustheit der integrativen Einheit besitzen und folglich auch ein Lebenserhaltsganzes sein.¹⁴¹

Im Licht des 1. Kriteriums ergibt sich zwischen dem Gehirn und den integrativen Funktionen das Problem, dass die meisten vom Gehirn vermittelten integrativen Funktionen nicht somatisch integrieren, und umgekehrt: Die meisten somatisch integrativen Funktionen können nicht vom Gehirn vermittelt werden.¹⁴² Nach A. SHEWMON ist es das Konzept der holistischen Eigenschaften, das das operationale 1. Kriterium erfüllt. Es gibt Funktionen im Organismus, die nicht von vom Gehirn vermittelten somatischen Funktionen abhängen z.B. Homöostase einer unbegrenzten Vielfalt von physiologischen Parametern und chemischen Substanzen, Assimilation der Nährstoffe, Energiebalance, Erhaltung der Körpertemperatur, Abwehr von Infektionen und Fremdkörpern, sexuelle Reifung. Auch im 2. Kriterium gibt es offensichtliche Integration ohne Anteil des Gehirns, z.B. Erholung und Stabilisierung nach Herzstillstand und anderen Komplikationen, spontane Besserung des allgemeinen Gesundheitszustands, wie z. B. Rückkehr der gastrointestinalen Beweglichkeit über künstliche Ernährung, die Fähigkeit der Erhaltung des Flüssigkeits- und Elektrolytgleichgewichts sowie die allgemeine Fähigkeit des Überlebens im Fall eines geringen medizinischen Eingriffes außerhalb eines Spitals. Nach A. SHEWMON dient das Gehirn als Modulator, Feinabstimmer, Verstärker, Hervorhebungsmerkmal und Beschützer einer implizit bereits existierenden, intrinsisch vermittelten somatischen Einheit. Die integrative Einheit gilt als unlokalisierbare, holistische Eigenschaft, die auf der wechselseitigen Interaktion aller Körperteile beruht.¹⁴³

Die Leib-Seele-Problematik hat durch die Hirnforschung eine neue Bedeutung bekommen. Die grundsätzliche anthropologische Frage stellt sich in Verbindung der modernen Hirnforschung in der philosophischen Diskussion: Ist die Geist-Seele des Menschen gleichzusetzen mit seinem Gehirn? In der Geschichte der Leib-Seele-Problematik erschienen verschiedene Theorien, nämlich dualistische und monistische. Einerseits betont man die Trennung der Geist-Seele vom Körper bzw. vom Gehirn und

¹⁴¹ Vgl. A. SHEWMON, „Brainstem Death,“ „Brain Death“ and Death: A critical Re-Evaluation of the Purported Equivalence, *Issues in Law & Medicine*, 14(1998), S. 137.

¹⁴² Vgl. ebd. S. 138.

¹⁴³ Vgl. ebd. S. 139 – 140.

andererseits entwickelte sich eine rein materialistisch-biologische Anthropologie, wo geistige Phänomene als physische Natur gelten (Geist-Seele = Gehirn).¹⁴⁴

Mentale Akte wie Freiheit, Bewusstsein oder Erfahrung des eigenen Selbst können nicht auf neuronale Prozesse reduziert werden. Nach LUIS. M. GONZALO gilt ein Denken, ein Bewusstsein als ein metaneuronaler Vorgang, d.h. das geistliche Phänomen ist nicht dasselbe wie das Gehirn oder wie einer der Teile des Gehirns. Die Hypothese betrifft einen Vorgang der Abstraktion, der weder in einer Nervenzelle noch in einer Gruppe von Nervenzellen stattfindet.¹⁴⁵ Die geistigen Prozesse können nach GONZALO nicht auf Prozesse des Gehirns reduziert werden: *„Wenn wir daher von einem Lebewesen sprechen, können wir den körperlichen nicht vom seelischen Teil trennen; tun wir es dennoch, stehen wir vor einem toten Körper und einer davon getrennten Seele. Genauso wenig können wir das Denken im Gehirn lokalisieren und die Liebe im Herzen.“*¹⁴⁶ Der Mensch denkt, liebt, fühlt als ganzes Wesen. Das Gehirn verfügt über Vorbereitungsfunktionen für die Wahrnehmung und das Verstehen.

Das Gehirn im Kontext der einheitlichen Anthropologie ist weder ein physiologisches Körperteil, das von der Geist-Seele prinzipiell trennbar ist bzw. ein Ort der Körper-Seele-Interaktion (Dualismus), noch ist es der Grund der menschlichen Geist-Seele (Monismus). Nach WUCHERER-HULDENFELD ist die Hirntätigkeit eine dem Erleben und Bewusstsein des Menschen vorauszusetzende Notwendigkeit: sie ist als notwendige Bedingung für jedes Erleben und Bewusstsein nachweisbar und Erscheinungsweise des Selbstvollzugs der Person. Die geistigen Phänomene betreffen nicht nur das Gehirn, sondern auch den ganzen sinnhaften Körper: Er ist die a priori-Verfassung, in der man der Welt erfahrbarer Objekte gegenübertritt.¹⁴⁷

Die Idee der zentralen Instanz des Gehirns – des Homunculus - gilt nach G. RAGER als falsche Prämisse. Die Homunculusvorstellung ist seinen Ausführungen zufolge theoretisch nicht nötig und keine gute Lösung. Die Gehirnaktivität und -Integrität hängt von der parallelen Arbeit der Neuronengruppen und der Hirnregionen ab. Ein besonderes Problem besteht bei Zygoten, die das Gehirn noch nicht ausgebildet hat. Die Zygote steuert ihr inneres Milieu mittels anderer Zellen, die dem Organismus das biologische Gleichgewicht verleihen. Man kann sagen, dass der

¹⁴⁴ Vgl. **M. KLIEGEL**, *Ist der Mensch sein Gehirn? Anthropologische Bemerkungen zur Ethik der Hirnforschung aus der Sicht eines Theologen*, Ethik Med 12(2000), S. 75ff.

¹⁴⁵ Vgl. **L. M. GONZALO**, *Gehirn und Geist*, in: **M. SCHWARZ, J. BONELLI** (Hrsg.), *Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens*. Wien – New York 1995, S. 60ff.

¹⁴⁶ Ebd. S. 64.

¹⁴⁷ Vgl. **A.K. WUCHENER-HULDENFELD**, *Philosophische Anthropologie*, Wien, zit. nach **M. KLIEGEL**, *Ist der Mensch sein Gehirn? Anthropologische Bemerkungen zur Ethik der Hirnforschung aus der Sicht eines Theologen*, Ethik Med 12(2000), S. 84.

Körper mit seinen Grenzen und seinen Regulationsmöglichkeiten über die Zeit hinweg der Garant für die Identität und die Stabilität eines biologischen Individuums ist.¹⁴⁸

Im menschlichen Leib entfaltet sich ein System, das Nervensystem, das zum großen Teil die Regulation des inneren Milieus übernimmt. Nach G. RAGER gelten die Prozesse des Leibes also als die unbedingte physische Bedingung der Möglichkeit unseres In-der-Welt-seins. RAGER entwickelt seine Theorie in Anlehnung an das transzendental-philosophische Verständnis unserer Leiblichkeit nach Kant. Für Kant ist die Leiblichkeit die Apriori-Verfassung, in der das Ich der Welt erfahrbarer Objekte gegenübertritt. Das Subjekt erfährt seine eigene bewegende Stärke als Leib und wird als Leib innere, apriorische Erscheinung. Über unsere Leiblichkeit nehmen wir nicht nur äußere Objekte, sondern auch unseren eigenen Leib wahr.¹⁴⁹

Nach RAGER entsprechen die Leistungen des Nervensystems dem philosophisch definierten Apriori unserer Leiblichkeit: *„Die Prozesse des Leibes (Nervensystems) lassen sich als notwendige physische Bedingungen unseres In-der-Welt-seins naturwissenschaftlich entdecken. Die notwendigen physischen Bedingungen sind aber nicht zugleich hinreichend für das Verstehen unseres Handelns, weil es keine Möglichkeit gibt und geben kann, aus den physischen Prozessen eindeutig die transzendente Handlung des Subjekts zu erschließen.“*¹⁵⁰

Die Geistigkeit unserer mentalen Akte, d.h. also das Bewusstsein und das Selbst sind definiert durch den Zusammenhang von Gehirn und Körper. Ohne grundsätzliche Funktionen des Organismus z.B. die Versorgung mit Sauerstoff und Nahrung könnte das Gehirn nicht arbeiten. Das Gehirn funktioniert in engem Zusammenhang mit dem Leib, weil es den Leib als seine Grundreferenz benötigt. Das Gehirn ist verantwortlich für die Aufrechterhaltung des inneren Milieus. Man kann daher sagen, dass das Überleben des Organismus mit der Einheit von Körper und Gehirn verbunden ist. Das Gehirn gilt als neurowissenschaftlicher Vermittler des Geistes zum geistigen Dasein. Man kann also einerseits über eine Verkörperung des Geistes, andererseits über eine Vergeistigung des Körpers sprechen. Der Körper wird auf diese Weise zum Leib und der auf den Körper bezogene Geist zur Seele.¹⁵¹

Unser Selbst ist der Garant des Bestehens des Individuums in der Zeit, aber gleichzeitig muss es immer auf der Stufe der Zellen und der Moleküle rekonstruiert werden. Trotz der Veränderung der Zellen und der Moleküle bleibt das Selbst über die

¹⁴⁸ Vgl. **G. RAGER**, *Die Bedeutung der modernen Hirnforschung für das Personverständnis*, Zeitschrift für medizinischen Ethik 48(2002), S. 218ff.

¹⁴⁹ Vgl. **G. RAGER**, *Das Leib-Seele-Problem. Begegnung von Hirnforschung und Philosophie*, FZPhTh, 29(1982), S. 459ff.

¹⁵⁰ Ebd. S. 463.

¹⁵¹ Vgl. **G. RAGER**, *Die Bedeutung der modernen Hirnforschung*, S. 227, **A. R. DAMASIO**, *Descartes` Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*, 2001 München, S. 298ff.

Zeit hinweg gleich. Unsere Lebensvollzüge werden durch einen Bauplan in ihrer Form erhalten, wobei unser Körper mit einem Bauplan gleichgesetzt ist.¹⁵² Man kann sagen, dass der Bauplan als formendes Prinzip und das gebaute Haus als geformte Materie gilt. Hierbei taucht nach G. RAGER die klassische philosophische Theorie der Seele als Form des Körpers auf: „Die Durchformung des Körpers durch die Seele könnte u.a. erfolgen durch die fortlaufende chemische und neuronale Kontrolle des inneren Milieus, deren Auswirkungen bis auf die molekulare Ebene reichen, die kontinuierliche Regulation der Tätigkeit der Eingeweide und des Bewegungssystems zur Situierung des Organismus in der Umwelt und durch die zahllosen Wiedereintrittsschleifen (reentry loops), durch welche alle Hirntätigkeiten potentiell in allen Hirnregionen zusammenwirken.“¹⁵³

Im Licht der Neurowissenschaft lassen sich die geistigen Akte, das Bewusstsein und das Selbst nicht auf neuronale Prozesse reduzieren. Die Persönlichkeit des Menschen kann nicht gleichgesetzt werden mit der Art seiner Gehirnentwicklung, mit dem Akzidenz seiner Hirntätigkeit und mit seinem Gehirn selbst, weil Personen aus ontologischer und logischer Sicht weder im Embryonalstadium noch im bewusstlosen Sterben das Personsein aberkannt werden kann.

Dabei stellt sich die Frage nach der Persönlichkeit der Wachkomapatienten, die sich im Zustand der Bewusstlosigkeit befinden. Wachkoma bedeutet eine schwerstgradige Dissoziation und Schädigung der integrierten Leib-Seele-Geist-Einheit, des Selbst. Der Wachkomapatient fungiert gemäß der Lehre des Präferenzutilitarismus lediglich als Mensch und nicht als Person, weil er keine Persönlichkeit mehr hat. Die Menschen im Wachkoma verlieren über schwere Hirnschädigung ihre Empfindungsfähigkeit und ihr Bewusstsein und damit auch ihre Persönlichkeit. Demgegenüber zeigen die Berichte des Nach-Koma-Erlebens Erinnerungen von Patienten z.B. an nahestehende Angehörige oder Bezugspersonen, bizarre Körperpositionen und Selbstbilder, alptraumartige Erlebnisse, bedrohliche Szenarien und Nahtoderlebnisse. Im Fall der Wachkomapatienten kann man feststellen, dass das Bewusstsein zwar nicht lokalisierbar ist, sich aber über die zwischenmenschlichen Beziehungen herstellt.¹⁵⁴

Nach A. ZIEGER stellt das Bewusstsein eine wichtige Beziehungsqualität und zugleich ein wichtiges Merkmal von Persönlichkeit dar, die bei Wachkomapatienten in Form von Übertragungsgefühlen wie Empfindsamkeit, Verletztheit, bzw. Schutz- und Hilfsbedürftigkeit auf einen anderen Menschen auftritt. Die zwischenmenschliche

¹⁵² Vgl. G. RAGER, *Das Leib-Seele-Problem*, S. 228 – 230.

¹⁵³ Ebd. S. 229.

¹⁵⁴ Vgl. A. ZIEGER, *Personsein, Körperidentität und Beziehungsethik – Erfahrungen zum Dialogaufbau mit Menschen im Koma und Wachkoma aus beziehungsmedizinischer Sicht*, in: P. STRASSER, E. STARZ (Hrsg.), *Personsein aus bioethischer Sicht*, Stuttgart 1997, S. 162ff.

Kommunikation spielt also für das Bewusstsein der Wachkomapatienten eine große Rolle. Darum kann man sagen, dass das Wachkoma *„kein Ausfall des Bewusstseins ist, sondern ein Zustand tiefster Zurücknahme und Abgeschiedenheit auf der Ebene des autonomen Körperselbst.“*¹⁵⁵ Die Patienten im Wachkoma sind in einem bestimmten Zwischenstadium ihrer Entwicklung, d.h. in einem alternativen Bewusstseinzustand. Dieser Zustand stellt ein komplexes dynamisches System mit einer stabilen Kernzone dar. Es besitzt eine inhärente vegetative Eigenzeit des autonomen Körperselbst, die sich mit äußeren Vorgängen synchronisieren kann. Für Wachkomapatienten ist also der zwischenmenschliche Dialog wichtig für die Hirnentwicklung und die Remission des autonomen Körperselbst.¹⁵⁶

PHILIPPE GALLOIS von „Insitut catholique de Lille“ schlägt die Lösung des Bewusstseinsproblems bei PVS-Patienten anhand der Philosophie von Henri Bergson vor.¹⁵⁷ Bei PVS-Patienten mit Schädigungen des Neocortex wurden die Prozesse der Räumlichkeit und der Symbolisation gestört, die dem Bewusstseinzustand des oberflächlichen Ichs (Moi superficiel) entsprechen. Als Kompensation der Schädigungen bewahrt der PVS-Patient den Bewusstseinzustand in Gestalt des tiefen Ichs (Moi profond) und die Entwicklung des Bewusstseinzustandes kann fortlaufend und virtuell in Form einer Wellenfunktion dargestellt werden. Man kann in diesem Fall zwei Aspekte des Komplementärbewusstseins unterscheiden. Der erste Aspekt nennt sich das oberflächliche Ich und ist abhängig von der Integrität des Gehirns. Dieser Aspekt des Bewusstseins ist unterbrochen und zwar bezüglich der Reflexivität, der Räumlichkeit, der Symbolisation und der Fähigkeit zur Lokalisation. Der zweite Aspekt drückt sich über die Intuition in der Wirklichkeit des Patienten aus und betrifft Zeitdauer, Kontinuität und Lebenskraft. Dabei ist der Raum, der Platz im Gehirn für dieses Bewusstsein nicht relevant, sondern das Bewusstsein fungiert in seiner Ganzheit über das gesamte Nervensystem. Die spontane Fortdauer (la persistance) der vitalen Funktionen kann als gewisse „Animation“ oder „Information“ des Leibes gelten. Diese Fortdauer kann den Aspekt der Dynamik, der Lebenskraft, des Hauches und des Bewusstseins beweisen. Die materialistische und reduktionistische Theorie des Bewusstseins versucht über den Verlust des ersten Aspektes des Bewusstseins, das völlige Fehlen des Bewusstseins zu begründen.¹⁵⁸

¹⁵⁵ Ebd. S. 168.

¹⁵⁶ Vgl. ebd. S. 162ff.

¹⁵⁷ Vgl. **PH. GALLOIS**, *États Végétatifs Chroniques: Quelle Conscience?* Revue d'éthique et de théologie morale. Éthique Biomédicale et Théologie, 202(1997), S. 71 – 83.

¹⁵⁸ Vgl. ebd. S. 82 – 83.

4.4. Die Psychosomatik, die Beziehungsmedizin und die Wachkoma-Patienten

Die moderne Medizin versucht über die Technik neue Wege zur Heilung des menschlichen Leibes zu finden. Hier sind besonders Gentechnologie,

Transplantationstechnik, Intensivmedizin und In-vitro-Fortpflanzung zu nennen. Es ist anzumerken, dass wir in Zeiten der Cerebralisierung unserer Existenz leben, wo unsere geistig-seelischen Erfahrungen im Gehirn verkörpert werden. Dabei besteht die Gefahr, dass sich das Menschenbild nur zum biologischen Phänomen reduziert. Der Mensch wird als Objekt für Experimente benutzt, die die Zulassung zur Selektion eröffnen. Damit ist die Existenz des Menschen gefährdet. Schwaches und krankes Leben gilt nämlich den Verfechtern der Lebensqualität als ein abzuschaffendes Übel, weil das Leben mit Krankheiten oder schweren Behinderungen nicht als lebenswert gilt.¹⁵⁹ Die neue große Herausforderung in der Geschichte der modernen Heilkunde geht an die Adresse psychosomatischen Medizin, die sowohl organische Faktoren der Krankheit als auch die leib-seelische Einheit des Menschen auf allen Ebenen seines ganzheitlichen Erlebens berücksichtigt.

VIKTOR VON WEIZSÄCKER (1886-1957) hat im Rahmen der psychosomatischen Medizin¹⁶⁰ die medizinische Anthropologie entwickelt, in der die leibseelische Einheit der Person um eine geschichtliche und eine kommunikative Dimension erweitert wird. Die Person wird im Ablauf ihrer mentalen Zustände nicht als etwas Identisches verstanden, sondern als eine Geschichte, in der sich das Selbstverständnis radikal ändern kann, so dass der nicht gewählte Anfang und die abgelaufenen Phasen die zukünftigen Möglichkeiten bestimmen. Daraus ergeben sich Konsequenzen für den personalen Umgang mit der Krankheit, aber auch für die personale Dimension des Arzt-Patient-Verhältnisses.

VIKTOR VON WEIZSÄCKER beschreibt eine neue Perspektive der Krankheit, in der es neben dem Seelischen und dem Körperlichen das menschliche Subjekt in seiner eigentümlichen Verschränkung mit der Umwelt gibt. Das Subjekt begründet sich durch seine Kohärenz zu seiner Umwelt. Die Kohärenz charakterisiert nach WEIZSÄCKER den sozialen Aspekt, der das Subjekt neu konstituiert.¹⁶¹ Bei dem Krankheitsverständnis gibt es zwei andere wichtige Faktoren, nämlich das Geschichtliche und das Sinnhafte. Nach WEIZSÄCKER greift bei der Entstehung der Krankheiten die Trias von Sozialem, Geschichtlichem und Sinnhaftem ineinander. Die Ursache von Krankheiten besteht häufig in einem Konflikt, der „von zwischenmenschlicher Art“ ist. Darin besteht der lebensgeschichtliche Kontext der Krankheit. Dieser Kontext ist mit der Suche nach einem Sinn in der Krankheit

¹⁵⁹ Vgl. **K. MEYER-DRAWE**, *Leib*, in: **W. KORFF, L. BECK, P. MIKAT** (Hrsg.), *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2, Gütersloher 1998, S. 576 – 577.

¹⁶⁰ Im Vorfeld der psychosomatischen Medizin gibt es Sigmund Freud.

¹⁶¹ Vgl. **V. v. WEIZSÄCKER**, *Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*, Stuttgart 1968, S. 9, 18, 165.

verbunden. Dabei geht es um einen menschlichen Lebenskontext besonders während der Krankheit, der dem Patienten in der Behandlung helfen kann.¹⁶²

Laut VON WEIZSÄCKER steht im Zentrum der Auffassung von Krankheit sowohl das Subjekt der Medizin, als auch die Subjektivität des Menschen, die der Autor aus der Sinnesphysiologie erörtert. Das Subjekt und die Subjektivität sind in jeder sinnesphysiologischen Wahrnehmung und Bewegung miteinander verbunden. Indem der Mensch wahrnimmt, bewegt er sich, indem er sich bewegt, nimmt er wahr. Diese Abhängigkeit der Wahrnehmung und der Bewegung voneinander dient WEIZSÄCKER dazu, um die Beziehung zwischen Seele und Leib aufzuzeigen.¹⁶³

Sein Leib-Seele-Konzept wird in der Theorie der Einheit von Wahrnehmung und Bewegung untergebracht, die er den Gestaltkreis nennt¹⁶⁴. Das Wahrnehmen und das Bewegen sind für Weizsäcker essentielle menschliche Grundvollzüge und gestalten zugleich zwei Wege zur Beziehung zwischen Seele und Leib. Diese sinnesphysiologischen Vorgänge bezeichnen eine Komplementarität, die die Beziehung der Seele und des Leibes widerspiegelt.¹⁶⁵

WEIZSÄCKER versteht unter „Wahrnehmen“ nicht nur ein passives Rezipieren, sondern ein aktiv gestalterisches Auslesen und unter „Bewegen“ ein aktives Handeln, welches dem Subjekt ermöglicht, eine bestimmte Aufgabe zu erfüllen. Wahrnehmung ist immer Selbstbewegung und Bewegung immer Selbstwahrnehmung.¹⁶⁶

In seiner Theorie des Gestaltkreises versucht WEIZSÄCKER die Dynamik der Seele-Leib-Einheit darzustellen. Dieses Verhältnis stellt er als Bewegungsbeziehung dar: *„Körper und Seele sind keine Einheit, aber sie gehen miteinander um.“*¹⁶⁷ Er gebraucht das Bild einer Drehtür, um die Art der Kommunikation zwischen Seele und Leib auszudrücken: *„ Es ist so, dass wenn ich durch die Drehtüre gehe, ich das Innere des Hauses nur sehe, wenn ich hereingehe, und dass nur, wenn ich herausgehe, [ich] es nicht mehr sehe. Dieses Gleichnis soll erläutern, wie das Prinzip der Verschränkung ein Realprinzip der Biologie ist.“*¹⁶⁸ Dabei geht es um eine *„gegenseitige Verborgenheit zwischen Körper und Seele“*, die er als die *„ unübersehbare Struktur unseres Dasein[s]“*

¹⁶² Vgl. **V. v. WEIZSÄCKER**, *Meines Lebens hauptsächliches bemühen*, in: **H. KERN** (Hrsg.), *Wegweiser in der Zeitenwende. Selbstzeugnisse bedeutender Menschen*, München-Basel 1955, S. 259, **M. BECK**, *Seele und Krankheit. Psychosomatische Medizin und theologische Anthropologie*, Paderborn 2000, S. 91- 92.

¹⁶³ Vgl. **M. BECK**, *Seele und Krankheit. Psychosomatische Medizin und theologische Anthropologie*, Paderborn 2000, S. 92.

¹⁶⁴ Vgl. **V. v. WEIZSÄCKER**, *Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*, Stuttgart 1968.

¹⁶⁵ Vgl. ebd. S. 172f.

¹⁶⁶ Vgl. **M. BECK**, *Seele und Krankheit*, S. 96.

¹⁶⁷ **V. v. WEIZSÄCKER**, *Körpergeschehen und Neurose. Psychosomatische Medizin*, in: **P. ACHILLES** (Hrsg.), *Gesammelte Schriften*, Bd. VI, Frankfurt 1986, S. 456.

¹⁶⁸ **V. v. WEIZSÄCKER**, *Der Gestaltkreis*, S. 21.

beschreibt.¹⁶⁹ WEIZSÄCKER spricht in diesem Sinne über „*wechselweise Ersetzbarkeit von Körperlichem und Seelischem*.“¹⁷⁰

Aufgrund der medizinischen Untersuchungen unterscheidet WEIZSÄCKER drei Einwirkungsmöglichkeiten der Seele auf den Körper:

1. die Willensakte,
2. die spontanen Äußerungen der Seele in Form der unbewussten Seele, die den Leib beseelt,
3. die Seele, die mit dem Körper wie Reiter und Pferd kämpft.¹⁷¹

In einer ersten Schicht der Willensakte gibt es ein Kausalitätsverhältnis (kausale Psychophysik) zwischen Seele und Körper. WEIZSÄCKER stellt fest, dass der Willensakt einen Muskel bewegt. In diesem Fall liegt eine Assoziation der Seele mit dem Willen vor, so dass die Seele direkt auf den Körper wirkt.

Die zweite Schicht charakterisiert die Phänomene, durch die die Seele auf den Körper einwirkt z.B. das Erröten bei Scham, das Herzklopfen infolge von Angst, das Erbrechen bei Ekel, sowie auch die Gefühle und die Emotionen. Dabei kann Weizsäcker nicht genau diagnostizieren, „*ob der Vorgang im seelischen oder körperlichen Bereich begonnen hat; man weiß nicht, wer angefangen hat*.“¹⁷²

WEIZSÄCKER spricht von der unbewussten Seele, die auf einen Großteil der Muskelbewegungen wirkt z. B. der Beine beim Gehen, der Hände beim Schreiben, der Verdauungsorgane bei der Ernährung. Diese unbewusste Seele hat beachtenswertere Eigenschaften als die bewusste Seele. Sie scheint der bessere Teil zu sein. WEIZSÄCKER spricht nicht mehr von Wirkungen der Seele auf den Körper, sondern von einem Ausdrucksgeschehen, weil die Seele nicht mehr direkt wahrgenommen, sondern nur indirekt erschlossen werden kann.¹⁷³ WEIZSÄCKER will die Beziehung der Seele auf den Körper umformulieren: „*Wir wollen dieses unbewusst beeinflusste Körperliche zukünftig Leib nennen. Wir verstehen unter Leib etwas unbewusst beseeltes Körperliches. Wir haben gute Gründe, uns alle Zellen des Leibes als beseelt zu denken*.“¹⁷⁴

In der dritten Schicht findet ein Kampf zwischen Seele und Körper statt: „*Zwischen Körper und Seele tobt bald ein Kampf, dann herrscht auch Friede, und immer stellt sich das Bild ein, dass sie sich zueinander verhalten wie Ross und Reiter. Es ist richtig, von einer Einheit zu sprechen, aber ebenso richtig ist es, [es] eine Zweiheit zu*

¹⁶⁹ V. v. WEIZSÄCKER, *Fälle und Probleme. Klinische Vorstellungen*, in: P. ACHILLES (Hrsg.), *Gesammelte Schriften*, Bd. IX, Frankfurt 1986, S. 481.

¹⁷⁰ V. v. WEIZSÄCKER, *Körpergeschehen und Neurose*, S. 405.

¹⁷¹ Vgl. V. v. WEIZSÄCKER, *Körpergeschehen und Neurose*, S. 402 – 406, vgl. M. BECK, *Seele und Krankheit*, S. 103.

¹⁷² V. v. WEIZSÄCKER, *Körpergeschehen und Neurose*, S. 402.

¹⁷³ Vgl. M. BECK, *Seele und Krankheit*, S. 103.

¹⁷⁴ V. v. WEIZSÄCKER, *Körpergeschehen und Neurose*, S. 403.

nennen.“¹⁷⁵ Dabei führt er die gegenseitige Darstellungsfunktion ein: „*Der Leib stellt die Seele dar, die Seele stellt ihren Leib dar.*“¹⁷⁶

Diese Leib-Seele-Beziehung als gegenseitige Darstellung des Leibes durch die Seele und der Seele durch den Leib kann nur als unfertige Lösung bezeichnet werden. Seele und Leib kämpfen miteinander und diese Beziehung bleibt immer lebendig, weil sie einander vertreten, d.h. wechselseitig aufeinander bezogen sind. Nach WEIZSÄCKER ist diese wechselweise Ersetzbarkeit zwischen Seele und Leib als Grundgesetz der leibseelischen Zweieinheit anzusehen.¹⁷⁷ „*Wir haben das Leib-Seele-Verhältnis auf drei Stufen begleitet: kausale Psychophysik, unbewusste Beseelung des Leibes und wechselseitige Darstellungsfunktion und Vertretbarkeit von Leib und Seele.*“¹⁷⁸

VIKTOR VON WEIZSÄCKER skizziert seine Theorie des Gestaltkreises trotz des Verlustes der ontologischen Sicht als Leib-Seele-Verhältnis. Die Behauptung bezüglich der unbewussten Beseelung ist der Lehre des THOMAS VON AQUIN über die anima forma corporis verwandt. WEIZSÄCKER erfasst die ontologische Wesensbestimmung der Seele mittels des empirischen Formates der unbewussten Seele. Diese unbewusste Seele hält er für ein inneres Formprinzip.¹⁷⁹

WEIZSÄCKERS Krankheitsbegriff zeigt, dass der Mensch nicht nur an einem vorübergehenden Defekt oder einem abgegrenzten Organbereich leidet, sondern dass die Erkrankung eine existentielle Not des ganzen Menschen in seiner Leib-Seele-Einheit aufzeigt. Dabei sieht der Autor besonders die geistige Seite des Menschen im Krankheitsphänomen, die in der Medizin oft vergessen wurde, weil die Ärzte den Patienten auf seinen Körper reduzierten. Gesundheit wie Krankheit haben demnach psychische, somatische und soziale Anteile und Folgewirkungen, die in Wechselwirkung zueinander stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Zusammenfassend kann man sagen, dass die psychosomatische Medizin das Krankheitsgeschehen als Ausdruck eines bio-psycho-sozialen Geschehens zwischen Mensch und Umwelt definiert.¹⁸⁰

Jeder Patient braucht unabhängig von der klinischen Diagnose und von der Behandlung die psychosomatische Intervention. Der Unfall, die Naturkatastrophe, der Krieg oder die Vergewaltigung bringen nicht nur schwere Krankheiten, sondern traumatische Belastungen, die den Krankheitsverlauf beeinflussen.

Im Bereich der Psychosomatik, der Medizinpsychologie, der Neurologie und der Rehabilitation entwickelt sich das beziehungsmedizinische Verständnis, das nicht nur

¹⁷⁵ Ebd. S. 403.

¹⁷⁶ Ebd. S. 404.

¹⁷⁷ Ebd. S. 405.

¹⁷⁸ Ebd. S. 406.

¹⁷⁹ Vgl. **M. BECK**, *Seele und Krankheit*, S. 273.

¹⁸⁰ Vgl. ebd. S. 283.

mit Namen wie FREUD und WEIZSÄCKER, sondern auch wie UEXKÜLL, HANNICH, DÖRNER und ZIEGER verbunden ist. ANDREAS ZIEGER stellt die wichtigen Ansätze der Beziehungsmedizin folgendermaßen dar¹⁸¹:

- *Leben (biologisches) bedeutet Verletzlichkeit und Sterblichkeit.*
- *Jedes Lebewesen entwickelt sich aus anderem Leben.*
- *Leben ist von Anfang an körperlich, psychisch/geistig und sozial.*
- *Das Lebenswesen Mensch ist eine leib-seelisch-geistige Einheit.*
- *Leiden, Krankheit, Sterben und Tod gehören zum Leben und konstituieren die zwischenmenschliche Verbundenheit, das Soziale.*
- *Menschliches Leben ist rückgebunden auf andere Menschen, das Zwischenmenschliche, das Humanum und auf „Gott“ (das gute Ganze).*
- *Der Körper/Leib eines Menschen ist immer auch ein sozialer Körper, das Gehirn des Menschen ist ein soziales Organ.*
- *Jedem Menschen ist Personsein und Menschenwürde zuzusprechen.*
- *Wachkoma-Patienten leben in einer ungewöhnlichen und extremen Lebensform als Resultat hochgradiger Dissoziation des Zwischenmenschlichen (innere und äußere isolative Prozesse).*

Die Ansicht der Beziehungsmedizin ist hilfreich für Menschen im Wachkoma, die sowohl eine schwere Krankheit erlitten, als auch an einem Trauma leiden. Nach A. ZIEGER ist ein Wachkoma-Patient ein verletzliches und soziales Wesen. Bei den Wachkoma-Patienten spielen physikalische und psychosoziale Faktoren eine entscheidende Rolle. Die neuen Forschungen zeigen auf, dass *„ein neues, integriertes neuropsychologisches und psychosomatisches Verständnis von schwerer Hirnschädigung auf der Basis einer gerade erst entstehenden Neuropsychotraumatologie bzw. Psychoneurotraumatologie“*¹⁸² entsteht.

Die traumatischen Stressfaktoren bei Wachkomapatienten entstehen infolge der Situation am Unfallort, der Situation auf der Intensivstation und schließlich der Situation auf der Frührehabstation. Die Patienten zeigen verschiedene Unruhezustände in Gestalt von externen Reizen z. B. Schreckhaftigkeit, Erröten, Schwitzen, schnelles Atmen, Blutdruck usw.¹⁸³

Bei den Wachkoma-Patienten kann man innere und äußere Reaktionen des Körpers beobachten. Diese Reaktionen, sog. Symptome, werden in ein übergeordnetes Verständnismodell eingeordnet. Es geht dabei um das biosemiotische Modell, in dem

¹⁸¹ A. ZIEGER, *Der neurologisch schwerstgeschädigte Patient im Spannungsfeld zwischen Bio- und Beziehungsmedizin*, Intensivmedizin 10(2002), S. 262.

¹⁸² Ebd. S. 263.

¹⁸³ Vgl. A. ZIEGER, *Traumatisiert an Leib und Seele – Konsequenzen für den Umgang mit Wachkoma-Patienten aus beziehungsmedizinischer Sicht*.

URL: www.a-zieger.de/Dateien/Wachkoma/Traumatisiert.pdf von 15. 02. 2005.

das gezeigte Verhalten eines Wachkoma-Patienten durch den kulturellen Kontext übersetzt wird. Die Körperhaltung drückt bei Menschen im Wachkoma ein Trauma aus, das sich als eine hochgradige Dissoziation der leib-seelisch-geistigen Integrität und Identität verstehen lässt. Daher hinterlässt das Trauma verschiedene Symptome und Zeichen, die körpersemantisch entschlüsselt werden müssen. Das Verständnis der Körpersemantik eines Wachkoma-Patienten gilt als Grundlage eines körpernahen Dialogaufbaus.¹⁸⁴

Der Dialogaufbau ist mit körpernahen Interaktionen und Handlungsdialogen unter Einbezug von vertrauten Angehörigen verbunden. Die traumatisierten Patienten haben Kontakt- und Beziehungsstörungen und brauchen besonders viel zwischenmenschlichen Kontakt im klinischen Alltag sowie danach in der häuslichen Umgebung. Einfachen Tätigkeiten, wie z.B. Massagen, Liebkosungen und Küsse bringen dem Wachkoma-Patienten wertvolle Möglichkeiten zur Stressreduzierung. Ärzte, Pfleger/in und Angehörige sollten eine spürbar liebevolle Atmosphäre in die Umgebung der Patienten einbringen.¹⁸⁵

Daraus ist klar ersichtlich, dass Wachkomapatienten eine traumatische Apathie erleiden, wie sie auch andere Leiden an Leib und Seele erfahren. Auch die Wachkomapatienten sind geistig-soziale Wesen und bedürfen gemäß der beziehungsmedizinischen Theorie über die Trias von Sozialem, Geschichtlichem und Sinnhaftem der ganzheitlichen Behandlung. Die große Herausforderung für eine humane Medizin liegt weiterhin in der Entschlüsselung der körperhaften Pathologie des Wachkomas. Der körpernahe Dialogaufbau ist ein wichtiger Ansatz in der Frührehabilitation im Wachkoma. Zusammenfassend kann man sagen, dass der Körper eine Tür zur Innerlichkeit des Wachkoma-Patienten ist.

Dementsprechend ist im jüdisch-christlichen Kulturkreis die Auffassung bedeutungsvoll geworden, dass alle Menschen Gottes Ebenbild tragen und als Individuen in einer einzigartigen Beziehung zu ihrem Schöpfer stehen. Person ist immer der ganze Mensch, nur als Ganzes ist er Gegenstand der schöpferischen Beziehung Gottes. Seele und Leib stellen eine untrennbare Einheit der menschlichen Person dar. Die geistige Seele ist einerseits das Prinzip der Beseelung des Leibes, andererseits besitzt sie eine Aktivität, die höher einzustufen ist als der Leib und der

¹⁸⁴ **A. ZIEGER**, *Beziehungsmedizinisches Wissen im Umgang mit so genannten Wachkomapatienten*, in: **W. HÖFLING** (Hrsg.), *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*, Münster 2005, S. 56, **A. ZIEGER**, *Körpersemantik und körpernaher Dialogaufbau mit Menschen im Koma und Wachkoma*, in: **TH. KAMMER** (Hrsg.), *Traumland Intensivstation. Veränderte Bewusstseinszustände und Koma. Interdisziplinäre Expeditionen*, München 2006, S. 75ff.

¹⁸⁵ Vgl. **A. ZIEGER**, *Traumatisiert an Leib und Seele*.

materielle Organismus. Die intellektuelle Seele erscheint im menschlichen Leib, der lebendig, fühlend und rational ist. Der Leib im Wachkoma besitzt das Leben eines Organismus, den nur die rationale Seele lebendig macht.¹⁸⁶ Solange der Mensch lebt, ist er eine unteilbare Einheit als leib-seelische Person in leiblicher Integrität. Im Licht der obigen Auffassung des integrativen Menschenbildes spielt auch der menschliche Leib eine relevante Rolle.

Mit dem Begriff des Lebens hängt der Begriff der Art des Lebendigen zusammen. Der Mensch ist in ein Verwandtschaftsverhältnis eingebunden, steht in einem konstitutiven Verhältnis der Verwandtschaft. Die biologischen Funktionen und Beziehungen haben beim Menschen einen personalen Charakter. Essen und Trinken stellen personale Akte dar, die nicht nur *actus hominis*, sondern auch *actus humani* sind. Man kann sagen, dass diese biologischen Funktionen einen personalen Kontext in Form einer personalen Beziehung ausdrücken. Die menschliche „Animalität“ ist nicht bloße Animalität, sondern sie gilt als Medium der Verwirklichung der Person.¹⁸⁷

Im beziehungsmedizinischen Verständnis steht bei Menschen im Wachkoma die Körperhaftigkeit bzw. das Leibsein als Vordergrund. Es geht hierbei nicht um eine bloße Zerstörung der Gehirnfunktion, sondern im Verständnis der Beziehungsmedizin zugleich um eine hochgradige Dissoziation der leib-seelisch-geistigen Integrität und Identität. Das ist der wichtigste Ausgangspunkt im Rahmen des Remissionsprozesses und der Frührehabilitation des Wachkoma-Patienten.¹⁸⁸

Im diesem Kontext stellt sich die Frage nach der Wahrung der Integrität der leibseelischen Natur und der Achtung der Menschenwürde. Die Menschenwürde kommt allen Menschen gleichermaßen zu, unabhängig von nachweisbaren Qualitäten und Fähigkeiten. Aus der Respektierung der Menschenwürde folgt das Recht auf den Schutz der Integrität von Leib und Leben.¹⁸⁹ Das Prinzip der Menschenwürde hat praktische Konsequenzen für die medizinische Ethik im Umgang mit den Patienten. Dies gilt ebenso für den Wachkoma-Patienten, der, wenn auch einer bestimmten Teilfunktion beraubt, dennoch ein von seiner Mitte her lebender Mensch ist: „*Der dauerhaft bewusstlose Mensch ist ein Mensch, dem Würde und Lebensrecht wie jedem anderen Menschen zukommen.*“¹⁹⁰ Dieser Patient hat wie alle Kranken Anspruch auf

¹⁸⁶ Vgl. **E. SGRECCIA**, *Vegetative state and brain death: Philosophical and ethical issues a personalistic view*, in: **G. L. GIGLI, N. ZASLER** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, NeuroRehabilitation 19(2004), S. 364.

¹⁸⁷ Vgl. **R. SPAEMANN**, *Personen*, S. 255f.

¹⁸⁸ Vgl. **A. ZIEGER**, *Beziehungsmedizinisches Wissen im Umgang mit so genannten Wachkomapatienten*, in: **W. HÖFLING** (Hrsg.), *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*, Münster 2005, S.51ff.

¹⁸⁹ Vgl. **L. HONNEFELDER**, *Medizinische Ethik und ärztliche Teleologie. Zu den ethischen Aspekten der Behandlung irreversibel bewusstloser Patienten*, Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik Bd. 2, 1997, S. 175.

¹⁹⁰ Ebd. S. 175.

angemessene Behandlung und Fürsorge im Rahmen der Ethik der Solidarität mit den Schwächsten. Die Aufgabe des Arztes gegenüber dem Patienten drückt beispielsweise § 1 Absatz (2) der Berufsordnung für die deutsche Ärztinnen und Ärzte aus: *„Die Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.“*¹⁹¹

¹⁹¹ **BÄK**, (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (1997), in: **U. WIESING** (Hrsg.), *Ethik in der Medizin*, Stuttgart 2000, S. 65.

5. DIE ETHISCHE ORIENTIERUNG BEIM UMGANG MIT WACHKOMAPATIENTEN IN DER MORALTHEOLOGISCHEN PERSPEKTIVE

5.1. Die katholische Position bezüglich der gewöhnlichen und außergewöhnlichen Mittel

Die Unterscheidung zwischen gewöhnlichen und außergewöhnlichen Mitteln hat traditionell eine große Bedeutung in der katholischen Moraltheologie. Sie geht auf die Renaissance der thomistischen Theologie im 16. Jh. zurück und blühte an deutschen, italienischen und vor allem an spanischen Universitäten, z.B. an der Dominikanerschule von Salamanca. Die Summa theologica des Thomas von Aquin wurde zur Beantwortung neuer Fragen vor allem aus dem Bereich des Staats- und Völkerrechts eingeführt. Der Hintergrund dieser Problematik ist die Entdeckung Amerikas und die damalige politische und wirtschaftliche Situation. Die spanischen Theologen mussten ihren Landsleuten und den Entdeckern auf diese Fragen antworten. Hierbei spielte nicht nur die Frage nach dem gerechten Krieg, sondern auch nach der Verpflichtung gegenüber dem Gemeinwohl der ganzen Menschheit eine grosse Rolle. ¹ In der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts wurden Handbücher der Moraltheologie für die Lehre in den Priesterseminaren und besonders für die Pastoral des Bussakraments verfasst. Die Moraltheologie wurde von den Jesuiten als ein kasuistisches Sonderfach eingeführt. Die Thematik der Moraltheologie wird in die Fundamentalmoral und auf die spezielle Moral (theologia moralis specialis) aufgeteilt.² In der weiteren Entwicklung der Moraltheologie spielte im 17. Jh. der beginnende Streit um die Moralsysteme (Probabilismus, Laxismus, Rigorismus, Tutorismus) eine große Rolle. Dieser Streit dauerte drei Jahrhunderte lang bis zu Alfons Liguori, der seine Lösung in der Gestalt des Äquiprobabilismus gegeben hat. ³ Die katholische Position über Lebensverlängerung entwickelte sich zwischen der zweiten Hälfte 16. des Jahrhunderts und dem 18. Jahrhundert. Es ging um das Problem des Zweifels in Bezug auf die Anwendung des Gesetzes auf die einzelnen Handlungen.

¹ Vgl. **A. GÜNTHÖR**, *Anruf und Antwort. Der Christ – gerufen zum Leben*, Bd. I., Vallendar-Schönsatt 1993, S. 81, **J. PIEGSA**, *Der Mensch – Das moralische Lebewesen. Fundamentale Fragen der Moraltheologie*, St. Ottilien 1996, S. 101.

² Vgl. **A. GÜNTHÖR**, *Anruf und Antwort. Der Christ – gerufen zum Leben*, Bd. I., Vallendar-Schönsatt 1993, S. 82f., **S. PINCKAERS**, *Christus und das Glück. Grundriss der christlichen Ethik*, Göttingen 2004, S. 26f.

³ Vgl. ebd., S. 29ff.

Die erste klare Lehre über die Lebensverlängerung findet sich beim spanischen Dominikaner FRANCISCO DE VITORIA (1486-1546).⁴ In seinem Werk *Reflectiones Theologiae* überlegte DE VITORIA, ob man die natürliche Gesetzesverpflichtung, das Leben zu schützen und zu erhalten verletzt, wenn man die Nahrungszufuhr versäumt. Wenn Nahrung einem kranken Menschen irgendeine Hoffnung auf Leben bringt, ist die Nahrungszufuhr obligatorisch. Wenn die Nahrungsaufnahme mit einer „gewissen Folter“ und mit kaum oder gar keiner Hoffnung auf Leben verbunden ist, dann stellt nach DE VITORIA die Nahrungsverweigerung keine Todsünde dar.⁵ Weiter lehrte DE VITORIA, dass es einen Unterschied gibt zwischen Nahrung und Medikament. Die Nahrung ist per se ein Mittel, das auf das Leben des Tiers hinweist und im Unterschied zum Medikament als natürlich gilt. Eine Person ist nicht verpflichtet, alle möglichen lebenserhaltenden Mittel zu verwenden, jedoch aber Mittel, die per se für diesen Zweck bestimmt werden. Wenn eine moralische Gewissheit bestünde, dass die Verwendung eines Medikaments einem Menschen die Gesundheit zurückgeben könnte und er andernfalls sterben würde, dann wäre die Verwendung eines Medikaments obligatorisch. Nach DE VITORIA trägt der Mensch die Verantwortung, das Leben der Kranken zu retten. Demzufolge begeht der Mensch eine Todsünde, wenn er einem Kranken keine Medikamente gibt. Andererseits ist es selten sicher, dass die Wirkung eines Medikaments positiv für die Gesundheit ist. Deshalb ist es keine Todsünde, auf die Verwendung von Medikamenten zu verzichten, obwohl dies keine lobenswerte Einstellung ist, da Gott die Medizin wegen ihrer Nützlichkeit geschaffen hat.⁶

An anderer Stelle fasste DE VITORIA seine Position in der Weise zusammen, dass man alle Mittel verwenden kann, die das Leben bewahren. Weiterhin genügt es, die Mittel zu verwenden, die in sich selbst den Zweck haben, das Leben zu bewahren. Hat der kranke Mensch die Hoffnung aufgegeben und es gäbe eine teure Medizin, um sein Leben für einige Stunden oder Tage zu verlängern, dann müsste man in dieser

⁴ **G. M. ATKINSON**, *Theological History of Catholic Teaching on Prolonging Life Decisions*, **D. G. MCCARTHY**, **A. S. MORACZEWSKI** (Hrsg.), St. Louis 1981, S. 97f., **J. J. PARIS**, *The Catholic Tradition on the use of Nutrition and Fluids*, in: **K. W. WILDES** (Hrsg.), *Birth, Suffering and Death*, S. 200f., **M. PANICOLA**, *Catholic Teaching on Prolonging Life: Setting the Record Straight*, Hastings Center Report 31(2001), S. 15f.

⁵ Vgl. **M. PANICOLA**, *Catholic Teaching on Prolonging Life*, S.15 – 16, **D. A. CRONIN**, *Conserving Human Life*, St. Louis 1989, S 35., „Secundo dico, quod si aegrotus potest sumere cibum, vel alimentum cum aliqua spe vitae, tenetur sumere cibum, sicut teneretur dare aegrotanti. Tertio dico, quod si animi delectio tanta est, et appetivae virtutis tanta consternatio, ut non nisi per summum laborem et quasi cruciatum quendam, aegrotus possit sumere cibum, iam reputatur quaedam impossibilitas, et ideo excusatur, saltem a mortali, maxime ubi est exigua spes vitae, aut nulla.“ **OBRAS DE FRANCESCO VITORIA**, *Relecciones teológicas*, Relectio IX, de Temp n. 1, Edición crítica del texto latino, versión española, introducción general con general con el estudio de su doctrina teológico-jurídica por el Pader Teófilo Urdánoz O.P., Madrid 1960.

⁶ Vgl. **M. PANICOLA**, *Catholic Teaching on Prolonging Life*, S.15 – 16, **D. A. CRONIN**, *Conserving Human Life*, S 35, **OBRAS DE FRANCESCO VITORIA**, *Relecciones teológicas*, Relectio IX, de Temp n. 1.,

Situation kein teures Mittel kaufen, sondern es würde genügen, die gewöhnlichen Mittel zu verwenden.⁷ Daraus ergibt sich, dass man nicht verpflichtet ist, jedes Mittel für die Aufrechterhaltung des Lebens zu verwenden. Da im 16. Jahrhundert viele Medikamente im Rahmen von Experimenten verschrieben wurden, war der Kranke nicht moralisch verpflichtet, sie zu verwenden.⁸

Im Zusammenhang mit der Art oder der Qualität der Nahrung lehrt DE VITORIA, dass ein Patient das beste und teuerste Essen nicht sich zu nehmen braucht, selbst wenn es von einem Arzt verordnet wurde und das Leben um zwanzig Jahre verlängern könnte.⁹

Man kann sagen, dass DE VITORIA die Unterscheidung zwischen künstlichem und natürlichem Mittel vorschlug. Das natürliche Mittel ist von der Natur für die Aufrechterhaltung des Lebens vorgesehen, während das künstliche Mittel als Ergänzung der Natur gedacht ist. Nahrung und Wasser bleiben im Konzept DE VITORIAS als natürliches, grundsätzliches Mittel, das ethisch verpflichtend ist.¹⁰

In der geschichtlichen Entwicklung der katholischen Lehre über die Verlängerung des Lebens spielte ein weiterer dominikanischer Theologe aus Spanien eine wichtige Rolle. DOMINGO BAÑEZ (1528-1604) führte die Begriffe „gewöhnlich“ und „außergewöhnlich“ in der Diskussion über moralische Verpflichtung und moralisch fakultatives Mittel zur Erhaltung des Lebens ein. Der Mensch ist verpflichtet, sein eigenes Leben zu bewahren, aber er muss kein außergewöhnliches Mittel verwenden. Es geht um teure Mittel, die außergewöhnlich im Verhältnis zum Zustand des Menschen sind. Der Mensch ist verpflichtet, allgemeine Nahrung, Kleidung und gewöhnliche Medikamente zur Linderung des Schmerzes zu verwenden.¹¹ BAÑEZ Unterscheidung zwischen gewöhnlichem und außergewöhnlichem Mittel wurde schnell Bestandteil der katholischen Tradition.

Der spanische Jesuitentheologe JUAN DE LUGO (1583-1660) übernahm die oben dargelegte Unterscheidung und weitete sie aus. DE LUGO erklärte, dass man moralisch verpflichtet sei, gewöhnliche Mittel für die Aufrechterhaltung des Lebens zu verwenden, außer, wenn es keine vernünftige Hoffnung auf Nutzen mehr gibt. DE

⁷ Vgl. **M. PANICOLA**, *Catholic Teaching on Prolonging Life*, S. 16, **D. A. CRONIN**, *Conserving Human Life*, S. 37, **OBRAS DE FRANCESCO VITORIA**, *Relecciones teológicas*, Relectio X, de Homicidio n. 35.

⁸ Vgl. **R. C. SPARKS**, *To Treat or Not To Treat? Bioethics and the Handicapped Newborn*, New York 1988, S. 95.

⁹ Vgl. **M. PANICOLA**, *Catholic Teaching on Prolonging Life*, S. 16, **D. A. CRONIN**, *Conserving Human Life*, S. 37, **F. DE VITORIA**, *Commentarios a la Secunda Secundae de Santo Tomas*, II:II, q.147. a.1,

¹⁰ Vgl. **G. M. ATKINSON**, *Theological History of Catholic Teaching on Prolonging Life Decisions*, S. 99f; **R. BARRY**, *Feeding the comatose and the common good in the catholic tradition*, *The Thomist* 53(1989), S. 7f.

¹¹ Vgl. **M. PANICOLA**, *Catholic Teaching on Prolonging Life*, S. 16, **D. A. CRONIN**, *Conserving Human Life*, S. 42, **D. BAÑEZ**, *Scholastica Commentaria in Patrem Angelici Doctoris S. Thomae* (Duaci 1614-1615), Bd. IV, Decisiones de Jure et Justitia, II:II, q. 65, a. 1.

LUGO hob hervor, dass eine Person in einem brennenden Gebäude kein Wasser mehr verwenden müsste, um einen Teil des Feuers zu löschen. Im ersten Fall verzögert sich der Todeszeitpunkt für einen Menschen und im zweiten Fall wäre die teilweise Löschung des Feuers ein sinnloser Versuch, das Leben kurzfristig zu erhalten.¹² DE LUGO machte die Verwendung des gewöhnlichen Mittels zur Lebensverlängerung von relevanter Hoffnung auf Nutzen und einem gewissen Grad der Dauer abhängig.¹³

Dieses Beispiel lässt sich – nach R. BARRY – auf einen sterbenden Patienten anwenden, für den Fall, dass die Nahrung keinen wesentlichen Beitrag zur Lebensverlängerung leisten könne. In diesem Fall wäre nicht die Entfernung von Nahrung und Flüssigkeit die Todesursache, sondern das Feuer.¹⁴

DE LUGO lehrte, dass ein außergewöhnliches Mittel zur Lebensverlängerung moralisch nicht verpflichtend sei. Er befasste sich dabei mit der Frage nach der Amputation. DE LUGO argumentierte, dass eine Amputation falsch sei, wenn sie unnötig für die Gesundheit des Leibes sei. DE LUGO lehrte, dass gewisse Mittel obligatorisch seien unter der Bedingung, dass sie ohne allzu großen Schmerz verabreicht werden könnten, d.h. ein Heilmittel, das keinen intensiven Schmerz verursacht, gilt als verpflichtend. Der Mensch muss kein außergewöhnliches und kostspieliges Mittel verwenden, um sein Leben zu bewahren, wenn das Mittel intensiven Schmerz nicht verhindern kann.¹⁵ Dabei unterschied DE LUGO zwischen aktiver Tötung einerseits und dem Sterbenlassen durch Verweigerung des lästigen Mittels andererseits. Der erste Akt ist nach DE LUGO immer moralisch zweifelhaft, während der zweite Akt unter gewissen Bedingungen gerechtfertigt werden kann. Dementsprechend gilt die Verweigerung des außergewöhnlichen Mittels als Sterbenlassen und keineswegs als Tötung.¹⁶ DE LUGO war für die Moraltheologie grundlegend durch seine Unterscheidung zwischen Tötung und Sterbenlassen.

DE LUGO unterstrich, dass ein gewöhnliches Mittel unter Maßgabe des Zustands oder des Status im Leben des betreffenden Menschen erwogen werden muss. Er behauptete, dass, was gewöhnlich für Personen in der Welt gelte, für Menschen, die im Kloster ein asketisches Leben führen, aussergewöhnlich sein

¹² Vgl. **G. M. ATKINSON**, *Theological History of Catholic Teaching on Prolonging Life Decisions*, S. 59, **J. DE LUGO**, *Disputationes Scholasticae et Morales*, Bd. VI, De Justitio et Jure, Disp. X, Sec. 1, n. 21.

¹³ Vgl. **M. PANICOLA**, *Catholic Teaching on Prolonging Life*, S. 16.

¹⁴ Vgl. **R. BARRY**, *Feeding the comatose and the common good in the catholic tradition*, *The Thomist* 53(1989), S. 9f.

¹⁵ Vgl. **G. M. ATKINSON**, *Theological History of Catholic Teaching on Prolonging Life Decisions*, S. 101, **D. A. CRONIN**, *Conserving Human Life*, S. 59, **J. DE LUGO**, *Disputationes Scholasticae et Morales*, Bd. VI, De Justitio et Jure, Disp. X, Sec. 1, n. 21.

¹⁶ Vgl. **M. PANICOLA**, *Catholic Teaching on Prolonging Life*, S. 17, **D. A. CRONIN**, *Conserving Human Life*, S. 55, **J. DE LUGO**, *Disputationes Scholasticae et Morales*, Bd. VI, De Justitio et Jure, Disp. X, Sec. 1, n. 36.

könne.¹⁷ Bei der Festlegung der Begrifflichkeit ist immer der situative Kontext zu bedenken.¹⁸

Der berühmte Moralthologe ALPHONSUS LIGUORI (1696-1787) fügte nur wenig zum Werk seines Vorgängers hinzu. Die „Theologia Moralis“ war zwar historisch wichtig, brachte aber keinen neuen Aspekt zur Lehre über die Lebensverlängerung. Man kann LIGUORIS Lehre wie folgt zusammenfassen:¹⁹

1. Kostbare und bzw. außergewöhnliche Maßnahmen (z. B. Reisen in ein gesünderes Klima zur Aufrechterhaltung des Lebens) sind nicht verpflichtend.
2. Als gewöhnlich eingestufte Medikamente sind bei berechtigter Hoffnung auf eine Wiedererlangung der Gesundheit verpflichtend.

Liguori nahm in Rahmen der als gewöhnlich eingestuften Mittel eine weitere Einschränkung vor: das Kriterium der subjektiven Abneigung. Auch hierin folgt er DE VITORIA und DE LUGO. Demzufolge sind Patienten mit einer subjektiven Abneigung gegen einen Teil der ihnen verordneten sog. gewöhnliche Medikamente nicht verpflichtet, diese einzunehmen. Erst im 20. Jahrhundert flossen in die moraltheologische Diskussion über die gewöhnlichen und außergewöhnlichen Mittel noch einmal erwähnenswerste Impulse ein.²⁰

In seinem Artikel „The duty to preserve life“ von 1951²¹ definiert GERALD KELLY (1902 – 1964) als gewöhnliche Mittel alle Medikamente, Behandlungen und Operationen, die vernünftige Hoffnung auf Nutzen bringen und ohne übermäßige Kosten, Schmerzen oder Schwierigkeiten verwendet werden können. Außergewöhnliche Mittel sind hingegen alle Medikamente, Behandlungen und Operationen, die mit übermäßigen Kosten, Schmerzen oder Schwierigkeiten verbunden sind und die keine vernünftige Hoffnung auf Nutzen geben.²² Aufgrund der obigen Behauptungen ist nach Kelly der Patient immer verpflichtet, gewöhnliche Mittel zu verwenden. Andererseits ist der Patient nie verpflichtet, außergewöhnliche Mittel in Anspruch zu nehmen. Außergewöhnliche Mittel könnten dann von einem Patienten verwendet werden, wenn sein Leben für das Allgemeinwohl notwendig ist oder wenn eine Lebensverlängerung für sein ewiges Heil (eternal salvation) notwendig ist.²³

¹⁷ Vgl. **M. PANICOLA**, *Catholic Teaching on Prolonging Life*, S. 17, **D. A. CRONIN**, *Conserving Human Life*, S. 55, **J. DE LUGO**, *Disputationes Scholasticae et Morales*, Bd. VI, De Justitio et Jure, Disp. X, Sec. 1, n. 36.

¹⁸ Vgl. **M. PANICOLA**, *Catholic Teaching on Prolonging Life*, S. 17.

¹⁹ Vgl. **G. M. ATKINSON**, *Theological History of Catholic Teaching on Prolonging Life Decisions*, S. 103.

²⁰ Vgl. ebd., S. 104.

²¹ Vgl. **G. KELLY**, *The duty to preserve life*, *Theological Studies* 12 (1951), S. 550 – 556.

²² Vgl. ebd., S. 550.

²³ Vgl. ebd., S. 550.

KELLY'S Definition der gewöhnlichen und außergewöhnlichen Mittel wird von Papst PIUS XII. in seiner Stellungnahme für die Anästhesiologen verwendet.

5.2. Die Lehramtsposition bezüglich der Lebensverlängerung und über Sorge für das menschliche Leben

Der Fortschritt der Medizin wirft die Frage nach der Lebensverlängerung auf. Zu diesem Problem nahm Papst PIUS XII. offiziell Stellung im Zusammenhang mit dem Anästhesiologenkongress von 1957. Die Unterscheidung von gewöhnlichen und außergewöhnlichen therapeutischen Maßnahmen findet sich in seiner diesbezüglichen Ansprache²⁴. PIUS XII. hat damals den Ärzten, Chirurgen und Professoren in einer an sie gerichteten Ansprache auf einige Fragen geantwortet, die ihm von Dr. BRUNO HAID in Bezug auf die so genannte Wiederbelebung vorgelegt worden waren. PIUS XII. befasste sich mit drei Fragen der modernen Wiederbelebungspraxis:²⁵

1. Muss man die modernen Geräte der künstlichen Atmung in allen Fällen verwenden, auch wenn dies nach dem Urteil des Arztes aussichtslos ist?
2. Kann man das Atmungsgerät entfernen (Frage: Stillstand des Kreislaufs), wenn es keine Verbesserung des Zustands tiefer Bewusstlosigkeit gibt?
3. Muss ein Patient in tiefer Bewusstlosigkeit als tot angesehen werden, wenn sein Leben durch die künstliche Atmung erhalten wird und es bei ihm keine Besserung gibt?

Um die aufgeworfenen Fragen beantworten zu können, skizzierte der Papst die allgemeine Basis, auf der er Rechte und Pflichten eines Arztes ansiedelt: Ein Arzt ist bei einer ernsthaften Erkrankung des Patienten verpflichtet, dessen Leben und Gesundheit zu erhalten. Das ist er Gott, sich selbst und dem Patienten schuldig. PIUS XII. formulierte das folgendermaßen: *„Diese Pflicht, die er gegenüber sich selbst, gegenüber Gott, gegenüber der menschlichen Gemeinschaft und häufiger noch gegenüber gewissen ganz bestimmten Personen hat, entspricht der geordneten Nächstenliebe (caritas), dem Gehorsam gegenüber dem Schöpfer, der sozialen Gerechtigkeit schlechthin sowie der Rücksicht auf die Angehörigen.“*²⁶

PIUS XII. machte die grundsätzliche Unterscheidung zwischen gewöhnlichem und außergewöhnlichem Mittel. Er unterstrich, dass es gewöhnlich nur die Verpflichtung gibt, übliche Maßnahmen zu ergreifen. Die Pflicht, Leben und Gesundheit zu erhalten, *„verpflichtet gewöhnlich nur zum Gebrauch der (entsprechenden Umständen, dem Ort, der Zeit, der Kultur) üblichen Mittel, d.h. der Mittel, die keine außergewöhnliche Belastung für einen selbst oder andere mit sich*

²⁴ Vgl. **PIUS XII.**, *Die Stimme des Papstes. Über moralische Probleme der Wiederbelebung*, Herder-Korr 12(1958), S. 228 – 230.

²⁵ Vgl. ebd., S. 228f.

²⁶ Ebd., S. 229.

bringen. Eine strengere Verpflichtung wäre für die Mehrzahl der Menschen zu schwer und würde die Erlangung wichtiger höherer Güter zu sehr erschweren. Leben, Gesundheit und jede irdische Aktivität sind in der Tat geistigen Zielen untergeordnet. Im übrigen ist es nicht verboten, mehr als das strikt Notwendige zur Erhaltung des Lebens und der Gesundheit zu tun, vorausgesetzt, dass dadurch keine wichtigeren Pflichten versäumt werden.“²⁷

Der Papst unterstrich, dass man auf die Technik der Wiederbelebung verzichten kann, wenn sie eine Belastung darstellt. Der Patient kann persönlich über die Verwendung dieses Gerätes entscheiden. Diese Technik gilt als außergewöhnliches Mittel, deshalb ist es nichts Unmoralisches, darauf zu verzichten. Dabei respektieren die Angehörigen den Willen des bewusstlosen Patienten. In diesem Fall geht es nicht um Euthanasie, sondern um die Verwendung des Prinzips der Doppelwirkung: *„In diesem Fall liegt keinerlei direkte Verfügung über das Leben des Patienten noch auch Euthanasie vor, die niemals erlaubt wäre; selbst wenn sie den Stillstand des Blutkreislaufs nach sich zieht, so ist doch die Unterbrechung des Wiederbelebungsversuchs immer nur indirekte Ursache des Aufhörens des Lebens, und in diesem Fall muss man den Grundsatz des doppelten Effekts und den des „voluntarium in causa“ anwenden.“²⁸*

Die endgültige Entscheidung über die Entfernung des Atmungsgerätes fällen die Ärzte, wenn sie den sicheren Todeszeitpunkt des Menschen feststellen. Die Feststellung des Todes des Menschen ist wichtig für die Spendung der „Letzten Ölung“. Die Frage nach der exakten Bestimmung des Todeszeitpunkts liess PIUS XII. offen, weil dies nicht in die Kompetenz der Kirche fällt. Im Bezug auf den bewusstlosen Patienten hob der Papst hervor, dass das menschliche Leben solange bestehe, wie der Organismus noch über seine Vitalfunktionen verfüge: *„Aber Überlegungen allgemeiner Art erlauben, zu glauben, dass das menschliche Leben so lange andauert, wie seine vitalen Funktionen – im Unterschied zu dem blossen Leben der Organe – sich spontan oder selbst mit Hilfe künstlicher Vorgänge manifestieren.“²⁹*

Als PIUS XII. die oben erläuterten Prinzipien formulierte, steckte die Intensivmedizin noch in den Kinderschuhen. Jedoch beim heutigen Forschungs- und Entwicklungsstand hat sich die Problematik vervielfacht. Ehemals sehr kostspielige und schmerzhaft Therapien sind oft billiger und komplikationsloser geworden. Deshalb ist heute die Unterscheidung zwischen gewöhnlichen und außergewöhnlichen Massnahmen fließend.³⁰

²⁷ Ebd. S., 229.

²⁸ Ebd. S., 230.

²⁹ Ebd. S., 230.

³⁰ Vgl. **K. H. PESCHKE**, *Christliche Ethik. Spezielle Moraltheologie*, Trier 1995, S. 288f.

Zusammenfassend legt der Papst für die Intensivmedizin folgende Maxime in Bezug auf Lebenserhaltung fest: *„Aber sie [die Pflicht] 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 wichtigerer höherer Güter zu sehr erschweren. Leben, Gesundheit und jede irdische Aktivität sind in der Tat geistigen Zielen untergeordnet.“*³¹ Dieser Hinweis ist der Ausgangspunkt für die Diskussion um Komapatienten und Wachkomapatienten, wo es um das Problem der Lebensverlängerung geht. Die Lebensverlängerung bei einem Patienten hat dann Sinn und Nutzen, wenn sie zum Erreichen der geistigen Ziele des Lebens beiträgt.³² (siehe 5.3.2)

Seit Papst PIUS XII. haben sich auf dem Feld der Medizin eine Reihe neuer Fragen ergeben, auf die man von der katholischen Kirche konkrete Antworten erwartet. Der Wert des menschlichen Lebens per se gerät immer stärker in den Brennpunkt des Interesses. Die Sorge um das menschliche Leben drückt sich vor allem in der „Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie“ aus dem Jahre 1980 aus. Das Lehramt der Kirche bestätigt die Position PIUS XII. Das menschliche Leben gilt als etwas Heiliges und als Geschenk der Liebe Gottes. In besonderer Weise richtet das Dokument die Aufmerksamkeit auf das Ende des menschlichen Lebens. Die Glaubenskongregation warnt davor, aus falsch verstandenem Mitleid Leben vorzeitig zu beenden: *„töten aus Barmherzigkeit, in der Absicht, extreme Schmerzen endgültig zu beenden oder um Kindern mit Geburtsfehlern, unheilbar Kranken oder Geisteskranken eine Verlängerung ihres harten Lebens zu ersparen, das vielleicht noch etliche Jahre dauern würde und den Familien und der Gesellschaft eine allzu schwere Last aufbürden könnte,“*³³ ist nicht vereinbar mit christlicher Ethik und Moral.

In diesem Kontext hebt das Dokument hervor, dass Euthanasie sowohl als Handlung als auch als Unterlassung verstanden wird. Euthanasie kann auf der Ebene der Intention sowie der angewandten Methoden erfolgen. Niemand hat das Recht, unschuldiges menschliches Leben zu töten. Eine solche Handlung wird als Verletzung eines göttlichen Gesetzes, *„eine Beleidigung der Würde der menschlichen Person, (...)“*

³¹ **PIUS XII.**, a.a.O, S. 229.

³² Vgl. **B. M. ASHLEY, K. D. O'ROURKE**, *Health Care Ethics. A theological Analysis*, 4th Edition, Washington 1997, S. 426ff, **M. PANICOLA**, *Catholic Teaching on Prolonging Life*, S. 21.

³³ **DIE KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE**, *Die Erklärung „Iura et bona“ zur Euthanasie, vom 20. Mai 1980*, (Hrsg.) vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Verlautbarungen des apostolischen Stuhls, 20), Bonn 1980, S. 8, II.

*ein Verbrechen gegen das Leben, [als] einen Anschlag gegen das Menschengeschlecht*³⁴ gewertet.

Die Glaubenskongregation gibt ihrer besonderen Sorge im Bereich der Anwendung therapeutischer Mittel in konkreten Fällen Raum. Es geht dabei um die Achtung der Würde der menschlichen Person. Jeder Mensch hat das Recht, für seine Gesundheit zu sorgen und sie sicherzustellen. Dabei stellt sich die Frage nach der Anwendung aller verfügbaren Mittel. Das Dokument greift hierbei auf die Lehre von Papst PIUS XII. über die Anwendung außerordentlicher Mittel zurück, deren Anwendung nicht verpflichtend ist. Die Kongregation erläutert dazu: *„Diese Antwort, die als Grundsatz weiter gilt, erscheint 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.“*³⁵

Es geht also um die „richtige Abwägung der Mittel“, mögen sie als gewöhnlich/außergewöhnlich oder verhältnismäßig/unverhältnismäßig bezeichnet werden, was immer eine äußerst komplexe Entscheidung darstellt. Dabei darf man das verwendende Prinzip der Verhältnismäßigkeit (Proportionalität) nicht mit „Proportionalismus“ verwechseln, der von Papst JOHANNES PAUL II. in der Enzyklika „Veritatis Splendor“ ausdrücklich abgelehnt wurde.³⁶ Die Glaubenskongregation unterscheidet dabei eine medizinische und eine moralische Sicht der Dinge. Aus moralischer Sicht geht es um die Angemessenheit der anzuwendenden Mittel, wobei angemessen als vernünftig definiert wird.³⁷

Der päpstliche Rat „Cor Unum“ fasst im Dokument „Manche ethische Fragen gegenüber Schwerkranken und Sterbenden“ die Relevanz der Unterscheidung von gewöhnlichen und außergewöhnlichen Mittel ins Auge. Das irdische Leben ist zwar ein fundamentales Gut des Menschen aber kein absolutes, deshalb muss die Grenze zur Verpflichtung der Lebensverlängerung definiert werden. Demzufolge ist der Begriff der verhältnismäßigen Pflege mit seinen subjektiven und objektiven Kriterien abzuklären.

³⁴ Ebd. S., 8, II.

³⁵ Ebd. S., 11, IV.

³⁶ Vgl. **JOHANNES PAUL II.**, Enzyklika „Veritatis Splendor“ an alle Bischöfe der katholischen Kirche über einige grundlegende Fragen der kirchlichen Morallehre vom 6. August 1993, (Hrsg.) vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Verlautbarungen des apostolischen Stuhls, 111), Bonn 1993, S. 74 – 75, Nr. 75.

³⁷ Vgl. **NCBC**, *ordinary and extraordinary means*, Ethics & Medics 20(1995), No. 4, S. 2.

Der objektive Charakter des Kriteriums wird durch die Art der Mittel, die Gerechtigkeit ihrer Verwendung und die Kosten bezeichnet. Hingegen impliziert der subjektive Faktor des Kriteriums den Zustand des Patienten (psychische Schwierigkeiten, Unbequemlichkeiten usw.). Um über das Mittel zu entscheiden, muss man das Verhältnis zwischen dem Mittel und dem absichtlichen Zweck klären.³⁸

Dabei hebt der Rat hervor, dass es eine Verpflichtung zur Fortsetzung der „minimalen Mittel“ gibt, d.h., der Mittel, die gewöhnlich das Leben bewahren, wie z.B. Ernährung und Bluttransfusion: *„Reste, par contre, l'obligation stricte de poursuivre à tout prix l'application des moyens dits « minimaux », ceux qui sont destinés normalement et dans des conditions habituelles à maintenir la vie (alimentation, transfusions de sang, injections, etc.). En interrompre l'administration reviendrait pratiquement à vouloir mettre fin aux jours du patient.“*³⁹

Der Päpstliche Rat für die Seelsorge im Krankendienst konkretisiert in seiner „Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen“ die Grundpflege des Kranken, die gesichert werden muss: *„Die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit gehört, auch wenn sie künstlich erfolgt, zur normalen Fürsorge, die man dem Kranken immer schuldet, solange sie sich nicht als unerträglich für ihn erweist: ihre unrechtmäßige Aussetzung kann tatsächlich eine Euthanasie bedeuten.“*⁴⁰ Der Katechismus der Katholischen Kirche setzt diesen Gedankengang fort und fasst ihn zusammen: *„Die Moral verlangt keine Therapie um jeden Preis. Außerordentliche oder zum erhofften Ergebnis in keinem Verhältnis stehende aufwendige und gefährliche medizinische Verfahren einzustellen, kann berechtigt sein. Man will dadurch den Tod nicht herbeiführen, sondern nimmt nur hin, ihn nicht verhindern zu können. Die Entscheidungen sind vom Patienten selbst zu treffen, falls er dazu fähig und imstande ist, andernfalls von den gesetzlich Bevollmächtigten, wobei stets der vernünftige Wille und die berechtigten Interessen des Patienten zu achten sind.“*⁴¹

Die Schweizer Bischofskonferenz erklärt den „vernünftigen Willen des Patienten“, *„wie er sich in der gegebenen Situation oder in einer früher abgefassten Patientenverfügung äussert“*⁴² zum obersten Kriterium für einen Behandlungsabbruch

³⁸ Vgl. **CONSEIL PONTIFICAL « COR UNUM »**, *Quelques questions d'éthique relatives aux grands malades et aux mourants* (1981), in: **P. VERSPIEREN** (Hrsg.), *Biologie, médecine et éthique. Textes du Magistère catholique*, Paris 1987, S. 426ff.

³⁹ **CONSEIL PONTIFICAL « COR UNUM »**, *Quelques questions d'éthique relatives aux grands malades et aux mourants* (1981), S. 428.

⁴⁰ **PÄPSTLICHER RAT FÜR DIE SEELSORGE IM KRANKENDIENST**, *Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen*, Vatikanstadt 1995, Nr. 120.

⁴¹ **KKK**, Nr. 2278.

⁴² **DIE SCHWEIZER BISCHÖFE**, *Die Würde des sterbenden Menschen. Pastoral Schreiben der Schweizer Bischöfe zur Frage der Sterbehilfe und der Sterbebegleitung*, Einsiedeln, 4. Juni 2002,

bzw. –verzicht. Diese Position bringt eine neue Dimension in die Entscheidungsfindung ein, die in anderen kirchlichen Lehramtspositionen bisher nicht betont wurde. Bei Altersdemenz, Koma oder schwerkranken Langzeitpatienten ist demzufolge der mutmaßliche Wille des Patienten und eine Güterabwägung ins Auge zu fassen. Dabei müssen die medizinische Prognose, die Belastung für den Patienten, seine Einstellung zum Sterben und die Folgen einer Weiterführung der Behandlung oder eines Behandlungsverzichts bedacht werden.⁴³

Die Enzyklika „Evangelium Vitae“ von JOHANNES PAUL II. unterstrich die Wahrheit, dass das Leben ein Wert in sich ist und Tötung dieses Lebens ein Übel in sich darstellt, unabhängig von Lebensalter, Gesundheitszustand, Handlungsumständen und Handlungsabsichten. In diesem Kontext unterscheidet JOHANNES PAUL II. bei der Anwendung therapeutischer Maßnahmen zwischen aktiver Euthanasie, passiver Euthanasie und „therapeutischem Übereifer“: *„Von ihr [aktiver Euthanasie und passiver Euthanasie] zu unterscheiden ist 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.“*⁴⁴

Die obige Entscheidung eines Therapieverzichts hat nichts mit Euthanasie zu tun, sondern bezeichnet ein In-Kauf-Nehmen des Todeseintritts. Die moralische Verpflichtung zur Pflege und Behandlung hängt von den jeweiligen konkreten Situationen ab, wobei therapeutische Maßnahmen objektiv in einem angemessenen Verhältnis zur Chance auf Besserung stehen müssen. So gesehen ist der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Mittel moralisch zu rechtfertigen. Bei der Entscheidung über einen Behandlungsabbruch sollten finanzielle Faktoren keine Rolle spielen.⁴⁵

In der Sorge um das Leben und die Gesundheit des Menschen unterstreicht das Lehramt weitere entscheidende Faktoren, die zu beachten sind. Es geht dabei um die Lebensqualität, die Förderung der Gesundheit, die Begleitung der Sterbenden und Schwerkranken, die Verpflichtung im Gesundheitswesen und das ärztliche und pflegerische Ethos.

in: **M. METTNER, R. SCHMITT-MANHART** (Hrsg.), *Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende*, Zürich 2003, S. 421.

⁴³ Vgl. **DIE SCHWEIZER BISCHÖFE**, *Die Würde des sterbenden Menschen*, S. 421.

⁴⁴ **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, vom 25. März 1995*, (Hrsg.) vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Verlautbarungen des apostolischen Stuhls, 120), Bonn 1995, S. 80, Nr. 65.

⁴⁵ Vgl. **JOHANNES PAUL II**, *Enzyklika „Evangelium Vitae“*, S. 80f, Nr. 65; **DIE SCHWEIZER BISCHÖFE**, *Die Würde des sterbenden Menschen*, S. 421f.

Heute erhebt die moderne Gesellschaft Lebensqualität und Förderung der Gesundheit zu zentralen Entscheidungskriterien in den medizinethischen Konfliktsituationen.⁴⁶ In der Enzyklika *Evangelium vitae* beklagte JOHANNES PAUL II., dass die Kriterien der Lebensqualität auf wirtschaftliche Leistung, hemmungslosen Konsumismus, Schönheit und Genuss des physischen Lebens reduziert werden. Ein solches Verständnis der Lebensqualität vernachlässigt die beziehungsmaßige, geistigen und religiösen Dimensionen.⁴⁷ Das eindimensionale Verständnis der Lebensqualität könnte zu einer falschen Form des Erbarmens gegenüber dem Kranken und als Konsequenz zur Tötung führen. Der Existenz des anderen wird oft das Menschsein abgesprochen, weil sie nicht mehr vergleichbar mit der unseren ist. Das wahrhafte Mitleiden zeigt sich in der demütigen Liebe zu anderen.⁴⁸

Die Förderung der Gesundheit wird heute besonders hoch bewertet. Der Begriff der Gesundheit ist mehrdimensional: *„Es ist gewiss nicht leicht, einen so komplexen und anthropologisch reichen Begriff wie den der Gesundheit in präzisen logischen Worten zu definieren. Aber es ist sicher, dass man sich mit diesem Begriff auf alle Dimensionen des Menschen in ihrer harmonischen und gegenseitigen Einheit beziehen will: auf die körperliche, psychische, geistige und moralische Dimension.“*⁴⁹

Wenngleich der Papst die anthropologische Dimension der Gesundheit unterstrich, jeder Mensch ist für seine eigene Gesundheit und für die der andern verantwortlich, so ist die Gesundheit doch kein absolutes Gut. Sie gilt zwar als eines der wichtigsten Güter, für die wir eine Verantwortung haben, aber im Namen höherer Güter, wie z.B. im Dienst gegenüber Gott und gegenüber der ganzen Gesellschaft darf man eine Minderung der Gesundheit in Kauf nehmen. Jeder Mensch und die Gesellschaft haben die Aufgabe, die Würde der Person und die richtige Bedeutung des Gutes der Gesundheit anzuerkennen.⁵⁰

Die katholische Kirche drückt die Sorge um das Leben und die Gesundheit in der mitmenschlichen Solidarität mit Sterbenden und Schwerkranken aus. Es geht vor allem um die Begleitung der Sterbenden als Ausdruck christlicher Nächstenliebe.⁵¹ Die Sterbenden brauchen sowohl medizinische Pflege, als auch die sakramentale Fürsorge, die sie auf die Begegnung mit dem lebendigen Gott vorbereitet.⁵² An Stelle der Bereitschaft zur Euthanasie sieht die katholische Kirche als Alternative die

⁴⁶ Vgl. **JOHANNES PAUL II.**, *Respekt vor der Menschenwürde in jeder Phase des Lebens*, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe 35(2005) Nr. 9, S. 7.

⁴⁷ Vgl. **JOHANNES PAUL II.**, *Enzyklika „Evangelium Vitae“*, S. 31, Nr. 23.

⁴⁸ Vgl. **DIE FRANZÖSISCHEN BISCHOFSKONFERENZ**, *Den Menschen am Ende seines Lebens achten. Erklärung des ständigen Rates der französischen Bischofskonferenz vom 23. September 1991*, (Übersetz. L. Viehfuhr), in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 39(1993), S. 367.

⁴⁹ **JOHANNES PAUL II.**, *Respekt vor der Menschenwürde in jeder Phase des Lebens*, S. 7.

⁵⁰ Vgl. **JOHANNES PAUL II.**, *Respekt vor der Menschenwürde in jeder Phase des Lebens*, S. 7.

⁵¹ Vgl. **KKK**, Nr. 2279.

⁵² Vgl. **KKK**, Nr. 2299.

medizinisch-palliative Betreuung und die Hospizbewegung: *„Besondere Bedeutung gewinnen in der modernen Medizin die sogenannten »palliativen Behandlungsweisen«, die das Leiden im Endstadium der Krankheit erträglicher machen und gleichzeitig für den Patienten eine angemessene menschliche Begleitung gewährleisten sollen.“*⁵³ *„[...]Das Hospiz lässt die Erfahrung reifen, dass Sterben Leben vor dem Tod ist. Hier kann auch der letzte Teil des irdischen Lebens bewusst erlebt und individuell gestaltet werden. Weit davon entfernt, ein Sterbehaus zu sein, wird diese Stätte zu einer Schwelle der Hoffnung, die über das Leiden und den Tod hinausführt.“*⁵⁴ Die deutschen Bischöfe unterstreichen das katholische Profil der Hospizbewegung, das im biblisch-christlichen Gottes- und Menschenverständnis, im Glaubensleben der katholischen Kirchen und in den bisherigen Erfahrungen in der Hospizarbeit wurzelt. Die Hospizbewegung gilt als ein hilfreicher Weg der Begleitung schwerstkranker oder sterbender Menschen.⁵⁵

Es gilt als besondere Verpflichtung des Gesundheitswesens, dem Leben in all seinen Phasen zu dienen. Dabei dürften die schwerkranken und behinderten Menschen nicht ausgegrenzt werden, die eine menschliche Würde besitzen wie gesunde Menschen und folglich auch ein Recht auf Hilfe durch die Gesellschaft.⁵⁶ Die Aufgabe der Medizin ist das Heilen. Es wäre gegen die Ziele der Medizin, wenn sie statt der Krankheit das Leben bekämpfen würde. Die Sorge für Behinderte ist eine große Herausforderung für die Gesellschaft und die Medizin: *„Die Achtung, die Zuwendung, die Zeit und die Mittel, welche die Betreuung der Behinderten, auch der in den geistigen Fähigkeiten schwer gestörten, verlangt, sind der Preis, den eine Gesellschaft bereitwillig zahlen muss, will sie wahrhaft human bleiben.“*⁵⁷ Eine große Rolle spielen dabei die Möglichkeiten der Rehabilitation für Behinderte in den verschiedenen Institutionen, die möglichst eine familiäre Atmosphäre fördern sollten.⁵⁸

⁵³ JOHANNES PAUL II, *Enzyklika „Evangelium Vitae“*, S. 80, Nr. 65.

⁵⁴ JOHANNES PAUL II, *Kranke und Sterbende mit ihrer Angst ernst nehmen und konkrete Hilfe anbieten. Botschaft von Johannes Paul II. beim Besuch des Hospizes Rennweg an alle Kranken und alle, die in der Welt der Krankheit und des Leidens leben und arbeiten, in Wien am 21. Juni, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe 28(1998), Nr. 26, S. 13, Nr. 2.*

⁵⁵ Vgl. **DIE DEUTSCHEN BISCHÖFE**, *Die Hospizbewegung – Profil eines hilfreichen Weges in katholischem Verständnis (1993)*, Bonn 1996, S. 43ff.

⁵⁶ **DOKUMENT DES HL. STUHLZUM INTERNATIONALEN JAHR DER BEHINDERTEN**, *Dem Behinderten bewusst machen, dass auch er zu geben vermag*, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe 11(1981) Nr. 12, S. 4 –5, Nr. 1 – 2.; **DIE DEUTSCHEN BISCHÖFE**, *unBehindert Leben und Glauben teilen. Wort der deutschen Bischöfe zur Situation der Menschen mit Behinderung*, Bonn 2003, S. 9ff.

⁵⁷ **DOKUMENT DES HL. STUHLZUM INTERNATIONALEN JAHR DER BEHINDERTEN**, *Dem Behinderten bewusst machen, dass auch er zu geben vermag*, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe 11(1981) Nr. 12, S. 4 –5, Nr. II, 1.

⁵⁸ Vgl. **DOKUMENT DES HL. STUHLZUM INTERNATIONALEN JAHR DER BEHINDERTEN**, *Dem Behinderten bewusst machen, dass auch er zu geben vermag*, S. 4 – 5, Nr. II, 7.

In der Begegnung mit Kranken, Alten, Behinderten und Sterbenden können wir Gesunde lernen, dass eine Krankheit und Schwäche eine schöpferische Seite des menschlichen Lebens ist und dass das Leiden ohne Verlust an Würde angenommen werden kann. Das Leiden hat verschiedene Gesichter, die der Medizin nicht alle zugänglich sind, weil es *„etwas noch viel Umfassenderes als die Krankheit [ist]; es noch vielschichtiger und zugleich noch tiefer im Menschensein selbst verwurzelt [ist].“*⁵⁹

JOHANNES PAUL II. hob hervor, dass das Leiden, die Krankheit und der Tod zum Geheimnis des Lebens gehören, die im Leiden sowie in der Auferstehung Christi verwurzelt sind.⁶⁰ Die Sehnsucht der ganzen Menschheit nach Heil und Rettung von Leiden ist für den christlichen Glauben wesentlich. Die Antwort auf dieses Verlangen findet sich in Jesus Christus. Die Solidarität im Leiden und im Schmerz drückt sich in seinem Kreuz aus. Der Mensch erkennt in diesem Leiden einen tieferen Sinn seines Leidens. Die endgültige Überwindung des Leidens findet jeder Christ in der Auferstehung Jesu.⁶¹

Am V. Welttag der Kranken erinnerte JOHANNES PAUL II. an die mitmenschliche Solidarität mit den Kranken im Dienst der Liebe: *„Man muss die Leiden der Mitmenschen mit solidarischem Blick zu sehen wissen: nicht weitergehen, sondern Nächster sein, bei ihnen mit Gesten des Dienstes und der Liebe verweilen, welche die ganzheitliche Gesundheit der menschlichen Person zum Ziel haben. Eine Gesellschaft zeichnet sich aus durch die Aufmerksamkeit, die sie den Leidenden entgegenbringt, und das Verhalten, das sie ihnen gegenüber einnimmt.“*⁶²

Die ärztliche Kunst und die therapeutischen Maßnahmen müssen sowohl auf das Wohl der Person und die Gesundheit des Körpers, als auch auf die ganze Person zielen. Der Mensch erfährt Leiden und Krankheit in seiner seelisch-leiblichen Einheit. Herin liegt der Grund für das kirchliche Engagement in der Pflege der Kranken. Das Wesen der Pflege besteht sowohl im technischen Können, als auch in der liebevollen Hingabe und in der Achtung gegenüber der Würde der Person. In der Achtung vor der Würde der Kranken besteht die Lösung des ethischen Dilemmas in der klinischen Situation.⁶³

⁵⁹ **JOHANNES PAUL II.**, *Apostolisches Schreiben „Salvifici doloris“ über den christlichen Sinn des menschlichen Leidens*, Vatikan 1984, Nr. 5.

⁶⁰ **JOHANNES PAUL II.**, *Leiden « eine Tat der Liebe »*. *Ansprache des Papstes an die Kranken und Alten im Märtyrerheiligtum in Huronia am 15. September*, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe 14(1984), S. 13.

⁶¹ **DIE DEUTSCHEN BISCHÖFE**, *unBehindert Leben und Glauben teilen. Wort der deutschen Bischöfe zur Situation der Menschen mit Behinderung*, Bonn 2003, S. 13f.

⁶² **JOHANNES PAUL II.**, *Der Wert einer Gesellschaft erweist sich in ihrer Haltung zu den Leidenden. Botschaft des Papstes zum V. Welttag der Kranken am 11. Februar 1997*, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe, 26(1996), S.7.

⁶³ Vgl. **JOHANNES PAUL II.**, *„Dolentium hominum“*. *Motu proprio des Papstes zu Errichtung der Päpstlichen Kommission für das Krankenapostolat vom 11. Februar*, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe 15(1985) Nr. 10, S. 1; **JOHANNES PAUL II.**, *Im Glauben das*

In der katholischen Moraltradition ist die Anwendung außerordentlicher und unverhältnismäßiger Mittel moralisch nicht gefordert, wenn durch sie der Tod des Patienten nicht verhindert, sondern höchstens aufgeschoben werden könnte. Die Unterscheidung zwischen verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln gilt für die katholische Moraltheologie als das entscheidende Kriterium für eine Weiterbehandlung, die im Fall der Unverhältnismäßigkeit der Maßnahmen aus moralischer Sicht nicht mehr geboten ist. In der Sorge um das menschliche Leben muss man auch den gesellschaftlichen Kontext sehen, wo die mitmenschliche Solidarität mit Sterbenden und Schwerkranken eine relevante Rolle spielt. Es geht dabei um die Begleitung der Patienten im Geist der christlichen Nächstenliebe, was insbesondere auch für das medizinische Team gilt, wobei nicht nur für das Wohl und die Gesundheit des Körpers, sondern für die ganze menschliche Person gesorgt werden muss.

5.3. Moraltheologische Diskussion über künstliche Ernährung bei Wachkomapatienten

5.3.1. Äußerungen der Bischöfe in den USA

In den Vereinigten Staaten haben die Bischofskonferenzen, einzelne Bischöfe und ein Komitee für die nationale Konferenz von katholischen Bischöfen Erklärungen im Zusammenhang mit der Ernährung von Wachkomapatienten abgegeben. Im Jahr 1987 hat die Bischofskonferenz von New Jersey auf den Fall einer Frau im Wachkoma reagiert und eine Instruktion publiziert.⁶⁴ Sie sprach sich gegen die Entfernung der künstlichen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Wachkomapatienten aus, mit der Begründung, dass Ernährung und Flüssigkeit keine übermäßige Belastung für Wachkomapatienten darstellen, weil diese keinen Schmerz mehr fühlen. Im Gegenteil, die Patienten profitieren durch diese Grundpflege. Die Konferenz unterstrich, dass das menschliche Leben ein großes Gut ist und der Abbruch der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung bei Wachkomapatienten moralisch gesehen immer falsch ist. Die Entfernung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr führt zum Verhungern, zur Austrocknung und schliesslich zum Tode.⁶⁵

Die Bischofskonferenz von New Jersey zählt die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr für Wachkomapatienten zur Grundpflege und unterscheidet diese eindeutig von einer medizinischen Behandlung. Grundversorgung sollte ein Patient immer bekommen, weil Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr das Leben direkt aufrechterhalten. Die medizinische Behandlung besitzt eine therapeutische Aufgabe; das gilt nicht für die stützende Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr, weil beides keine Krankheit heilt. Daraus ergibt sich die prinzipielle Bedingung, dass diese Versorgung immer aufrechterhalten werden muss.⁶⁶

Des Weiteren weist die Bischofskonferenz von New Jersey auf die sozialen Konsequenzen hin. Die Entfernung der Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr führt zur Vernichtung der ethischen Grundlagen in der Medizin, weil dem Leben des Patienten kein moralischer Wert mehr zuerkannt wird. Die Praxis des Abbruchs der Nahrungs- und der Flüssigkeitszufuhr bei Wachkomapatienten kann auf die „schiefe Ebene“ führen: *„Today food and nutrition is withdraw from someone in a persistent comatose*

⁶⁴ Vgl. **NEW JERSEY CATHOLIC CONFERENCE**, *Providing Food and Fluids to Severely Brain Damaged Patients*” Origins 16 (22 January 1987).

⁶⁵ Vgl. ebd., S. 582.

⁶⁶ Ebd., S. 582 – 583.

*state; tomorrow such care is withdrawn from someone suffering from Alzheimer's disease.*⁶⁷

Im Jahr 1988 veröffentlichten zwei Bischöfenamens LOUIS GELINEAU und JAMES MCHUGH eine gemeinsame Erklärung über die Entfernung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei einer komatösen Frau. Sie erklärten, dass die künstliche Ernährung als medizinische Behandlung gelten sollte. Wenn eine künstliche invasive Behandlung keine Hoffnung auf Nutzen für den Patienten bringt, müsse diese Art der Behandlung (einschließlich der künstlichen Ernährung) als außergewöhnliches, unverhältnismässiges und übermässig schweres Mittel betrachtet werden. Daher sei es moralisch erlaubt, mit der künstlichen Nahrungszufuhr aufzuhören.⁶⁸ Im Anschluss daran publizierte Bischof MCHUGH eine Erklärung für die Priester in der Diözese, worin er nochmals unterstrich, dass der Grund für die Entfernung der künstlichen Ernährung in der deutlichen Belastung für den Wachkomapatienten liege.⁶⁹

Eine weitere Stellungnahme wurde von den Bischöfen von Texas im Jahr 1990 formuliert. Die Bischöfe erklärten, dass das Leben immer ein hohes Gut sei, dass es aber Umstände gäbe, unter denen das Leben nicht aufrechtzuerhalten sei. Wenn die Mittel einen vernünftigen Nutzen und keine Belastungen für den Patienten bringen, dann sind diese medizinischen Mittel moralisch verpflichtend. Aber wenn die Belastungen durch medizinische Mittel in bezug auf den Nutzen für den Patienten unverhältnismässig sind, dann sind diese medizinischen Mittel moralisch fakultativ.⁷⁰

Für die Bischöfe von Texas sind Patienten im Wachkoma trotz ihres Zustandes menschliche Personen. Dennoch unterstrichen sie dabei, dass das Wachkoma eine tödliche Pathologie sei, die ohne künstliche Ernährung und zugeführte Flüssigkeit den Tod zur Folge habe: „... *stricken with a lethal pathology which, without artificial nutrition and hydration, will lead to death...*“⁷¹ In diesem Fall ist nach Meinung der Bischöfe der Abbruch der künstlichen Ernährung und Hydratation akzeptabel.

Die endgültige Entscheidung über die Fortsetzung der Lebensverlängerung trifft man aufgrund der Kosten-Nutzenanalyse. Die Bischöfe wiesen darauf hin, dass der Abbruch der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitsversorgung keine Unterlassung ist, aber „*it is simply accepting the fact that the person has come to the*

⁶⁷ Ebd., S. 584.

⁶⁸ Vgl. **J. MCHUGH, L. GELINEAU**, *On Removing Nutrition and Water from Comatose Woman*, *Origins* 17 (January 21, 1988), S. 547.

⁶⁹ Vgl. **J. MCHUGH**, *Artificially Assisted Nutrition and Hydration*, *Origins* 19 (October 12, 1989), S. 316.

⁷⁰ Vgl. **TEXAS CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS**, *On Withdrawing Artificial Nutrition and Hydration*, *Origins* 20 (June 7, 1990), S. 53.

⁷¹ Ebd., S. 54.

end of his or her pilgrimage and should not be impeded [by continuing the artificial feeding] from taking the final step."⁷²

Am Ende des Dokumentes hoben die Bischöfe hervor, dass die Entscheidung über den Abbruch der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitsversorgung auf der Basis von medizinischen und persönlichen Informationen erfolgen müsse.⁷³ Die Stellungnahme der texanischen Bischöfe wurde von Bischof RENÉ GRACÍDA stark kritisiert.⁷⁴ GRACÍDA kritisiert, dass in o.g. Dokument schwere Krankheit als entscheidendes Kriterium für das Abbrechen der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr genannt werde und dass das Recht des Kranken auf Schutz seines Lebens dahinter zurückstehe. Außerdem werde im ganzen Text der Begriff „künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ nicht korrekt gebraucht, weil die Nahrung und das Wasser nicht künstlich seien. Es gehe eher um die Art der Versorgung.⁷⁵ Diese Versorgung sollte als Grundsorge, nicht als Therapie klassifiziert werden. R. GRACÍDA hebt hervor, dass die unterstützte Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme als Grundsorge schon durch den päpstlichen Rat „Cor Unum“ und La Civiltà Cattolica, die päpstliche Akademie für Wissenschaft, bestätigt wurden. Nach Gracída gibt es viele Formulierungen im Text, die korrigiert werden sollten. Das ganze Dokument sollte auch zwei Arten von Patienten unterscheiden. Zur ersten Gruppe gehören die Sterbenden (z.B. terminale Krebspatienten) und zur zweiten Gruppe Nichtsterbende, deren Zustand medizinisch stabil ist und die die Fortsetzung der Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr brauchen. Gracída plädiert im zweiten Fall für eine Aufrechterhaltung der lebensverlängernden Maßnahmen, die in Fällen übermässiger Last abgebrochen werden sollten.⁷⁶

Die Bischöfe von Pennsylvania erörterten die verschiedenen Arten der Nahrungszufuhr bei bewusstlosen Patienten. Sie unterstrichen, dass die Personen im Wachkoma oral ernährt werden können, wenn der Schluckreflex noch vorhanden ist. Jedoch wird diese Methode wegen der physiologischen Schwierigkeiten des Patienten durch zwei andere Arten der künstlichen Ernährung ersetzt, nämlich die enterale und die parenterale Ernährung.⁷⁷ Am Ende des Dokuments fassten die Bischöfe zusammen, dass generell die Verpflichtung besteht, die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei bewusstlosen Patienten sicherzustellen.⁷⁸

⁷² Ebd., S. 54.

⁷³ Ebd., S. 54.

⁷⁴ Vgl. **R. GRACÍDA**, *Interim Pastoral Statement on Artificial Feeding and Hydration: A Critique*, 25 (1990), edition of [Corpus Christi] Diocesan Press.

⁷⁵ Vgl. ebd.

⁷⁶ Vgl. ebd.

⁷⁷ Vgl. **PENNSYLVANIA CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS**, *Nutrition and Hydration: Moral Considerations*, Origins 21 (January 30, 1992), S. 547.

⁷⁸ Vgl. ebd., S. 550.

Das Komitee für Pro-Life-Aktivitäten der katholischen Bischofskonferenz in den Vereinigten Staaten hat die moralischen Problemfelder in Bezug auf die medizinisch unterstützte Ernährung und Flüssigkeitszufuhr angesprochen.⁷⁹ Das Komitee befasste sich beim sechsten Punkt des Dokumentes besonders mit den Wachkomapatienten und hob hervor, dass die Theologen im Zusammenhang mit dem Abbruch der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitsversorgung bei Wachkomapatienten nicht einig sind. Laut Komitee wird der Abbruch der lebensverlängernden Maßnahmen einschließlich der medizinisch unterstützten Ernährung und Flüssigkeitszufuhr nicht als angemessene oder automatische Indikation für alle Wachkomapatienten betrachtet, weil die Prognose nicht für alle gleich ist, sondern einige Patienten das Bewusstsein wiedererlangen könnten. Deshalb sollte man sich zunächst einmal grundsätzlich für lebenserhaltende Maßnahmen entscheiden. Die Entscheidung für die Entfernung der Sonden und Infusionen sollte im Licht einer sorgfältigen Beurteilung der Belastungen und des Nutzens der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr für den einzelnen Patienten und seine Familie bzw. Gemeinschaft getroffen werden: *„In light of these concerns, it is our considered judgment that while legitimate Catholic moral debate continues, decisions about these patients should be guided by a presumption in favor of medically assisted nutrition and hydration. A decision to discontinue such measures should be made in light of a careful assessment of the burdens and benefits of nutrition and hydration for the individual patient and his or her family and community.”*⁸⁰

Die medizinisch unterstützte Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr dürfen nicht mit der Absicht abgebrochen werden, den Tod zu verursachen. Hingegen kann man die medizinisch unterstützte Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr abbrechen, wenn die Unterstützung keine medizinische vernünftige Hoffnung auf Lebensverlängerung oder aber ein übermässiges Risiko und eine zu grosse Belastung mit sich bringen. Zum Schluss unterstrich das Komitee, dass das Dokument keine abschließende, sondern eine einführende Stellungnahme zum Thema Wachkoma-Patient sei und weiterer Diskussionsbedarf bestehe.⁸¹

Die bisher letzte Erklärung der katholischen Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten, veröffentlicht in der vierten Ausgabe der „Ethischen und religiösen Leitlinien für katholische Einrichtungen im Dienst der Gesundheitsfürsorge“,⁸² wiederholte die

⁷⁹ Vgl. **U.S. BISHOPS PRO-LIFE COMMITTEE**, *Nutrition and hydration: Moral and Pastoral Reflections*, Origins 21 (April 9, 1992), S. 705 – 712.

⁸⁰ Ebd., S. 710.

⁸¹ Vgl. ebd., S. 711.

⁸² Vgl. **NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS**, *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services 2001*, Fourth Edition, in: **B. M. ASHLEY, K. D. O’ROURKE** (Hrsg.), *Ethics of Health Care*, Washington 2002, S. 217 – 241.

frühere Stellungnahme, dass Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sittlich nicht verpflichtend seien, wenn sie einer Person, die direkt im Sterben liegt, keine Erleichterung bringen bzw. wenn sie vom Körper eines Patienten nicht aufgenommen werden könne. Die Leitlinien konkretisieren auch die Kriterien zum Verzicht auf Mittel der Lebensverlängerung. Der Verzicht ist denkbar, wenn es keine vernünftige Hoffnung auf Nutzen gibt, bzw. außergewöhnliche Kosten für die Familie oder für die Gesellschaft mit sich bringt. Punkt 58 der Leitlinien formuliert die Kriterien der Entfernung der medizinisch unterstützten Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr: „Es soll eine Annahme zugunsten von der Bereitstellung von Nahrung und Flüssigkeit für alle Patienten geben, einschließlich jener Patienten, die eine medizinisch unterstützte Ernährung und Flüssigkeitszufuhr benötigen, so lange wie dies von ausreichendem Nutzen ist, um die Belastungen auszugleichen, denen der Patient ausgesetzt ist.“⁸³

In Zusammenhang mit der Wachkomapatientin TERRI SCHIAVO verfasste der Vorsitzende der Bischofskonferenz von Florida Kardinal WILLIAM H. KEELER zwei Erklärungen. Er unterstrich, dass TERRI SCHIAVO das Recht auf eine Grundversorgung mit Nahrung und Wasser habe, und dass diese Versorgung moralisch obligatorisch sei. Sie bedarf nicht weniger als ein anderer Mensch menschlicher Sorge und der Achtung, die wir jedem Menschen schuldig sind. Zum Schluss betont Kardinal KEELER, dass Gott TERRI zu sich rufe, wenn ihre Zeit zu sterben gekommen sei. Diesen Zeitpunkt zu bestimmen, sei nicht die Aufgabe der Medizin.⁸⁴

In den Erklärungen der Bischöfe kann man drei Standpunkte unterscheiden:

1. Die medizinisch unterstützte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme gelten als Grundversorgung, die allen Patienten zusteht und immer aufrechterhalten werden muss. (Bischofskonferenz von New Jersey und Pennsylvania)
2. Der Abbruch der unterstützten Ernährung und der Flüssigkeitsaufnahme ist akzeptabel, weil das Wachkoma eine tödliche Pathologie darstellt. (Bischofskonferenz von Texas)
3. Die medizinisch unterstützte Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sind aufrecht zu erhalten, solange es Hoffnung auf Nutzen gibt und sie keine übermäßigen Belastungen für den Patienten bringen. (der Komitee für Pro-Life, nationale Bischofskonferenz von Vereinigten Staaten)

⁸³ Vgl. ebd., S. 234.

⁸⁴ Vgl. **WILLIAM H. KEELER**, *Cardinal Keeler Issues Statement on Florida Schiavo Case; Stresses Church Teaching on Feeding, Hydration* (March 9, 2005) in: www.usccb.org/comm/archives/2005/05-052.shtml; **WILLIAM H. KEELER**, *Cardinal Keeler Says Terri Schiavo Deserves Basic Care* (March 24, 2005), in: www.usccb.org/comm/archives/2005/05-071.shtml.

5.3.2. Die Diskussion der Stellungnahme ausgewählter Moraltheologen

Bei den Theologen gibt es keine einheitliche Position im Zusammenhang mit der medizinisch unterstützten Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Wachkomapatienten. Seit Jahren wird dieses Problem in den Vereinigten Staaten heftig diskutiert. Führend dabei sind die Moraltheologen B. ASHLEY und K. O'ROURKE. In der Diskussion um Wachkomapatienten stellen sie die Frage nach dem Zweck des menschlichen Lebens. Nach B. ASHLEY und K. O'ROURKE erfüllt sich der Zweck des menschlichen Lebens in der Freundschaft mit Gott. Ihre Meinung geht zurück auf die Stellungnahme von PIUS XII. Die Lebensverlängerung bei einem Patienten hat dann Sinn und Nutzen, wenn der geistliche Zweck des Lebens (*the spiritual purpose of life*) erreicht wird. Die Bedingung der Freundschaft mit Gott erfordert gewisse kongnitiv-affektive Funktionen, die im Fall des Wachkomas nicht mehr bestehen. Der Nutzen des irdischen Lebens hängt eng von den möglichen, geistlichen Fortschritten ab. Solange es Bewusstsein gibt, kann man Akte von Glauben, Liebe und Hoffnung erwecken. Diese Taten führen uns zu Gott und zu den Menschen. Wenn wir dagegen das Bewusstsein durch Gehirnschädigung verlieren, bringt die künstliche Verlängerung des Lebens laut B. ASHLEY und K. O'ROURKE keinen wirklichen Nutzen für den Patienten.⁸⁵

Beim Menschen unterscheiden die Autoren eine menschliche Tat (*actus humanus*) und eine Tat des menschlichen Körpers (*actus hominis*). Der endgültige Zweck des Lebens wird nur durch menschliche Taten, durch Taten des Intellekts erfüllt, aber nicht durch Taten des Körpers. Die Bewusstlosigkeit des Patienten ist demzufolge objektiver Beweis dafür, dass es rechtens ist, auf die Lebensverlängerung zu verzichten, weil sie unverhältnismässig und unnötig ist. Im Zusammenhang mit Wachkomapatienten und Alzheimerpatienten ist es nach B. ASHLEY und K. O'ROURKE zulässig, auf lebensverlängernde Maßnahmen zu verzichten, wenn sie nutzlos sind und die Patienten nicht in der Lage sind, ohne künstliche Ernährung und Flüssigkeit zu überleben.⁸⁶

Dem Patienten kann man hingegen die Standardpflege nicht verwehren. Obwohl einige Patienten sich dieser Pflege nicht bewusst sind, müssen die menschliche Würde und die Gefühle anderer geachtet werden. Die Willensäußerung der Familie

⁸⁵ Vgl. **B. M. ASHLEY, K. D. O'ROURKE**, *Health Care Ethics. A theological Analysis*, 4th Edition, Washington 1997, S. 426.

⁸⁶ Vgl. **B. M. ASHLEY, K. D. O'ROURKE**, *Ethics of Health Care. An Introductory Textbook*, Washington 2002, S. 195.

wäre unethisch, wenn die Entfernung der Sonden und Infusionen den Tod des Patienten verursachen würde.⁸⁷

Die Entscheidung, die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr abubrechen, ist nach B. ASHLEY und K. O'ROURKE gerechtfertigt, wenn die Therapie keine Hoffnung auf Nutzen gibt, also aussichtslos ist und zu einer übermäßigen Belastung wird. Wird auf eine Therapie in Hinblick auf die Verursachung ernsthafter Belastungen verzichtet, liegt das Prinzip der Doppelwirkung vor. Das beabsichtigte Gut ist, die Belastung zu vermeiden, und das Resultat ist der Tod einer Person, was das unbeabsichtigte Böse beinhaltet.⁸⁸

Wenn ein Patient nicht fähig ist, mittels der Therapie seinen Lebenszweck zu erfüllen, dann ist diese Therapie außergewöhnlich und verzichtbar. Die künstliche Ernährung ist nach Meinung der Autoren normalerweise außerstande, wachsende Schwächung zu verhindern und die Verwendung der Intubation verlängert nur den Sterbeprozess des Patienten. Für B. ASHLEY und K. O'ROURKE ist es schwer nachvollziehbar, der langen Zeit des komatösen Lebens einen menschlichen Wert für den Patienten beizumessen.⁸⁹

Die Diagnose „Wachkoma“ weist darauf hin, dass dieser Zustand keine Fortsetzung eines tätigen menschlichen Lebens ermöglicht. Die weitere Lebensverlängerung wird von B. ASHLEY und K. O'ROURKE deshalb als aggressiv und außergewöhnlich sowie unverpflichtend betrachtet. Eine solche Behandlung ist für den Patienten erschwerend und unwürdig. Die normale oder tröstliche Sorge ist verpflichtend, wenn sie den Schmerz oder unwürdiges Sterben des Patienten vermeidet. Die Fortsetzung der künstlichen Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr durch Intubation gehört nicht zur oben erwähnten normalen Sorge. Mit anderen Worten, die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ist nicht verpflichtend.⁹⁰

Diese Meinung teilt auch der Jesuitentheologe RICHARD A. MCCORMICK, der behauptet, dass ein leibliches, physisches Leben als relatives Gut gilt, weil es von anderen Werten abhängt, wie z. B. von zwischenmenschlichen Beziehungen. Das leibliche Leben kann keinen Wert haben, wenn zwischenmenschliche Beziehungen verloren sind und nie mehr aufgenommen werden können.⁹¹

MCCORMICK lehrt, dass die Ursache für den Verzicht oder den Abbruch der Behandlung auf der Bewertung der Lebensqualität basiert: *„Often it is the kind of, the quality of, the life thus saved (painful, poverty-stricken, and deprived, away from home*

⁸⁷ Vgl. ebd., S. 196.

⁸⁸ Vgl. ebd., S. 196.

⁸⁹ Vgl. ebd., S. 196.

⁹⁰ Vgl. **B. M. ASHLEY, K. D. O'ROURKE**, *Health Care Ethics*, S. 427.

⁹¹ Vgl. **R. A. MCCORMICK**, *To Save or Let Die: The Dilemma of Modern Medicine*, in: **R. A. MCCORMICK**, *How Brave a New World*, Garden City 1978, S. 349.

and friends, oppressive) that establishes the means as extraordinary. That type of life would be an excessive hardship for the individual. ⁹²

Aufgrund der obigen Voraussetzung kann man nach MCCORMICK die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr bei Wachkoma-Patienten abbrechen.⁹³

Der niederländische Theologe PAUL SCHOTSMANS vom Centrum voor Bio-Medische Ethiek en Recht der Katholieke Universiteit in Leuven entwickelt eine relationale Anthropologie und Ethik. Im Rahmen seiner anthropologisch-personalistischen Theorie wirft er die Frage nach den Wachkomapatienten auf. SCHOTSMANS setzt voraus, dass die menschliche Person als relationales Wesen betrachtet wird. Die rational-personalistische Auffassung von SCHOTSMANS bezeichnet ein umfassendes Menschenbild und stellt es der Überbetonung des Autonomieprinzips gegenüber. Die Verabsolutierung des Prinzips der Selbstbestimmung nimmt Einfluss auf die medizinethische Entscheidungsfindung, so SCHOTSMANS. Durch das Autonomieprinzip verschiebt sich in der medizinischen Ethik medizinischer Paternalismus zugunsten eines Paternalismus des Patienten. Nach SCHOTSMANS verweist eine solche Selbstbestimmung des Patienten auf ein einseitiges anthropologisches Verständnis der menschlichen Existenz.⁹⁴

Das Konzept der persönlichen Verantwortung in Bezug auf die Sorge für die menschliche Gesundheit sollte – so SCHOTSMANS – aus dem Blickwinkel der Begegnungs- und Beziehungsphilosophie neu bedacht werden. Dabei greift der Autor auf die Philosophie von M. BUBER und E. LEVINAS zurück, nach der man sich seinen Mitmenschen und der Welt nur deshalb aktiv hingeben kann, weil man im Innersten als Wesen-für-andere strukturiert ist. Es sollte zukünftig nicht heißen: Ich bin verantwortlich, sondern „Ich bin vom Patienten verantwortlich gemacht worden“. Der Patient ist ein realer und vollgültiger Partner im beratenden Prozess einerseits wie in der Pflege seiner Gesundheit andererseits geworden, was in der Arzt-Patient-Beziehung sehr bedeutsam ist.⁹⁵

Im Kontext des Sterbens unterstreicht Schotsmans die Wichtigkeit der zwischenmenschlichen Erfahrung, weil der Mensch ein relationales Wesen ist und andere braucht, um die Erfüllung des Lebens zu erreichen. Im Sterbeprozess muss über den Einsatz lebensverlängerender sowie lebensverkürzender Maßnahmen

⁹² Ebd., S. 347.

⁹³ Vgl. **R. A. MCCORMICK**, *Corrective Vision. Explorations in Moral Theology*, Kansas City 1994, S. 231.

⁹⁴ Vgl. **P. SCHOTSMANS**, *When the dying person looks me in the face: An ethics of responsibility for dealing with the problem of the patient in a persistent vegetative state*, in: **K. W. WILDES** (Hrsg.), *Birth, Suffering and Death*, Dordrecht 1992, S. 127ff.

⁹⁵ Vgl. **P. SCHOTSMANS**, *When the dying person looks me in the face*, S.134f.

entschieden werden. Deshalb muss man den ganzen Komplex von Werten und Normen mit Rücksicht auf das Leben berücksichtigen. Bei allen therapeutischen Überlegungen steht die rational-personalistische Auffassung im Mittelpunkt. Die grundsätzliche Frage lautet nicht, welche Argumente ethisch vertretbar sind, bzw. welche lebenserhaltende Maßnahmen zu unterlassen oder zu anzuwenden sind: Es geht vielmehr um die Frage, aus welchen Gründen ein Arzt künstlich einen zwangsläufig terminalen Prozess verlängern sollte. Dabei müssen das Wohl des Patienten und verschiedene persönliche, soziale und medizinische Werte berücksichtigt werden. Der nächste Schritt ist dann die Entscheidung, für die die Ärzte verantwortlich sind.⁹⁶

PAUL SCHOTSMANS unterscheidet in seiner Theorie zwei fundamentale Schritte in der ethischen Entscheidungsfindung, die er im Fall des Wachkomapatienten konsequent verwendet:

1. die Bewertung, ob man das Leben aufrechterhalten sollte,
2. die Bewertung des biologischen Lebens im Hinblick auf andere Werte.

Es kommt zwar vor, dass Wachkomapatienten auch ohne einen äußeren Eingriff sterben. Da es für einen Wachkomapatienten aber unmöglich ist, das frühere Leben in seinem vollem Beziehungsreichtum wieder aufzunehmen, stellt sich die Frage, ob dieses Leben aufrechterhalten werden sollte, noch bevor eine künstliche Ernährung erwogen wird. Die Entscheidung, künstlich zu ernähren und Flüssigkeit zuzuführen, darf nach SCHOTSMANS erst nach Einschätzung des Pro und Contra getroffen werden. Im Mittelpunkt der Entscheidung muss der menschliche Sterbeprozess stehen. Statt künstlich zu ernähren ist es besser, die unterstützende Sorge planen: die Kontrolle des Schmerzes, Hautpflege und persönliche Hygiene. Wenn von einer künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr abgesehen wird, sind die Unterernährung und das Verdursten zu behandeln: die Symptome des Hungers und des Durstes können durch das Anfeuchten des Mundes oder durch orale Nahrung und Flüssigkeitszufuhr überwunden werden kann.⁹⁷

SCHOTSMANS stellt die Frage nach der Möglichkeit einer relationalen Beziehung zu Wachkomapatienten. Der Wachkomapatient hat seine Persönlichkeit verloren und wird abhängig von anderen, weil er selbst sein Leben nicht mehr organisieren kann. Er ist - so der Autor - kein freier Mensch. Er hat die Fähigkeit, selbständig zu essen, eingebüsst, ist gesellschaftlich tot und lebt an der Grenze eines biologischen Todes. Er hat die Beziehungs- und die Kommunikationsfähigkeit verloren und dadurch eine

⁹⁶ Vgl. **P. SCHOTSMANS**, *The Patient in a persistent vegetative state. An ethical re-appraisal*, Bijdragen, tijdschrift voor filosofie en theologie 54 (1993), S.10 -11.

⁹⁷ Vgl. ebd., S.12 - 13.

völlig neue Situation geschaffen. Die Familie und die Angehörigen müssen im Wachkomapatienten eine Person sehen, die nur noch biologisch lebendig ist. Die Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr sind der symbolische relationale Ersatz aus der äusseren Welt, um diese Menschen biologisch lebendig erhalten. Die neue Identität des Wachkomapatienten verhindert die Entwicklung einer wirklich zwischenmenschlichen Beziehung unter Aufrechterhaltung der biologischen Identität.⁹⁸

Es ist moralisch verpflichtend, das Leben zu erhalten, wenn zwei Kriterien erfüllt werden: Sinnvolle Anwendung der Lebensverlängerung sowie Vermeidung einer übermäßigen Belastung. Das erste Kriterium hängt direkt vom Zustand des Patienten ab. Das Mittel ist dann verpflichtend, wenn es den physischen Zustand des Patienten verbessern kann und es für den Patienten verhältnismässig ist. Das zweite Kriterium hängt vom eigenen Urteil des Patienten ab: Empfindet der Patient das Mittel als unverhältnismässig belastend, ist es moralisch nicht verpflichtend, es zu verwenden. Wenn das verwendete Mittel das Leben verlängert, den physischen Zustand des Patienten aber nicht verbessern kann, dann ist jenes Mittel ebenfalls nicht moralisch verpflichtend. Wenn für eine Person im Wachkoma die unterstützende künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr zu schwer erträglich und zu ineffektiv sind, ist es moralisch akzeptabel, auf diese Behandlung zu verzichten oder sie zu verweigern.⁹⁹

Die einzigen Einwände gegen einen Abbruch der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr ergeben sich daraus, dass Wachkomapatienten Schmerz und Leiden erfahren. Die medizinischen Standpunkte zu diesem Thema sind – so erwähnt SCHOTSMANS - eindeutig geteilt. Manche Ärzte meinen, dass solche Patienten in der Bewusstlosigkeit keine Schmerzen und Leiden mehr spüren und deshalb der Abbruch der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr keine übermässige Belastung für Wachkomapatienten darstelle. Folglich geht es nicht mehr um die Belastung des Patienten, sondern um die Belastung der Verwandten und der Familien. Die Behandlung ist in diesem Fall ineffektiv und ungeeignet, die Gesundheit wiederzuerlangen.¹⁰⁰

Andererseits meinen andere, dass Wachkomapatienten eine Art des Schmerzes haben. Daher könne ihnen kann auch Schmerz und Leid entstehen beim Abbruch der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr. Diese Schmerzen können sich sowohl aus dem Krankheitsverlauf ergeben, als auch durch die Fortsetzung der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr. Angesichts der obigen

⁹⁸ Vgl. ebd., S.13.

⁹⁹ Vgl. ebd., S.14.

¹⁰⁰ Vgl. ebd., S.15.

Argumentation meint SCHOTSMANS, dass wir im Interesse des Wachkomapatienten daran ausgehen sollten, dass Wachkoma-Patienten Schmerz empfinden.¹⁰¹

Laut SCHOTSMANS sollte man den Abbruch der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr als Akzeptieren des natürlichen Vorlaufs der Krankheit und des unvermeidlichen Todes des Patienten verstehen. Schotsmans bewertet im Licht seiner Theorie die Beziehung zwischen dem medizinischen Zustand des Patienten und der Fähigkeit des Patienten zu höheren menschlichen Werten wie Nächstenliebe und Liebe zu Gott.¹⁰²

Der amerikanische Theologe JOSEPH M. BOYLE vertritt die Position, dass der entscheidende Faktor in der Entscheidung bezüglich des Abbruchs der Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr die Umstände sind. Das Leben eines Wachkomapatienten bringt für die Familie eine große Belastung, denn andauernde Traurigkeit und die Unterbrechung des gewohnten Lebens sind schwierig zu verkraften. In dieser Situation besteht – so BOYLE – die Lösung im Abbruch der Behandlung. Dabei muss der Tod des Patienten in Kauf genommen werden.¹⁰³

Es gibt nach BOYLE noch eine weitere Art der Belastung für die Familie, nämlich die der Kosten. Manche Familien müssen die ganzen Kosten der Behandlung der Wachkomapatienten tragen. In dieser Situation sei die Entfernung der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr kein unrechtes Töten, sondern sei moralisch gerechtfertigt.¹⁰⁴

Nach BOYLE reicht die Vermeidung der Behandlungskosten als Grund für die Entscheidung, die Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr zu verweigern, aus. So erlauben es manchmal die Umstände, die Behandlung des Patienten zu unterlassen.¹⁰⁵

Tatsache ist, dass die meisten Wachkomapatienten in teuren Kliniken bleiben. Eine Alternative, um die Kosten bei Wachkomapatienten zu verringern, ist die häusliche Pflege. Wenn eine Familie wirklich grosse finanzielle Schwierigkeiten wegen der Bemühungen um den Patienten hat, kann sie die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr abbrechen. Eine relevante moralische Regel sagt, dass wir tun

¹⁰¹ Vgl. ebd., S.16.

¹⁰² Vgl. ebd., S.16.

¹⁰³ Vgl. **J. BOYLE**, *The American debate about artificial nutrition and hydration*, in: **L. GORMALLY** (Hrsg.), *The dependent elderly: autonomy, justice and quality of care*, Cambridge 1992, S. 40.

¹⁰⁴ Vgl. ebd., S.40.

¹⁰⁵ Vgl. ebd., S.41.

müssen, was wir können. Das gilt auch bezüglich der Fürsorge für Wachkomapatienten.¹⁰⁶

Der amerikanische Jesuitentheologe JOHN CONNERY äusserte sich in den 80-er Jahren über die künstliche Ernährung im Zusammenhang mit dem Fall BROPHYS. J. CONNERY argumentierte gegen die Entfernung der Nahrungssonde und der Flüssigkeitszufuhr, weil Nahrung und Wasser kein Mittel der medizinischen Behandlung sind und ihre Entfernung zum Tode des Patienten führen kann.¹⁰⁷

In seiner Lehre unterscheidet CONNERY das gewöhnliche und das außergewöhnliche Mittel. Die gewöhnlichen Mittel gelten als normal und moralisch verpflichtend. Hingegen sind die außergewöhnlichen Mittel wegen der grossen Last für die Patienten oder für die Pflegenden nicht verpflichtend.¹⁰⁸ Nach CONNERY liegen die Probleme der medizinischen Ethik in der Bestimmung, was ein gewöhnliches oder ein außergewöhnliches Mittel ist. Manche Theologen betrachten schon all das als außergewöhnliches Mittel, was getan wird, obwohl eine Lebensverlängerung keinen Nutzen bringt. CONNERY bemerkt, dass diese Unterscheidung in den Fällen der terminalen Krankheit sinnvoll ist und der Aspekt der Last wichtig ist für die Fälle einer nichtterminalen Krankheit.¹⁰⁹ Die Schwierigkeit der Entscheidungsfindung beruht auf dem Faktor der Lebensqualität des Patienten, der über die Verweigerung oder die Entfernung der Behandlung entscheidet. CONNERY stellt die wichtige Frage nach der Lebensqualität in der Lebensverlängerung: *„Many patients who simply would have died in the past may now continue to live. The question is: Must they? Or, may they forego treatment available today, even though it is not excessively burdensome and will prolong life, because of their quality of life?“*¹¹⁰

In diesem Kontext zitiert er die Meinung des Theologen RICHARD MCCORMICK, dass im Fall schwerer Missbildungen bei Neugeborenen mit dem Verlust der normalen menschlichen Beziehungsfähigkeit die Verwendung des gewöhnlichen Mittels fakultativ sein könnte. Mit der Idee der Lebensqualität beruft sich MCCORMICK auf die Lehre von PIUS XII. CONNERY korrigiert diese Meinung, indem er hervorhebt, dass PIUS

¹⁰⁶ Vgl. **J. BOYLE**, *A case for sometimes tube-feeding patients in persistent vegetative state*, in: **J. KEOWN** (Hrsg.), *Euthanasia Examined. Ethical, clinical and legal perspectives*, Cambridge 1999, S.199.

¹⁰⁷ Vgl. **J. CONNERY**, *The ethical standards for withholding/withdrawing nutrition and hydration*, *Issues in Law & Medicine* 2 (1986), S. 87 – 97.

¹⁰⁸ Vgl. **J. CONNERY**, *Prolonging Life: The Duty and its Limits*, *Catholic Mind*. October 1990, S. 45.

¹⁰⁹ Vgl. ebd., S.47.

¹¹⁰ **J. CONNERY**, *Quality of Life*, *Linacre Quarterly* Feb. 1986, S.26 – 27.

XII. sich auf die Qualität der Behandlung, nicht auf die Qualität des Lebens des Patienten bezogen hat.¹¹¹

In Mittelpunkt steht nach CONNERY der Unterschied zwischen der Qualität des Lebens und der Qualität der Behandlung. Er behauptet, dass die Lebensqualität der Person als entscheidender Faktor zum Abbruch der Behandlung und zur Euthanasie durch Unterlassung führt.¹¹² Für CONNERY ist es wichtig, die Qualität des Lebens von der Qualität des Mittels zu unterscheiden. Connery vertritt hierbei die These, dass das Kriterium für einen Verzicht auf Behandlung die Schwierigkeiten des Mittels und nicht die Qualität des Lebens des Patienten berücksichtigen sollte. Er unterstreicht seine besondere Einstellung zur künstlichen Ernährung und zur Flüssigkeitszufuhr, wobei er ihre Nützlichkeit auch ohne Heilungschancen sieht: *„One cannot argue that a means could be judged useless if it did not cure the disease if feeding kept the patient alive indefinitely, it could not be considered useless even though it did not cure a particular disease.”*¹¹³

Die Frage nach dem Abbruch der künstlichen Ernährung bezieht CONNERY auch auf den Fall des Wachkomapatienten. Befindet sich eine Person ganz kurz vor dem Tod, dann könnte eine künstliche Ernährung als nutzlos betrachtet werden. Aber wenn die künstliche Ernährung das Leben des Patienten verlängern würde, wäre sie dann nicht nutzlos, wenn man sie unter dem Blickwinkel der Lebensqualität des Patienten betrachtet.¹¹⁴

Die Beurteilung des gewöhnlichen oder außergewöhnlichen Charakters der Behandlung sollte nicht vom Zustand oder von subjektiven Ansichten des Patienten abhängig gemacht werden. Nach J. CONNERY spielt dabei die Einschätzung des Zustandes oder der Lebensqualität des Patienten keine bedeutende Rolle. Das Beurteilungskriterium der Lebensqualität führt nach Connery zum Abrutschen auf der schiefen Ebene (slippery slope), wobei die Risikogruppe der Menschen, die es betrifft, groß ist. Heute geht es um die Patienten im irreversiblen Koma, im Wachkoma und morgen um Alzheimerpatienten sowie um sonstige Behinderte.¹¹⁵

Der amerikanische Moraltheologe WILLIAM E. MAY hebt die Relevanz des inhärenten Gutes der menschlichen Person in der Diskussion über die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr hervor. Es ist nie akzeptabel, absichtlich ein unschuldiges Menschenleben durch eine Tat oder eine Unterlassung zu vernichten.

¹¹¹ Vgl. ebd., S.27.

¹¹² Vgl. ebd., S.31 – 32.

¹¹³ J. CONNERY, *Quality of Means, Quality of Life and Euthanasia*, *Linacre Quarterly* May 1992, S. 6.

¹¹⁴ Vgl. J. CONNERY, *The Clarence Herbert Case: Was Withdrawal of Treatment Justified*, *Hospital Progress* Feb. 1984, S. 34.

¹¹⁵ J. CONNERY, *The ethical standards for withholding/withdrawing nutrition and hydration*, *Issues in Law & Medicine* 2 (1986), S.87ff.

Zwischen beiden Handlungen gibt es keinen moralischen Unterschied. Im Zusammenhang mit dem Abbruch der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr unterstreicht MAY, dass die Entscheidung häufig auf dem Kriterium der Qualität des Lebens basiert.¹¹⁶

Im Namen der Lebensqualität hätte somit das Leben keinen Nutzen mehr für einen Patienten und der Tod könne als gnädige Erlösung von einer Belastung oder einer nutzlosen Existenz der menschlichen Person betrachtet werden. MAY unterstreicht demgegenüber, dass die Bewertung nach dem Kriterium der „Qualität des Lebens“ unvermeidlich ungerecht ist. Diese Lebensqualität beruht auf geistigen Werten wie Intelligenz, Fähigkeit zur Antwort auf Reize und bewusste Wahrnehmung der anderen. Nur dann ist menschliches Leben für viele Autoren sinnvoll. Das Sinnkriterium der Lebensqualität bleibt aber immer eigenmächtig und ungerecht, wenn es über Leben oder Tod eines Menschen entscheidet.¹¹⁷

In diesem Kontext kann bei nichteinwilligungsfähigen Patienten die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr als nutzlose und belastende Behandlung betrachtet werden. MAY geht aber davon aus, dass in seltenen Fällen die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr z. B. bei nichteinwilligungsfähigen, nichtterminalen Patienten, obligatorisch sind.¹¹⁸

W. MAY kritisiert dabei die obige Stellungnahme von K. O'ROURKE im Zusammenhang mit den Gedanken von PIUS XII. über den geistlichen Zweck des menschlichen Lebens und seine Interpretation des gewöhnlichen und außergewöhnlichen Mittels. Nach MAY macht K. O'ROURKE einen Fehler, wenn er unter einem gewöhnlichen Mittel ein Mittel versteht, das einer Person ermöglicht, den geistlichen Zweck des Lebens zu erfüllen. Wenn diese Bedingung nicht zu erfüllen ist, ist das Mittel nicht verpflichtend. Diese Meinung ist nach MAY gefährlich, weil es viele Leute gibt, die diese Bedingung wegen des Verlustes der geistigen Fähigkeiten erfüllen. MAY fasst O'ROURKES Meinung als ernsthaft problematisch auf, weil er das leibliche Leben lediglich als instrumentales Gut für die Person und nicht als Wert an sich betrachtet: *„Thus I regard his interpretation as seriously defective and tending to the view that bodily life is merely an instrumental good for the person, not a good of the person.“*¹¹⁹ Ähnlich kritisiert MAY die Position der Lebensqualität von Richard MCCORMICK. MCCORMICK behauptet, dass eine übermäßig belastende Behandlung für

¹¹⁶ Vgl. **W. E. MAY** et al. *Feeding and Hydrating the Permanently Unconscious and Other Vulnerable Persons*. *Issues in Law and Medicine* 3 (1987), S.204ff

¹¹⁷ Vgl. **W. E. MAY**, *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*, Huntington 2000, S. 249 – 250.

¹¹⁸ Vgl. **W. E. MAY** et al. *Feeding and Hydrating*, S.204ff.

¹¹⁹ **W. E. MAY**, *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*, S. 256, weitere Diskussion dazu S. 267 – 268.

bestimmte Patienten außergewöhnlich ist. Er betrachtet dabei den Zustand oder die Lebensqualität des Patienten abhängig von der Behandlung. Nach MAY weicht MCCORMICK von der Lehre PIUS XII. und der der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie ab, dann dort geht es um die Natur der verwendenden Behandlung und nicht um die Lebensqualität. MCCORMICK betont hingegen die Lebensqualität einer Person, die er im Fall des Wachkoma-Patienten als Last bewertet. Er zeigt in seiner Lehre eindeutig eine dualistische Tendenz, in der physisches, leibliches Leben als nützliches Gut und nicht als persönliches Gut gilt.¹²⁰

May stellt die Frage, ob Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei wachkomatösen Patienten als übermässig schwer oder nutzlos betrachtet werden können. Er behauptet, dass die Versorgung durch Ernährung und Flüssigkeit bei Wachkomapatienten nicht nutzlos sei, weil sie das Leben des Patienten erhält und vor dem Tod durch Verhungern und Verdursten schützt: *„...by means of tubes is not useless in the strict sense because it does bring to these patients a great benefit, namently, the preservation of their lives and the prevention of their death through malnutrition and dehydration.“*¹²¹

Zu dieser Ansicht kommt W. MAY aufgrund der Beweise des medizinischen Personals, dass die Wachkomapatienten weder in einem nichtterminalen Stadium noch im Prozess des Sterbens sind. Diese Patienten sind einfach schwerkranke Personen. Manche Ethiker argumentieren mit den hohen Kosten der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr, um die Versorgung bei solchen Patienten abubrechen. MAY antwortet auf dieses Argument, dass die Kosten der künstlichen Versorgung nicht höher sind als andere normale Arten der Pflege, nicht größer als die Versorgungskosten bei einem nichtterminalen Patienten, den man nicht ernähren kann.¹²²

Eine weitere Frage stellt MAY im Zusammenhang mit der Entscheidungsfindung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten. Die Entscheidung über die Behandlung geschieht beim einwilligungsfähigen Patienten gemäss moralischer Normen; ähnlich muss im Fall des nichteinwilligungsfähigen Patienten vorgegangen werden. Das heißt, dass die Entscheidung des Patientenvertreters nicht im Konflikt mit den katholischen moralischen Prinzipien stehen darf. MAY unterscheidet drei zu berücksichtigende Aspekte:¹²³

1. die Berücksichtigung der Absichten und der Werte des Patienten (Präferenzen, Prinzipien – es geht um den subjektiven Aspekt)

¹²⁰ Vgl. ebd., S. 258 – 259.

¹²¹ Vgl. **W. E. MAY** et al. *Feeding and Hydrating*, S. 209.

¹²² Vgl. **W. E. MAY** et al. *Feeding and Hydrating*, S. 210; **W. E. MAY**, *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*, S. 268f.

¹²³ Vgl. **W. E. MAY**, *Making Health Care Decisions for Others*, *Ethics & Medics* 22(1997), S. 1.

2. die Berücksichtigung dessen, was für den Patienten am besten ist (es geht um den objektiven Aspekt)
3. die Berücksichtigung der Wünsche des Patienten.

Die obigen Kriterien sollten nach MAY respektiert werden, solange sie nicht in Konflikt mit den katholischen Prinzipien geraten. MAY unterstreicht in besonderer Weise das Kriterium „the patient`s interests“. Es geht darum, dass im Namen des Mitleids häufig die Behandlung verweigert oder abgebrochen wird. Des Weiteren ist die Einschätzung bestimmter Mittel als außergewöhnlich oder nutzlos in bestimmten Situationen falsch.¹²⁴ In der Entscheidungsfindung spielt bei nichteinwilligungsfähigen Patienten das Verständnis eine bedeutende Rolle, dass das Leben ein Gut der Person und nicht ein Gut für die Person ist. Deshalb muss das Leben als großes Gut geschätzt werden, das man nicht vorschnell als Belastung einstufen sollte.

Der Theologe ROBERT BARRY stellt drei Fragen im Zusammenhang mit der künstlichen Ernährung und der Wasserzufuhr bei Patienten:¹²⁵

1. Ist die Entfernung der Nahrungssonde akzeptabel, wenn das die Haupttodesursache für den Patienten ist?
2. Darf man eine niedrige Lebensqualität in Kauf nehmen, um einen Patienten durch Verdurstenlassen zu töten?
3. Kann künstliche Ernährung als medizinische Behandlung gelten?

Zu Beginn hebt BARRY hervor, dass es nie akzeptabel ist, eine unschuldige Person absichtlich zu töten. Nahrung und Wasser betrachtet er als lebensnotwendige Mittel und deren absichtliche Entfernung könnte als direkte Tötung bewertet werden, weil nach BARRY dabei die Kriterien des Prinzips der Doppelwirkung nicht zutreffen.¹²⁶

Das Konzept der Lebensqualität kritisiert BARRY, da dieses Konzept für viele Leute, die kein Bewusstsein mehr haben negativ angewendet werden kann. Nach diesem Konzept ist die psychologische Kapazität die Grundlage für den Besitz der moralischen Rechte: *„This view would radically limit the obligations of health care providers to the unconscious terminal patient, and it implies the moral permissibility of abandoning provision of all treatment fort hem. It is also quite discriminatory because it implies that capacity for psychological relating is the ground for possession of moral rights.“*¹²⁷

Nahrung und Wasser sind nach BARRY Grundvoraussetzungen für das Leben des Körpers und deshalb keine therapeutische Maßnahmen, sondern sie gehören zur

¹²⁴ Vgl. ebd., S. 2.

¹²⁵ Vgl. **R. BARRY**, *Feeding the comatose and the common good in the catholic tradition*, The Thomist 53(1989), S. 2 – 3.

¹²⁶ Vgl. **R. BARRY**, *The Sanctity of Human Life and its Protection*, Lanham 2002, S. 152ff.

¹²⁷ **R. BARRY**, *Feeding the comatose and the common good in the catholic tradition*, S. 14.

Grundpflege. Nahrung und Wasser werden durch jede Zelle und jedes Organ des Körpers aufgenommen, um die jeweils speziellen natürlichen Funktionen aufrechtzuerhalten. Die Entfernung dieser Versorgung gilt als Tötung durch Unterlassung. Die Zufuhr von Ernährung und Wasser ist eng mit dem Prinzip der Gerechtigkeit verbunden. Im Namen der Gerechtigkeit gilt die Verpflichtung, demjenigen Nahrung zu geben, der sie braucht.¹²⁸

Die Diskussion um die Wachkoma-Patienten ist im deutschen Sprachraum nicht so heftig wie im angelsächsischen Sprachraum. In der letzten Zeit wurden Arbeiten über die Problematik des Wachkomas im Bereich der Medizin, der Pflegeethik, und des Rechts veröffentlicht.¹²⁹ Die theologische Stellungnahme ist mit dem berühmten Terri Schiavo-Fall und der Debatte über die Patientenverfügung verbunden.¹³⁰ Der Mainzer Moralthologe JOHANNES REITER stellt zu diesem Komplex die folgenden Fragen: *„Wie nun sollen Ärzte, Angehörige und die Gesellschaft mit Wachkoma-Patienten umgehen? Soll man sie weiter behandeln, bis sich der Tod einstellt, oder darf man sie sterben lassen? An welchen Regeln soll man sich orientieren? Nach welchen Kriterien hat sich ärztliches Handeln zu richten?“*¹³¹

Nach J. REITER ist das Prinzip der Menschenwürde der Ausgangspunkt im ethischen Urteil des Handelns. Daraus ergibt sich das Recht auf den Schutz der Integrität von Leib und Leben (das Lebensrecht). Auch der Wachkoma-Patient besitzt Menschenwürde; obschon er bestimmte Funktionen nicht zeigen kann, ist er dennoch von seiner Mitte her ein lebender Mensch. Diesem Patienten stehen angemessene Behandlung und Fürsorge ebenso zu wie anderen Patienten.¹³² Das zweite wichtige Recht des Patienten ist das Selbstbestimmungsrecht, das bei Wachkoma-Patienten wegen der Erkrankung eingeschränkt ist. Der Arzt muss den mutmaßlichen Willen des Patienten aufgrund der früheren Äußerungen, Wertpräferenzen bzw. Überzeugungen ermitteln.

¹²⁸ Vgl. ebd., S. 28 - 30.

¹²⁹ Die ausgewählte Literatur zu diesem Thema: **CH. PLENTER**, *Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkomapatienten. Orientierungshilfen für eine Pflegeethik*, Hannover 2001., **M. WOGROLLY-DOMEJ**, *Abbilder Gottes. Demente, Komatöse, Hirntote*, in: **A. HOLL, T. MACHO, P. STRASSER** (Hrsg.), *Bibliothek der Unruhe und des Bewahrens*, Bd. 8, St. Stefan 2004, **O. TOLMEIN**, *Selbstbestimmungsrecht und Einwilligungsfähigkeit. Der Abbruch der künstlichen Ernährung bei Patienten im vegetative state in rechtvergleichender Sicht: Der Kempfner Fall und die Verfahren Cruzan und Bland*, Frankfurt am Main 2004, **W. HÖFLING** (Hrsg.), *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*, Münster 2005. **P. NYDAHL** (Hrsg.), *Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma*, München 2005.

¹³⁰ Vgl. **J. REITER**, *Kein Sterben in Würde. Ist ein Fall Schavio auch bei uns möglich?*, Herder Korrespondenz 59 (2005), S. 236 - 239.

¹³¹ Ebd., S. 237.

¹³² Vgl. ebd., S. 237.

Die Ablehnung der weiteren Behandlung und der lebensverlängernden Maßnahmen darf nach J. REITER die Basisversorgung (Lagerung, Körperpflege, das Freihalten der Atemwege sowie die Versorgung mit Flüssigkeit und Nahrung) nicht betreffen. Die Einstellung der Grundsorge gilt nach Reiter als Tod durch Unterlassung. J. REITER unterstreicht, dass die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr durch die Magensonde als Grundsorge umstritten sind.¹³³ Der Moralthologe JOHANNES GRÜNDEL hat im Gespräch mit Hubert Schöne über die Einstellung der Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr gesagt: *„Das wäre unverantwortlich, weil ich meine, er müsste dann leiden. Es sei denn, wenn er tatsächlich im völligen Unbewussten, also im Wachkoma liegt - dann wird er auch nicht mehr leiden, dann wird es vermutlich schnell gehen. Aber die Atmung und die Flüssigkeitszufuhr wird als allein humaner Weg noch vorgenommen werden - solange in irgendeiner Weise möglicherweise von dem Betreffenden noch etwas mitgespürt werden kann.“*¹³⁴

Die Dramatik des Wachkoma-Patienten liegt nach J. REITER im Handeln, da es ein Handeln in Unsicherheit ist. Es geht dabei um die Frage nach der Irreversibilität dieses Zustandes, nach dem Vorhandensein von Hunger- und Durstgefühlen und nach dem mutmaßlichen Willen des Wachkoma-Patienten. Die ganze Situation orientiert sich an der Anwendung des tutoristischen Standpunktes, für das Leben zu entscheiden und somit die Ernährung fortzusetzen. Die Entscheidung muss gemäß der ärztlichen Teleologie getroffen werden. Wenn der Arzt den mutmaßlichen Willen des Patienten nicht ermitteln kann, muss er sich in Zweifelsfällen für die Lebenserhaltung entscheiden.¹³⁵

Hierbei stellt sich die Frage nach der Patientenverfügung bei Wachkoma-Patienten. Der Fall der Wachkoma-Patienten verdeutlicht die prinzipiellen Streitpunkte in der Diskussion um Patientenverfügungen. Im Kern geht es dabei um Verbindlichkeit und Reichweite. Beim ersten Aspekt stellt sich die Frage, ob der Arzt gemäß der Patientenverfügung entscheiden muss. Im Licht des Rechts wird der Abbruch der künstlichen Ernährung für zulässig gehalten, wenn er in der Patientenverfügung erwünscht ist. Anderer Meinung ist die Enquête-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages: *„Es ist jedoch eine Illusion zu glauben, Patientenverfügungen seien stets klar und eindeutig umzusetzen. Jede Willenserklärung, jede Äußerung, jeder Text bedarf der Interpretation. (...) Weil sich hier eine Vielzahl von Uneindeutigkeiten und damit*

¹³³ Vgl. ebd., S. 237.

¹³⁴ Gespräch vom 13.05.2004, Prof. Dr. theol. Johannes Gründel Moralthologe im Gespräch mit Hubert Schöne, in URL: <http://www.br-online.de/alpha/forum/vor0405/20040513.shtml>.

¹³⁵ Vgl. J. REITER, *Kein Sterben in Würde*, S. 238.

*Entscheidungsschwierigkeiten ergeben kann, kann die Anwendbarkeit einer Patientenverfügung trotz prinzipieller Verbindlichkeit eingeschränkt oder aufgehoben sein.*¹³⁶

Die Enquêtekommision wollte die Patientenverfügungen auf den Sterbeprozess beschränken, was bedeutet, dass der Arzt bei Wachkoma und Demenz gegen die Patientenverfügung handeln kann und die lebenserhaltenden Maßnahmen fortsetzen kann.¹³⁷

J. REITER sieht in der Zukunft wichtige moralische und intellektuelle Herausforderungen in der Diskussion um Wachkoma-Patienten. Besonders geht es um einen Ausgleich zwischen zwei gegenläufigen Argumenten; dem Selbstbestimmungsrecht (Patientenverfügung) und dem Lebensschutz des Patienten. *„In diesem Diskurs, der weit über das Wachkoma und die Patientenverfügung hinausreicht, hat die Kirche, getreu ihrer Tradition, für den Schutz des Lebens, aber auch für ein menschenwürdiges Sterben einzutreten. Es geht dabei sowohl um die Bejahung des Lebens als auch um die Anerkennung der Angemessenheit des Todes.*“¹³⁸

Von großem Interesse sind auch die Aussagen der evangelischen Kirche über den Wachkoma-Patienten, insbesondere die Position ULRICH EIBACHS. Der evangelische Theologe greift das obige Problem in vielen Arbeiten auf, beispielhaft aber in seiner Publikation *„Menschenwürde an den Grenzen des Lebens“*.¹³⁹ EIBACH geht von einem christlichen Verständnis der Menschenwürde aus. Gott gibt dem Menschen eine besondere Bestimmung, die sich in der Gottebenbildlichkeit ausdrückt. Der Mensch ist Person und empfängt seine Würde durch Gottes Handeln an ihm und für ihn. Die Menschenwürde kann man nicht auf empirische Qualitäten reduzieren, weil diese Dimension transzendent ist und das ganze menschliche Leben umfasst.¹⁴⁰

U. EIBACH hebt hervor, dass jeder Mensch das Recht auf Befriedigung der Grundbedürfnisse hat. Jedes Versäumnis der Befriedigung der Basisbetreuung betrachtet er als Missachtung der Menschenwürde. Zur Basisbetreuung gehört die Nahrungszufuhr, auch wenn sie auf künstlichem Wege (Magensonde, PEG) durchgeführt wird. Die Zielsetzung der Nahrungszufuhr ist die Aufrechterhaltung des Lebens. Das Einstellen der Ernährung mit der Absicht, den Tod des Kranken zu

¹³⁶ **ENQUÊTE-KOMMISSION** „Recht und Ethik der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages 2004, *Zwischenbericht Patientenverfügungen*, in : Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Bd. 10, 2005, S. 480.

¹³⁷ Vgl. ebd., S. 481.

¹³⁸ **J. REITER**, *Kein Sterben in Würde*, S. 239.

¹³⁹ Vgl. **U. EIBACH**, *Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in Fragen der Bioethik aus christlicher Sicht*, Neukirchen 2001.

¹⁴⁰ Vgl. ebd. S. 172f.

beschleunigen, gilt als bewusste Tötung durch Unterlassen.¹⁴¹ EIBACH unterscheidet zwischen einer natürlichen und einer außergewöhnlichen Ausübung der Grundbedürfnisse. Ersteres ist immer geboten und letzteres nicht immer verpflichtend. Die Ernährung gehört zur natürlichen Befriedigung der Basisbetreuung. Sofern die Möglichkeiten dazu gegeben sind, sollten Krankeninstitutionen in kirchlicher Trägerschaft die natürliche Ernährung über den Verdauungstrakt immer vornehmen. In Grenzsituationen sollte diese Form der Ernährung allgemein verpflichtend sein. *„Darunter sollte die über den Verdauungstrakt mögliche, also auch die Ernährung über eine Nase- oder eine PEG-Sonde verstanden werden, selbst wenn das Legen letzterer einen kleinen operativen Eingriff nötig macht.“*¹⁴²

ULRICH EIBACH beschreibt die mögliche Konfliktsituation zwischen dem Willen des Patienten (Patientenverfügung), der nicht über eine Sonde ernährt werden will, und der allgemeinen Verpflichtung zur Ernährung. Seiner Meinung nach ist die Entscheidung des Patienten zu respektieren, obwohl sie aus christlicher Sicht sittlich nur selten zu rechtfertigen ist.¹⁴³ Zusammenfassend kann man sagen, dass die evangelische Position, die durch Eibach vertreten wird, viele Übereinstimmungen mit der katholischen Tradition besitzt und interessante Impulse in der Debatte über die Wachkoma-Patienten einbringt.

Im Zentrum der moraltheologischen Diskussion über das Einstellen der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr steht die Frage nach dem Begriff des Nutzens bei Wachkomapatienten. Manche Theologen¹⁴⁴ stellen fest, dass eine solche Versorgung dem Wachkoma-Patienten keinen Nutzen bringt, weshalb der Abbruch der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr als Akzeptieren des natürlichen Vorlaufs der Krankheit und des unvermeidlichen Todes des Patienten verstanden werden sollte. Andere Moraltheologen¹⁴⁵ behaupten, dass es für einen Wachkomapatienten keinen Nutzen durch künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr gibt, weil er in diesem Zustand kein sinnhaftes Leben führen kann bzw. zu zwischenmenschlichen Beziehungen nicht mehr fähig erscheint. Die Bewusstlosigkeit des Patienten gilt demzufolge als objektiver Beweis dafür, dass lebensverlängernde Mittel abubrechen sind, weil sie unverhältnismäßig seien. Dahinter steht das Kriterium der Lebensqualität, das bei Wachkomapatienten niedrig bewertet wird. Daraus ist klar ersichtlich, dass es hier um die Position des

¹⁴¹ Vgl. ebd. S. 174f.

¹⁴² Ebd. S. 187.

¹⁴³ Ebd. S. 188.

¹⁴⁴ Vgl. **P. SCHOTSMANS**.

¹⁴⁵ Vgl. **B. M. ASHLEY, K. D. O'ROURKE, J. J. WALTER, T. SHANNON, R. A. MCCORMICK**.

Personizismus geht, dass das Leben auf die geistigen Fähigkeiten reduziert und von der leiblichen Dimension abstrahiert wird. Dieses Kriterium widerspricht dem Geist der christlichen Anthropologie und öffnet den Weg zum Abrutschen auf der schiefen Ebene (slippery slope).

Man kann zum Schluss hinzufügen, dass das vorgeschlagene Kriterium „spiritual purpose of life“ von B. ASHLEY und K. O`ROURKE nicht nur Wachkoma-Patienten betrifft, die kein spirituelles Leben äußern können.¹⁴⁶ Nach P. RYAN wird diese Konzeption des spirituellen Lebens eng verstanden. Die katholische pastorale Praxis behandelt jeden Patienten als geeigneten Empfänger der Sakramente. Die Patienten sind ordnungsgemäß getauft. Daher sind auch Koma- und Wachkoma-Patienten sowie Sterbende geeignete Empfänger von Taufe, Firmung und Krankensalbung. Die pastorale Praxis setzt voraus, dass auch diese Patienten in der Gemeinschaft mit Gott leben, weshalb man ihnen die Sakramente spenden soll. Das spirituelle Leben bezeichnet die persönliche Beziehung des Menschen zu Gott.¹⁴⁷ Die Erfahrung mit Koma- und Wachkoma-Patienten schließt die Dimension der Spiritualität in diesem Zustand nicht aus. PETER J. CATALDO wirft K. O`ROURKE eine unpräzise Interpretation der Stellungnahme von Pius XII. in Bezug auf die Wachkoma-Patienten vor, weil es beim PIUS XII. nicht um bewusstlose Patienten geht. Wenn PIUS XII. – so CATALDO – über Koma-Patienten gesprochen hätte, dann hätte der Papst wohl kaum das Argument des höheren Gutes im Bezug auf das Leben benutzt. Nach CATALDO darf die Stellungnahme PIUS XII. nur auf nicht bewusstlose Patienten angewendet werden, die sich für das geistig Gute im Leben engagieren. Somit bietet es sich – CATALDO zu Folge – nicht an die päpstliche Darlegung zu einer breiten Norm bezüglich des Nutzens bzw. der nützlichen Mittel bei der Behandlung von allen Patienten zu machen.¹⁴⁸

Andererseits gibt es auch eine große Gruppe Moraltheologen¹⁴⁹, die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr für Wachkomapatienten als großen Nutzen „a great benefit“ betrachten. Für sie stellt die Erhaltung des menschlichen Lebens einen großen Nutzen für den Patienten im Wachkoma dar. Das Leben des Patienten ist ohne Rücksicht auf die Qualität ein persönliches Gut mit einem inhärenten Wert. Nach

¹⁴⁶ Vgl. **J. BERKMAN**, *Medically assisted nutrition and hydration in medicine and moral theology: a contextualization of its past and a direction for its future*, *The Thomist* 68 (2004), S. 92.

¹⁴⁷ Vgl. **P. RYAN**, *The Value of Life and its Bearing on Three Issues of Medical Ethics*, URL: <http://www.wf-f.org/Sum2K-Ryan.html>. (Stand 25. 04. 2006)

¹⁴⁸ Vgl. **P. J. CATALDO**, *Pope John Paul II on Nutrition and Hydration: A Change of Catholic Teaching?*, *National Catholic Bioethics Quarterly* 4 (2004), S. 535.

¹⁴⁹ Vgl. **R. BARRY**, **J. CONNERY**, **J. BOYLE**, **J. BERKMAN**, **K. T. McMAHON**, **E. SGRECCIA**, **E. J. FURTON**, **J. REITER**, **W. E. MAY**.

dieser Position sind die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr prinzipiell obligatorisch, denn sie nutzen weder noch schaden sie, wenn der Tod bevorsteht oder der Patient unfähig ist, Nahrung und Wasser aufzunehmen. Der Abbruch der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr gilt nach dieser These als passive Euthanasie.

5.3.3. Die Stellungnahme von Johannes Paul II.

Von der katholischen Kirche wird im Kontext der Problematik bei Wachkomapatienten eine konkrete Stellungnahme erwartet. Die Kirche gerät durch wissenschaftliche Gesellschaften, Amtsrichter und einigen Familien unter teilweise sehr starken Druck, wie etwa im Fall von TERRI SCHAVIO in den USA, bei dem heftig um die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr diskutiert wurde.¹⁵⁰ So konzentrierte sich die Diskussion zwischen Moraltheologen und katholischen Krankenhäusern in den letzten Jahren auf die Frage nach der zeitlich unbestimmten Verlängerung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Wachkomapatienten. Einen Meilenstein in der Behandlung von Wachkomapatienten setzte Papst JOHANNES PAUL II. mit seiner Ansprache vom 20. März 2004.¹⁵¹ Der Papst hob die Wichtigkeit von Studien und Forschungen im Bereich der Diagnostik, der Therapie und der Rehabilitation bei Wachkomapatienten hervor. Das Wachkoma wird zu oft zu schnell falsch diagnostiziert, weshalb Bestrebungen zu einer exakten Diagnose notwendig sind.¹⁵² Der Wachkomapatient bleibt für die Kirche eine menschliche Person mit einem Bedürfnis nach liebevoller Fürsorge, weil er *„ein Mensch ist und immer ein Mensch bleibt.“*¹⁵³

JOHANNES PAUL II. betonte die Rechte des Wachkomapatienten, die man unabhängig von der Prognose und dem Zustand respektieren muss. Es geht um das Recht auf eine grundlegende ärztliche Betreuung (Nahrung und Flüssigkeit, Hygiene, Wärme), auf die Vorsorge gegen Komplikationen, auf die Rehabilitation sowie auf die klinische Kontrolle im Rahmen einer Besserung.¹⁵⁴

Der Papst nahm Stellung im Zusammenhang mit der unterschiedlichen Praxis der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Wachkomapatienten in

¹⁵⁰ Vgl. **R. DRESSER**, *A Hard Case Makes Questionable Law*, Hastings Center Report 1 May 2004, vol. 34, no. 3, S. 8 – 9; **T. E. QUILL**, *Terri Schiavo – A Tragedy Compounded*, N Engl J Med 352(2005), Nr. 16, S. 1630 – 1633, **G. J. ANNAS**, *„Culture of Life“ Politics at Bedside – The Case of Terri Schiavo*, N Engl J Med 352(2005), Nr. 16, S. 1710 – 1715.

¹⁵¹ Vgl. **JOHANNES PAUL II.**, *Ein Mensch ist und bleibt immer ein Mensch (Ansprache am 20. März)*, L'OSSERVATORE ROMANO 9. April 2004/ Nr 15/16, S. 15.

¹⁵² Vgl. ebd., Nr 2.

¹⁵³ Vgl. ebd., Nr 3.

¹⁵⁴ Vgl. ebd., Nr 4.

nordamerikanischen katholischen Krankenhäusern. Die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr gelten als gewöhnliches Mittel und stehen im angemessenen Verhältnis zum Zweck, zu dem sie eingesetzt werden. Sie dienen zur Ernährung des Patienten und deshalb ist dieses Mittel moralisch verpflichtend, auch wenn Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme auf künstliche Weise geschehen müssen:

*„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.“*¹⁵⁵ Diese Stellungnahme gab der Papst im Jahr 1998 beim „Ad limina“-Besuch der Bischöfe von Kalifornien, Nevada und Hawaii ab. Damals unterschied der Papst zwischen der übereifrigen Behandlung und dem gewöhnlichen Mittel, wobei die künstliche Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr zur normalen medizinischen Versorgung gehören.¹⁵⁶

Des weiteren gab Papst JOHANNES PAUL II. zu bedenken, dass der Verzicht auf die Ernährung und Wasserverabreichung als Euthanasie durch Unterlassung gilt: *„Eine Wahrscheinlichkeitsrechnung, die auf den geringen Hoffnungen auf Besserung gründet, wenn der vegetative Zustand mehr als ein Jahr andauert, kann ethisch die Aussetzung oder Unterbrechung der Mindestbehandlungen des Patienten, einschließlich der Ernährung und Wasserverabreichung, nicht rechtfertigen. 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.“*¹⁵⁷

Diese Ansprache wurde auf dem Internationalen Kongress zum Thema „Lebenserhaltende Behandlungen und vegetativer Zustand: Wissenschaftliche Fortschritte und ethische Dilemmata“ angesprochen.¹⁵⁸ Am Ende des Kongresses wurde vom Weltbund der katholischen Ärztevereinigungen (World Federation of Catholic Medical Association) und der Päpstlichen Akademie für das Leben eine endgültige Stellungnahme erlassen. Das Dokument unterstreicht, dass ein Wachkomapatient kein terminaler Patient ist und sein Zustand stabil und fortdauernd ist. Damit hat dieser Patient das Recht auf Leben und auf Schutz der Gesundheit. Die

¹⁵⁵ Ebd., Nr 4.

¹⁵⁶ Vgl. **JOHN PAUL II**, *Bishops Must Stand Firmly on the Side of Life, Against the Culture of Death – Encouraging Those Who Defend It*. Ad limina address of the Holy Father to US Bishops of California, Nevada and Hawaii October 1, 1998, Nr. 4.

¹⁵⁷ **JOHANNES PAUL II**, *Ein Mensch ist und bleibt immer ein Mensch*, Nr 4.

¹⁵⁸ Dieser Kongress fand in Rom vom 17 bis 20 März 2004 statt.

Verweigerung der künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr führt zwangsläufig als direkte Folge zum Tode des Patienten. Deshalb muss diese Tat als Euthanasie durch Unterlassung betrachtet werden. Hingegen lehnt das Dokument jede Form eines therapeutischen Übereifers im Kontext der Reanimation ab, die eine wesentliche Ursache des post-anoxic für den vegetativen Zustand sein kann.¹⁵⁹

Im Zentrum der Stellungnahme des Papstes steht die Frage der künstlichen Ernährung. Dabei verwendet JOHANNES PAUL II. das Prinzip der Verhältnismässigkeit und Unverhältnismässigkeit der Mittel, was an die konkreten Umstände gekoppelt ist. Die Person im Wachkoma hat grundsätzlich ein Recht auf künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, was zur Grundpflege gehört wie z.B. die persönliche Hygiene. Diese Versorgung hat normalerweise einen zweifachen Nutzen für Wachkomapatienten: 1. die Erhaltung des Lebens, 2. die Linderung der Leiden, falls der Patient einen Schmerz erfahren kann. Der Papst betont besonders, dass die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr *prinzipiell als normal und angemessen und damit als moralisch verpflichtend* zu betrachten sind. Dies schließt nicht aus, dass beides auch ein unverhältnismässiges Mittel sein könnte. Damit ist Folgendes gemeint:

1. Es kann moralisch falsch sein, künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr immer und überall einfach als unverhältnismässig zu betrachten, nur weil eine Person im Wachkoma ist.
2. Bei bestimmten Personen und unter bestimmten Umständen ist die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr nicht unbedingt immer und überall normal und angemessen.

Die Behauptung „*prinzipiell normal und angemessen*“ bedeutet nicht „ohne Ausnahme“, sondern „unter sonst gleichen Umständen“.¹⁶⁰ Es gibt eine Ausnahme von der Pflicht zur künstlichen Ernährung, nämlich, wenn der Patient unfähig ist, die Nahrung zu assimilieren oder diese Versorgung schwere Belastungen für den Patienten bringt. Mit anderen Worten heißt das, dass bei Wachkoma-Patienten nicht einfach wegen der Beurteilung einer niedrigen Lebensqualität Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr verweigert oder abgebrochen werden dürfen. Die Grundversorgung ist nicht nutzenabhängig. Deshalb darf keine automatische Indikation zum Abbruch der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr beim Wachkomapatienten wegen

¹⁵⁹ **FIAMC**, *Considerations on the scientific and ethical problems related to vegetative state*, http://www.vegetativestate.org/documento_FIAMC.htm (Stand 27. 03. 2006)

¹⁶⁰ Vgl. **M. REPENSHENK, J. P. SOLAR**, *Medically Assisted Nutrition and Hydration: A Contribution to the Dialogue*, Hastings Center Report 34, no. 6(2004), S. 15.

einer äußeren Beurteilung der niedrigen Lebensqualität angewandt werden. Die Worte des Papstes bringen Klarheit in drei Punkten innerhalb der Debatte der Moraltheologen:

1. Die Verabreichung von Wasser und Nahrung gilt als eine natürliche Maßnahme der Lebenserhaltung, sogar wenn sie auf künstlichen Wegen (z.B. durch Sonde) geliefert wird. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sind keine medizinische Behandlung, sondern gehören zur Grundpflege.
2. Der Abbruch der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr kann zum Tod durch Verhungern und Verdursten führen. Die absichtliche Entfernung ist als Euthanasie durch Unterlassung zu bewerten.
3. Die Zufuhr von Ernährung und Wasser ist für Wachkomapatienten im allgemeinen angemessen und moralisch obligatorisch. Es gibt jedoch besondere Fälle, bei denen diese Versorgung außergewöhnlich und unverhältnismäßig sein könnte und deshalb moralisch fakultativ wäre.

Im Zusammenhang mit der Stellungnahme von JOHANNES PAUL II. zum Wachkoma-Patienten ergeben sich Diskussionsansatzefallen, weil die päpstliche Äußerung bei einigen amerikanischen Moraltheologen in der Diskussion über den Schiavo-Fall zu einer lebhaften Auseinandersetzung geführt hat. Es geht um die Relevanz der obigen Stellungnahme im Licht der traditionellen Lehre der Kirche. T. SHANNON, J. und J. WALTER beispielsweise stellen gewisse Defizite in der Entwicklung der Tradition über lebensverlängernde Maßnahmen fest. Die Stellungnahme von JOHANNES PAUL II. kann nach der Meinung der beiden Theologen nicht als Lehre der Universalkirche gelten. T. SHANNON und J.J. WALTER weisen darauf hin, dass sich im Bereich der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr in den letzten Jahrzehnten viel getan habe, worauf der Papst nicht eingeht. Insbesondere weisen die Autoren auf Änderungen in der Methode hin, wie man durch Definition und nähere Bestimmung zur Deontologie und zur Prinzipienbestimmung machen kann. Nach SHANNON and WALTER muss man bei jeder medizinischen Intervention die Verhältnismäßigkeit von Nutzen und Schaden bezüglich Person, Familie und Gesellschaft abwägen. Es geht also mit anderen Worten um ein teleologisches Abwägen der Wirkung des Eingriffs.¹⁶¹

Nach Meinung der amerikanischen Theologin L.S. CAHILL wurde die Problematik der künstlichen Ernährung und Hydrierung im Fall der Wachkoma-Patienten von

¹⁶¹ Vgl. **T. A. SHANNON, J. J. WALTER**, *Implications of the Papal Allocution on Feeding Tubes*, Hastings Center Report 34 (2004), S. 18ff, **T. A. SHANNON, J. J. WALTER**, *Assisted nutrition and hydration and the catholic tradition*, Theological Studies 66 (2005), S. 653ff, **T. A. SHANNON, J. J. WALTER**, *Reply to professors Paris, Keenan, and Himes*, Theological Studies, 67 (2006), S. 169ff.

JOHANNES PAUL II. nicht eindeutig gelöst. CAHILL unterstreicht, dass die Darlegungen des Papstes der mit vorherigen Lehre und Gesundheitsorgepraxis in katholischen Institutionen, wie es durch die Erklärung zur Euthanasie und die „Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services“ in den USA definiert wurde, nicht in Einklang stehen.¹⁶²

Strittig bleibt nach L.S. CAHILL in der moraltheologischen Diskussion die Aussage über künstliche Ernährung, wo es um die absolute Pflicht einerseits und um die konditionelle Pflicht andererseits geht. Cahill hat Probleme mit der Lehramtsposition, dass bei Wachkoma-Patienten die künstliche Ernährung bis auf Ausnahmen in der Sorge um das Leben verpflichtend ist. Zudem hält sie das Dokument für mehrdeutig. Cahill ist eine Verfechterin der pluralistischen Konsensfindung, die durch strenge Interpretation gehemmt wird. Sie sieht die Gefahr, dass der sich in den letzten zweieinhalb Jahrzehnten anbahnende Konsens in Moraltheologie und Gesundheitswesen durch päpstliche Erklärung gestört wird. Ihrer Meinung nach sollte man zum Ziel haben, die unterschiedlichen Bestrebungen zur mitfühlenden Sorge zusammenzubringen, statt die Unterschiede zu nutzen, um entzweieende Kirchenpolitik anzukurbeln.¹⁶³

Andere Theologen (z.B. J. J. PARIS) vertreten dagegen die Auffassung, dass diese Stellungnahme JOHANNES PAULS II. eine 400-jährige römisch-katholische Tradition über außergewöhnliche und unverhältnismäßige Mittel bestätigt.¹⁶⁴ PARIS, KEENAN und HIMES unterstreichen die Tatsache dass, dieser Standpunkt über die Sorge am Ende des Lebens in keiner Erklärung des Heiligen Stuhls erwähnt wurde. Diese Moraltheologen vertreten in der obigen Problematik die traditionelle Position, die von Shannon und Walter kritisiert wird. PARIS, KEENAN und HIMES heben die Relevanz der päpstlichen Äußerung im Bereich der traditionellen Position der Kirche in der Sorge am Ende des Lebens hervor,¹⁶⁵ und berufen sich auf die Fortsetzung der traditionellen Lehre der Kirche, die in einer anderen Ansprache von JOHANNES PAUL II. zum Ausdruck kommt: *„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*

¹⁶² Vgl. **L. S. CAHILL**, *Catholicism, Death and Modern Medicine*, America (April 25, 2005), S. 15f.

¹⁶³ Vgl. **L. S. CAHILL**, *Bioethics*, Theological Studies, 67 (2006), S. 131.

¹⁶⁴ Vgl. **J. J. PARIS**, *To feed or not to feed: Terri Schiavo and the use of artificial nutrition and fluids*, Southern Medical Journal 98 (2005), S. 757 – 758,

¹⁶⁵ **J. J. PARIS, J. F. KEENAN, K. R. HIMES**, *Quaestio Disputata: Did John Paul II's Allocution on Life-Sustaining Treatment revise Tradition?*, Theological Studies 67 (2006), 163ff.

wiederherzustellen. Die Verweigerung der lebensverlängernden Maßnahmen ist deshalb Ausdruck der Achtung, die man dem Patienten in jedem Augenblick schuldet.“¹⁶⁶

Laut W. MAY bestätigt JOHANNES PAUL II. in seiner Stellungnahme von 2004 die traditionelle Lehre, dass nur gewöhnliche und verhältnismäßige Mittel moralisch verpflichtend sind. Der Papst verwendet – nach MAY - diese Kriterien, um die Verhältnismäßigkeit in Bezug auf Nutzen und Wirksamkeit bei der Behandlung des Patienten zu betonen. Es geht JOHANNES PAUL II. nicht um künstliche Ernährung und Hydrierung um jeden Preis, sondern um die verpflichtende Weiterführung, wenn die Sorge mehr Nutzen als Belastung bringt. Dies schließt nicht aus, dass in besonderen Fällen eine solche künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr außergewöhnlich und unverhältnismäßig sein können, weil sie aussichtslos ist.¹⁶⁷

MAY unterstreicht, dass die päpstliche Stellungnahme Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr auch auf künstlichen Weg im Regelfall für alle Patienten vorsieht, sofern die Sorge nicht aussichtslos oder übermäßig belastend ist.¹⁶⁸ MAY fügt hinzu, dass eine gewisse Belastung in dieser Situation immer in Kauf genommen werden muss, weil sie nicht durch künstliche Ernährung und Hydrierung, sondern durch den ernsthaft geschwächten Zustand des Wachkoma-Patienten verursacht wird, was um der Gerechtigkeit willen von der Umgebung hingenommen werden muss.¹⁶⁹

Die obige Stellungnahme des Papstes wurde von der Mehrheit der katholischen Krankenhäuser und der katholischen Organisationen angenommen. Die Ethiker vom National Catholic Bioethics Center (NCBC) haben den Standpunkt von Papst JOHANNES PAUL II sorgfältig geprüft. Die Worte des Papstes korrigieren ein ernsthaftes Missverständnis bezüglich der Umstände, bei denen die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr bei Patienten im Koma entfernt werden können. Das Dokument unterstreicht, dass die Erklärung sowohl die komatösen Patienten betrifft, als auch alle Patienten, die Nahrung und Wasser brauchen.¹⁷⁰

Die Lehre des Papstes wurde durch viele katholische Konferenzen in der USA (Pennsylvania, Delaware, Maryland, Florida, New Jersey etc.) und im Ausland

¹⁶⁶ **JOHANNES PAUL II**, Ansprache von Johannes Paul II an die Teilnehmer der XIX. internationalen Konferenz des päpstlichen Rats für die Krankenpastoral (12. november 2004), URL: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/november/

¹⁶⁷ Vgl. **W. E. MAY**, *Caring for persons in the “persistent vegetative state” and pope John Paul II’s march 20 2004 address “on life-sustaining treatments and the vegetative state”*, *Medicina e Morale: Rivista internazionale di Bioetica* 55 (Maggio/Giugno 2005) 533ff.

¹⁶⁸ Vgl. ebd. S. 533ff.

¹⁶⁹ Vgl. ebd. S. 533ff.

¹⁷⁰ Vgl. **NCBC**, *Statement of the NCBC on Pope John Paul II’s Address on Nutrition and Hydration for Comatose Patients*, URL: <http://www.ncbcenter.org/press/04-04-23-NCBCStatementonNutritionandHydration.html> (Stand 25. 03. 2006)

angenommen. Es folgt ein Auszug aus der Stellungnahme der australischen Bischofskonferenz zur päpstlichen Erklärung:

*“In summary, the Pope’s statement is an application of traditional Catholic teaching, and says neither that nutrition and hydration must always be given, nor that they are never to be given, to unresponsive and/or incompetent patients. Rather, the Pope affirms the presumption in favour of giving nutrition and hydration to all patients, even by artificial means, while recognising that in particular cases this presumption gives way to the recognition that the provision of nutrition and hydration would be futile or unduly burdensome.”*¹⁷¹

Nach MCMAHON sollte diese Lehre in der institutionellen Politik aller katholischen Organisationen, die im Gesundheitswesen arbeiten, zum Tragen kommen. Die direkte praktische Anwendung der päpstlichen Erklärung führt dazu, dass keine katholische Einrichtung erlauben darf, die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr bei Wachkomapatienten mit moralischen Scheingründen abubrechen.¹⁷² Jede Entscheidung über die Behandlung von den Wachkoma-Patienten sollte der Achtung vor der Würde des Menschen getroffen werden.

¹⁷¹ **AUSTRALIAN CATHOLIC BISHOPS CONFERENCE & CHA**, *Briefing Note on the Obligation to provide Nutrition and Hydration 2004*, URL: <http://www.acbc.catholic.org.au/bc/docmoral/2004090316.htm>, (Stand 11. 05. 2006).

¹⁷² Vgl. **K. T. MCMAHON**, *Catholic moral teaching, medically assisted nutrition and hydration and the vegetative state*, in: **G. L. GIGLI, N. ZASLER** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, *NeuroRehabilitation* 19(2004), S. 378f.

5.4. Ethische Orientierung gegenüber Wachkomapatienten

5.4.1. Die Menschenwürde der Wachkomapatienten

Der Patient im Wachkoma ist als lebend zu betrachten und sein Zustand ist in aller Regel stabil. Das Wachkoma ist keine unheilbare Krankheit und die Patienten brauchen grundsätzlich keine Maschine, die wesentliche vitale Funktionen ersetzen müsste. Dieser Zustand muss von anderen Erkrankungen abgegrenzt werden. Die Ärzte sollten mit dem Risiko einer Fehldiagnose rechnen, weil der Zustand des Wachkomas noch beträchtliche klinische Ungewissheiten aufweist. Die ärztliche Diagnose kann einen beträchtlichen Einfluss auf die Entscheidungsfindung über das Niveau der Fürsorge haben.¹⁷³ Es ist auch schwierig, zwischen dem „persistenten vegetativen Zustand“ und dem „permanenten vegetativen Zustand“ zu unterscheiden. Die Trennlinie zwischen den beiden Zuständen, dem der Hoffnungslosigkeit also und dem, der noch Anlass zur Hoffnung gibt, ist nicht eindeutig. Es gibt sogar Fälle von Patienten, die ihr Bewusstsein wiedererlangt haben, obschon sie sich in einem hoffnungslosen „permanenten vegetativen Zustand“ befunden hatten.¹⁷⁴ Für diese Patienten bestehen reale Möglichkeiten, das Bewusstsein wiederzuerlangen, obwohl einige Studien keine Chance der Bewusstseinswiedererlangung für Wachkomapatienten sehen.¹⁷⁵

Deshalb erinnerte JOHANNES PAUL II. an die Relevanz einer exakten Diagnose, die Rehabilitationsprogramme zu planen erlaubt, um die Patienten aus dem Koma aufwachen zu lassen: *„Die Fachleute weisen vor allem auf die Notwendigkeit hin, zu einer exakten Diagnose zu gelangen, die normalerweise eine lange und aufmerksame Beobachtung in spezialisierten Zentren erfordert, auch unter Berücksichtigung der in der Fachliteratur angeführten hohen Anzahl diagnostischer Irrtümer. Nicht wenige dieser Patienten können später durch angemessene Behandlungen und gezielte Rehabilitationsprogramme aus dem Koma erwachen. Viele andere hingegen bleiben leider Gefangene ihres Zustandes, auch für lange Zeit und ohne technologischer Hilfen zu bedürfen.“*¹⁷⁶

¹⁷³ Vgl. **K. ANDREWS, L. MURPHY, R. MUNDAY, C. LITTLEWOOD**, *Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in a rehabilitation unit*, BMJ 313(1996), S. 13 – 16.

¹⁷⁴ Vgl. **G. L. GIGLI, M. VALENTE**, *The withdrawal of nutrition and hydration in the vegetative state patient*, in: **G. L. GIGLI, N. ZASLER** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, NeuroRehabilitation 19(2004), S. 316.

¹⁷⁵ Vgl. **D. FRANKL ET. AL**, *Attitudes of Hospitalized Patient Toward Life Support*, Am. J. Med. 86(1989), S. 645; **L. EMMANUEL ET. AL**, *Advance Directives for Medical Care*, N. Eng. J. Med., 324(1991), S. 889.

¹⁷⁶ **JOHANNES PAUL II**, *Ein Mensch ist und bleibt immer ein Mensch*, Nr.2.

Im Rahmen der unsicheren Prognose herrscht die Tendenz, den Zustand des Wachkomas als Großhirntod zu bewerten.¹⁷⁷ Bei Wachkomapatienten ist die Großhirnrinde in Folge einer Verletzung oder Erkrankung ausgefallen. In diesem Kontext kann man beobachten, dass Bewusstsein und Körper nicht zusammenwirken. Das bedeutet nicht, dass das menschliche Wesen als Ganzes aufgehört hat zu existieren, weil wichtige Funktionen des Gehirnstamms wie spontane Atmung, Zirkulation und Thermoregulation weiterbestehen. Der Organismus hat seine somatische integrative Einheit nicht verloren, obwohl er kein bewusstes Verhalten des Menschen erkennen lässt. Das Bewusstsein kann man nicht mit einem Ding oder mit einem Organ gleichsetzen, da es eine Kapazität ist, durch die das Subjekt mit der Außenwelt in Verbindung steht.¹⁷⁸ Wenn der aktuelle oder zukünftige Besitz des Bewusstseins eine wesentliche Eigenschaft eines Menschen wäre, würde der Ausfall des Bewusstseins nicht nur eine Nicht-Person, sondern auch einen Nicht-Menschen zur Folge haben. Andererseits, wenn das Bewusstsein als eine wesentliche Eigenschaft der Person (als eine Gattung innerhalb der menschlichen Art) gilt, muss man sagen, dass der Mensch nicht durch das Bewusstsein zum Mensch wird. Für Menschen kann es völlig normal und natürlich sein, bewusstlos zu sein oder durch die Krankheit bewusstlos zu werden.¹⁷⁹

Die tiefere Ebene des Personverständnisses, klassisch als menschliche Natur definiert, ist gekennzeichnet durch das Prinzip der Einheit. Im Licht der christlichen Anthropologie kann man sagen, dass die Leib-Seele-Einheit immer existiert, solange selbständige vitale Funktionen des Organismus zu beobachten sind. Die Realität der Einheit von Leib und Seele kennzeichnet die menschliche Person. Das physische und emotionale Leben des Menschen wird durch den einheitlichen Akt der geistlichen Seele erfüllt (*unica forma corporis*). Der menschliche Körper existiert dank der Anwesenheit der geistlichen Seele, die Einheit schafft und den Körper belebt. Der Körper im Wachkoma besitzt Vitalität auf dem Niveau eines Organismus, obwohl er lediglich vegetativer Natur ist. Diese Vitalität zeigt die Anwesenheit der Seele, die die Einheit der Person formt. Nur der Verlust der Integration des Organismus kann als Zeichen des Todes gewertet werden, was bei Wachkomapatienten nicht zutrifft.¹⁸⁰

¹⁷⁷ Vgl. **D. A. SHEWMON**, *A critical analysis of conceptual domains of the vegetative state: Sorting fact from fancy*, in: **G. L. GIGLI, N. ZASLER** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, NeuroRehabilitation 19(2004), S. 343.

¹⁷⁸ Vgl. **P. CATTORINI, M. REICHLIN**, *Persistent Vegetative State: A presumption to Treat*, Theoretical Medicine 18(1997), S. 266; **E. SGRECCIA**, *Vegetative state and brain death: Philosophical and ethical issues a personalistic view*, in: **G. L. GIGLI, N. ZASLER** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, NeuroRehabilitation 19(2004), S. 365.

¹⁷⁹ Vgl. **P. CATTORINI, M. REICHLIN**, *Persistent Vegetative State*, S. 266.

¹⁸⁰ Vgl. **E. SGRECCIA**, *Vegetative state and brain death*, S. 364; **D. TETTAMANZI**, *Les derniers moments de la vie*, Paris 2004, S. 65 – 66.

Nach heutigem Kenntnisstand gilt das Gehirn als Organ, das die Integration des gesamten Organismus zu einer körperlich-seelischen Einheit sichert. Der Verlust der Integration des Organismus bezeichnet den Ganzhirntod, also müssen sowohl die Hirnrinde als auch der Hirnstamm irreversibel zerstört sein.¹⁸¹ Im Licht dieses Kriteriums muss dem Wachkoma-Patienten die Integrationsfähigkeit des Individuums zubilligen, weil der Hirnstamm funktioniert.

Man kann also sagen, dass jeder Mensch als Person behandelt werden muss, die einen inhärenten Wert besitzt. Der Wert eines Menschen im Wachkoma unterscheidet sich nicht von Wert anderer Menschen und bleibt zeitlebens gleich. Daher besteht die Verpflichtung, für andere Menschen Sorge zu tragen und ihnen die Menschenwürde unter keinen Umständen abzusprechen. Menschenwürde ist unabhängig von spezifischen Fähigkeiten, auch wenn diese Fähigkeiten den Menschen unverwechselbar machen. Papst JOHANNES PAUL II. drückt dies folgendermaßen aus: *„[ich] empfinde es als meine Pflicht, mit Nachdruck zu bekräftigen, dass der jedem Menschen innewohnende Wert und seine personale Würde sich nicht verändern, was immer auch seine konkreten Lebensumstände sein mögen. Ein Mensch ist und bleibt immer ein Mensch und wird nie zur Pflanze oder zum Tier, selbst wenn er schwerkrank oder in der Ausübung seiner höheren Funktionen behindert ist. Auch unsere Brüder und Schwestern, die sich im klinischen »vegetativen Zustand« befinden, bewahren ihre volle menschliche Würde. Der liebevolle Blick Gottes des Vaters ruht weiterhin auf ihnen und erkennt sie als seine Kinder, die ganz besonderer Hilfe bedürfen.“*¹⁸²

Aus der Achtung der Menschenwürde ergibt sich das Recht auf den Schutz der Integrität von Leib und Leben. Das Recht auf menschliches Leben ist etwas, das anerkannt, nicht aber zuerkannt wird. Die Schutzwürdigkeit des menschlichen Lebens liegt nicht nur in der Zugehörigkeit des Menschen zu einer bestimmten biologischen Spezies, sondern auch in der Tatsache, dass der Mensch ein sittliches Subjekt ist. Das leibliche Leben des Menschen in seiner körperlich-seelischen Ganzheit gilt als Bedingung dafür, sittliches Subjekt sein zu können. Man kann die Schutzwürdigkeit der Person vom Recht auf leibliches Leben ableiten.¹⁸³ Der Schutz der Menschenwürde beruht weder auf bestimmten Leistungen eines Menschen, noch auf bestimmten Neigungen oder Wünschen des Subjekts, sondern auf der Anerkennung des anderen als Person: *„... diese Anerkennung darf an kein anderes Kriterium*

¹⁸¹ Vgl. **G. VIRT**, *Leben bis zum Ende. Zur Ethik des Sterbens und des Todes*, Innsbruck 1998, S. 68ff.

¹⁸² Vgl. **JOHANNES PAUL II**, *Ein Mensch ist und bleibt immer ein Mensch*, Nr. 3.

¹⁸³ Vgl. **H. M. BAUMGARTNER, L. HONNEFELDER, W. WICKLER, A. G. WILDFEUER**, *Menschenwürde und Lebensschutz: Philosophische Aspekte*, in: **G. RAGER** (Hrsg.), *Beginn, Personalität und Würde des Menschen*, Freiburg/München 1998, S. 193.

*gebunden sein als an das, was vom anderen ansichtig wird, nämlich Mensch im Sinn eines leibhaften Individuums zu sein.*¹⁸⁴

Der Mensch im Wachkoma ist ein Mensch und bleibt immer ein Mensch, unabhängig von Gesundheitslage und Bewusstseinszustand. Den Wachkomapatienten stehen alle fundamentalen menschlichen Rechte zu, weil sie wertvolle Personen sind.

5.4.2. Die Hilfsprinzipien im Umgang mit Wachkomapatienten

Häufig steht die Entscheidungsfindung in Bezug auf den Umgang mit Wachkomapatienten unter starkem Druck durch Wissenschaft, Rechtsprechung, Politik und Familienangehörige, wobei letztere selbst oft unter finanziellem und psychologischem Druck leiden. Oft wird wegen der geminderten Lebensqualität des Wachkomapatienten auf dem Abbruch der lebensverlängernden Maßnahmen bestanden.¹⁸⁵ Dieses Prinzip führt zu diskriminierendem und eugenischem Denken in den sozialen Beziehungen. Deshalb brauchen die Familien von Wachkomapatienten Unterstützung, um eine solche Mentalität zu überwinden. Sie dürfen nicht allein gelassen werden in ihrer schweren menschlichen Situation. Das Gesundheitswesen muss spezielle Programme für die Behandlung und die Rehabilitation von Wachkomapatienten entwickeln. Die finanzielle Unterstützung soll auch die Betreuung zu Hause umfassen. Besonders Familien, die die häusliche Pflege nicht selbst leisten können, brauchen Hilfe. Man darf auch nicht vergessen, dass Familien und Angehörige psychologische und moralische Unterstützung brauchen, die in der Entscheidungsfindung eine große Rolle spielt.¹⁸⁶

Die endgültige Entscheidung ist Sache der Ärzte unter Vermittlung der Familie. Das Berufsethos der Ärzte und des Pflegepersonals wird in der klinischen Situation geprüft. Ohne Zweifel macht die Diagnose des Wachkomas es für die Ärzte schwer, die richtige Entscheidung zu treffen, weil es für dieses Krankheitsbild keine klinische Analogie gibt und man keine ethische Erfahrung hat. Ausgangspunkt in der Entscheidung bleibt die Respektierung der Würde des Wachkomapatienten, die zur angemessenen Behandlung und Fürsorge wie für jeden anderen Kranken verpflichtet.

¹⁸⁴ **H. M. BAUMGARTNER, L. HONNEFELDER, W. WICKLER, A. G. WILDFEUER**, *Menschenwürde und Lebensschutz: Philosophische Aspekte*, in: **G. RAGER** (Hrsg.), *Beginn, Persönlichkeit und Würde des Menschen*, Freiburg/München 1998, S. 217.

¹⁸⁵ **G. L. GIGLI, M. VALENTE**, *The withdrawal of nutrition and hydration in the vegetative state patient*, S. 319.

¹⁸⁶ Vgl. **JOHANNES PAUL II**, *Ein Mensch ist und bleibt immer ein Mensch*, Nr 15/16.

Die Ethik der Solidarität mit den Schwächsten kann in der ärztlichen Intervention gegenüber Wachkomapatienten helfen.¹⁸⁷

Nach L. HONNEFELDER kann man das Entscheidungskriterium in der Teleologie des ärztlichen Handelns und in der individuellen Arzt-Patient-Beziehung suchen. Die Teleologie des ärztlichen Handelns bezieht sich auf das Ziel der Heilung. Wenn dieses Ziel nach dem Urteil des Arztes nicht mehr erreicht werden kann, muss sich das ärztliche Handeln auf die angemessene Pflege und Schmerzlinderung beschränken. Aus dem zweiten Kriterium der Arzt-Patient-Beziehung ergibt sich, dass beim bewusstlosen Patienten das ärztliche Handeln durch die Angehörigen oder durch andere Bezugspersonen unterstützt werden muss. Es geht dabei um den mutmaßlichen Willen, der aus den Umständen, aus den leitenden Überzeugungen und den in der Lebensgeschichte sichtbar werdenden Wertpräferenzen des Patienten hervorgeht.¹⁸⁸

Der einzige Weg für das ärztliche Handeln gegenüber Wachkomapatienten liegt nach L. HONNEFELDER in der Teleologie des ärztlichen Handelns unter Berücksichtigung des einzelnen Patienten und seiner Umgebungsbedingungen: *„Gerade beim Patienten im dauerhaft bewusstlosen Zustand erweist sich die in der individuellen Arzt-Patient-Beziehung sich konkretisierende ärztliche Teleologie als der einzig angemessene Ort der Urteilsfindung, der in der Lage ist, das Lebensrecht und den Lebenswillen des Patienten ebenso in Rechnung zu stellen wie das von ihm in Anspruch genommene Recht auf den natürlichen Tod und der es zugleich vermeidet, die Selbstbestimmung des Patienten entweder durch externe Kriterien auszuhöhlen oder sie zur Legitimation aktiver Tötung auszuweiten.“*¹⁸⁹

In der moralischen Bewertung soll die Nahrungs- und die Flüssigkeitszufuhr als gewöhnliches und zweckmäßiges Mittel gesehen werden. Allerdings ist dieses Mittel nicht immer moralisch verpflichtend. Das gilt für solche Fälle, wo es seinen Zweck nicht mehr erfüllt für Patienten eine zu große Last bringt. Es geht hierbei um die Anwendung der Lehre über gewöhnliche/außergewöhnliche und verhältnismäßig/unverhältnismäßige Mittel in der klinischen Praxis. Die Unterscheidung der Mittel gilt als objektive Bewertung, die von der Subjektivität des Patienten abhängt.

Das Mittel kann in der konkreten Situation des Patienten als außergewöhnliches Mittel betrachtet werden, wenn eine gewisse Unmöglichkeit (*quaedam impossibilitas*)

¹⁸⁷ Vgl. L. HONNEFELDER, *Medizinische Ethik und ärztliche Teleologie. Zu den ethischen Aspekten der Behandlung irreversibel bewusstloser Patienten*, Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Bd. 2. 1997, S. 175f.

¹⁸⁸ Vgl. ebd., S. 177ff.

¹⁸⁹ Ebd., S. 179.

in Bezug auf seine Verwendung besteht. Man kann vier Faktoren als Ursache einer physischen oder moralischen Unmöglichkeit der Anwendung beim Patienten differenzieren:¹⁹⁰

1. übermäßige Bemühung (*summus labor* und *media nimis dura*);
2. große Schmerzen (*quidam cruciatus* und *ingens dolor*);
3. große Kosten (*media pretiosa* und *media exquisita*);
4. starke Angst und Abneigung (*vehemens horror*).

Die genannten Faktoren reichen aus, dass je nach der persönlichen Situation bzw. Erfahrung des Patienten bestimmte therapeutische Mittel als außergewöhnlich zu beurteilen sind.

Die Verhältnismäßigkeit bzw. Unverhältnismäßigkeit der Mittel ist technisch-medizinisch angemessen bzw. unangemessen in Bezug auf die Einschätzung der Gesundheit oder die Unterstützung des Lebens der Patienten.¹⁹¹ Die Verwendung einer therapeutischen Maßnahme erfordert, das jeweilige Mittel zu einem bestimmten Zweck einzusetzen. Die Beurteilung der Verhältnismäßigkeit setzt die Wirksamkeit des Mittels voraus, die sich aus dem therapeutischen Ziel z. B. Heilung, Prävention vor Rückfällen, Verlängerung des Lebens, Schmerzlinderung oder Rehabilitation ergibt. Im diesem Kontext kann man nach M. CALIPARI zwischen „medizinischer Wirksamkeit“ und „globaler Wirksamkeit“ unterscheiden. Die medizinische Wirksamkeit beurteilt die Wirksamkeit des Mittels in Bezug auf ein genaues medizinisches Ziel und die globale Wirksamkeit beschreibt den Zusammenhang zwischen der konkreten Einschätzung der Lage des Patienten und dem allgemeinen Kontext seiner Existenz. In der klinischen Situation ist die medizinische Wirksamkeit für die Beurteilung einer Therapie ein notwendiges Element, das jedoch nicht immer eine ausreichend sichere Grundlage dafür ist, um ihr die globale Wirksamkeit in Bezug auf den Patienten unterordnen.¹⁹²

Nach CALIPARI muss die erste Stufe der Beurteilung der technisch-medizinischen Verhältnismäßigkeit eines gewissen therapeutischen Mittels mit der zweiten Stufe des Nachweises der Gewöhnlichkeit des Mittels verbunden werden. Daraus ergibt sich eine Synthese in Form einer allgemeinen Beurteilung. Für die Ärzte gilt diese dritte Stufe als „Urteil der ethischen Angemessenheit“ der therapeutischen Mittel.¹⁹³

Jede therapeutische Tat kann durch drei moralische Kategorien definiert werden:

1. *the quality of being obligatory* (obligatorisch);
2. *the quality of being facultative*

¹⁹⁰ Vgl. M. CALIPARI, *The principle of proportionality in therapy: Foundations and applications criteria*, in: G. L. GIGLI, N. ZASLER (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, NeuroRehabilitation 19(2004), S. 396.

¹⁹¹ Vgl. ebd., S. 395.

¹⁹² Vgl. ebd., S. 395.

¹⁹³ Vgl. ebd., S. 396.

(fakultativ); 3. *the quality of being illicit (verboten)*. Nach obigen Kategorien kann das therapeutisch angemessene Mittel für Patienten obligatorisch oder fakultativ sein. Wenn ein Mittel aus medizinischer Sicht unangemessen ist, kann es per se als verboten betrachtet werden. Das angemessene Mittel muss durch subjektive Elemente der zweiten Beurteilungsstufe überprüft werden. Wenn die Verwendung eines gewissen Mittels – offensichtlich angemessen – für Patienten in der klinischen Situation gewöhnlich ist, muss dieses Mittel als obligatorisch gelten. Wenn dasselbe Mittel für Patienten außergewöhnlich ist, ist es per se als fakultativ zu betrachten. Unter besonderen Umständen kann die Verwendung der angemessenen und außergewöhnlichen Mittel obligatorisch werden im Hinblick auf die Liebe oder die Gerechtigkeit in Bezug auf Gott oder den Mitmenschen. Ein Mittel ist nicht angebracht, wenn es für Patienten unverhältnismässig ist. Es geht dabei um eine authentisch aggressive medizinische Behandlung.¹⁹⁴

Das Prinzip der Verhältnismäßigkeit ermöglicht es, durch die Qualifizierung einer Handlung eine Entscheidung als sinnvoll zu bezeichnen. Dieses Prinzip berücksichtigt nicht nur die medizinische Dimension, sondern auch die Würde der Person, das Selbstbestimmungsrecht, das Gemeinwohl, die Verteilungsgerechtigkeit und die Individualität. Jede therapeutische Maßnahme hat eine eigene Zielsetzung. Das Prinzip der Verhältnismäßigkeit setzt die Abschätzung des qualitativen Nutzens, d.h. der Wirksamkeit und der Zweckmäßigkeit der Maßnahme voraus. Dabei können unerwünschte Wirkungen, z.B. patho-physiologische, psychologische und ökonomische Belastungen berücksichtigt werden.¹⁹⁵

Eine therapeutische Maßnahme ist unverhältnismässig, wenn sie die gewünschte Wirkung (Nutzen) hat, aber anhand der unerwünschten Nebenwirkungen (Schaden) zu einem neuen Zustand geführt hat, der sowohl objektiv und/oder subjektiv schlechter ist, als es ohne diese Maßnahme zu erwarten gewesen wäre. Die Verhältnismäßigkeit der therapeutischen Maßnahme berücksichtigt soziale und ökonomische Faktoren. Die Intensität der sozialen Integration des Patienten beeinflusst die Entscheidung über eine medizinische Maßnahme. Im Bereich des ökonomischen Faktors spielen zwei Prinzipien eine wichtige Rolle, nämlich Solidarität und Gerechtigkeit. Der Patient bekommt eine sinnvolle medizinische Behandlung im Rahmen der Solidarität. Die Gerechtigkeit erfordert eine richtige Verteilung der Mittel mit einer Abschätzung der Kosten und des Nutzens.¹⁹⁶

In den westlichen Ländern ist das Gesundheitswesen so organisiert, dass jeder Patient, unabhängig von seinem Einkommen, prinzipiell Zugang zu medizinischen

¹⁹⁴ Vgl. ebd., S. 397.

¹⁹⁵ Vgl. **E. H. PRAT**, *Sinnhaftigkeit in der Medizin*, Imago Hominis, 4(2004), S. 294.

¹⁹⁶ Vgl. ebd., S. 294ff.

Ressourcen hat. In ärmeren Ländern bringt die Familie oder die übergeordnete Gemeinschaft des Patienten die Kosten der Behandlung auf.¹⁹⁷ Unter dem Druck der Kostensteigerung stellt sich die Frage nach der Langzeitlebensverlängerung bei Wachkoma-Patienten. Im Rahmen der Gesundheitspolitik soll die finanzielle Struktur der Behandlung und der Rehabilitation des Wachkoma-Patienten geregelt werden. Die Staaten haben bestimmte Pflichten gegenüber ihren Bürgern und Bürgerinnen. Sie müssen sich daher für den notwendigen Schutz von Alten, Kranken und Wehrlosen einsetzen.

Das Prinzip der Verhältnismäßigkeit enthält die Beurteilung der Nutzen-/Schaden-Bilanz im Zusammenhang mit objektiven und subjektiven, ökonomischen und sozialen Faktoren. In einer klinischen Situation bleibt die Einschätzung der Verhältnismäßigkeit der Behandlung immer auch ein Akt der Tugend der Klugheit.¹⁹⁸

Angesichts der unsicheren Diagnose und Prognose bei Wachkomapatienten sollte auch das ärztliche Handeln auf dem alten Prinzip „in dubio pro vita“ (im Zweifel für das Leben) beruhen. Es geht dabei um den ethischen Tutorismus bezüglich des Umgangs mit dem menschlichen Leben im Zweifelsfall. Im Zweifelsfall soll der medizinische Eingriff eher vorgenommen als unterlassen werden. Im Licht dieses Prinzips sollte man die künstliche Ernährung bei Wachkomapatienten fortsetzen. Das medizinische Personal darf nicht vergessen, dass es mit einem lebendigen Patienten zu tun hat, der stets individuell behandelt werden muss.¹⁹⁹ Der Arzt muss jede Entscheidung über eine therapeutische Maßnahme nach seinem Gewissen und aufgrund der ethischen Prinzipien treffen: *„Niemand kann den Ärzten die hohe Verantwortung der Gewissensentscheidung in diesem Bereich abnehmen. Entscheiden sollten sie aber immer nur im Blick auf den betroffenen Menschen und sein Wohl. Das ist nichts anderes als zu sagen: Sie sollten sich am Gebot Gottes orientieren, das das Leben des (unschuldigen) Menschen besonders schützt. Es ist ihnen und jedem Menschen zugänglich durch die Offenbarung, durch den menschlichen Verstand, durch das Lehramt der Kirche und auf dieser Grundlage (nicht in Konkurrenz dazu!) durch das ärztliche Gewissen.“*²⁰⁰

¹⁹⁷ Vgl. ebd., S.296.

¹⁹⁸ Vgl. ebd., S.300.

¹⁹⁹ Vgl. **L. HONNEFELDER**, *Medizinische Ethik und ärztliche Teleologie*, S. 178; **J. REITER**, *Kein Sterben in Würde*, S. 238.

²⁰⁰ **A. LAUN**, *Fragen der Moralthologie heute*, Freiburg-Basel-Wien 1992, S. 148.

5.4.3. Die lebenserhaltende Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr als Grundsorge

In der klinischen Perspektive kann man im Rahmen der Routine den Abbruch der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr nicht mehr als passive Euthanasie bezeichnen, sondern als klinische Praxis.²⁰¹ Viele Argumentationen bezüglich der künstlichen Ernährung beruhen auf Vermutungen (es geht um Nutzen oder Belastungen für den Patienten), weil es bis heute wissenschaftliche Defizite im Bereich der Prognose und der weiteren Therapie gibt. K. MCMAHON hebt hervor, dass, wenn die Diagnose und die Prognose des Wachkomas sicher wären und wenn die Entfernung dieser Versorgung gesetzlich korrekt wäre, die Frage der moralischen Rechtfertigung immer noch bestehen würde.²⁰²

Zur Beantwortung der Frage nach der Fortsetzung oder dem Verzicht auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr muss man die Ziele der Therapie bestimmen. Bei Wachkomapatienten muss ein Therapieziel kritisch definiert werden. In der Medizin unterscheiden sich drei Arten der Therapie: „Eine Behandlung kann **erstens kurativ** sein, **zweitens nur lebenserhaltend**, aber nicht kurativ (z.B. Dialyse bei Niereninsuffizienz oder Insulinbehandlung bei Diabetikern), **und drittens palliativ**, aber nicht lebenserhaltend (z.B. Schmerzlinderung bei Terminalpatienten).“²⁰³

Nach G.G. CELESIA kann man drei Arten der Therapie bei Wachkoma-Patienten unterscheiden und zwar zum ersten eine Hochtechnologiebehandlung (Dialyse, künstliche Beatmung und Stimulation des Gehirns), zum zweiten eine unterstützte Therapie (Ernährung, Flüssigkeit, Medikamente und Antibiotika) und zum dritten eine mitfühlende Therapie (Pflege zu Hause, Hygiene, Flüssigkeit und fieberverhütende Mittel ohne Ernährung). Ob künstlich ernährt wird, hängt von der Ätiologie des Wachkomas ab. Beispielsweise ist bei einem Patienten mit einer traumatischen Schädigung eine unterstützte Therapie bis zu einem Jahr verpflichtend, danach ist sie fakultativ. Die mitfühlende Therapie ist immer verpflichtend.²⁰⁴

Nach F. OEHMICHEN und B. IRRGANG ist das Behandlungsziel bei Wachkoma-Patienten austauschbar. „Es scheint gerechtfertigt, mit Eintritt der Irreversibilität der Bewusstseinstörung von einem kurativen auf ein palliatives Behandlungsziel zu

²⁰¹ G. L. GIGLI, M. VALENTE, *The withdrawal of nutrition and hydration in the vegetative state patient*, S. 324.

²⁰² Vgl. K. T. MCMAHON, *Catholic moral teaching, medically assisted nutrition and hydration and the vegetative state*, S. 374ff.

²⁰³ IMABE-INSTITUT, *Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht*, Imabe-Info 4 (1997), S. 1.

²⁰⁴ Vgl. G. G. CELESIA, *Persistent vegetative state: clinical and ethical issues*, *Theoretical Medicine* 18(1997), S. 228ff.

*wechseln. Damit steht nicht mehr die Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern die Leidensminderung im Vordergrund der ärztlichen Bemühungen.*²⁰⁵ Die Indikation zur Einleitung einer künstlichen Ernährung besteht bei Wachkoma-Patienten dann, wenn eine Akutbehandlung mit optimistischer oder unklarer Prognose im Gange ist. Bei lebensverlängernden Maßnahmen spielt im Rahmen der Behandlung die Art der Versorgung (pflegerische Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, Sondenernährung oder transvenöse Zufuhr) keine Rolle. Im Rahmen des palliativen Therapiezieles muss eine künstliche Ernährung im Verhältnis zum Risikopotential betrachtet werden. Die Ernährung über Sonden gilt bei Wachkoma-Patienten als geringes Risiko und ist darum geboten. Hingegen bringt eine transvenöse Ernährung ein höheres Risiko und höhere Belastungen mit sich, weshalb man auf diese Versorgung verzichten kann.²⁰⁶

Man muss bei Wachkoma-Patienten auch andere spezifische Therapieansätze berücksichtigen, wie z. B. Komastimulation, d.h. Musiktherapie und Neuropsychotrauma-Therapie bei Kindern im apallischen Syndrom.²⁰⁷

Des Weiteren stellt sich die Frage, ob es um eine Behandlung oder eine Basisbetreuung geht. Wenn die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr als Behandlung zu betrachten sind, muss man sich fragen, was behandelt wird. Bestimmt geht es nicht um die Behandlung des Gehirnschadens. Die Nahrung hilft nicht, einen anormalen biochemischen oder pathologischen Prozess zu korrigieren, sondern versorgt das Gewebe mit Ernährung. Diese Versorgung ist nach K. ANDREWS ein Werkzeug des täglichen Lebenserhaltes ähnlich wie ein spezieller Löffel bei arthritischen Patienten.²⁰⁸

L. GORMALLY unterstreicht, dass die Definition ärztlicher Behandlung einen Verweis auf die unverwechselbaren Ziele der Medizin umfassen sollte, so dass die ärztliche Behandlung eine erkennbare therapeutische oder palliative Funktion hat. Die künstliche Ernährung besitzt keine solche Funktion, sondern hat nur den Zweck, den Patienten zu ernähren. Die Ernährung bei Wachkoma-Patienten dient dazu, den Patienten mit Essen und Trinken zu versorgen, so wie das bei jedem Menschen der Fall ist. Die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ist keine Therapie und darum sollte die Einstellung dieser Versorgung nicht aufgrund einer therapeutischen Zwecklosigkeit entschieden werden. Dies bedeutet, dass die Autoren grundsätzlich

²⁰⁵ **F. OEHMICHEN, B. IRRGANG**, *Ethische Fragen der künstlichen Ernährung*, *Ethica* 13 (2005), S. 83.

²⁰⁶ Vgl. ebd., S. 88.

²⁰⁷ Vgl. **A. ZIEGER**, *Beziehungsmedizinisches Wissen im Umgang mit so genannten Wachkomapatienten*, in: **W. HÖFLING** (Hrsg.), *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*, Münster 2005, S. 59.

²⁰⁸ **K. ANDREWS**, *Letting vegetative patients die*, *BMJ* 305 (1992), S. 1506.

nicht zwischen künstlicher Beatmung und künstlicher Ernährung als Mittel der Grundversorgung unterscheiden.²⁰⁹

Nach L. GORMALLY und J. KEOWN gibt es aber dennoch einen bedeutsamen Unterschied zwischen der künstlichen Beatmung und der künstlichen Ernährung, je nachdem, ob sie zu Recht als gewöhnliche Sorge klassifiziert werden. Die Ernährung gehört zur gewöhnlichen Sorge. In verschiedenen Zeiten des Lebens, z.B. nach einem Unfall, ist man hilflos und darauf angewiesen, ernährt zu werden. Wenn eine Mutter es versäumt, ihren kleinen Kindern einen Teller mit Essen hinzustellen und wenn sie ihnen nicht hilft mit einem Löffel zu essen, lässt sie sie verhungern. Die künstliche Ernährung bedeutet in gewissem Sinne eine Erweiterung der gewöhnlichen Sorge, die man jedem Menschen schuldet. Die künstliche Beatmung ist hingegen kein Teil der gewöhnlichen Sorge des Menschen. Die Unfähigkeit der selbständigen Atmung verlangt – so die Autoren – keine Erweiterung der gewöhnlichen Sorge. Die künstliche Beatmung hat ihre Rechtfertigung einzig in der Erreichbarkeit der medizinischen Ziele. Wenn es aussichtslos ist, jene Ziele zu erreichen, gibt es keine Verpflichtung, die Beatmung fortzusetzen.²¹⁰ J. KEOWN hebt hervor, dass die KEF mit dem Katheter vergleichbar sei: *„A feeding-tube by which liquid is delivered to the patient’s stomach is, it could reasonably be argued, no more medical treatment than a catheter by which it is drained from the patient’s bladder.“*²¹¹

Die Ernährung wird in der klinischen Praxis oft als künstliche Ernährung und Hydrierung beschrieben. Unterstützte Ernährung und Flüssigkeit bestehen inhaltlich aus Wasser, Kalorien, Proteinen, Kohlenhydraten, Fett, Vitaminen usw. Dieselbe Nahrung und Flüssigkeit wird bei anderen Patienten als spezielle Diät verwendet. Nach E. DIAMOND ist die richtige Terminologie nicht „künstliche Ernährung“, sondern „unterstützte Ernährung“, weil die natürliche Ernährung und Hydrierung auf künstlichem Weg geschieht.²¹² Die Nasensonde kann von einer Krankenschwester angebracht werden, die Magensonde wird von einem Chirurg operativ eingefügt. Eine solche Art der Ernährung ist allerdings keine Therapie. Bei bewusstlosen Patienten gehört die unterstützte Ernährung und Flüssigkeitszufuhr zur gewöhnlichen Grundversorgung.²¹³ Die Erlaubnis der Einstellung der Ernährung und der Hydrierung

²⁰⁹ Vgl. L. GORMALLY, *Submission to the Select Committee of the House of Lords on Medical Ethics by The Linacre Centre for Health Care Ethics (1993)*, in: L. GORMALLY (Hrsg.), *Euthanasia, Clinical Practice and the Law*, London 1994, S. 142.

²¹⁰ Vgl. L. GORMALLY, *Submission to the Select Committee*, S. 14f, J. KEOWN, *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument against Legalisation*, Cambridge 2002, S. 220.

²¹¹ J. KEOWN, *Euthanasia, Ethics and Public Policy*, S. 220.

²¹² Vgl. EUGENE F. DIAMOND, *Nutrition and Hydration: Patients in a Persistent Vegetative State*, *Origins* 34 (8 April 2004), S. 742.

²¹³ Vgl. ebd., S. 743.

zerstört nach Diamond die psychologische Trennung zwischen Töten und Sterbenlassen. Ob der Patient im Wachkoma ist oder nicht, ist eine medizinische Frage. Ob der Patient leben oder sterben sollte, ist keine lediglich medizinische Frage, sondern ein komplexes moralisches, juristisches, philosophisches und soziales Problem.²¹⁴

In der Tat haben die Wachkomapatienten ein Recht auf Basisversorgung wie z.B. Lagerung, Körperpflege, das Freihalten der Atemwege sowie die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit. Die Wachkomapatienten müssen in jedem Fall ernährt werden. Mit Geduld gelingt das manchmal oral, meistens aber mit einer Nahrungssonde. Man muss auch sagen, dass die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr für den Wachkomapatienten die Homöostase der Körperfunktionen aufrechterhält. Dabei ist erwiesen, dass Patienten im Fall des Abbruchs der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr nicht infolge des vegetativen Zustandes sterben, sondern an den Folgen von Unterernährung und Nierenversagen.²¹⁵ Daher kann man sagen, dass das Einstellen der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr nicht als medizinische Intervention zu betrachten ist, sondern als Entzug des Essens und des Trinkens.²¹⁶ Der Zweck der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr besteht nicht in der Behandlung der Pathologie, sondern will nur den Organismus am Leben erhalten, weil Verhungern und Verdursten nicht als Pathologie oder klinischer Zustand gelten. Die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr haben andere Aufgaben im menschlichen Organismus als beispielsweise Chemotherapie, Antibiotika oder mechanische Ventilation.²¹⁷

Aus moraltheologischer Sicht ist das Einstellen der künstlichen Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr bei Wachkomapatienten passive Euthanasie durch Unterlassung, wenn diese Versorgung nicht außergewöhnlich oder unverhältnismäßig ist. Im Licht der christlichen Perspektive kann die Nahrungs- und die Flüssigkeitsversorgung als Ausdruck der Liebe und Sorge um den Mitmenschen betrachtet werden und dies trifft im Fall der Wachkomapatienten auch zu. Deshalb

²¹⁴ Vgl. ebd., S. 743.

²¹⁵ Vgl. **G. L. GIGLI, M. VALENTE**, *The withdrawal of nutrition and hydration in the vegetative state patient*, S. 317.

²¹⁶ **K. T. MCMAHON**, *Catholic moral teaching, medically assisted nutrition and hydration and the vegetative state*, S. 374f.

²¹⁷ Vgl. **K. T. MCMAHON**, *Catholic moral teaching, medically assisted nutrition and hydration and the vegetative state*, S. 374; **A. FISHER**, *On not starving the unconscious*, New Blackfriars 74(1993), S. 130ff.

gilt eine solche Versorgung nach obigen Tatsachen ganz gewiss als Grundsorge.²¹⁸ In christlicher Sicht ist Nahrung ein gesellschaftliches und soziales Zeichen. JOHN BERKMAN hebt hervor, dass die Dimension der Nahrung in der ethischen Diskussion über Sterbende und schwächste Patienten ignoriert wird.²¹⁹ Die Ernährung der Schwächsten basiert aus christlicher Sicht neben dem materiellen Aspekte auch auf dem Verständnis der Eucharistie: *„Feeding others and being fed by others is among the most significant acts that Christians do, and not only for nutritive reasons. As persons shaped by a Eucharistic vision of our eating practices, Christians know this well. If and when it is realized that MANH²²⁰ is not as effective in prolonging life as it was once thought to be, there will be an opportunity in nursing homes and other medical contexts to rethink the significance of feeding.”*²²¹

Im Licht der obigen Denkweise werden künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr bei Wachkomapatienten prinzipiell für gewöhnlich und angemessen betrachtet und sind als solche moralisch verpflichtend. Deshalb sollte eine Annahme zugunsten der Bereitstellung der Ernährung und der Flüssigkeit für alle Patienten und ganz besonders für Wachkoma-Patienten gelten, sofern es dabei keine Komplikationen gibt. Die unterstützte Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr sind nicht moralisch verpflichtend, wenn der Patient unmittelbar im Sterben liegt oder der Organismus des Patienten diese Versorgung nicht assimilieren kann. In dieser Situation können die unterstützte Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr als außergewöhnliches und unangemessenes Mittel betrachtet werden.

5.4.4. Die ausgewählten Aspekte der geistlichen Begleitung der Koma- und Wachkomapatienten

Im Umgang mit Wachkomapatienten spielt die geistliche Beratung und die Seelsorge eine bedeutende Rolle als Sinnvertiefung bei hoffnungsloser Krankheit. Die Familie und die Angehörigen von Wachkomapatienten haben oft keine Hoffnung mehr, dass Sohn, Tochter, Mann oder Frau das Bewusstsein jemals wiedererlangt. Der immer stärkere emotionale Druck kann die Urteilsfähigkeit der Angehörigen trüben, so dass sie die Nutzen-/Schaden-Bilanz nicht richtig einschätzen können in Bezug auf

²¹⁸ Vgl. **AFAR**, *Stellungnahme zu ethischen Fragen bei der Behandlung von Patienten im persistierenden apallischen Syndrom*, Ethik Med 8(1996), S. 45; . **JOHANNES PAUL II**, *Ein Mensch ist und bleibt immer ein Mensch*, **K. T. McMAHON**, *Catholic moral teaching, medically assisted nutrition and hydration and the vegetative state*, S. 374ff. **G. L. GIGLI**, **M. VALENTE**, *The withdrawal of nutrition and hydration*, S. 317ff.

²¹⁹ Vgl. **J. BERKMAN**, *Medically assisted nutrition and hydration in medicine and moral theology*, S. 103.

²²⁰ *Medically assisted nutrition and hydration*

²²¹ Ebd., S. 104.

eine vom Arzt vorgeschlagene Behandlung. In der Entscheidungsfindung für den Behandlungsabbruch kommt es häufig zu Konfliktsituationen. L. OHLY zeigt außer ethischen Aspekten in den Konfliktsituationen auch die seelsorgerische Dimension auf. Der Konflikt wird durch das anhaltende Schweigen des Patienten (Koma-Patienten oder Sterbenden) verschärft. Es geht vor allem um die moralische Verantwortung gegenüber Lebenden und Sterbenden. Die Entscheidung von Angehörigen über die Fortsetzung oder den Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen verursacht Schuldgefühle.²²² In der ethischen Entscheidungsfindung muss man auch diese Dimension berücksichtigen: *„Ethische Entscheidungsprozeduren können erst dann konsensorientiert wirken, wenn Menschen ihre existenzielle Schuld angenommen haben und auf ihre Vergebung durch eine Instanz hoffen können, welche die eigene Endlichkeit der Angehörigen überwindet. Das ist eine wesentliche theologische Dimension in Konflikten um lebensbedrohliche Behandlungsabbrüche.“*²²³

Um mit Koma- und Wachkoma-Patienten in Kontakt zu treten, sollte man zuerst diesen Zustand verstehen. Solche Patienten sind ein feines Sensorium dafür, was um sie herum vor sich geht. Die neuesten Forschungsergebnisse bringen Beweise dafür, dass Wachkoma-Patienten Spuren von Wahrnehmung haben.²²⁴ Deshalb spielt gerade dann die Beziehungskultur (Beziehungsmedizin) im Gesundungsprozess eine bedeutende Rolle. Man muss die spezifischen Zeichen der Kommunikation mit Wachkoma-Patienten entschlüsseln. Es ist dabei wesentlich, eine liebevolle menschliche Beziehung zwischen dem medizinischen Team, dem Patienten und der Familie einzuführen, die die Würde der Person richtig respektiert.

Die Fürsorge sollte bei Wachkoma-Patienten auch das geistliche Spektrum berücksichtigen. Die katholische Einrichtung der Gesundheitsfürsorge beschränkt sich nicht auf die Behandlung einer Krankheit oder eines körperlichen Leidens, sondern umfasst die biographischen, physischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Dimensionen der menschlichen Person. Pastorale Fürsorge umfasst das ganze Spektrum geistlicher Dienste, einschliesslich einer gegenwärtigen Bereitschaft des Zuhörens, der Hilfe beim Umgang mit Ohnmacht, Schmerz und Entfremdung sowie insbesondere die Spendung der Sakramente.²²⁵ Ethische und religiöse Leitlinien

²²² Vgl. **L. OHLY**, *Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen und der gemutmaßte Wille von Koma-Patienten*, Wege zum Menschen, 58 (2006), S. 129ff.

²²³ Ebd. S. 133.

²²⁴ Vgl. **P. MORIN**, *Prozessorientierte Kommunikation mit Menschen in Veränderten Bewusstseinszuständen und Koma*, in: **T. KAMMER** (Hrsg.), *Traumland Intensivstation. Veränderte Bewusstseinszustände und Koma. Interdisziplinäre Expeditionen*, München 2006, S. 276.

²²⁵ Vgl. **NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS IN USA**, *The Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Service*, Washington DC 1994, in: **B. M. ASHLEY, K. D. O'ROURKE** (Hrsg.), *Ethics of Health Care*, 3rd. ed., Washington 2002, S.223f, **DIE SCHWEIZER BISCHÖFE**, *Die Würde des sterbenden Menschen. Pastoral Schreiben der Schweizer Bischöfe zur Frage der*

der katholischen Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten unterstreichen die besondere Fürsorge, um das Sakrament der Krankensalbung auch bei Patienten zu spenden, die das Bewusstsein oder den Gebrauch des Verstandes verloren haben: *„Responsive to a patient’s desires and condition, all involved in pastoral care should facilitate the availability of priests to provide the sacrament of Anointing of the Sick, recognizing that through this sacrament Christ provides grace and support to those who are seriously ill or weakened by advanced age. Normally, the sacrament is celebrated when the sick person is fully conscious. It may be conferred upon the sick who have lost consciousness or the use of reason, if there is reason to believe that they would have asked for the sacrament while in control of their faculties.“*²²⁶

Aus der ökumenischen Sicht der Fürsorge muss man über die speziellen Rituale, Gebete und vor allem über den Segen sprechen. *„Dieser Begriff [Segen] existiert jenseits konfessioneller Ausprägung und bedeutet die Aktualisierung der spirituellen Beziehung des Einzelnen zum Ewigen oder Ganzen. So ist der Segen ein wichtiges Element des Seelsorgebesuchs bei Intensivpatienten.“*²²⁷

Leiden und Ungewissheit im Umgang mit Koma- und Wachkoma-Patienten vertiefen die aufkeimende Sinnkrise. In der Stunde der Verzweiflung stellt der Mensch die Frage nach dem Sinn des Leidens. Die Antwort auf den Sinn des Leidens kann nicht auf den Erweis der Gerechtigkeit eingeschränkt werden, sondern Leiden hat auch eine transzendente Begründung. Das Geheimnis des Leidens ist versteckt in der Offenbarung der göttlichen Liebe. *„Um den tiefen Sinn des Leidens zu finden, muss man dem geoffenbarten Wort Gottes folgen und sich zugleich dem menschlichen Subjekt mit seinen vielfältigen Möglichkeiten weit öffnen. Man muss vor allem das Licht der Offenbarung aufnehmen, nicht nur soweit es die transzendente Ordnung der Gerechtigkeit zum Ausdruck bringt, sondern insofern es diese Ordnung mit Liebe erleuchtet, der letzten Quelle für alles, was existiert. Die Liebe ist auch die reichste Quelle für die Antwort auf die Frage nach dem Sinn des Leidens. Diese Antwort ist von Gott dem Menschen im Kreuze Jesu Christi gegeben worden.“*²²⁸

Die tiefere Bedeutung des Leidens kann der Christ an der Passion Christi ablesen. Christus leidet unschuldig. Die Antwort auf die Frage nach dem Sinn des

Sterbehilfe und der Sterbebegleitung, Einsiedeln, 4. Juni 2002, in: M. METTNER, R. SCHMITT-MANHART (Hrsg.), Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende, Zürich 2003, S. 431f.

²²⁶ NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS IN USA, *The Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Service*, Washington DC 1994, in: B. M. ASHLEY, K. D. O’ROURKE (Hrsg.), *Ethics of Health Care, 3rd. ed.*, Washington 2002, S.224 – 225.

²²⁷ T. KAMMERER, *Lebensatem an der Grenze. Zur Spiritualität und Seelsorge im Raum der Intensivtherapie*, in: T. KAMMERER (Hrsg.) *Traumland Intensivstation. Veränderte Bewusstseinszustände und Koma. Interdisziplinäre Expeditionen*, München 2006, S. 286.

²²⁸ JOHANNES PAUL II, *Apostolisches Schreiben „Salvifici Doloris“ über den christlichen Sinn des menschlichen Leidens*, Vatikan 1984, Nr. 13.

Leidens findet man im Leiden Christi. Christus hat am Kreuz nicht nur die Menschen durch sein Leiden erlöst, sondern das menschliche Leiden selbst in die Erlösung hineingenommen. Im Paradox des Kreuzes wurzelt die christliche Hoffnung. Christus musste den Jüngern die irdischen Hoffnungen am Karfreitag zerstören, um ihnen durch seine Auferstehung und Himmelfahrt die Tür für die wahre christliche Hoffnung zu öffnen. Christus öffnet diese Tür der Hoffnung für jeden Gläubigen. Er hat den Tod und alle Krankheiten, auch die hoffnungslosen, zu einem Weg der Liebe und zu einem Weg der Hoffnung gewandelt.²²⁹

Die Zeichen der christlichen Hoffnung drücken sich im Engagement gegenüber dem Mitmenschen aus. Im Licht des Glaubens kann man Trost im Dienst an den Kranken finden, besonders wenn man früher eigenes Leiden erfahren hat: *„In der Tat gibt es eine direkt proportionale Beziehung zwischen der Leidensfähigkeit und der Fähigkeit, dem Leidenden zu helfen. Die tägliche Erfahrung lehrt, dass Menschen, die für das Leiden anderer empfänglicher sind und sich mehr bemühen, die Schmerzen der anderen zu lindern, auch bereiter sind, die eigenen Leiden mit Gottes Hilfe anzunehmen.“*²³⁰

Die Liebe zum Nächsten hat Jesus im Gleichnis vom barmherzigen Samariter eindrucksvoll verdeutlicht. Ein barmherziger Samariter ist jeder Mensch, der bereit ist, dem leidenden Mitmenschen zu helfen. Es ist die innere Bereitschaft des Herzens, die dem Gefühlten Ausdruck verleiht. Ein guter Samariter ist jeder Mensch, der für das Leiden des anderen empfänglich ist und wahres Mitleid spürt. Er bringt dem Nächsten im Leiden die notwendige Hilfe. Er tut alles, was er kann und spart dabei nicht an materiellen Mitteln.²³¹

Die Nächstenliebe verpflichtet Christen, Leidenden und Schwachen in unserer Gesellschaft zu helfen. Im Dienst am leidenden Nächsten zeigt sich die Hilfeleistung nach Art des »barmherzigen Samariters«. Die »Samariter«-Tätigkeit befähigt uns, die Würde des Wachkomapatienten anzuerkennen, auch wenn er bewusstlos ist. Der Zustand der Bewusstlosigkeit beeinträchtigt nicht die unantastbare Würde der Person, die als Abbild Gottes geschaffen ist.

²²⁹ Vgl. **B. HÄRING**, *Hoffnungslose Krankheit und christliche Hoffnung*, *Arzt und Christ* 1(1958), S. 18.

²³⁰ **JOHANNES PAUL II**, *Ansprache von Johannes Paul II. An die Teilnehmer der XIX. internationalen Konferenz des päpstlichen Rats für die Krankenpastoral*. (Freitag, 12. November 2004).

²³¹ Vgl. **JOHANNES PAUL II**, *Apostolisches Schreiben „Salvifici Doloris“ über den christlichen Sinn des menschlichen Leidens*, Vatikan 1984, Nr. 23.

6. ZUSAMMENFASSUNG

6.1 Die Ergebnisse

Die heutige Zeit ist charakterisiert durch einen sich geradezu überstürzenden Fortschritt in allen Bereichen des menschlichen Lebens und in besonderer Weise auf dem Gebiet der Medizin. So begrüßenswert dieser Fortschritt ist, wirft er doch auch moralische Fragen auf. Eine solche Frage könnte lauten: Ist alles erlaubt, was möglich ist? Die moderne Medizin bringt immer mehr Patienten Heilung bzw. Lebensverlängerung. Welche Auswirkungen hat die Möglichkeit der Lebensverlängerung auf Patienten im Wachkoma? Welchem Stellenwert hat die Würde des menschlichen Lebens bei Personen, deren Bewusstseins- und Handlungsfeld derart stark eingeschränkt ist? Oder schärfer formuliert: Ist ein Behandlungsabbruch oder gar ein Behandlungsverzicht bei Wachkomapatienten ethisch – moralisch zu rechtfertigen? Mit dieser Fragestellung beschäftigt sich die vorliegende Arbeit im Bezug auf die Situation der Wachkomapatienten.

Um ein Fundament zur Diskussion der angesprochenen Fragestellungen zu schaffen, beschäftigt sich der **erste Teil** der vorliegenden Arbeit mit den Fakten und empirischen Grundlagen des Wachkomaproblems. Als Wachkoma definiert man ein schweres, komplexes Krankheitsbild infolge einer Hirnschädigung unterschiedlicher Ätiologie, einen Zustand anhaltender Bewusstlosigkeit mit Schlaf-Wach-Zyklen mit vollständigen bzw. teilweisen gestörten Funktionen im Hypothalamus sowie automatischen Funktionen des Hirnstamms. Wachkomapatienten sind nicht terminal krank, aber pflege- und versorgungsabhängig. Bei guter Pflege und ausreichender Ernährung und Flüssigkeitszufuhr kann das Wachkoma jahrelang andauern. Überhaupt ist das Phänomen des Wachkomas vielschichtig und von mancherlei Unsicherheitsfaktoren geprägt, besonders, wenn der wachkomatöse Zustand in einer Einrichtung der Langzeitpflege länger als sechs Monate andauert.

Anhand der klinischen Befunde muss das apallische Syndrom (Wachkoma, vegetativer Zustand) von anderen neurologischen Störungen abgegrenzt werden, z.B. dem Koma, einer fortgeschrittenen Demenz, dem Hirntod sowie dem locked-in-Syndrom. Die verschiedenen klinischen Zustände können mit dem Koma verwechselbare Zustände aufweisen. Beispielsweise kann sich der Zustand des Patienten vom Koma über den vegetativen Zustand und den minimalen Bewusstseinszustand (minimally conscious state) zum Wiedererwachen oder zum Tod verändern. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass Patienten mit apallischem

Syndrom (Wachkoma) nicht immer einem eindeutigen Krankheitsbild zuzuordnen sind. Die Gefahr der Fehleinschätzung der Diagnose ist häufig.¹

Zur prognostischen Einschätzung muss man Ursache (Ätiologie), Dauer des Wachkomas und Alter des Patienten berücksichtigen. Die Art der Gehirnschädigung beeinflusst die Sicherheit der Prognose, die nach traumatischen Gehirnverletzungen in der Regel zuverlässiger ist als nach nichttraumatischen. Jeder Wachkoma-Patient sollte daher die Chance einer neurologischen Frührehabilitation und anderer Therapieansätze (Basale Stimulation, Bezugspflege) erhalten. Wachkoma-Patienten sind keine Sterbenden. Deshalb muss ihnen eine menschenwürdige Begleitung in der Therapie geboten werden. Sie brauchen von Anfang an eine kontinuierliche und intensive Betreuung, in die auch die Familie und die Angehörigen eingebunden werden sollten. Basale Stimulation² und Bezugspflege stellen hohe Anforderungen an alle, die mit Wachkoma-Patienten umgehen, wobei man unter Bezugspflege die intensive Beziehung mit dem Patienten versteht, also eine Wahrnehmungssensibilisierung durch den Umgang mit dem Patienten.³

Der **zweite Teil** der Arbeit wendet sich konkret den ethischen Fragestellungen in Bezug auf Wachkomapatienten zu. Welche Kriterien liegen der jeweiligen Entscheidung über einen Behandlungsabbruch oder gar einem Behandlungsverzicht zu Grunde? Wie lange sind lebensverlängernde Maßnahmen bei PVS-Erkrankungen sinnvoll? Welche Kriterien sind akzeptabel, um lebensverlängernde Maßnahmen zu begrenzen bzw. zu verweigern? Eine zusätzliche Erschwernis der Entscheidungsfindung ergibt sich dadurch, dass der Wachkomazustand ein

¹ Vgl. **N.L. CHILDS, W. N. MERCER, H. W. CHILDS**, *Accuracy of diagnosis of persistent vegetative state*, *Neurology* 43 (1993), S. 1465 – 1467. **K. ANDREWS, L. MURPHY, R. MUNDAY** et al., *Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in rehabilitation unit*, *BMJ* 313 (1996), S. 13 – 16, **A. ZIEGER**, *Neue Forschungsergebnisse und Überlegungen im Umgang mit Wachkoma-Patienten*, *Rehabilitation* 37 (1998) 167–176, **S. LAUREYS**, *Functional neuroimaging in the vegetative state*, in: **G. L. GIGLI, N. ZASLER** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, *NeuroRehabilitation* 19(2004), S. 335 – 341, **W. NACIMIENTO**, *Apallisches Syndrom, Wachkoma, persistent vegetative state: Wovon redet und weiß die Medizin*, in: **W. HÖFLING** (Hrsg.), *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*, Münster 2005, S. 13

² 1975 entwickelte Andreas Fröhlich das Konzept der Basalen Stimulation zur Förderung geistig und körperlich behinderter Kinder. Überraschende Erfolge wurde bei komatösen und apallischen Patienten erreicht, später konnte das Konzept in alle Bereiche der Pflege eingeführt werden. Basale Stimulation ist ein Konzept zur Förderung der Wahrnehmung von wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen über deren Sinnorgane. Den Patienten werden Informationen über sich selbst und ihre Umwelt angeboten, wodurch sie die Chance erhalten, wieder mehr von dem wahrzunehmen, was ihnen verloren ging. Wir müssen bei allen Stimulationen, die wir den Patienten zuführen, einen für sie lebensgeschichtlichen Zusammenhang herstellen. Vgl. **A. FRÖHLICH**, *Basale Stimulation – Das Konzept*, Düsseldorf 2000, **CH. BIENSTEIN, A. FRÖHLICH**, *Basale Stimulation*, Düsseldorf 2003, **P. NYDAHL, G. BARTOSZEK**, *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*, München 2003.

³ Vgl. **M. WOGROLY-DOMEJ**, *Abbilder Gottes. Demente, Komatöse, Hirmtote*, in: **A. HOLL, T. MACHO, P. STRASSER** (Hrsg.), *Bibliothek der Unruhe und des Bewahrens*, Bd. 8, St. Stefan 2004, S. 120f.

Durchgangssyndrom sein kann. Viele Beispiele von Patienten mit persistierendem vegetativem Zustand zeigen auf, wie vorsichtig man bei der Beurteilung der Endgültigkeit einer Bewusstlosigkeit sein muss. In vielen Ländern hat die Jurisdiktion sich inzwischen dieser Problemlage angenommen mit der Tendenz, dass die Lebenserhaltungspflicht dort ende, wo der Mensch unwiderruflich die Fähigkeit verliere, durch entsprechende Reaktionen zu zeigen, dass er sich selbst wahrnehmen und verwirklichen könne. Bei Patienten mit irreversiblen Bewusstseinsverlust sei dies eine nachweisbare Tatsache.⁴

Der Bewusstseinsverlust bei wachkomatösen Patienten hat zur Folge, dass diesen Menschen die Sinnhaftigkeit ihres Lebens aberkannt wird. Ist das Leben aber nicht mehr sinnvoll, dann scheint es auch nicht mehr erforderlich, lebensverlängernde Massnahmen aufrechtzuerhalten. Dieses Konzept führt häufig zu Konflikten zwischen Ärzten und Angehörigen. Im Brennpunkt der Diskussion steht das Problem ob und wenn ja, wann künstliche Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr verweigert bzw. abgebrochen werden dürfen. Diese Entscheidungsfindung wird dadurch erschwert, dass sie auf der Basis miteinander konkurrierender Rechte vonstatten geht. Das Recht auf Leben, das Tötung ausschliesst, steht in Konkurrenz zum Recht auf einen natürlichen Tod, d.h. zum Recht auf Ablehnung einer weiteren Versorgung, wohingegen in der Intensivmedizin vorrangig von Interesse ist, ob, wie und wie lange künstliche Ernährung sinnvoll erscheint. Besonders bei Patienten mit unheilbaren Erkrankungen, bei Menschen am Ende einer Langzeiterkrankung bzw. am Lebensende ist eine solche Entscheidung sehr schwierig zu treffen.⁵

In der klinischen Situation ist der Wille des Patienten, die sog. Patientenverfügung, das wichtigste Kriterium, wenn es um einen Behandlungsverzicht bzw. den Abbruch der künstlichen Ernährung und Hydrierung geht. Problematisch gestaltet sich die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechtes allerdings beim nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten. In dieser Situation greift man auf den mutmaßlichen Willen⁶ des Patienten zurück, ein höchst fragwürdiges Konstrukt, geht es doch unwiderruflich um vorzeitigen Tod.⁷

⁴ Vgl. **A. ESER**, *Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen*, in: **W. JENS, H. KÜNG** (Hrsg.), *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*, München-Zürich 1995, S. 163.

⁵ Vgl. **F. OEHMICHEN**, *Künstliche Ernährung am Lebensende*, in: **U. KÖRNER** (Hrsg.), *Berliner Medizinethische Schriften*, Dortmund 2001 S. 3 – 4., **F. OEHMICHEN, B. IRRGANG**, *Ethische Fragen der künstlichen Ernährung*, *Ethica* 13 (2005), S.69ff.

⁶ Vgl. **M. ZIMMERMANN-ACKLIN**, *Zur Frage des Umgangs mit Wachkomapatientinnen und -patienten. Statement aus ethischer Sicht*, **SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR BIOMEDIZINISCHEN ETHIK** (SGBE), *Menschen im Wachkoma*, *Bioethica Forum*, No. 45, Juni 2005, S. 6.

⁷ **W. HÖFLING**, *Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Integritätsschutz – Patientenverfügung oder Patientenanwalt sorgt für Klarheit*, in: URL: http://www.wernerschell.de/rechtsalmanach/Heilkunde/sterbehilfe_integritaetsschutz.htm (Stand 30.03.2004)

Neben der mutmaßlichen Einwilligung gelten bei der Entscheidungsfindung bei Wachkoma-Patienten noch die Rechtsprinzipien des „substituted judgement“ und des „best interest“. Das „best interest“ ist ein wesentliches Kriterium für einen Behandlungsverzicht bei wachkomatösen Menschen, weil die Lebensqualität solcher Menschen auf niedrigem Niveau angesiedelt sei, d.h. dass man dem Betroffenen keinen Gefallen erweise, wenn man sein Leben künstlich durch Ernährung und Hydrierung verlängere. Ob die Patienten selbst ihr Leben als lebenswert oder nicht lebenswert einstufen würden, wenn man sie fragen könnte, bleibt offen. Deshalb ist die Entscheidungskategorie „the patient's best interests“ bei Wachkoma-Patienten umstritten. Es stellt sich grundsätzlich die Frage, ob der Entzug der Ernährungs-sonde als ein Tun, d.h. aktive Sterbehilfe oder als ein Lassen, d.h. passive Euthanasie einzuordnen ist.⁸ Ganz besonders schwierig gestaltet sich die Frage nach der nicht-freiwilligen Sterbehilfe. Der Präferenz-Utilitarismus definiert Töten dann nicht als Unrecht, wenn bei einem Individuum kein Interesse am Überleben erkennbar ist. Da dies für Wachkoma-Patienten auftritt, genießt ihr Leben keinerlei Schutz, wenn nach präferenz-utilitaristischen Gesichtspunkten entschieden wird.

Im **dritten Teil** der Arbeit stellt sich die Frage nach dem Lebensrecht und der Menschenwürde der Wachkoma-Patienten. Gilt ein Wachkoma-Patient noch als Mensch, dessen Leben über eine spezifische Würde verfügt oder gilt er nur noch als „being“ d.h. als biologisches Lebewesen? Es fällt auf, dass in der gegenwärtigen Bioethik-Szene das Recht auf Leben an spezifische Eigenschaften des Menschen wie z.B. Selbstbewusstsein, Sinn für Zukunft, psychologische Kontinuität oder Kommunikationsfähigkeit geknüpft wird. Wesentliche Vertreter dieser Auffassung sind beispielsweise P. SINGER, T. ENGELHARDT, M. TOOLEY, N. HOERSTER und J. HARRIS.⁹

Die dualistische Anthropologie betrachtet häufig Wachkoma-Patienten nicht mehr als Personen und spricht ihnen dadurch die Menschenwürde ab. Somit ist gemäß dieser Prämisse der Abbruch der künstlichen Nahrungs- und

⁸ Vgl. **CEJA**, *Decisions Near the End of Life*, JAMA 267(1992), Nr 16, S. 2229ff, **SAMW**, *Betreuung von Patienten am Lebensende* (2004), Schweizerische Ärztezeitung 85(2004) Nr 6, S. 289ff. **A. ZIEGER**, *Keine Euthanasie bei Wachkomapatienten*, Behindertenpädagogik (34)1995, S. 414–425. sowie **U. EIBACH**, *Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Euthanasie und "lebensunwertes" Leben*, Wuppertal 1998, S. 155.

⁹ Vgl. **P. SINGER**, *Praktische Ethik*, Stuttgart 1994, **T. ENGELHARDT**, *The Foundations of Bioethics*, Oxford 1986, **M. TOOLEY**, *Abtreibung und Kindstötung*, in: **A. LEIST** (Hrsg.), *Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord*, Frankfurt am Main 1990, S. 159ff, **N. HOERSTER**, *Abtreibung im säkularen Staat. Argumente gegen den § 218*, Frankfurt am Main 1991, **J. HARRIS**, *Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik*, Berlin 1995.

Flüssigkeitszufuhr vollkommen gerechtfertigt.¹⁰ Für den Bioethikerin KUHSE hat das Leben eines PVS-Patienten keinen Wert in sich, verdient also keinen Respekt und braucht deshalb auch nicht künstlich aufrechterhalten zu werden.¹¹ Dies gipfelt in der Todeskonzeption, die besagt dass durch den Defekt der Großhirnregionen jeder personale Charakter des Menschen erloschen sei. Das Leben einer Person ende automatisch mit dem irreversiblen Verlust des Bewusstseins, d.h. der Wachkoma-Patient erleide durch seine Krankheit automatisch den Persontod.¹²

Ein zusätzliches Problem ergibt sich für Ärzte und Angehörige aus der Frage, ob der Wille des Patienten vor dem Wachkoma-Zustand identisch ist mit dem Willen des bewusstlosen Patienten oder ob es in der konkreten klinischen Situation eine Interessen-Kollision zwischen verschiedenen Subjekten gibt, nämlich zwischen dem Ich vor dem Ausbruch der Krankheit und dem gegenwärtigen Ich.¹³ Damit eng verbunden ist das Problem der personalen Identität und der Selbstbestimmung des PVS-Patienten. Möglicherweise hat der Patient auch in der Bewusstlosigkeit die Fähigkeit zur Selbstbestimmung, z.B. durch Protest gegen unangemessene Behandlungen. Gemäß dieser Prämisse ist der Körper des Wachkoma-Patienten ein gewisses Ausdrucksmedium des Selbst.¹⁴

Der **vierte Teil** beschäftigt sich mit der Begründung des Respekts vor dem Leben und der Würde bei Wachkoma-Patienten. Nach der christlichen Begründung ist der Mensch ein Geschöpf Gottes. Die biblische Anthropologie wurzelt in der Beziehung zwischen Gott und Geschöpf. Der Mensch wird als Abbild Gottes (*śælœm 'elohim* – Gottesstatue, Abbild Gottes) und gemäß der Konzeption der Ähnlichkeit (*d'emut* – die Ähnlichkeit) erschaffen.¹⁵ Die Gottebenbildlichkeit des Menschen gilt nicht nur der intellektuellen Seite des Menschen, sondern dem ganzen Menschen in seiner seelisch-leiblichen Realität. Die Worte „Abbild“ und „Ähnlichkeit“ bezeichnen den konkreten Menschen in der Einheit des Seins, weil die Bibel keine ontologische Dichotomie

¹⁰ Vgl. **B. BAERTSCHI**, *La dignité de l'être humain et les états végétatifs*, **SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR BIOMEDIZINISCHEN ETHIK** (SGBE), *Menschen im Wachkoma*, Bioethica Forum, No. 45, Juni 2005, S. 5.

¹¹ Vgl. **H. KUHSE**, *Menschliches Leben und seine Würde. Frage des Lebens und des Sterbens*, in: **H. GANTHALER, O. NEUMAIER** (Hrsg.), *Anfang und Ende des Lebens. Beiträge zur Medizinischen Ethik*, Sankt Augustin 1997, S. 232.

¹² Vgl. **D. W. BROCK**, *Life and Death. Philosophical essays in biomedical ethics*, Cambridge 1993, S. 362ff.

¹³ Vgl. **R. MERKEL**, *Personale Identität und die Grenzen strafrechtlicher Zurechnung. Annäherung an ein unentdecktes Grundlagenproblem der Strafrechtsdogmatik*, JZ, 10 (1999), S.508.

¹⁴ Vgl. **O. TOLMEIN**, *Selbstbestimmungsrecht und Einwilligungsfähigkeit. Der Abbruch der künstlichen Ernährung bei Patienten im vegetative state in rechtsvergleichender Sicht: Der Kemptener Fall und die Verfahren Cruzan und Bland*, Frankfurt am Main 2004, S. 110f.

¹⁵ Vgl. **J. SCHARBERT**, *Genesis 1 – 11*, S. 44, vgl. **W. GROß**, *Gen 1,26.27; 9,6: Statue oder Ebenbild Gottes?*, JBTh 15(2000), S. 11ff.

kennt.¹⁶ In der franziskanischen Theologie der Inkarnation ist der Mensch sowohl anhand seiner Beseelung Abbild Gottes, als auch mit seinem Leib dem Leibe Christi nachgestaltet.¹⁷ Die franziskanischen Autoren sehen also sowohl einen Teil des Menschen (Leib oder Seele) als Abbild Gottes, als auch den ganzen Menschen in der Leib-Seele-Einheit. Die Dualität des Menschen (Leib und Seele) weist in der franziskanischen Theologie und Philosophie immer auf die Ganzheitlichkeit des Menschen hin. Die Gottebenbildlichkeit als Prinzip der theologischen Anthropologie bedeutet Würde und Unantastbarkeit des menschlichen Lebens. Im Umgang mit Wachkomapatienten muss man immer vor Augen haben, dass jeder einzelne einen einzigartigen und unvergleichlichen Wert darstellt, unabhängig von seinen individuellen Umständen und Qualitäten.

Die heutige bioethische Diskussion ist häufig mit dem philosophisch-theologischen Personbegriff verknüpft. THOMAS VON AQUIN entwickelt das Menschenverständnis in Anlehnung an die boëthianische Definition der Person, gemäß der die Person Einzelsubstanz der vernunftbegabten Natur ist.¹⁸ Ursprünglich wurde dieser Begriff im Kontext der trinitarischen Theologie und der Christologie entwickelt. Die vernunftbegabten Eigenschaften (Selbstbewusstsein, Freiheit, Kommunikation in Dialog und Liebe) sind nach THOMAS nur Folgen und Früchte aus dem Sein und haben bei Personen den Charakter von Akzidentien. THOMAS begründet die Einheitsthese von Leib und Seele im Menschen. In der aristotelisch-thomistischen Metaphysik gibt es die Leiblichkeit weder als etwas Sekundäres gegenüber der Seele, noch als Kerker der Seele, sondern Leiblichkeit ist das Medium der Seele. Diese einheitliche Anthropologie fungiert als Alternative zu dualistischen Positionen. So betrachtet stellt der Organismus des Patienten im Wachkoma ein einheitliches organisches Leben dar, auch wenn der Patient nur vegetativ existiert (dank der Funktionen des Hirnstammes), solange er selbständig atmet, die Kreislaufaktivität aufrecht erhält usw. Diese Theorie findet sich in der heutigen Neurowissenschaftsforschung bestätigt.¹⁹

Die Geistigkeit unserer mentalen Akte, d.h. also das Bewusstsein und das Selbst gehören zu den wichtigsten Themen der Neurowissenschaft und der Neurophilosophie. Diese Phänomene werden unterschiedlich definiert. Im Licht der

¹⁶ Vgl. **J. SALGUERO**, *Anthropologia biblica*, Semin 32(1980), S. 146.

¹⁷ Vgl. **J. B. FREYER**, *Homo Viator*, S. 123.

¹⁸ Vgl. **THOMAS VON AQUIN**, *Summa Theologica*, I, q.29 a.1.

¹⁹ Vgl. **J. BONELLI**, *Leben-Sterben-Tod. Überlegungen zum Hirntod aus der Sicht des Arztes*, in: **M. SCHWARZ, J. BONELLI** (Hrsg.), *Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens*. Wien – New York 1995, S. 85ff.

holistischen Theorie lassen sich die geistigen Akte, das Bewusstsein und das Selbst nicht auf neuronale Prozesse reduzieren.²⁰

Dabei stellt sich die Frage nach der Personalität der Wachkomapatienten. Bei Wachkomapatienten tritt das Bewusstsein in Form von Übertragungsgefühlen wie Empfindsamkeit, Verletztheit, Schutz- und Hilfebedürftigkeit auf andere Menschen auf. Die zwischenmenschliche Kommunikation spielt daher für das Bewusstsein der Wachkomapatienten eine große Rolle. Darum kann man sagen, dass das Wachkoma *„kein Ausfall des Bewusstseins ist, sondern ein Zustand tiefster Zurücknahme und Abgeschlossenheit auf der Ebene des autonomen Körperselbst.“*²¹ Für Wachkomapatienten ist demzufolge der zwischenmenschliche Dialog wichtig für die Hirnentwicklung und Remission des autonomen Körperselbst.²²

Aus der psychosomatischen Medizin entwickelte sich die medizinische Anthropologie, in der die leibseelische Einheit der Person um eine geschichtliche und eine kommunikative Dimension erweitert wird. Das einheitliche Menschenbild wird in der Theorie der Einheit von Wahrnehmung und Bewegung dargestellt, die „Gestaltkreis“ genannt wird. Das Wahrnehmen und das Bewegen sind essentielle menschliche Grundvollzüge und gestalten zugleich zwei Wege der Beziehung zwischen Seele und Leib.²³ Die Betrachtungsweise der psychosomatischen Medizin ist hilfreich für Menschen im Wachkoma, die neben einer schweren Krankheit auch an einem Trauma leiden. Diese traumatisierten Patienten brauchen besonders viel zwischenmenschlichen Kontakt im klinischen Alltag und später in der häuslichen Umgebung. Es geht dabei um die Beziehungsmedizin als Alternative im Umgang mit Wachkoma-Patienten. Einfache Tätigkeiten wie z.B. Massagen, Liebkosungen und Küsse bringen dem Wachkoma-Patienten wertvolle Möglichkeiten zur Stressreduzierung. Ärzte, Pfleger/in, und Angehörige sollten eine spürbare liebevolle Atmosphäre in der Umgebung der Patienten schaffen.²⁴ Daraus ist klar ersichtlich, dass Wachkomapatienten eine traumatische Apathie erleiden, wie sie auch andere Leiden von Leib und Seele erfahren.

Die ethische Orientierung beim Umgang mit Wachkomapatienten in der moraltheologischen Perspektive wird im **fünften Teil** der vorliegenden Arbeit erörtert. Die katholische Position über die Lebensverlängerung geht auf die Renaissance der

²⁰ Vgl. **G. RAGER**, *Das Leib-Seele-Problem. Begegnung von Hirnforschung und Philosophie*, FZPhTh, 29(1982), S. 459ff.

²¹ **A. ZIEGER**, *Personsein, Körperidentität und Beziehungsethik*, S. 168.

²² Vgl. **A. ZIEGER**, *Personsein, Körperidentität und Beziehungsethik*, S. 162ff.

²³ Vgl. **V. v. WEIZSÄCKER**, *Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*, Stuttgart 1968.

²⁴ Vgl. **A. ZIEGER**, *Traumatisiert an Leib und Seele*.

thomistischen Theologie im 16. Jh. zurück und gedieh an deutschen, italienischen und vor allem an spanischen Universitäten. Die Unterscheidung zwischen gewöhnlichem und außergewöhnlichem Mittel wurde damals in die katholische Tradition eingeführt. Im zwanzigsten Jahrhundert hatte der Moralthologe GERALD KELLY einen besonderen Einfluss auf die Entwicklung der Lehre über gewöhnliche und außergewöhnliche Mittel. KELLY's Definition der gewöhnlichen und außergewöhnlichen Mittel wurde von Papst PIUS XII. in seiner Stellungnahme bei den Anästhesiologen verwendet. PIUS XII. unterstrich, dass es gewöhnlich nur die Verpflichtung gibt, übliche Maßnahmen zu verwenden.²⁵ Die Kongregation für die Glaubenslehre hat dieser Unterscheidung noch die Unterscheidung einer zwischen verhältnismäßigen und einer unverhältnismäßigen Behandlung hinzugefügt. Dabei muss man die Komplexität und das Risiko der Behandlung, die Kosten und den Zustand der kranken Person beachten. Es geht um das Prinzip der Verhältnismäßigkeit (Proportionalität).²⁶ In dieser Situation ist der Verzicht auf außergewöhnliche oder unverhältnismäßige Mittel moralisch zu rechtfertigen. Das Lehramt erinnert in der Sorge um das Leben und die Gesundheit des Menschen an andere entscheidende Faktoren in den Konfliktsituationen. Es geht dabei um die Lebensqualität, die Förderung der Gesundheit, die Begleitung der Sterbenden und Schwerkranken, die Verpflichtung des Gesundheitswesens sowie das ärztliche und pflegerische Ethos.

Seit Jahren wird das Problem des Wachkoma-Patienten in den Vereinigten Staaten heftig diskutiert. Die Bischofskonferenzen, einzelne Bischöfe, sowie Moralthologen haben Erklärungen im Zusammenhang mit der Ernährung bei Wachkomapatienten abgegeben. Allerdings ist man sich über wesentliche Aspekte uneinig. Markante Eckpunkte im Zusammenhang mit Wachkoma-Patienten setzte Papst JOHANNES PAUL II. in seiner Ansprache vom 20. März 2004.²⁷ JOHANNES PAUL II. betonte die Rechte des Wachkomapatienten, die man unabhängig von der Prognose und dem Zustand respektieren muss. Es geht um das Recht auf eine grundlegende ärztliche Betreuung (Nahrung und Flüssigkeit, Hygiene, Wärme), auf die Vorsorge gegen Komplikationen, auf die Rehabilitation sowie auf die klinische Kontrolle im Rahmen einer Besserung.²⁸ Der Papst betont besonders, dass die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr *prinzipiell als normal und angemessen und damit als moralisch verpflichtend* zu betrachten sind. Dies schließt nicht aus, dass die

²⁵ Vgl. **PIUS XII.**, *Die Stimme des Papstes. Über moralische Probleme der Wiederbelebung*, Herder-Korr 12(1958), S. 229.

²⁶ Vgl. **DIE KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE**, *Die Erklärung „Iura et bona“ zur Euthanasie, vom 20. Mai 1980*, (Hrsg.) vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Verlautbarungen des apostolischen Stuhls, 20), Bonn 1980.

²⁷ Vgl. **JOHANNES PAUL II.**, *Ein Mensch ist und bleibt immer ein Mensch (Ansprache am 20. März)*, L'OSSERVATORE ROMANO 9. April 2004/ Nr 15/16, S. 15.

²⁸ Vgl. **JOHANNES PAUL II.**, *Ein Mensch ist und bleibt immer ein Mensch*, Nr 4.

künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr unter anderen Umständen auch als unverhältnismäßiges Mittel einzustufen sein könnten. Die absichtliche Entfernung der Nahrungssonde ist demzufolge als Euthanasie durch Unterlassung zu bewerten.

Wichtige Ansätze im Umgang mit Wachkoma-Patienten, über die die vorliegende Arbeit informiert, orientieren sich an der Humanität. PVS-Patienten sind nicht tot, sondern lediglich in gewissem Sinn behindert. Die Erfahrung mit solchen Patienten lehrt uns grundsätzlich, dass behindertes Leben nicht weniger Lebensqualität haben muss als nicht-behindertes. Der Mensch wird in der katholischen metaphysischen Tradition als zeitlich-geschichtliche Einheit des leiblich-seelischen Lebens verstanden. Der ganze Mensch ist die Person, nur als Ganzes ist er Gegenstand der Beziehung zwischen Gott und Geschöpf. Der Mensch ist nach dem Bild und Gleichnis Gottes geschaffen. Die Vollendung der Seele ist nur in ihrer Leiblichkeit zu erreichen, d.h. als Vollendung des ganzen Menschen: Ich bin mein Leib – wer meinen Leib sieht und berührt, sieht und berührt mich selbst. Der Organismus des Patienten im Wachkoma stellt ein einheitliches organisches Leben dar, auch wenn der Patient nur vegetativ existiert (dank der Hirnstammhirnfunktionen), solange er selbständig atmet, die Kreislaufaktivität aufrecht erhält usw. Der Mensch im Wachkoma ist ein Mensch und bleibt immer ein Mensch, unabhängig von Gesundheitslage und Bewusstseinszustand. Die Wachkomapatienten haben das fundamentale Recht auf Leben, weil sie Personen sind. Der Ausgangspunkt in der Entscheidung bezüglich der zu ergreifenden Maßnahmen bleibt die Respektierung der Würde des Wachkomapatienten, die zur angemessenen Behandlung und Fürsorge wie für jeden anderen Kranken verpflichtet.

Die katholische Moraltradition schlägt als normativen Ausgangspunkt für eine ethische Bewertung des Abbruchs der künstlichen Ernährung bei Wachkoma-Patienten das Kriterium des gewöhnlichen/außergewöhnlichen und verhältnismäßigen/unverhältnismäßigen Mittels vor. Dieses Merkmal ist maßgeblich für jede Entscheidung über eine Weiterbehandlung, bzw. Lebensverlängerung. Jede lebenserhaltende und verfügbare Maßnahme ist somit grundsätzlich verhältnismäßig. Die Bewertung der Verhältnismäßigkeit erfordert die Abschätzung des qualitativen Nutzens, d.h. der Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der Maßnahme. Es gilt zu bewerten, ob der Nutzen größer ist als der Schaden. Ein Mittel ist für Patienten unverhältnismäßig, wenn es mehr schadet als nützt. Eine Maßnahme kann in der konkreten Situation des Patienten als außergewöhnliches Mittel betrachtet werden, wenn eine gewisse physische oder moralische Unmöglichkeit in Bezug auf seine Verwendung besteht, d.h. eine übermäßige Bemühung, zu große Schmerzen, zu hohe Kosten usw. Unter den geschilderten Voraussetzungen ist die Zufuhr von Ernährung

und Flüssigkeit für die Wachkomapatienten im Allgemeinen angemessen, gewöhnlich und moralisch geboten. Es gibt jedoch Umstände, bei denen diese Versorgung außergewöhnlich und unverhältnismäßig sein könnte und deshalb moralisch fakultativ wäre. Es kann vorkommen, dass die Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr einer Person, die unmittelbar im Sterben liegt, keine Erleichterung bringt oder vom Leib der Person nicht aufgenommen werden kann. Dann besteht keine absolute Verpflichtung, das Leben des Wachkoma-Patienten mittels Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr aufrechtzuerhalten. In den reichen Ländern sind die durch die Versorgungskosten auf die Gesellschaft zukommenden Belastungen in der Regel zumutbar. In den armen Ländern muss dem Wachkoma-Patienten die Grundsorge gewährt werden. Ärzte schöpfen nicht um jeden Preis alle Möglichkeiten der Intensivmedizin aus, wenn der Sterbeprozess bereits irreversibel eingetreten ist.

Solange sich der Wachkoma-Patient nicht im Sterbeprozess befindet, darf man lebenserhaltende Maßnahmen nicht abbrechen. Für die katholische Kirche gehört die unterstützte Ernährung zu den natürlichen Mitteln der Lebenserhaltung. Wasser und Nahrung gelten als eine natürliche Maßnahme der Lebenserhaltung, sogar wenn sie künstlich geliefert werden. Unterstützte Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sind keine medizinische Behandlung, sondern definieren sich als Bestandteil der Basisbetreuung. Im Licht der christlichen Perspektive können die Nahrungs- und die Flüssigkeitsversorgung als Ausdruck der Liebe und Sorge um den Mitmenschen betrachtet werden und das trifft auch für Wachkomapatienten zu. Die Pflege des Wachkoma-Patienten umfasst eine individuelle Behandlung in seiner gegenwärtigen Lebenssituation, wobei seine Identität ganzheitlich definiert ist.

6.2. Schlussfolgerung

Abschließend bleibt festzustellen, dass die Problematik des Wachkoma-Patienten kontrovers diskutiert wird. Der vegetative Status stellt die Medizin in vielen Punkten vor große Probleme. Die Wachkoma-Forschung hat noch Defizite im Verständnis der Pathophysiologie, daher kann das Wachkoma nicht mit anderen anatomischen Verletzungen verglichen werden. Es bleibt die Schwierigkeit, funktionelle neuronale Daten von schwer gehirnverletzten Patienten als Beweis oder Nicht-Beweis ihrer Bewusstlosigkeit zu interpretieren.²⁹ Deshalb sollten die Wachkoma-Studien und -Forschungen ihren Schwerpunkt auf diagnostische, therapeutische und prognostische Orientierungen legen. Das Ziel der medizinischen Wissenschaft ist und bleibt die exakte Diagnose.

Häufig stellt die Irreversibilität des Wachkomas einen hinreichenden Grund dar, auf lebenserhaltende Maßnahmen zu verzichten oder diese abubrechen. Dieses Kriterium hat innerhalb der Medizin viele Kontroversen hervorgerufen, weil die Irreversibilität des Wachkomas nur mit hoher Wahrscheinlichkeit, nicht aber mit Sicherheit prognostiziert werden kann. Dabei muss man auch die individuelle Situation des Patienten berücksichtigen. Rudimentäre Schmerzempfindung und Berührungsreize bei Wachkoma-Patienten sind unwillkürlich. Über das Schmerzempfinden von Wachkoma-Patienten ist die medizinische Forschung eindeutig geteilter Meinung.

Ein weiteres Spannungsfeld resultiert aus dem Autonomie-Verständnis und der Grenze, die der Fähigkeit zur antizipierenden Entscheidung über Leben und Tod gesetzt ist. Um hier zu einer Lösung zu kommen, ist es unabdingbar notwendig, beide Konzepte miteinander zu vereinbaren. Dies könnte so geschehen, dass der Arzt durch einen Dialog³⁰ mit dem Patienten und dessen Angehörigen Krankheitszustände und Behandlungsalternativen aufzeigt. Der Patient muss über die Ziele, Methoden und Risiken der geplanten Behandlung informiert sein. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient sollte von Vertrauen und Akzeptanz getragen sein. Gelingt dies, läge eine

²⁹ Vgl. **N.D. SCHIFF, U. RIBARY, D.R. MORENO** et al., *Residual cerebral activity and behavioural fragments can remain in the persistently vegetative brain*, Brain 125 (2002), S. 1210 – 1234, **S. LAUREYS**, *Functional neuroimaging in the vegetative state*, in: **G. L. GIGLI, N. ZASLER** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, NeuroRehabilitation 19(2004), S. 335 – 341.

³⁰ Vgl. **S. SAHM**, *Imperfekte Autonomie und die Grenzen des Instruments Patientenverfügung*, Zeitschrift für Medizinische Ethik 51 (2005), S. 267ff

Alternative zur Patientenverfügung vor.³¹ Es wäre eine vorausschauende Planung am Lebensende (advanced care planning)³² in die Wege geleitet, wobei der Patient, die Angehörigen und das Behandlungsteam krankheitsbegleitend über den Verlauf der Behandlung im Gespräch wären.³³ In das skizzierte Modell könnten auch Wachkoma-Patienten einbezogen werden, wenn sie vor dem wachkomatösen Zustand ein dokumentiertes Aufklärungs- und Betrachtungsgespräch mit einem Arzt geführt haben. In diesem Fall könnten die Ergebnisse des Gesprächs dem Arzt als Handlungsrichtlinie gelten. Voraussetzung ist aber immer, dass der Patient über die Möglichkeiten der Therapie und der Rehabilitation Bescheid wissen muss, damit später die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch gemäß seiner früher erfolgten Willensbekundung getroffen werden kann.

In der Diskussion um die rechtliche Regelung der Patientenverfügungen ist man sich in der Frage bezüglich des Abbruchs einer künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr nicht einig. Dies zeigen die Stellungnahmen der Kommissionen, die sich mit der rechtlichen Regelung der Patientenverfügungen befasst haben.³⁴ Die Enquête-Kommission für Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages nimmt ausdrücklich zur Verbindlichkeit der Patientenverfügung bei Wachkoma-Patienten Stellung: *„Krankheitszustände wie Wachkoma und Demenz, die als solche keine irreversiblen tödlichen Grundleiden darstellen, wenn nicht zusätzliche schwere unheilbare Erkrankungen auftreten, erlauben danach keine Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, auch wenn dies in einer Patientenverfügung gewünscht wurde.“*³⁵

Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung steht oft mit dem mutmaßlichen Willen des Wachkoma-Patienten in Konflikt. Bei einwilligungsunfähigen Patienten gestaltet sich die Entscheidungsfindung sehr schwierig. Auf o.g. Fall bezogen wurden drei bekannte Rechtsprinzipien (substituted judgement, best interest und mutmassliche Einwilligung) zur Entscheidung über die künstliche Ernährung bei Wachkoma-Patienten formuliert. In letzter Zeit entwickelt

³¹ Vgl. **S. SAHM**, *Imperfekte Autonomie und die Grenzen des Instruments Patientenverfügung*, S. 273.

³² Vgl. **J. LYNN, N. E. GOLDSTEIN**, *Advance care planning for fatal chronic illness: avoiding commonplace errors and unwarranted suffering*, *Annals of internal Medicine* 138 (2003), S. 812 – 818.

³³ Vgl. **S. SAHM**, *Imperfekte Autonomie und die Grenzen des Instruments Patientenverfügung*, S. 273.

³⁴ Vgl. Enquête-Kommission für Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages, *Zwischenbericht Patientenverfügung (2004)*, Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ des Bundesministeriums der Justiz (2004), *Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen*, Nationaler Ethikrat, *Patientenverfügung – Ein Instrument der Selbstbestimmung. Stellungnahme*.

³⁵ Enquête-Kommission für Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages, *Zwischenbericht Patientenverfügung (2004)*, S. 9.

sich ein neuer Standard für eine Entscheidungsfindung bezüglich eines Behandlungsabbruchs bei Wachkoma-Patienten, der bedürfnisorientierte Standard bzw. der Best-respekt-Standard. Es geht nicht darum, was der Patient gewollt haben würde, wenn er jetzt entscheiden könnte, sondern, was der Patient jetzt will. In der Ermittlung des Willens soll das konkrete Bedürfnis in der gegebenen Situation betrachtet werden.³⁶ Die gegenwärtigen Bedürfnisse der Wachkoma-Patienten sollten als entscheidendes Kriterium für eine weitere Behandlung oder einen Behandlungsabbruch gelten. Diese Bedürfnisse der Menschen im Wachkoma haben nicht nur eine biologische, sondern auch eine soziale Dimension. Es geht dabei um Ernährung, Flüssigkeitszufuhr und die notwendige Pflege um den Patienten am Leben zu erhalten. Das generelle Bedürfnis des Patienten ist auf Nahrungsannahme ausgerichtet. Die aktuellen körperlichen Reaktionen des Patienten auf die lebenserhaltende Sondenernährung können signalisieren, ob man die Versorgung abbrechen oder fortsetzen muss. Eventuelle Komplikationen mit der Sonde wären als Ausdruck der Wünsche des Wachkoma-Patienten mittels seiner Körpersprache zu verstehen.³⁷ Doch auch dieser Entscheidungsstandard lässt in der konkreten Situation Fragen offen. Im Zweifelsfall ist immer der Lebenserhaltung Vorrang einzuräumen. Das verpflichtet den Arzt bei Wachkoma-Patienten, die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr zu gewährleisten. Ärztliches Handeln muss bei Wachkoma-Patienten auf der Basis des Fürsorgegebotes beruhen.

Zusammenfassend ergeben sich aus den oben dargestellten Überlegungen im Umgang mit Wachkoma-Patienten folgende Richtlinien:

1. Nach sorgfältigem Überdenken der Befunde muss die richtige Diagnose gestellt werden.
2. Die Verfügung des Patienten gemäß der vorschauenden Planung zu einer Behandlung oder einer Rehabilitation sollte respektiert werden.
3. Die Berücksichtigung des bedürfnisorientierten Standards ist sinnvoll.
4. Der Zustand des Patienten spielt in der Entscheidungsfindung eine wichtige Rolle (Alter, Hirnschädigungen, Eintritt der Sterbephase). Man muss die Situation genau untersuchen und sehen, in welcher Phase sich der Patient befindet.

³⁶ Vgl. **O. TOLMEIN**, *Selbstbestimmungsrecht und Einwilligungsfähigkeit. Der Abbruch der künstlichen Ernährung bei Patienten im vegetative state in rechtsvergleichender Sicht: Der Kempterner Fall und die Verfahren Cruzan und Bland*, Frankfurt am Main 2004, S. 237ff, **O. TOLMEIN**, *Integritätschutz und Selbstbestimmungsrecht bei Wachkomapatienten. Eine rechtsvergleichende Perspektive*, in: **W. HÖFLING** (Hrsg.), *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*, Münster 2005, S. 115 – 131.

³⁷ Vgl. **O. TOLMEIN**, *Selbstbestimmungsrecht und Einwilligungsfähigkeit*, S. 241ff

5. Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf nicht als Kriterium gelten.
6. Ein Therapieziel muss kritisch definiert werden.³⁸
7. Wenn der Eintritt in die Sterbephase beginnt, dürfen und sollen lebenserhaltende medizinische Maßnahmen unterlassen oder abgebrochen werden. Ein kuratives Therapieziel ist dann nicht mehr erreichbar. Gemeint sind damit künstliche Beatmung, Bluttransfusionen, Dialyse, operative Eingriffe, Medikamente (antibiotische Behandlung von Infektionen, Thromboseprophylaxe mit Heparin). Solche Maßnahmen sind in dieser Situation außergewöhnlich und unverhältnismäßig.
8. Unterstützte Ernährung und Flüssigkeitszufuhr (Wasser, Kalorien, Proteine, Kohhydrate, Fett, Vitamine) gelten prinzipiell als gewöhnliche und verhältnismäßige Maßnahmen und sind daher geboten.
9. Eine Maßnahme ist unverhältnismäßig, wenn sie unwirksam und zwecklos ist, d.h. nicht hilft, sondern nur übermäßig belastet (z.B. patho-physiologische und psychologische Belastungen, zusätzliche operative Eingriffe, große Kosten usw.).
10. Notwendig ist die mitfühlende Sorge, d.h. möglichst eine Pflege zu Hause, ein Freihalten der Atemwege, menschliche Zuwendung, Wasserzufuhr und fiebervertütende Mittel.
11. Jeder Wachkoma-Patient sollte die Chance einer neurologischen Frührehabilitation in einer Rehaklinik erhalten.
12. Das Konzept der Basalen Stimulation und Bezugspflege sollte in Langzeitpflegeeinrichtungen einen festen Platz haben.
13. In der Entscheidungsfindung ist die enge Kommunikation zwischen Behandlungsteam und Angehörigen unabdingbar.
14. Jeder Wachkoma-Patient muss individuell mit gebührendem Respekt vor der Würde der Person behandelt werden.

In der Entscheidungsfindung im Umgang mit Wachkoma-Patienten ist es notwendig, den Schutz des Lebens mit dem Recht auf menschenwürdiges Sterben in Einklang zu bringen. Es geht einerseits darum, das menschliche Leben nicht willkürlich abzukürzen und andererseits darum, den Sterbeprozess nicht sinnlos zu verlängern. Die Nächstenliebe verpflichtet die Christen, Leidenden und Schwachen in

³⁸ Der Zielsetzung nach gibt es drei Arten von Behandlungen. Eine Behandlung kann **erstens kurativ** sein, **zweitens nur lebenserhaltend**, aber nicht kurativ (z.B. Dialyse bei Niereninsuffizienz oder Insulinbehandlung bei Diabetikern), **und drittens palliativ**, aber nicht lebenserhaltend (z.B. Schmerzlinderung bei Terminalpatienten). Nach **IMABE-INSTITUT, Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht**, Imabe-Info 4 (1997), S. 1.

unserer Gesellschaft zu helfen. Die Liebe ist das gültige Prinzip und die grundlegende Tugend im Umgang mit Wachkoma-Patienten.

DOKUMENTATION

A. Medizinisch-ethische Richtlinien

I. President's commission report on "deciding to forego life sustaining treatment" (1983)¹

This report of the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research has been widely cited in scholarly articles and court decisions since its publication in 1983. It represents the research and collaboration of experts in medicine, ethics, biomedical and behavioral research and other relevant fields. The following "Introduction and Summary" is a fair representation of the conclusions of the Commission.

Introduction and Summary

Americans seem to be increasingly concerned with decisions about death and dying. Why is a subject once thought taboo now so frequently aired by the popular media, debated in academic forums and professional societies, and litigated in well-publicized court cases?

Perhaps it is because death is less of a private matter than it once was. Today, dying more often than not occurs under medical supervision, usually in a hospital or nursing home. Actions that take place in such settings involve more people, and the resolution of disagreements among them is more likely to require formal rules and means of adjudication. Moreover, patients dying in health care institutions today typically have fewer of the sources of nonmedical support, such as family and church, that once helped people in their final days.

Also important, no doubt, are the biomedical developments of the past few decades. Without removing the sense of loss, finality, and mystery that have always accompanied death, these new developments have made death more a matter of deliberate decision. For almost any life-threatening condition, some intervention can now delay the moment of death. Frequent dramatic breakthroughs - insulin, antibiotics, resuscitation, chemotherapy, kidney dialysis, and organ transplantation, to name but a few - have made it possible to retard and even to reverse many conditions that were until recently regarded as fatal. Matters once the province of fate have now become a matter of human choice, a development that has profound ethical and legal implications.

Moreover, medical technology often renders patients less able to communicate or to direct the course of treatment. Even for mentally competent patients, other people must usually assist in making treatment decisions or at least acquiesce in carrying them out. Consequently, in recent years there has been a continuing clarification of the rights, duties, and liabilities of all concerned, a process in which professionals, ethical and legal commentators, and - with increasing frequency - the courts and legislatures have been involved.

Thus, the Commission found this an appropriate time to reexamine the way decisions are and ought to be made about whether or not to forego life-sustaining

¹ URL: <http://www.lib.mcg.edu/edu/drdilemma/consult/president.htm>

treatment. (1) For example, how may a patient's withdrawal from treatment ever be forbidden? Should physicians acquiesce in patients' wishes regarding therapy? Should they offer patients the option to forego life-sustaining therapy? Does it make any difference if the treatment has already been started, or involves mechanical systems of life support, or is very costly?

Summary of Conclusions

Building on a central conclusion of its report on informed consent (2) - that decisions about health care ultimately rest with competent patients - the Commission in this Report examines the situations in which a patient's choice to forego life-sustaining therapy may be limited on moral or legal grounds. In addition to providing clarification of the issues, the Report suggests appropriate procedures for decisions regarding both competent and incompetent patients and scrutinizes the role of various public and private bodies in shaping and regulating the process.

These aims are the only ones that this Commission believes to be within the scope of its role. The Report does not judge any particular future case nor provide a guide-book of the morally correct choice for patients and health care providers who are facing such a decision. Rather, the Commission intends to illuminate the strengths and weaknesses of various considerations and various instruments of social policy. Clarifying the relevant considerations and prohibitions may help decision makers, but it may also force them to confront painful realities more directly. The Commission hopes that this Report will help improve the process, but recognizes that an improved process will not necessarily make decisions easier.

The Report addresses a broad range of problems and patient situations. Serious questions about whether life should be sustained through a particular treatment usually arise when a patient is suffering from a known disease likely to prove fatal in the near future rather than in an unanticipated emergency (where any decision making would necessarily have to be truncated). Life-sustaining treatment, as used here, encompasses all health care interventions that have the effect of increasing the life span of the patient. Although the term includes respirators, kidney machines, and all the paraphernalia of modern medicine, it also includes home physical therapy, nursing support for activities of daily living, and special feeding procedures, provided that one of the effects of the treatment is to prolong a patient's life.

The issues addressed in this Report are complex and their resolution depends not only on the context of particular decisions but also on their relationship to other values and principles. Thus, it is exceptionally difficult to summarize the Commission's conclusions on this subject. The synopsis provided here should be read in the context of the reasoning, elaboration, and qualifications provided in the chapters that follow.

1. The voluntary choice of a competent and informed patient should determine whether or not life-sustaining therapy will be undertaken, just as such choices provide the basis for other decisions about the medical treatment. Health care institutions and professionals should try to enhance patients' abilities to make decisions on their own behalf and to promote understanding of the available treatment options.

2. Health care professionals serve patients best by maintaining a presumption in favor of sustaining life, while recognizing that competent patients are entitled to choose to forego any treatments, including those that sustain life.

3. As in medical decisionmaking generally, some constraints on patients' decisions are justified.

- Health care professionals or institutions may decline to provide a particular option because that choice would violate their conscience or professional judgment, though in doing so they may not abandon a patient.

- Health care institutions may justifiably restrict the availability of certain options in order to use limited resources more effectively or to enhance equity in allocating them.
- Society may decide to limit the availability of certain options for care in order to advance equity or the general welfare, but such policies should not be applied initially nor especially forcefully to medical options that could sustain life.
- Information about the existence and justification of any of these constraints must be available to patients or their surrogates.

4. Governmental agencies, institutional providers of care, individual practitioners, and the general public should try to improve the medically beneficial options that are available to dying patients. Specific attention should be paid to making respectful, responsive, and competent care available for people who choose to forego life-sustaining therapy or for whom no such therapies are available.

5. Several distinctions are employed by health care professionals and others in deliberating about whether a choice that leads to an earlier death would be acceptable or unacceptable in a particular case. Unfortunately, people often treat these distinctions - between acts and omissions that cause death, between withholding and withdrawing care, between an intended death and one that is merely foreseeable, and between ordinary and extraordinary treatment - as though applying them decided the issue, which it does not. Although there is a danger that relying on such labels will take the place of analysis, these distinctions can still be helpful if attention is directed to the reasoning behind them, such as the degree to which a patient is benefited or burdened by a treatment.

6. Achieving medically and morally appropriate decisions does not require changes in statutes concerning homicide or wrongful death, given appropriate prosecutorial discretion and judicial interpretation.

7. Primary responsibility for ensuring that morally justified processes of decision-making are followed lies with the physicians. Health care institutions also have a responsibility to ensure that there are appropriate procedures to enhance patients' competence, to provide for designation of surrogates, to guarantee that patients are adequately informed, to overcome the influence of dominant institutional biases, to provide review of decisionmaking, and to refer cases to the courts appropriately. The Commission is not recommending that hospitals and other institutions take over decisions about patient care; there is no substitute for the dedication, compassion, and professional judgment of physicians. Nevertheless, institutions need to develop policies because their decisions have profound effects on patient outcomes, because society looks to these institutions to ensure the means necessary to preserve both health and the value of self-determination, and because they are conveniently situated to provide efficient, confidential, and rapid supervision and review of decisionmaking.

Incompetent Patients Generally

8. Physicians who make initial assessments of patients' competence and others who review these assessments should be responsible for judging whether a particular patient's decisionmaking abilities are sufficient to meet the demands of the specific decision at hand.

9. To protect the interests of patients who have insufficient capacity to make particular decisions and to ensure their well-being and self-determination:

- An appropriate surrogate, ordinarily a family member, should be named to make decisions for such patients. The decisions of surrogates should, when possible, attempt to replicate the ones that the patient would make if capable of doing so. When lack of evidence about the patient's wishes precludes this, decisions by surrogates should seek to protect the patient's best interests.⁽³⁾ Because such decisions are not instances of self-choice by the patient, the range of acceptable decisions by surrogates is sometimes not as broad as it would be for patients making decisions for themselves.

- The medical staff, along with the trustees and administrators of health care institutions, should explore and evaluate various formal and informal administrative arrangements for review and consultation, such as "ethics committees," particularly for decisions that have life-or-death consequences for incompetent patients.
- State courts and legislatures should consider making provision for advance directives through which people designate others to make health care decisions on their behalf and/or give instructions about their care. Such advance directives provide a means of preserving some self-determination for patients who may lose their decision-making capacity. Durable powers of attorney are preferable to living wills since they are more generally applicable and provide a better vehicle for patients to exercise self-determination, though experience with both is limited.
- Health care professionals and institutions should adopt clear, explicit, and publicly available policies regarding how and by whom decisions are to be made for patients who lack adequate decisionmaking capacity.
- Families, health care institutions, and professionals should work together to make decisions for patients who lack decisionmaking capacity. Recourse to the courts should be reserved for the occasions when adjudication is clearly required by state law or when concerned parties have disagreements that they cannot resolve over matters of substantial import. Courts and legislatures should be cautious about requiring judicial review of routine health care decisions for patients with inadequate decisionmaking capacity.

Patients with Permanent Loss of Consciousness

10. Current understanding of brain functions allows a reliable diagnosis of permanent loss of consciousness for some patients. Whether or not life-sustaining treatment is given is of much less importance to such patients than to others.
11. The decisions of patients' families should determine what sort of medical care permanently unconscious patients receive. Other than requiring appropriate decisionmaking procedures for these patients, the law does not and should not require any particular therapies to be applied or continued, with the exception of basic nursing care that is needed to ensure dignified and respectful treatment of the patient.
12. Access to costly care for patients who have permanently lost consciousness may justifiably be restricted on the basis of resource use in two ways: by a physician or institution that otherwise would have to deny significantly beneficial care to another specific patient, or by legitimate mechanisms of policy formulation and application if and only if the provision of certain kinds of care to these patients were clearly causing serious inequities in the use of community resources.

Seriously Ill Newborns

13. Parents should be the surrogates for a seriously ill newborn unless they are disqualified by decisionmaking incapacity, an unresolvable disagreement between them, or their choice of a course of action that is clearly against the infant's best interests.
14. Therapies expected to be futile for a seriously ill newborn need not be provided; parents, health care professionals and institutions, and reimbursement sources, however, should ensure the infant's comfort.
15. Within constraints of equity and availability, infants should receive all therapies that are clearly beneficial to them. For example, an otherwise healthy Down Syndrome child whose life is threatened by a surgically correctable complication should receive the surgery because he or she would clearly benefit from it. - The concept of benefit necessarily makes reference to the context of the infant's present and future treatment, taking into account such matters as the level of biomedical knowledge and technology and the availability of services necessary for the child's treatment.

- The dependence of benefit upon context underlines society's special obligation to provide necessary services for handicapped children and their families, which rests on the special ethical duties owed to newborns with underserved disadvantages and on the general ethical duty of the community to ensure equitable access for all persons to an adequate level of health care.(4)

16. Decisionmakers should have access to the most accurate and up-to-date information as they consider individual cases.

- Physicians should obtain appropriate consultations and referrals.

- The significance of the diagnoses and the prognoses under each treatment option must be conveyed to the parents (or other surrogates).

17. The medical staff, administrators, and trustees of each institution that provides care to seriously ill newborns should take the responsibility for ensuring good decision-making practices. Accrediting bodies may want to require that institutions have appropriate policies in this area.

- An institution should have clear and explicit policies that require prospective or retrospective review of decisions when life-sustaining treatment for an infant might be foregone or when parents and providers disagree about the correct decision for an infant. Certain categories of clearly futile therapies could be explicitly excluded from review.

- The best interests of an infant should be pursued when those interests are clear.

- The policies should allow for the exercise of parental discretion when a child's interests are ambiguous.

- Decisions should be referred to public agencies (including courts) for review when necessary to determine whether parents should be disqualified as decisionmakers and, if so, who should decide the course of treatment that would be in the best interests of their child.

18. The legal system has various - though limited - roles in ensuring that seriously ill infants receive the correct care.

- Civil courts are ultimately the appropriate decisionmakers concerning the disqualification of parents as surrogates and the designation of surrogates to serve in their stead.

- Special statutes requiring providers to bring such cases to the attention of civil authorities do not seem warranted, since state laws already require providers to report cases of child abuse or neglect to social service agencies; nevertheless, educating providers about their responsibilities is important.

- Although criminal penalties should be available to punish serious errors, the ability of the criminal law to ensure good decisionmaking in individual cases is limited.

- Governmental agencies that reimburse for health care may insist that institutions have policies and procedures regarding decisionmaking, but using financial sanctions against institutions to punish an "incorrect" decision in a particular case is likely to be ineffective and to lead to excessively detailed regulations that would involve government reimbursement officials in bedside decisionmaking. Furthermore, such sanctions could actually penalize other patients and providers in an unjust way.

Cardiopulmonary Resuscitation

19. A presumption favoring resuscitation of hospitalized patients in the event of unexpected cardiac arrest is justified.

20. A competent and informed patient or an incompetent patient's surrogate is entitled to decide with the attending physician that an order against resuscitation should be written in the chart. When cardiac arrest is likely, a patient (or a surrogate) should

usually be informed and offered the change specifically to decide for or against resuscitation.

21. Physicians have a duty to assess for each hospitalized patient whether resuscitation is likely, on balance, to benefit the patient, to fail to benefit, or to have uncertain effect.

- When a patient will not benefit from resuscitation, a decision not to resuscitate, with the consent of the patient or surrogate, is justified.

- When a physician's assessment conflicts with a competent patient's decision, further discussion and consultation are appropriate; ultimately the physician must follow the patient's decision or transfer responsibility for that patient to another physician.

- When a physician's assessment conflicts with that of an incompetent patient's surrogate, further discussion, consultation, review by an institutional committee, and, if necessary, judicial review should be sought.

22. To protect the interests of patients and their families, health care institutions should have explicit policies and procedures governing orders not to resuscitate, and accrediting bodies should require such policies.

- Such policies should require that orders not to resuscitate be in written form and that they delineate who has the authority both to write such orders and to stop a resuscitation effort in progress.

- Federal agencies responsible for the direct provision of patient care (such as the Veterans Administration, the Public Health Service, and the Department of Defense) should ensure that their health care facilities adopt appropriate policies.

23. The entry of an order not to resuscitate holds no necessary implications for any other therapeutic decisions, and the level or extent of health care that will be reimbursed under public or private insurance programs should never be linked to such orders.

24. The education of health care professionals should ensure that they know how to help patients and family make ethically justified decisions for or against resuscitation; those responsible for professional licensure and certification may want to assess knowledge in these areas.

The Commission's Inquiry

When the Commission convened in January 1980, it decided to take up first its Congressional mandate to report on "the matter of defining death, including the advisability of developing a uniform definition of death."⁽⁵⁾ In July 1981 the Commission reported its conclusions in Defining Death ⁽⁶⁾ and recommended the adoption of the Uniform Determination of Death Act (UDDA), which was developed in collaboration with the American Bar Association, the American Medical Association, and the National Conference of Commissioners on Uniform State Laws.⁽⁷⁾

During hearings on this subject, the Commission learned that many people were troubled by the uncertainties about the correct care to provide for patients with serious deficits in "higher brain" functions - such as those required for thinking, communicating, and consciously responding to others or to the environment. Decisions about the care of such patients were seen to be at least as troubling as decisions about those who have permanently lost all brain functions. The most pointed example brought to the attention of the Commission is the group of patients who are so damaged as to be permanently devoid of any consciousness - the most severe brain damage compatible with life.⁽⁸⁾ . The Commission concluded that the situation of such patients - like Karen Quinlan - merited its attention. In Defining Death, the Commission stated an intention to report subsequently on the treatment of patients who are dying but not dead.⁽⁹⁾

The present study was undertaken not merely because of the study on the determination of death but also because of its broader relationship to work done by the Commission in several areas over the past three years. Under its mandate, the Commission is authorized to undertake investigation "of any other appropriate matter consistent with the purposes of [its authorizing statute] on its own initiative."⁽¹⁰⁾ Decisions about life-sustaining therapy involve the direct and concrete application of the principles of decisionmaking in medicine, which was the subject of the Commission's mandated study on informed consent.⁽¹¹⁾ Such decisions also illustrate the ways questions of equity in the allocation of often scarce and expensive resources are resolved, a subject addressed by the Commission in another mandated study.⁽¹²⁾ The present Report thus represents an effort to apply the conclusions of two previous studies to a particular area of current concern, while also responding to some particularly difficult clinical and ethical problems noted in *Defining Death*.

The Commission received testimony and public comment on the subject of the Report at four public hearings in as many cities; witnesses from medicine, nursing, hospital administration, the social sciences, philosophy, theology, and law, as well as patients and family members, testified.⁽¹³⁾ It also deliberated on partial drafts of the Report at eight Commission meetings. On December 15, 1982, a final draft was discussed and approved unanimously, subject to editorial corrections.

Overview of the Report

Part One of the Report examines the considerations common to all decisionmaking about life-sustaining therapy. Chapter One presents historical, cultural, and psychological information to illuminate the social context of the Report. Chapter Two first considers the importance of shared decisionmaking between provider and patient (in which the voluntary decisions of competent patients are ordinarily binding) and the considerations that arise when patients are inadequate decisionmakers, and then discusses constraints imposed by the community's need to ensure that life is protected and that wrongful death is deterred and punished. Traditional distinctions made between acceptable and unacceptable actions to forego treatment are critically scrutinized and their usefulness in sound decisionmaking is evaluated. Chapter Three analyzes additional constraints on patients' choices that arise from the actions of family and care-giving professionals, from society's pursuit of equitable allocation of resources, and from the policies and practices of health care institutions, which are often where these many forces come together.

In Part Two of the Report, several groups of patients whose situations currently raise special public policy concerns are considered. Chapter Four examines decisionmaking for incompetent patients generally, including "living wills" and other advance directives, intrainstitutional review (such as "ethics committees"), and court proceedings. Chapter Five and Six look at the issues involved in treating two particular categories of incompetent patients - those who have permanently lost all consciousness and seriously ill newborns. Finally, Chapter Seven considers orders not to resuscitate hospitalized patients whose hearts stop beating and recommends institutional policies on such orders.

Extensive appendices follow the Report itself, beginning with a detailed account of the process followed by the Commission in its study. Appendix B reviews some of the medical aspects of caring for dying patients in a format intended to be helpful to clinicians, though it will also be of interest to people concerned with ethics and policy. The remainder of the Appendices consist of various documents that are cited in the text and that might otherwise be difficult for a reader to obtain, including the report of a national survey of hospital ethics committees undertaken for the Commission.

NOTES

(1) "To forego life-sustaining treatment" means to do without a medical intervention that would be expected to extend the length of the patient's life. "Foregoing" includes both the non-initiation of the treatment and the discontinuation of an ongoing treatment. The terms "therapy" and "medical intervention" are used interchangeably with "treatment" in this Report. When a patient's underlying condition is incurable and will probably soon be fatal, "therapy" or "treatment" may not seem entirely apt, because these terms usually imply a curative intervention. Nevertheless, the terms are used here both because no better ones are available and because they are commonly used.

(2) President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Making Health Care Decisions*, U.S. Government Printing Office, Washington (1982).

(3) "Decisionmaking guided by the best interests standard requires a surrogate to do what, from an objective standpoint, appears to promote a patient's good without reference to the patient's actual or supposed preferences." *Making Health Care Decisions*, supra note 2, at 179. see also pp.131-36 infra.

(4) "A determination of the [adequate] level will take into account the value of various types of health care in relation to each other as well as the value of health care in relation to other important goods for which societal resources are needed." President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Securing Access to Health Care*, U.S. Government Printing Office, Washington (1983) at 4-5.

(5) 42 U.S.C. 300v-1(a)(1)(B) (Supp. 1981).

(6) President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Defining Death*, U.S. Government Printing Office, Washington (1981).

(7) The UDDA states: An individual who has sustained either (1) irreversible cessation of circulatory and respiratory functions, or (2) irreversible cessation of all functions of the entire brain, including the brain stem is dead. A determination of death must be made in accordance with accepted medical standards.

Ten states and the District of Columbia have enacted the Uniform Determination of Death Act by statute.

Cal. Uniform Determination of Death Act, amending Health and Safety Code 7180-7183, 1982 New Laws 4451;

Colo. Rev. Stat. 12-36-136 (Supp. 1981);

D.C. Code Ann. 6-2401 (Supp. 1982);

Idaho Code 54-1819 (Supp. 1982);

1982 Md. Laws ch. 327;

1981 Miss. Laws ch. 410;

Pa Uniform Determination of Death Act, Pa. Acts 323 (1982);

1982 R.I. Pub. Laws ch. 411;

1982 Tenn. Pub. Acts ch. 763;

Vt. Stat. Ann. Tit. 18, 5218 (Supp. 1981);

Wisc. Stat. 146.71 (Supp. 1982).

The UDDA has been "adopted" through the case law by the highest court of two other states. See *Swafford v. State*, 421 N.E.2d 596, 602 (Ind. 1981) (for homicide law); *In re Bowman*, 94 Wash. 2d 407, 421, 617 P.2d 731, 738 (1982). This brings to 37 the number of jurisdictions that have recognized the determination of death through neurological criteria. For a listing of those states with other statutes, see *Defining Death*, supra note 6, at 65, 120-34.

(8) See, e.g., testimony of Dr. Ronald Cranford, transcript of the 3rd meeting of the President's Commission (July 11, 1980) at 20, 23: "The persistent vegetative state...seems to me an even more complex and important issue...these cases of persistent vegetative state are going to become more frequent and they will continue to exist in that state for longer period of time."

(9) Defining Death, supra note 6, at 4-5.

(10) 42 U.S.C. 300v-1(a)(2)(Supp. 1981).

(11) Making Health Care Decisions, supra note 2.

(12) Securing Access to Health Care, supra note 4.

(13) A detailed description of the Commission's inquiry appears in Appendix A, pp. 259-74 infra.

II. Persistent Vegetative State and the Decision to Withdraw or Withhold Life Support (1989)²

The Council on Ethical and Judicial Affairs
and the Council on Scientific Affairs
of the American Medical Association

Introduction

Recent public debates and judicial decisions have highlighted the issue of when it is justifiable to end life support for persons with loss of higher brain functions. In cases involving persons classified as permanently unconscious, several courts have authorized caretakers to withdraw or withhold treatments that served only to sustain vegetative functions and offered no prospect of restoring cognition or sapience(1-11). Judges have articulated various rationales, but common themes are that patients have a legally enforceable right to decline life-prolonging treatments and that their caretakers have no legal duty to prolong life when treatment will not restore consciousness or produce other medically definable benefits. The suggestion that ending treatment in this circumstance is a form of criminal homicide has been firmly rejected(1,4,8,9). Dissenting judges and some commentators, however, have raised questions about the correctness of particular decisions, have challenged the logic of denying a causal relationship between ending treatment and inducing death, and have expressed concern that the category of persons whose deaths may be hastened will be expanded beyond morally tolerable limits once society begins to allow permanently unconscious persons to die (2,9 12-16).

This review addresses concerns regarding the reliability of determinations of permanent unconsciousness, indicates criteria that permit a reasonably certain diagnosis of permanent unconsciousness, and considers the matter of distinguishing between severely impaired persons who will not improve from those who may. The Councils will not offer an ethical or social policy analysis because an abundant literature already exists in this area, but will try to identify significant legal decisions and trends relating to the role of physicians in deliberations about whether to refrain from providing life support.

Diagnosis of Permanent Unconsciousness

Definition. Consciousness has two dimensions: arousal and the cognitive content of the aroused state. Arousal is a function maintained by deep brainstem-medial diencephalic structures in the brain in contrast to learning, memory, self-awareness, and adaptive behavior, all of which depend upon the functional integrity of the cerebral cortical mantle and its associated subcortical nuclei. Pathologic loss of consciousness may follow a variety of insults to the brain including, among others, nutritional insufficiency, poisoning, stroke, infections, direct physical injury, or degenerative disease. Complete loss of consciousness may develop abruptly or slowly. Abrupt loss of consciousness usually consists of an acute sleep-like state of unarousability called *coma* that may be followed either by varying degrees of recovery or severe, chronic neurologic impairment. The stage of coma itself, however, is invariably temporary and in progressive disease is often absent altogether. In either event, persons with overwhelming damage to the cerebral hemispheres commonly pass into a chronic state of unconsciousness called the *vegetative state* in which the body cyclically awakens and sleeps but expresses no behavioral or cerebral metabolic evidence of possessing cognitive function or of being able to respond in a learned manner to external events or stimuli. This condition of total cognitive loss can follow

² JAMA 1990 263(3), S. 426 – 430.

acute injuries causing coma or can develop more slowly as an end result of progressive structural disorders, such as Alzheimer's disease, that in their end stages also can destroy the psychological functions of the cerebrum. When such cognitive loss lasts for more than a few weeks, the condition has been termed a *persitent vegetative state* (PVS) because the body retains the functions necessary to sustain vegetative survival(17,18). Some have applied the term "cognitive death" as a synonym for the state. Recovery from the vegetative state is possible, especially during the first few days or weeks after onset, but the tragedy is that many persons in PVS live for many months or years if provided with nutritional and other supportive measures (19). Present requirements of health reporting fail to provide an accurate estimate of the incidence and prevalence of PVS in the United States. Ten years ago, a prevalence of 2 to 3 per 100,000 was estimated for Japan.²⁰ It seems likely that the absolute number of such cases has risen appreciably as a consequence of current practices in critical medicine, cardiorespiratory support, parenteral feeding, and control of infections in severely brain damaged patients. How to deal with this emotionally painful, financially costly, and generally unwanted outcome of modern medical treatment is an increasing problem.

Clinical Criteria of PVS. The distinguishing feature of PVS is chronic wakefulness without awareness. Such unconscious wakefulness can be accompanied by spontaneous eye opening, the utterance of unintelligible, instinctive sounds such as grunts or screams or even brief smiles, as well as sporadic movements of facial muscles and non-paralyzed limbs. Despite an "alert demeanor", observation and examination repeatedly fail to demonstrate coherent speech, comprehension of the words of examiners or attendants, or any capacity to initiate or make consistently purposeful movements. Movements are largely confined to reflex withdrawals or posturing in response to noxious or other external stimuli. Since neither visual nor auditory signals require cortical integrity to stimulate brief orienting reflexes (21), some vegetative patients may turn the head or dart the eyes toward a noise or moving objects. However, PVS patients neither fixate upon nor consistently follow moving objects with the eyes, nor do they show other than startle responses to loud stimuli. They blink when air movements stimulate the cornea but not in the presence of visual threats per se. By themselves, no confirmatory tests provide an accurate diagnosis or prognosis, but positron emission tomography in PVS patients has shown severely depressed energy metabolism uniformly distributed throughout the cortical and immediate subcortical areas of the cerebral hemispheres; this is equivalent to what is found during deep general anesthesia in normal persons (18). Brain imaging studies may or may not reveal multifocal or diffuse lesions and cortical atrophy, depending on the duration of the condition. Most persons in PVS show tonic reflex oculovestibular movements freed of normal cortical restraint. As noted, some will meaninglessly smile, many chronically chew or clamp the teeth, and most have impaired motor functions with varying degrees of weakness, spasticity, posturings, and contractures of the limbs. If provided with supporting nursing care in the chronic state, nearly all maintain near normal body temperatures. All are incontinent of urine and stool. Cardiorespiratory activity, swallowing, and digestive and other non-neurologic vital functions are usually preserved to the extent that standard nutritional and supportive measures will sustain life indefinitely. Persons in PVS ordinarily require neither long-term respiratory support nor circulatory assistance. Once qualified clinicians have determined that a person is awake but unaware, the permanence of the vegetative state depends on the nature of the brain injury, the duration of the period of unawareness, and the estimated prognosis. Some persons less than 35 years old with coma after head trauma, as well as an occasional patient with coma after intracranial hemorrhage, may recover very slowly; thus, what appears to be a PVS at one to three months after an event causing coma may rarely evolve into a lesser degree of impairment by six months (22,23). On the other hand, the chances of regaining independence after being vegetative for three months are vanishingly small. Rare

exceptions are claimed, 24,25 but some of these may have represented patients who entered an unrecognized locked-in state shortly after reawakening from a coma-causing injury (26). Ultimately, all have been severely disabled. These rare examples notwithstanding, the data indicate that awareness for six months predicts non recovery or over whelming disability with a high degree of certainty regardless of the nature of the insult to the brain (27,28). Therefore, a conservative criterion for the diagnosis of PVS would be observed unawareness for at least 12 months although cognitive recovery after six months is exceedingly rare in patients over 50. Based upon an extrapolation of epidemiological data from foreign studies, (19,24) it can be estimated that there are approximately 5,000 cases of PVS in this country. The number may actually be higher given the extent to which critical care is employed in all initial cases of head trauma. If the handful of reported occurrences of cognitive recovery in patients with PVS25 are divided by the total estimated number of PVS cases, the odds of recovery are less than 1 in 1,000. Therefore, the risk of prognostic error from widespread use of the above criterion is so small that a decision that incorporates it as a prognostic conclusion seems fully justifiable.

Differential Diagnosis. Inherent in the process of diagnosing PVS is to distinguish it from other severe neurologic impairments that may produce less cognitive impairment or have a different prognosis. The greatest difficulty lies in deciding if the various sounds and movements occasionally encountered in a totally demented, speechless person reflect cognitive responses to internal or external stimuli or, rather, merely have a reflex or instinctive origin emanating from deep undamaged cortical structures. A less difficult problem, but one that has arisen in some legal disputes over decisions to remove life support, (2,7) consists of distinguishing PVS from the "locked-in" syndrome or de-efferented state. The locked-in state can result from interruption of descending motor pathways any place along their course from the ventral pons to the peripheral nerves.²⁹⁻³¹ In this condition, paralysis, not cognitive failure, leads to a lack of ability to communicate. Both vocal control and all appropriate bodily responses to stimuli can be lost. Nevertheless, awareness may be partially or fully preserved; in those with ventral pontine or bulbar intramedullary lesions, communication often can be established using an eyeblink or other signaling strategy (29). Positron Emission Tomography studies in such patients indicate that cerebral energy metabolism is only moderately reduced below normal in contrast to the profound disturbances observed in PVS (18). EEGs do not distinguish between vegetative and locked-in patients, since vegetative persons can have near normal EEGs, and abnormal EEG-blocking responses have been found in persons awake and self-aware but totally paralyzed from peripheral neuropathy (Plum-Personal Communication). In these circumstances, serial examinations by neurologically trained physicians usually will resolve any residual confusion. If uncertainty remains after careful clinical appraisal, however, PET studies may be helpful if available. In any event, if characteristic signs and symptoms of PVS are lacking and any doubt exists, the diagnosis should be avoided or deferred because of its connotations for decisions about levels of future care.

Pain and PVS. One aspect of the debate about stopping treatment in PVS focuses on a concern that the afflicted person will suffer after treatment is stopped (e.g., will experience dyspnea after removal of a respirator or face discomfort associated with starvation and dehydration after removal of a feeding tube). The most obvious contradiction to this projection is that, by definition, in PVS both the person's capacity to perceive a wide range of stimuli and the neocortical or higher brain functions that are needed to generate a self-perceived affective response to any such stimuli are destroyed. It follows that any detectable sentient response to noxious or other stimuli or any consistent affective response to a nonnoxious stimulus, if confirmed, indicates that the diagnosis of PVS has been wrongly made. While certain neurologic circumstances refute the assertion that a person who appears unaware cannot possibly suffer, it

contradicts physiology to suggest that suffering can remain when other unequivocal neurologic signs and tests indicate a profound loss of cerebral cortical activity.

Ethical and Legal Implications or Decisions to Withhold or Withdraw Life-Prolonging Medical Treatment

Background. A physician's determination that a person is unlikely to regain consciousness is the usual prelude to deliberations about withdrawing or withholding life support. Although the family may be the first to raise the issue, until a physician has ventured an opinion about prognosis, the matter of withholding treatment is not generally considered. Once the question of withholding or withdrawing life support has been raised, its legal and ethical dimensions must be considered. Over the past decade, there has been a broad societal consideration of the ethics of withdrawing or withholding life support from patients who are permanently unconscious. After careful study, the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, (31) the Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association, (32) and the Hastings Center, (33) have reached similar conclusions: Physicians should honor the patient's previously expressed desires regarding the use of life support. Thus, if the patient has chosen to forego life-sustaining measures, they should be withheld or withdrawn. However, in many cases, the patient will not have indicated his or her desires before becoming permanently unconscious. In such cases, the decision whether to use life support should be based on the patient's perceived preferences and values, and the decision should be made by the family or legal representative. If the patient's preferences or values are not ascertainable, the family or legal representative should decide on the basis of the patient's best interests.

The legal aspects of decisions to forego life-sustaining medical treatment are more complicated. Courts in several states have addressed a variety of cases in which caretakers sought authority to withhold or withdraw ventilators or nutritional support from patients who are permanently unconscious. While most of these rulings have approved requests to end life support, there have been notable exceptions. Despite the different legal rulings in the various states that have decided whether treatment can be withheld or withdrawn, some general principles emerge. First, mentally competent patients have a general right to refuse medical treatment, even at the risk of death (34). In addition, if a person has indicated whether life-sustaining treatment should be administered or withheld in the event of permanent unconsciousness, the courts will respect the person's previously expressed desires (35). This is known as the "subjective test." In order to ensure that the patient truly would have wanted life-sustaining treatment to be withheld or withdrawn, many states require a showing that the patient's desires were "clearly and convincingly" expressed (36). In one case, for example, where the patient had participated in formal discussions about the Karen Quinlan case at a Catholic high school and stated that he would not want to be maintained on a ventilator in a persistent vegetative state, the court sanctioned removal of the ventilator (37).

In practice, the subjective test has limitations. This is because courts often discount a person's prior statements when they were made in general terms, in casual circumstances, as a spontaneous reaction to another person's medical treatment or while the person was young and in excellent health (38). Hence, in the absence of formal documentation or of repeated expressions in the setting of formal discussions, courts may find that the patient's wishes were not clearly expressed. The court's finding will sometimes turn on the nature of the life-sustaining measure. For example, some courts are more likely to permit withdrawal of a ventilator than withdrawal of artificial feeding (39). This difference primarily reflects the fact that ventilators are more readily viewed as "heroic" or "extraordinary" than are artificial feedings. However, most courts and ethicists reject this distinction and treat artificial feedings in the same way as ventilators (40).

Some state legislatures have recently created devices (e.g., living wills or designation of an agent to make health care decisions in the event of mental incompetence) which facilitate the documentation of an individual's future desires in the event of permanent unconsciousness (41).

If patients have not expressed their wishes clearly and convincingly, it is important to determine what standards of decision making apply. In general, family members or other guardians are permitted to make treatment decisions on behalf of the patient on the basis of what they believe the patient would have chosen if competent to decide. This is known as "substituted judgment"(42). A few recent developments, however, raise questions about how broadly this general rule applies. In Missouri, the state supreme court has refused to honor the request of the parents to discontinue gastrostomy feedings for their daughter, who was in a persistent vegetative state as the result of an automobile accident (43). Moreover, the court left open the question whether artificial feedings can ever be discontinued. Oklahoma passed a statute which prohibits the withdrawal of food and water in the absence of very specific directions by the patient that withdrawal would be the desired course.⁴⁴ And, in a case involving nasogastric tube feedings and a patient who was not permanently unconscious but was severely demented, New York's highest court suggested that artificial life support can never be withdrawn in the absence of clear expressions by the patient (45). As this discussion indicates, surrogate decision making by family members or other representatives is more likely to be disregarded when they seek the withdrawal of food and water rather than ventilators, or when the patient has severe impairments but is not permanently unconscious. In any event, it is unlikely that a court would overrule a decision to withdraw a ventilator from a permanently unconscious patient. When a situation arises in which it is permissible to withdraw treatment, the medical profession has a very specific, technical role. The attending physician must make the diagnosis of permanent unconsciousness, and, in some states, at least two other physicians with no interest in the case must confirm the diagnosis. These other physicians have been characterized as the "prognosis board " (46). Whether or not required by law, consultation with other physicians in determining prognosis is both desirable and appropriate. Once a diagnosis of permanent unconsciousness has been made, decisions to withhold or withdraw lifeprolonging medical treatment ordinarily can be implemented without resorting to the courts. Although judicial intervention has been sought for a variety of reasons by a variety of parties, it is appropriate only when there is a dispute among family members or other guardians about the patient's wishes or among physicians regarding the diagnosis (47). Consultations with ethics committees can play an important role in helping the family come to a decision. Situations may arise in which a request is made to discontinue treatment, but the attending physician is personally opposed to participating in the withdrawal. In those cases, the physician should transfer the patient to a physician who is willing to carry out the decision (48). There is a New Jersey Supreme Court case, however, that suggests that the treatment must be withdrawn over the objection of the physician if the transfer cannot be carried out without inordinate delay so as not to frustrate the patient's right to refuse treatment (49). As indicated, the law in this area turns very heavily on court cases and legislation in the different states. As the federal courts issue more decisions in this area, the law should become more uniform across the country, particularly if the U.S. Supreme Court decides the questions involved.

Summary

The poignant situation of human beings who are alive but unaware has evoked wide-ranging debate, major court decisions, and new legislation. Even as intimate participants in decisions about how vigorously to treat comatose or vegetative patients who are unlikely to improve, physicians may question their appropriate role. On the one hand, they recognize that their capacity to achieve a diagnosis and highly

probable prognosis represents the indispensable basis for any decision. In this respect, clear clinical criteria have been enunciated and are strongly supported by scientific data, with prognostic probabilities available from several sources (18). But they also are at risk of having their personal attitudes enmeshed in the ethical and legal ramifications of decisions about levels of care and of becoming advocates of a particular choice based on their own principles and interpretations of the facts. If this occurs, it is well to recognize that a central legal concern is to try to discern what the patient would have chosen, not what physicians or other caretakers believe is desirable. In this respect, decisions necessarily will be influenced by the laws of the particular jurisdiction. To date, the states have not enacted uniform laws or judgments. Nevertheless, the record to date indicates that when physicians and families agree on a particular course, the prospect of adverse legal consequences is greatly diminished.

Joint Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs
and the Council on Scientific Affairs
of the American Medical Association
June 1989

References

1. *Barber v Superior Court*, 147 Cal. App. 3d 1006, 195 Cal Rptr. 484 (1983).
2. *Brophy v New England Sinai Hospital*, 398 Mass. 417, 497 N.E.2d 626 (1986).
3. *Corbett v D'Alessandro*, 487 So. 2d 368 (Fla. Dist. Ct. App. 1986).
4. *In re Colyer*, 99 Wash. 2d 114, 660 P.2d 738 (1983).
5. *In re Gardner*, 534 A.2d 947 (Me. 1987).
6. *In re Guardianship of Grant*, 109 Wash. 2d 545, 747 P.2d 445 (1987).
7. *In re Jobes*, 108 N.J. 394, 529 A.2d 434 (1987).
8. *In re Quinlan*, 70 N.J. 10, 355 A.2d 647, cert. denied, sub nom *Garger v New Jersey*, 429 U.S. 922 (1976).
9. *In re Storar*, 52 N.Y.2d 363, 420 N.E.3d 64, cert. denied, 454 U.S. 858 (1981).
10. *Rasmussen v Fleming*, 741 P.2d 683 (Ariz. 1986).
11. *In re Torres*, 357 N.W.2d 332 (Minn. 1984).
12. Beresford HR. The Brophy case: Whose life is it? *Neurology* 1987;37:1357-1358.
13. Brennan T. Silent Decisions: Limits of consent and the terminally ill patient. *Law, Medicine and Health Care* 1988; 16:204-209.
14. Schauer F. Slippery slopes. *Harvard Law Rev* 1985; 99:361-383.
15. Schiedermayer DL, LaPuma J. Do positron emission tomographic scans measure quality of life? *Ann Neurol* 1988; 24:288.
16. Smith DR. Legal recognition of neocortical death. *Comell Law Rev* 1987; 71:850-888.
17. Jennett B, Plum F. The persistent vegetative state: A syndrome in search of a name. *Lancet* 1972; 1:734-737.
18. Levy DE, Sidtis II, Rottenberg DA, et al. Differences in cerebral blood flow and glucose utilization in vegetative versus locked-in patients. *Ann Neurol* 1987; 22:673-682.
19. Higashi K, Sakata K, Hatano M, et al. Epidemiological studies on patients with a persistent vegetative state. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1977; 40:876-885.
20. Sato S, Ueki K, Arai H, et al. Epidemiological survey of vegetative state patients in Tohoku District in Japan. *NeurologMed-Chir* 1978; 18:141-145.

21. Plum F, Posner JB. *The Diagnosis of Stupor and Coma* 1982; FA Davis Co., Philadelphia, 3d ed, pp 330-348.
 22. Jacobson SA. Protracted unconsciousness due to closed head injury. *Neurology* 1956; 6:281-287.
 23. Berrol S, Evolution of the vegetative state. *J Head Trauma Rehabilitation* 1986; 1:7- 16
- A version of this Report was published as "Persistent Vegetative State and the Decision to Withdraw or Withhold Life Support" (*JAMA*. Jan. 19 1990; 263(3): 426-430)
24. Higashiki D, Hatano M, Abiko S, et al. Five-year follow up of patients with persistent vegetative state. *Neurol Neurosurg Psychiat* 1981; 44:552-554.
 25. Arts WFM, Van Dongen HR, Hof-Van Duin, Lammens E. Unexpected improvement after prolonged posttraumatic vegetative state. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1985; 48:1300-03.
 26. Snyder BD, Cranford RE, Rubens AB, et al. Delayed recovery from post anoxic persistent vegetative state. *Ann Neurol* 1983; 14:152.
 27. Levy DE, Caronna IJ, Singer BH, et al. Predicting outcome from hypoxic-ischemic coma. *JAMA* 1985; 253:1420-1426.
 28. Sazbon L. Prolonged coma. *Prog Clin Neurosci* 1985; 2:65-81. +
 29. Plum F., Posner J.B. *The Diagnosis of Stupor and Coma*. First edition FA Davis co., Philadelphia 1966; pp 92-93.
 30. Kotsoria H., Schleifer L., Menken M., Plum F. Total locked-in state resembling brain death in polyneuropathy. *Ann Neurol* 1984; 16, 150-31. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment* 189-96 (1983)
 32. *Current Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association-1986*, § 2.18
 33. The Hastings Center, *Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying* 26-29 (1987)
 34. *Bowia v. Superior Court*, 225 Cal.Rptr. 297, 300 (1986); *In re Conroy*, 98 N.J. 321, 486 A.2d 1209, 1222 (1985); *John F. Kennedy Memorial Hospital. Inc. v. Bludworth*, 452 So.2d 921, 923-24 (Fla. 1984).
 35. *Conroy*, supra note 34, 486 A.2d at 1229; *In re O'Connor*, 72 N.Y.2d 517, 531 N.E.2d 607, 613 (1988).
 36. *O'Connor*, supra note 35, 531 N.E.2d at 613.
 37. *In re Eichner*, 423 N.Y.S.2d 580 (1979), *aff'd sub nom. In re Storar*, 52 N.Y.2d 363, 420 N.E.3d 64, cert. denied, 454 U.S. 858 (1981).
 38. *In re Jobes*, supra note 7, 529 A.2d at 443; *In re Colyer*, supra note 4, 660 P.2d at 748.
 39. Compare *In re L.H.R.*, 321 S.E.2d 716, 723 (Ga. 1984) with *Cruzan v. Harmon*, 760 S.W.2d 408 (Mo. 1988) (en banc).

40. *Current Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association-1986*, § 2.18; *Conroy*, supra note 4, 486 A.2d at 1236; *Brophy v. New England Sinai Hosp.. Inc.*, supra note 2, 497 N.E.2d at 637.

41. Areen J. The legal status of consent obtained from families of adult patients to withhold or withdraw

treatment. *JAMA* 1987; 258:229-235.

42. *Bludworth*, supra note 34, 452 So.2d at 926; *Jobes*, supra note 7, 529 A.2d at 444-47; *In re L.H.R.*,

supra note 39, 321 S.E.2d at 723.

43. *Cruzan v. Harmon*, 760 S. W .2d 408 (Mo. 1988) (en banc).

44. 3Okla. Stat. Ann. tit. 63, §§ 3080.1-3080.5.

A version of this Report was published as "Persistent Vegetative State and the Decision to Withdraw or Withhold Life Support" (*JAMA*. Jan. 191990; 263(3): 426-430)

45. *O'Connor*, supra note 35, 531 N.E.2d at 617 (Hancock, J. concurring)

46. *L.H.R.*, supra note 39, 321 S.E.2d at 722-23; *Colyer*, supra note 5, 660 P.2d at 749-50; *Bludworth*,

supra note 34, 452 So.2d at 926; *lobes*, supra note 7, 529 A.2d at 447-48.

47. *Jobes*, supra note 7, at 529 A.2d at 449; *Colyer*, supra note 4, 660 P .2d at 750; *Bludworth*, supra note

34, 452 So.2d at 926-27.

48. *Brophy*, supra note 2, 497 N.E.2d at 639

49. *Jobes*, supra note 7, 529 A.2d at 450.

**III. Stellungnahme zu ethischen Fragen bei der Behandlung von Patienten
im persistierenden apallischen Syndrom
Arbeitskreis Frührehabilitation des Arbeitskreises Rehabilitation von
Schlaganfallpatienten und Schädelhirn-Verletzten in Bayern e. V. bei der
Bayerischen Landesärztekammer (1996)³**

Die Fortschritte der Medizin in den letzten Jahren, insbesondere in den Bereichen des Rettungswesens und der Intensiv-, nicht zuletzt aber auch in der Rehabilitationsmedizin führen dazu, dass eine zunehmende Zahl von Menschen mit schwersten Schäden des Zentralnervensystems und daraus resultierenden höchstgradigen Behinderungen im apallischen Syndrom überlebt, für die sich vor allem die Frage der Langzeitversorgung stellt. In der Öffentlichkeit ebenso wie in medizinischen und anderen Fachkreisen sind deshalb kontroverse und bislang nicht abgeschlossene Diskussionen über Fragen entstanden, die sich aus der Behandlung und der Versorgung dieser Patienten ergeben und die einen wesentlichen Einfluss auf die ärztliche und therapeutische Arbeit zu gewinnen im Begriff sind. Dabei drohen die bisher gültigen ärztlichen ethischen Prinzipien in den Hintergrund gedrängt zu werden. Aus diesem Grund ist eine Klarstellung nötig über ärztlich-ethische Prinzipien, an denen wir uns in unserer Praxis orientieren.

Ohne weiter auf die nomenklatorische und medizinischen Problematik in der korrekten Klassifikation der zur Diskussion stehenden Patienten einzugehen, deren klinisches Bild im Englischen mit dem Begriff des „persistent vegetative status“ beschrieben ist, möchten wir im folgenden von Patienten sprechen,

- die wach sind und die Augen zeitweise spontan öffnen
- keine Anhaltspunkte der Wahrnehmung ihres Selbst oder ihrer Umgebung zeigen
- keine willkürlichen oder sinnvollen Reaktionen auf Stimulationen in verschiedenen Modalitäten erkennen lassen.

Es handelt sich bei den zur Diskussion stehenden Fällen um Patienten, bei denen zum Zeitpunkt der Beurteilung von der Irreversibilität dieses Zustandes ausgegangen wird. Diese nach den obigen Kriterien beurteilten Patienten sind nicht hirntot.

In der Behandlung dieser Menschen gelten dieselben ärztlichen Grundsätze wie in der Behandlung anderer Patienten. Allerdings sind auch hier spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Beurteilung dieses klinischen Bildes nötig. Während in der Anfangsphase Ärzte und Therapeuten im Sinne einer Geschäftsführung ohne Auftrag handeln, sind später Betreuer die für den Patienten juristisch verantwortlichen Ansprechpartner. Der rechtliche Rahmen ist dabei durch das Betreuungsgesetz gegeben.

Die formaljuristische Verantwortung entbindet den Arzt jedoch keineswegs von seinem beruflichen Auftrag, der durch das Spannungsfeld „keinen Schaden zufügen“ einerseits und „Leiden maximal lindern“ andererseits definiert wird. Alle ärztlichen Individualentscheidungen bewegen sich in diesem Rahmen. Gleichgewichtig steht daneben aber der nach bestem Wissen zu erforschende Wille des Patienten. Die zur Diskussion stehenden Patienten können keine Willenäußerungen mehr abgeben. Um dann den anzunehmenden Willen erkennen zu können, sind deshalb maximale eigene Anstrengungen des Arztes erforderlich, sich unter Einbeziehung aller Informationsquellen darüber sachkundig zu machen. Eine fachfremde Ethik-Kommission kann dies nicht besser leisten als der behandelnde Arzt, zusammen mit Angehörigen und anderen mit dem Patienten betrauten Personen, denn ethische Aspekte können nicht von medizinischen Fakten losgelöst betrachtet werden. In Zweifelsfällen kann wie bei allen gravierenden Fragen der ärztlichen Behandlung eine zweite Meinung eingeholt werden.

³ Ethik Med 8(1996), S. 44 – 46.

Der schematisierte Therapieabbruch bei dem oben beschriebenen Zustandsbild ist für uns nicht akzeptabel, denn es bestehen noch erhebliche Defizite in der exakten wissenschaftlichen Beschreibung dieser Patientengruppe, insbesondere ihrer Prognose und möglicher Therapien. Erst wenn diese Fragen hinreichend sicher für die relevanten Ursachen, die zum persistierenden apallischen Syndrom führen, beantwortet sind, kann über die Frage eines individualisierten Behandlungsabbruchs diskutiert werden, wobei dies nur im oben beschriebenen Spannungsfeld ärztlichen Handelns geschehen kann.

Im Vordergrund hat deshalb demgegenüber zunächst neben der genaueren Spezifizierung des Syndroms die intensive Behandlung dieser Patienten und auch die wissenschaftliche Erforschung der Parameter zu stehen, die eine erfolgreiche Therapie auszeichnen.

Nur unter diesen Prämissen können dann medizinische Maßnahmen – wie die Gabe bestimmter Medikamente – unterbleiben. Infrage kommen dabei z. B. Medikamente für akut medizinische Interventionen wie Antibiotika und Medikamente für prophylaktische Maßnahmen wie Antithrombotika: Es darf dagegen nicht die Gabe von präexistierenden Medikamenten zur Aufrechterhaltung der Homöostase unterbleiben. Deshalb ist auch die Nahrungsversorgung keine Maßnahme, die abgebrochen werden darf, auch dann nicht, wenn dazu ein künstlicher Zugang gewählt werden muss. Die medizinische Grundpflege gehört ebenfalls zu den notwendigen Maßnahmen, die keinem Patienten vorenthalten werden dürfen.

Keinen Stellenwert in der Individualentscheidung über die Behandlung bei diesen Patienten sollen Überlegungen zur so genannten Lebensqualität haben, da es sich hier um eine subjektive Größe handelt, zu der sich der Patient nicht äußern kann und die von außen nicht für den betreffenden Menschen beurteilt werden kann.

Unsere Erfahrung lehrt uns grundsätzlich, dass behindertes Leben nicht weniger Lebensqualität haben muss als nicht-behindertes. Dies gilt auch für den Extremfall von Patienten im so genannten apallischen Syndrom.

Eine aktive Sterbehilfe, die von einem Arzt durchgeführt werden müsste, lehnen wir ab. Sie kann weder rechtsverbindlich vom Patienten oder Kommissionen verfügt werden.

Schließlich halten wir eine Verbindung der Frage der Behandlung, bzw. Nicht-Behandlung dieser Patientengruppe mit der Frage möglicher Organspende für unangebracht. Die Organspende setzt einen hirntoten Patienten aus. Dies ist bei den angesprochenen Patienten nicht der Fall.

Dr. Thomas Treig für den Arbeitskreis Frührehabilitation des Arbeitskreises Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädelhirn-Verletzten in Bayern e. V. bei der Bayerischen Landesärztekammer

IV. Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment: guidance for decision making (1998)⁴

In 1998, the British Medical Association undertook a wide-ranging consultation exercise, which confirmed the need for guidance on decisions to withhold or withdraw artificial nutrition and hydration. The BMA's Medical Ethics Committee has now published guidelines in this area. Reprinted below are the main points arising from the guidance, as given in its final section.

MAIN POINTS ARISING FROM THE GUIDANCE

This part of the guidance is not designed to be read in isolation from the rest of the document. Given the very serious nature of the decisions being made, we would urge all readers to take the time to consider the whole of the document. This part is intended to highlight the main points arising from the guidance, as an aide-mémoire.

Part 1. Setting the scene for decision making

1. The primary goal of medical treatment is to benefit the patient by restoring or maintaining the patient's health as far as possible, maximising benefit and minimising harm.
2. If treatment fails, or ceases, to give a net benefit to the patient (or if the patient has competently refused the treatment), the primary goal of medical treatment cannot be realised and the justification for providing the treatment is removed. Unless some other justification can be demonstrated, treatment that does not provide net benefit to the patient may, ethically and legally, be withheld or withdrawn, and the goal of medicine should shift to the palliation of symptoms.
3. Prolonging a patient's life usually, but not always, provides a health benefit to that patient. It is not an appropriate goal of medicine to prolong life at all costs, with no regard to its quality or the burdens of treatment.
4. Although emotionally it may be easier to withhold treatment than to withdraw that which has been started, there are no legal, or necessary morally relevant, differences between the two actions.
5. Treatment should never be withheld, when there is a possibility that it will benefit the patient, simply because withholding is considered to be easier than withdrawing treatment.

Part 2. Decisions involving adults who have the capacity to make and communicate decisions or those who have a valid advance directive.

6. A voluntary refusal of life-prolonging treatment by a competent adult must be respected.
7. Where a patient has lost the capacity to make a decision but has a valid advance directive refusing life-prolonging treatment, this must be respected.

⁴ URL: http://ourworld.compuserve.com/homepages/Bulletin_of_Medical_Ethics/offic99.htm

8. A valid advance refusal of treatment has the same legal authority as a contemporaneous refusal, and legal action could be taken against a doctor who provides treatment in the face of a valid refusal.

Part 3. Decisions involving adults who do not have the capacity to make or communicate decisions and do not have a valid advance directive, and decisions involving children and young people.

Adults

9. People have varying levels of capacity and should be encouraged to participate in discussion and decision making about all aspects of their lives to the greatest extent possible. The graver the consequences of the decision, the commensurately greater the level of competence required to take that decision.

10. In England, Wales and Northern Ireland, no other individual has the power to give or withhold consent for the treatment of an adult who lacks decision making capacity but treatment may be provided, without consent, if it is considered by the clinician in charge of the patient's care to be necessary and in the best interests of the patient.

11. In Scotland, a tutor dative may be able to make treatment decisions on behalf of adults who lack decision making capacity.

12. The same principles apply when decisions are taken in relation to a woman who is pregnant with a viable fetus and is unable to make or communicate decisions. The fetus has no legal status, and the decision must be that which represents the best interests of the pregnant woman. The extent to which the woman's likely wishes about the outcome of the pregnancy may be taken into account in determining her best interests is unclear. In order that these matters may be fully explored, legal advice should be sought.

Babies, children and young people

13. The same moral duties are owed to babies, children and young people as to adults.

14. Those with parental responsibility for a baby or young child are legally and morally entitled to give or withhold consent to treatment. Their decisions will usually be determinative unless they conflict seriously with the interpretation of those providing care about the child's best interests.

15. Treatment in a young person's best interests may proceed where there is consent from somebody authorised to give it: the competent young person him or herself, somebody with parental responsibility, or a Court. However, a young person's refusal may not, in law, necessarily take precedence over the consent of either parents or a Court.

16. Even where they are not determinative, the views and wishes of competent young people are an essential component of the assessment of their best interests and should, therefore, be given serious consideration at all stages of decision making.

The process of decision making

17. Where relevant locally or nationally agreed guidelines exist for the diagnosis and management of the condition, these should be consulted as part of the clinical assessment. Additional advice should be sought where necessary.

18. Where there is reasonable doubt about its potential for benefit, treatment should be provided for a trial period with a subsequent prearranged review. If, following the review, it is decided that the treatment has failed or ceased to be of benefit to the patient, consideration should be given to its withdrawal.

19. Before a decision is made to withhold or withdraw treatment, adequate time, resources and facilities should be made available to permit a thorough and appropriate assessment of the patient's condition including, where appropriate, the patient's potential for self-awareness, awareness of others and the ability intentionally to interact with them. This should involve a multidisciplinary team with expertise in undertaking this type of assessment.

20. The benefits, risks and burdens of the treatment in the particular case should be assessed.

21. Although ultimately the responsibility for treatment decisions rests with the clinician in charge of the patient's care, it is important, where non-emergency decisions are made, that account is taken of the views of other health professionals involved in the patient's care and people close to the patient, in order to ensure that the decision is as well informed as possible.

22. Even where their views have no legal status, those close to the patient can provide important information to help ascertain whether the patient would have considered life-prolonging treatment to be beneficial.

23. Good communication, both within the health care team and between the health team and the patient and/or those close to the patient, is an essential part of the decision making. Wherever possible, consensus should be sought amongst all those consulted about whether the provision of life-prolonging treatment would benefit the patient.

24. Decisions to withhold or withdraw conventional treatment, on the basis that it is not providing a benefit to the patient, should be made by the clinician in overall charge of the patient's care following discussion with the rest of the health care team and, where appropriate, those close to the patient. Where the clinician's view is seriously challenged and agreement cannot be reached by other means, review by a Court would be advisable.

Decisions about withholding or withdrawing artificial nutrition and hydration

25. In England, Wales and Northern Ireland, proposals to withdraw artificial nutrition and hydration from a patient who is in a persistent vegetative state, or in a state of very low awareness closely resembling PVS, currently require legal review.

26. In Scotland the withdrawal of artificial nutrition and hydration from a patient in PVS does not require a Court declaration.

27. The Courts have not specified that declarations should be sought before withholding or withdrawing artificial nutrition and hydration from patients who are not in persistent vegetative state. Although a body of medical opinion has developed that such action would be appropriate in some cases (such as some patients who have suffered a serious stroke or have severe dementia), United Kingdom Courts have not yet considered such a case. This arguably leaves doctors in an area of legal uncertainty and therefore open to challenge.

28. The BMA believes that the following additional safeguards should be applied to decisions to withhold or withdraw artificial nutrition and hydration from patients whose death is not imminent and whose wishes are not known.

(a) All proposals to withhold or withdraw artificial nutrition and hydration, whether in hospital or in the community, should be subject to formal clinical review by a senior clinician who has experience of the condition from which the patient is suffering, and who is not part of the treating team.

(b) In England, Wales and Northern Ireland, where it is proposed to withdraw artificial nutrition and hydration from a patient in a persistent vegetative state or a state closely resembling PVS, legal advice should be sought and a Court declaration is likely to be required until such a time as the Courts have stated otherwise.

(c) All cases in which artificial nutrition and hydration have been withdrawn should be available for clinical review to ensure that appropriate procedures and guidelines are followed. Anonymised information should also be available to the Secretary of State on request and, where applicable, to the Commission for Health Improvement.

Part 4 Once a decision has been reached to withhold or withdraw life-prolonging treatment

29. The basis for the decision to withhold or withdraw life-prolonging treatment should be carefully documented in the patient's medical notes.

30. Decisions to withhold or withdraw life-prolonging treatment should be reviewed before and after implementation, to take account of any change in circumstances.

31. Decisions to withdraw or withhold life-prolonging treatment should be subject to review and audit.

32. Although not responsible for making the decision to withhold or withdraw treatment, those close to the patient are often left with feelings of guilt and anxiety in addition to their bereavement. It is important that the family are supported both before and after the decision has been made to withdraw or withhold life-prolonging treatment.

33. The emotional and psychological burden on staff involved with withdrawing and withholding life-prolonging treatment should be recognised, and adequate support mechanisms need to be available and easily accessible before, during, and after decisions have been made.

V. Kasseler Erklärung von 1999⁵

Zur Ethik der Versorgung von Menschen mit schweren neurologischen Behinderungen – im Wachkoma und danach Rechtsgrundlagen

Im demografischen Sozialstaat gilt auch für Menschen, die Risiken und Folgen von Behinderung oder schwerer Krankheit (er)tragen, ein allgemein gültiger Konsens über die unantastbare Menschenwürde, die jedem Individuum voraussetzungslos zukommt und die vom Gemeinwesen unbedingt zu schützen ist. Dieser Konsens ist niedergelegt in der zentralen deutschen Rechtsnorm – im Artikel 1 des Grundgesetzes. Ihr Inhalt ist die stets unverfügbare menschliche Person in ihrer Einmaligkeit. Die Würde der Person gründet in der bei allen Menschen angelegten Fähigkeit zu einem über das eigene Dasein hinausweisenden Fühlen und Denken, also in der wichtigsten Eigenschaft, die den Menschen von allen anderen Formen des Lebendigen unterscheidet. Aufgrund dieses besonderen Potentials entsteht im Verlauf einer je eigenen Entwicklung die menschliche personale Identität, an die sämtliche Grundrechte der Verfassung, nicht zuletzt die Gleichberechtigung behinderter Menschen (Artikel 3 des Grundgesetzes), geknüpft sind. Diese elementaren Menschenrechte sind nicht auf bestimmte Formen, Umstände oder Phasen des menschlichen Lebens beschränkt. Sie gelten durchgängig, auch ungeachtet von Störungen, die ein Mensch erleiden mag, unabhängig vom Grad der individuellen Selbsterkenntnis, Artikulationsfähigkeit oder Lebenserfahrung, und sie gelten – ohne Wenn und Aber – vom Anfang bis zum Ende menschlichen Lebens. Der Anspruch auf den Schutz ihrer Würde beinhaltet besonders bei Menschen mit schweren und komplexen Behinderungen das Recht auf wirkliche Lebenschancen, d.h. auf lebenssichernde und zustandserhaltende Hilfen, auf so weit wie irgend möglich herstellbare Lebensqualität und auf Unterstützung und Förderung bei der Entwicklung bzw. Wiedergewinnung ihrer personalen Identität. Auf Basis der individuellen Grundrechte bedeutet das Sozialstaatsgebot im Artikel 20 des Grundgesetzes die Verpflichtung zur Entwicklung und zum Erhalt wohlorganisierter gesellschaftlicher Strukturen, die (auch und gerade) für diese Betroffenen eine praktische Realisierung ihrer persönlichen Ansprüche auf Hilfe, Schutz und Nichtbenachteiligung ermöglichen, d.h. ihr Recht auf Rehabilitation garantieren müssen.

Fakten der gegenwärtigen Versorgung

Dieses Sozialstaatsgebot ist in Deutschland für die relativ kleine Gruppe von Menschen mit schwersten neurologischen Behinderungen in und nach dem Wachkoma nicht erfüllt.

Wer, wie die Menschen im Wachkoma, das Schicksal erlitten hat, in hohem Maße und längerfristig pflegebedürftig zu sein, und zwar bei gleichzeitiger Abhängigkeit von zustandserhaltender Therapie und einfühlsamer Assistenz bei der Teilhaben Leben,

– trifft mit seinem Hilfebedarf auf unklare Zuständigkeiten mindestens dreier Leistungsträger (Krankenversicherung/SGB V, Pflegeversicherung/SGB XI und Eingliederungshilfe/BSHG)

– findet nach der Akut- und Intensivbehandlung in einigen Regionen kaum geeignete aufnehmende Einrichtungen

⁵ **BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION**, *Wachkoma und danach. Die Langzeitrehabilitation schwer und schwerst schädel-hirnbeschädigter Menschen* 17. November 1999, Tagungsbericht, Frankfurt am Main 2000, S. 116 – 117.

– steht in aller Regel auch bei einer Rückkehr in die Familie vor inakzeptablen ambulanten Versorgungslücken.

Wer heute – in der Zeit ökonomisch motivierter Leistungskürzungen im Gesundheits- und Sozialwesen –, wie diese Schwerstgeschädigten täglich eines erheblichen zeitlichen und betreuenden Aufwandes bedarf,

– wird regelmäßig mit dem „Argument“, austherapiert zu sein, auf die bloße Pflege verwiesen

– wird immer öfter in nicht hinnehmbarer Weise als Betroffener mit der „Kosten-Nutzen-Frage“ konfrontiert

– bleibt angewiesen auf die Unterstützung durch Angehörige, die mit ihrer neuen, schweren Aufgabe schon frühzeitig nahe an ihre physischen, psychischen und finanziellen Belastungsgrenzen geraten.

Wer wie Menschen im Wachkoma in gesetzlich unklar abgegrenzte Versorgungsbereiche zwischen akut- und intensivmedizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Behandlungsmöglichkeiten „fällt“,

– braucht das außergewöhnliche Engagement anderer, um selbstverständlichste Bedarfe im Alltagsleben decken zu können

– benötigt kompetente, ethisch fundierte Fürsprache, damit endlich eine Verbesserung seiner Rechtsposition erreicht werden kann.

Forderungen

Aus dieser Lage ergeben sich zwingend drei Erfordernisse:

1. Zur Situation von Wachkomapatienten und neurologisch Rehabilitationsbedürftigen nach einer (Teil-)Remission des „apallischen Durchgangs-Syndroms“ (aDS) ist mit den Schlüsselgruppen verantwortlicher Leistungsträger und Gesetzgebungsorgane dringend ein sozialetischer Diskurs zu führen. Ziel muss eine angemessene Regelung der Patientenversorgung sein.

2. Für eine fachkompetente, menschlich vertretbare Versorgung dieser Patienten sind alsbald sinnvoll nach Gruppen differenzierende Versorgungsstandards zu definieren, deren Sicherstellung auf dem Vereinbarungsweg oder – falls dies nicht schnell genug erfolgt – durch Gesetz in die anteilige (Finanz-)Verantwortung aller teilzuständigen Leistungsträger verwiesen wird.

3. Ein bedarfsentsprechendes Netz für ihre Versorgung im Sinne der Sicherung ihres Lebens, des Gesundheitsstatus und der Option auf nachfolgende Rehabilitation i. e. S. ist so zu schaffen, dass zwischen tragfähigen, mischfinanzierten stationären Angeboten und den entsprechenden ambulanten Leistungskomponenten (wie sie nach Rückkehr ins häusliche Umfeld benötigt werden) Wahlmöglichkeiten und Übergänge bestehen, die zu Rehabilitations-Regelangeboten hin durchlässig sind, sobald im Einzelfall die entsprechenden Aufnahmevoraussetzungen erfüllt werden.

(Vorgelegt am 17. November 1999 in Kassel)

**VI. Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst
geschädigten Langzeitpatienten (2003)⁶
Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW**
(Die deutsche Fassung ist die Stammversion)

I. Präambel

Zerebral schwerst geschädigte Langzeitpatienten⁷ sind Menschen, bei welchen krankheits- oder verletzungsbedingte Hirnschädigungen zu einem langdauernden Zustand persistierender Bewusstlosigkeit oder schwerster Beeinträchtigung des Bewusstseins mit höchstwahrscheinlich irreversiblen Verlust der Kommunikationsfähigkeit geführt haben. Ein Wiedererlangen des Bewusstseins oder selbstständiger Willensäußerungen ist kaum mehr zu erwarten. Zerebral schwerst geschädigte Langzeitpatienten haben die Fähigkeit zur Selbstbestimmung verloren. Andere müssen für sie entscheiden; dabei sind die Persönlichkeitsrechte zu wahren.

Die stellvertretende Wahrnehmung der Interessen eines zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten ist heikel und die Entscheidungsprozesse sind komplex. Idealerweise liegt eine aktuelle, genügend detaillierte Patientenverfügung vor. Fehlt diese, muss der mutmassliche Wille des Patienten ermittelt und berücksichtigt werden. Eine zusätzliche Schwierigkeit ergibt sich aus der Unsicherheit der Prognose. Während bei verletzungsbedingten Hirnschädigungen auch bei einem längerandauernden bewusstlosen Zustand mit einer Erholung gerechnet werden darf, ist bei krankheitsverursachten schwersten Hirnschädigungen die Prognose wesentlich ungünstiger, doch kann auch in diesen Fällen keine definitive Aussage gemacht werden.

Aus dieser Unsicherheit der Prognose ergeben sich für das betreuende Team (Ärzte, Pflegende und Therapeuten) häufig schwierige ethische Fragen, vor allem, wenn der Wille des Patienten unbekannt oder nicht eindeutig ist. Insbesondere bei interkurrent auftretenden Komplikationen stellt sich die Frage nach der Fortsetzung einer bereits eingeleiteten Behandlung und jene nach der Aufnahme neuer therapeutischer Maßnahmen. Die vorliegenden Richtlinien sollen bei diesen Entscheidungen eine Hilfe sein und zur Qualität der Pflege und Betreuung beitragen.

II. Richtlinien

1. Geltungsbereich

Schwerste Hirnschädigungen mit anhaltendem, nicht behandelbarem Verlust der Kommunikationsfähigkeit lassen sich in drei Hauptgruppen aufteilen:

- Der persistierende vegetative Status (PVS, Wachkoma): Ein komatöser Zustand nach krankheits- oder verletzungsbedingter, meist hypoxischer Hirnschädigung kann in einen «vegetativen Status», einen «Wachzustand ohne fassbare Wahrnehmung» übergehen. Dauert der vegetative Status länger als einen Monat (diagnostischer Begriff mit Blick auf die bisherige Situation), spricht man vom «persistierenden vegetativen Status» (PVS); ist dieser höchstwahrscheinlich irreversibel geworden (prognostischer Blick), spricht man vom «permanenten vegetativen Status».
- Schwerste degenerative Hirnerkrankungen im Spätstadium (z.B. Alzheimerkrankheit): Diese sind charakterisiert durch schwersten kognitiven Abbau⁸

⁶ Schweizerische Ärztezeitung, 85(2004) Nr. 1/2, S. 50 – 54.

⁷ Im Interesse der leichteren Lesbarkeit des Textes wird in der Folge durchwegs die männliche Bezeichnung von Personen verwendet. Die entsprechenden Texte betreffen immer auch die weiblichen Angehörigen der genannten Personengruppen.

⁸ vgl. hierzu Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). Psychopharmacol Bull 1988; 24 (4):

(Wortschatz auf einzelne Worte reduziert, keine verbale Kommunikation mehr möglich, Verlust der motorischen Fertigkeiten, in allen Belangen auf Pflege angewiesen); andere Ursachen wurden vorgängig differentialdiagnostisch ausgeschlossen.

- Schwerste bei Geburt vorliegende oder in der frühen Kindheit erworbene Hirnschädigungen: Das Hirn ist durch einen hypoxisch-ischämischen, traumatischen, infektiösen oder metabolischen Prozess oder durch Fehlbildung so schwer geschädigt, dass die Erlangung kommunikativer Fähigkeiten und einer minimalen Selbstständigkeit nicht erwartet werden kann.

Trotz dieser unterschiedlichen Diagnosen bestehen Gemeinsamkeiten in der Behandlung und Betreuung dieser Patienten. Wo für eine bestimmte Patientengruppe besondere Regelungen gelten, werden diese in den Richtlinien speziell erwähnt.

1.1. Beschreibung der Patientengruppen

1.1.1 Persistierender vegetativer Status (PVS)

Unter «vegetativem Status» wird ein totaler Verlust der erkennbaren Wahrnehmungsfähigkeit von sich selbst und von der Umgebung verstanden. Die noch teilweise oder vollständig erhaltenen Funktionen von Hypothalamus und Hirnstamm reichen – zusammen mit medizinischer und pflegerischer Unterstützung – zum Überleben aus. Zeichen von wiederholten, reproduzierbaren, willentlich gerichteten Antworten auf visuelle, auditorische, taktile und schmerzende Stimuli fehlen; ebenso sind keine Zeichen von sprachlichem Verständnis oder Ausdruck vorhanden. Es besteht Darm- und Blaseninkontinenz. Teilweise erhalten sind dagegen die Hirn- (pupillar, oculocephal, corneal, vestibulo-ocular) und Spinalreflexe sowie ein Schlaf-Wach-Rhythmus.

1.1.2 Neurodegenerative Erkrankungen

Diese Patienten haben einen weitestgehenden Verlust der kognitiven Fähigkeiten auf Grund einer schweren degenerativen Hirnschädigung erlitten und bleiben über Monate in einem stationären Zustand. Dies kann im Wesentlichen in den Spätstadien der Alzheimerkrankheit, der Parkinsonkrankheit mit Demenz, der frontotemporalen Demenzerkrankung, fortgeschrittener Chorea Huntington und bei vaskulärer Demenz eintreten⁹. In der Regel verlaufen andere neurodegenerative Erkrankungen verhältnismässig rasch progredient und betreffen die Kognition erst in einem terminalen Stadium. Erst wenn die Kommunikationsfähigkeit verloren gegangen und eine erkennbare Wahrnehmung nicht mehr vorhanden ist, kommen die vorliegenden Richtlinien zur Anwendung.

1.1.3 Bei der Geburt vorliegende oder in früher Kindheit erworbene Hirnschädigung

Die Situation bei Kindern weist altersabhängig drei ethisch relevante Besonderheiten auf. Diese sind bei Neugeborenen und Säuglingen besonders stark ausgeprägt:

1. Die Schädigung des Hirns betrifft ein sich entwickelndes Zentralnervensystem. Dies erschwert einerseits die Abschätzung des Ausmasses einer aktuellen funktionellen Schädigung,

da bei Neugeborenen und Säuglingen viele Funktionen noch nicht manifestiert werden. Andererseits besteht auch ein viel grösseres Spektrum der möglichen funktionellen Erholung infolge der sehr grossen Plastizität des kindlichen

653-9, Stufe 7.

⁹ Bei diesen Patienten handelt es sich häufig um ältere Menschen. Vgl. hierzu auch «Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen», medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen der SAMW (2004).

Nervensystems. Prognosen sind deshalb immer durch eine erhebliche Unsicherheitsspanne gekennzeichnet.

2. Es gibt keine Hinweise auf einen mutmasslichen Willen bezüglich der medizinischen Behandlung. Bei angeborenen Schädigungen gibt es auch keinerlei biographische Anhaltspunkte für Vermutungen zur subjektiven Einschätzung der Lebensqualität durch den Patienten.

3. Kinder sind biologisch, psychisch, sozial und rechtlich in höchstem Mass von ihren Eltern abhängig. Die Folgen medizinischer Behandlungsentscheide bei ungünstiger Prognose betreffen die Eltern sehr direkt und unter Umständen lebenslänglich. Diese Besonderheiten verunmöglichen die scharfe definitorische Abgrenzung einer Gruppe von Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern, für welche die vorliegenden Richtlinien zur Anwendung kommen sollen. Vielmehr sollte für jedes einzelne Kind, bei dem durch eine schwere Hirnschädigung die Entwicklung zur Kommunikationsfähigkeit und zu einer minimalen Selbstständigkeit in Frage gestellt ist, aufgrund seiner individuellen Prognose darüber entschieden werden, ob eine Modifikation des Therapiezieles im Sinne dieser Richtlinien angemessen ist. Dabei ist der voraussehbare Gewinn an Lebensfreude, Beziehungsmöglichkeiten und Erlebnisfähigkeit, der einem Kind durch eine volle medizinische Therapie ermöglicht werden kann, gegen die Belastung abzuwägen, die in Form von Schmerzen, Diskomfort und Einschränkungen mit dieser Therapie verbunden ist.

1.2. Abgrenzung zu den Sterbenden

Zerebral schwerst geschädigte Langzeitpatienten sind mit Sterbenden nicht gleichzusetzen. Sie befinden sich noch in einem stabilisierten, aber mutmasslich irreversiblen Zustand. Interkurrent auftretende Komplikationen oder der Entscheid über einen Therapieabbruch können den Sterbeprozess jedoch in Gang setzen. Bei den Sterbenden ist die verbleibende Lebensspanne relativ kurz (Tage bis Wochen) und der terminale Prozess progredient. Die Betreuung von sterbenden Patienten wird in einer separaten Richtlinie¹⁰ behandelt.

2. Patientenrechte

2.1. Grundsatz

Gegenüber Langzeitpatienten mit schwerster Hirnschädigung besteht die Pflicht, in jeder Weise zu helfen und Leiden zu lindern. Die Pflicht zur Lebenserhaltung unterliegt jedoch Einschränkungen. Vorrangig massgebendes Kriterium für Entscheide, auf lebenserhaltende Massnahmen zu verzichten oder sie abubrechen, ist der Patientenwille.

2.2. Patientenverfügung

Jede Person kann im Voraus Bestimmungen verfassen im Hinblick auf medizinische Behandlung und Pflege, die sie zu erhalten wünscht oder ablehnt, falls

¹⁰ Die «Medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten» aus dem Jahre 1995 wurden nicht nur für den Bereich der zerebral schwerst geschädigten Patienten überarbeitet, sondern in einer separaten Subkommission auch für den Bereich der Sterbenden («Betreuung von Patienten am Lebensende», medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, 2004). Relevant sind auch die «Medizinisch-ethischen Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin» aus dem Jahre 1999 sowie die «Medizinisch-ethischen Richtlinien zur Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen».

sie nicht mehr urteilsfähig¹¹ wäre (Patientenverfügung). Patientenverfügungen sind zu befolgen, solange keine konkreten Anhaltspunkte dafür bestehen, dass diese dem derzeitigen Willen des Patienten nicht mehr entsprechen. Sie gelten umso eher, je klarer sie formuliert sind, je kürzer die Unterzeichnung zurückliegt und je besser der Patient die eingetretene Situation antizipiert hat.

Fehlt eine Patientenverfügung, so muss versucht werden, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln. Eine wesentliche Rolle spielt dabei, wie er in seinem bisherigen Leben gedacht und gehandelt hat und welches seine Präferenzen waren. Informationen darüber sollten von den Angehörigen und allfälligen weiteren Personen (z.B. Hausarzt) eingeholt werden.

2.3. Vertretung

Jede Person kann auch im Voraus eine bevollmächtigte Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten (nachfolgend: «Vertrauensperson») bezeichnen, welche an ihrer Stelle die Zustimmung zu medizinischen, pflegerischen und/oder therapeutischen Maßnahmen erteilen soll, falls sie selbst nicht mehr urteilsfähig wäre. Unter Berücksichtigung einer allfälligen Patientenverfügung muss im Einverständnis mit einem gesetzlichen Vertreter bzw. der bezeichneten Vertrauensperson entschieden werden. Falls der Entscheid des gesetzlichen Vertreters bzw. der Vertrauensperson dem mutmaßlichen Willen des Patienten zu widersprechen scheint, soll der zuständige Arzt die Vormundschaftsbehörde einbeziehen.

Gibt es weder gesetzlichen Vertreter noch Vertrauensperson, oder ist in einer Notfallsituation eine Rückfrage nicht möglich, haben der Arzt, die Pflegenden und die Therapeuten ihre Entscheide im interdisziplinären Austausch, gemäß dem wohlverstandenen Interesse und dem mutmaßlichen Willen der betroffenen Person, zu treffen. Bei Unmündigen gilt grundsätzlich der Wille des gesetzlichen Vertreters; in der Regel sind dies die Eltern. Diese sind bei Entscheidungen über Leben und Tod jedoch oft überfordert. Entscheide über die Behandlung und Betreuung sind im besten Interesse des Kindes im Konsens mit den Eltern bzw. den gesetzlichen Vertretern zu treffen. Ist bei lebenswichtigen Entscheiden ein Konsens nicht zu erreichen, so ist die Vormundschaftsbehörde beizuziehen.

3. Entscheidungsprozesse

Der Prozess der Entscheidungsfindung verdient besondere Aufmerksamkeit. Im Hinblick auf eine Entscheidung müssen zuständiger Arzt oder Pflegeperson abklären, ob der Patient eine

Patientenverfügung verfasst hat, ob ein gesetzlicher Vertreter bestimmt oder eine Vertrauensperson bezeichnet ist. Grundlage der Entscheidung über Ziele (und Ort) der Behandlung und Betreuung sind der Zustand und die Prognose bezüglich Lebensdauer und -qualität sowie die Persönlichkeit und der mutmaßliche Wille des Patienten. In die Entscheidungsprozesse ist die Erfahrung und Sicht der nächsten Bezugspersonen des Patienten

sowie des Pflgeteams miteinzubeziehen. Die so getroffenen Entscheide sollten von allen beteiligten Personen akzeptiert und möglichst mitverantwortet werden können. Klinische Ethikkommissionen¹² können für die Entscheidungsfindung beigezogen werden. Die letzte Entscheidung bleibt beim direkt verantwortlichen Arzt. Entscheide, welche zum Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen führen, müssen protokolliert werden, so dass sie auch im Nachhinein noch nachvollziehbar sind.

¹¹ Urteilsfähigkeit bedeutet die Fähigkeit, die Realität wahrzunehmen, sich Urteil und Wille zu bilden sowie die Fähigkeit, die eigene Wahl zu äussern. Zerebral schwerst geschädigte Langzeitpatienten erfüllen diese Voraussetzungen nicht (mehr).

¹² Mit klinischer Ethikkommission sind nicht die «Forschungsethikkommissionen» gemeint, die klinische Arzneimittelversuche beurteilen, sondern an den Spitälern bestehende Ethikkommissionen, -foren usw., welche sich mit schwerwiegenden, ethischen Entscheiden im Einzelfall befassen.

4. Behandlung und Betreuung

4.1. Grundsatz

Die therapeutischen Ziele bestimmen das Vorgehen. Palliativbetreuung und -pflege müssen frühzeitig und parallel zu den übrigen therapeutischen Maßnahmen eingeleitet und unabhängig davon weitergeführt werden. Der angemessene Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel ist prinzipiell geboten, hat der guten klinischen Praxis zu entsprechen und ist periodisch zu überprüfen. Im Einzelfall dürfen ökonomische Überlegungen weder zum Verzicht auf eine Maßnahme noch zu deren Abbruch führen.

4.2. Therapeutische Maßnahmen

Die therapeutischen Maßnahmen ergeben sich aus dem Behandlungsziel. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik- und Therapieverfahren nicht mehr indiziert sind, sondern Begrenzung geboten ist. In speziellen Situationen muss der zeitlich befristete Einsatz von therapeutischen Maßnahmen erwogen werden. Eine Änderung des Behandlungsziels kommt insbesondere dann in Betracht, wenn die Krankheit weit fortgeschritten ist, so dass eine lebenserhaltende Behandlung nur Leiden verlängert. Unter diesen Umständen ist der Einfluss der therapeutischen Maßnahmen auf die Lebenserhaltung und -qualität zu berücksichtigen. Auf invasive und aufwändige Therapiemaßnahmen kann eher verzichtet werden als auf schonende und einfache. Mit dem Zurücknehmen von kurativtherapeutischen Maßnahmen findet eine Verschiebung Richtung Pflege, Palliation und Begleitung statt.

4.3. Palliation und Pflege

Zerebral schwerst geschädigte Langzeitpatienten haben stets auch ein Recht auf adäquate palliative Maßnahmen. Es handelt sich dabei weitgehend um präventive, Komfort vermittelnde Maßnahmen (Medizin, Pflege, Physiotherapie, usw.). Da diese Patienten ihre Befindlichkeit nicht mitteilen können, kann nicht auf Beschwerden reagiert werden. Darum muss proaktiv nach Zuständen gesucht werden, die aufgrund der klinischen Erfahrung zu Klagen Anlass geben würden. Mit palliativer Zielsetzung sollen Maßnahmen auch dann angewendet werden, wenn dadurch die Lebensdauer verkürzt wird. Zur Palliation gehört wesentlich auch die Begleitung und Beratung der dem Patienten nahestehenden Personen. Zur Pflege gehört das Erhalten der körperlichen Integrität bzw. die Vermeidung zusätzlicher Schäden sowie das Erhalten der Beweglichkeit und des Aussehens des Patienten. Pflege soll so kontinuierlich wie möglich angeboten werden. Dies erleichtert den Kontakt zum Patienten und schafft die Möglichkeit, den Patienten und seine Angehörigen näher kennen zu lernen.

4.4. Flüssigkeit und Nahrung

Ohne gegenteilige direkte oder indirekte Willensäußerung ist die adäquate Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung (enteral oder parenteral) bei klinisch stabilen Patienten weiterzuführen. Treten im Zusammenhang damit Komplikationen auf, muss die Situation neu geprüft werden. Die Indikation zur Neuaufnahme einer enteralen Sondenernährung sollte sorgfältig geprüft werden. Bei Neugeborenen darf auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr nur verzichtet werden, wenn die Etablierung einer enteralen Ernährung mit grossen, belastenden Eingriffen verbunden oder überhaupt nicht möglich ist. Von einer Zufuhr von Flüssigkeit ohne gleichzeitige Nahrung ist grundsätzlich abzusehen. In terminalen Situationen kann die alleinige Flüssigkeitszufuhr gerechtfertigt sein oder es kann sogar -- im Konsens mit dem Team und den Angehörigen -- auf die Flüssigkeitszufuhr verzichtet werden.

III. Kommentar

Ad Präambel

Die vorliegenden Richtlinien sollen Institutionen, die zerebral schwerst geschädigte Langzeitpatienten betreuen, als Grundlage für interne Leitlinien dienen,

welche den regionalen und kulturellen Gegebenheiten Rechnung tragen. Sie sollen helfen, für den Patienten im Einzelfall die richtige Entscheidung über die Behandlung und Betreuung zu treffen, ohne diese zu präjudizieren.

Ad 1. (Geltungsbereich)

Die Langzeitprognose und die Feststellung der Irreversibilität eines «persistierenden vegetativen Status» sind äußerst schwierig; sie sind unter anderem abhängig vom Alter des Patienten, von der bisherigen Dauer des Zustandes, von Begleiterkrankungen sowie insbesondere von der Ursache der ursprünglichen Hirnschädigung¹³. So bleiben Erholungschancen beim PVS nach Schädel-Hirntrauma länger, d.h. weit über ein Jahr hinaus, erhalten als nach krankheitsbedingter Hirnschädigung. Im ersten Fall müssen unterstützende Maßnahmen mit Geduld über längere Zeit fortgesetzt werden. Fragen eines möglichen Therapieverzichtes/-abbruches und/oder der Verlegung sollen frühzeitig, aber ohne Eile in Betracht gezogen werden.

Ad 2. (Patientenrechte)

Die juristische Situation bei einwilligungsunfähigen Patienten ist komplex. Unsicherheiten bestehen insbesondere darüber, wie weit das Vertretungsrecht geht und wer anstelle eines urteilsunfähigen Patienten handeln darf, wenn kein gesetzlicher Vertreter vorhanden ist. Hierzu gibt es zudem unterschiedliche kantonale Regelungen. In einigen Kantonen wird dem Arzt ein Entscheidungsrecht eingeräumt. In anderen Kantonen besteht aufgrund der kantonalen gesetzlichen Regelung oder bei Fehlen einer solchen aufgrund des Bundesrechtes im Prinzip die Verpflichtung, einen Vertretungsbeistand zu ernennen. Unter den aktuellen Rahmenbedingungen (z.B. Verfügbarkeit von Personal in den Vormundschaftsbehörden) ist es nicht praktikabel und nicht sinnvoll, in jedem Fall eine gesetzliche Vertretung anzufordern. Im Hinblick auf die mittelfristige Umsetzung des Prinzips der Einwilligung eines vom Patienten eingesetzten Vertreters (wie sie z.B. auch die Bioethik-Konvention vorsieht) erwähnt die Richtlinie bewusst auch die Möglichkeit der Bezeichnung einer Vertrauensperson.

Ad 3. (Entscheidungsprozesse)

Zu jeder Entscheidung gehören eine Zieldefinition, die Konsenssuche mit allen Beteiligten, eine regelmäßige Überprüfung, ob das Ziel erreicht bzw. noch adäquat ist und wesentlich auch die Klärung der Konsequenzen des Entscheids für alle Beteiligten (z.B. Behandlung neu auftretender Krankheiten und Komplikationen, Verlegung in eine andere Institution, Schwierigkeiten für Angehörige bei Besuchen usw.). Solche Entscheidungsprozesse benötigen die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen von Raum und Zeit. Entscheidungsprozesse sollen wenn immer möglich nach einer verbindlichen internen Richtlinie durchgeführt werden.

Ad 4.1. (Behandlung und Betreuung: Grundsatz)

Angemessenheit bedeutet, unter Abwägung der Vor- und Nachteile für den Patienten und in Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen den optimalen Weg zwischen «therapeutischem Übereifer» («acharnement thérapeutique») und «therapeutischem Nihilismus» zu suchen.

Aufgrund der nicht unbegrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen ist die periodische Überprüfung der zur Verfügung stehenden Mittel wichtig. Die Entscheidungsverantwortlichen haben in ihrem Bereich Mitverantwortung für deren gerechte Verteilung.

¹³ The Multi-Society Task Force on PVS, «Medical Aspects of the persistent vegetative state», Part I: NEJM 1994; 330: 1499-1508; Part II: NEJM 1994; 330: 1572-1579

Ad 4.3. (Behandlung und Betreuung: Palliation und Pflege)

Neben der regelmäßigen klinischen Untersuchung, der gezielten Suche nach Nebenwirkungen laufender Therapien und der Überwachung vegetativer Parameter, die auf Beschwerden (z.B. Schmerz) hindeuten können, sind auch die Beobachtungen und die Intuition jener Personen ernst zu nehmen, die viel Zeit beim Patienten verbringen (Angehörige, Pflegende). Der Wert mancher Maßnahmen kann am ehesten beurteilt werden, wenn sie versuchsweise eingesetzt werden (ex juvantibus). Im Patientenzimmer soll eine ruhige, warme Atmosphäre herrschen; Kontakte sollen möglichst erhalten werden; die Akzeptanz der Dauer des vegetativen Zustandes und allenfalls eines Therapieabbruches soll reifen können; Angehörige sollen das Geschehen in ihren eigenen Lebensentwurf integrieren können.

Ad 4.4. (Behandlung und Betreuung: Flüssigkeit und Nahrung)

Beim Demenzkranken, der aufgrund seiner Erkrankung die Nahrung nicht mehr adäquat schluckt, ist eine Schluckstörung oder gastrointestinale Pathologie (Mund, Rachen, Oesophagus, Magen) auszuschließen. Das oft beobachtete Verhalten von Dementen, die Nahrung zu verweigern, ist nach zumutbarer Diagnostik zum Ausschluss einer einfach behandelbaren Störung als verbindliche Willensäußerung zu werten. Im Rahmen der palliativen Maßnahmen sollen aber Nahrung und Flüssigkeit immer wieder angeboten werden.

Bei Neugeborenen darf, wenn eine enterale Ernährung durch wenig belastende Maßnahmen (z.B. nasale Magensonde, perkutane Gastrostomie, operative Korrektur einer Duodenalatresie) möglich ist, angesichts der immer unsicheren Prognose auf die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit nicht verzichtet werden. Wo hingegen eine enterale Ernährung nur um den Preis großer, belastender Eingriffe oder überhaupt nicht möglich ist, kann der Verzicht auf jegliche Kalorien- und Flüssigkeitszufuhr unter optimaler Sedation und ständiger menschlicher Nähe gerechtfertigt sein. Grundsätzlich gelten diese Erwägungen auch für Erwachsene, wobei diese Frage kontrovers diskutiert wird und unterschiedliche Praxen bestehen. Die vorliegenden Richtlinien gehen davon aus, dass die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei chronisch Kranken noch nicht Sterbenden primär der Stabilisierung und dem Erhalt der körperlichen Integrität bzw. zur Vermeidung zusätzlicher Schäden (z.B. Dekubitus- Prophylaxe) dient.

IV. Empfehlungen zuhanden der zuständigen Gesundheits behörden

Angesichts der Fortschritte bei lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen und der hohen Anforderungen an die Pflege der Betroffenen können die vorhandenen Ressourcen an Grenzen stoßen. Die Verantwortlichen des Gesundheitswesens sollten mit ihrer Politik gewährleisten, dass alle diese Patienten ohne ökonomische Rücksichten im Sinne der Richtlinien behandelt werden können. Langzeitpatienten mit schwerster Hirnschädigung haben das Recht auf Betreuung und Linderung ihres Leidens im Rahmen einer angemessenen Lebenserhaltung. Allfällige Beschränkungen der Ressourcen müssen auf gesellschaftlicher Ebene diskutiert werden.

Mitglieder der für die Ausarbeitung dieser Richtlinien verantwortlichen Subkommission:

Prof. Hannes Stähelin, Basel, Vorsitz

Prof. Alberto Bondolfi, Lausanne

Prof. Johannes Fischer, Zürich

Prof. Andreas U. Gerber, Biel

Prof. Annemarie Kesselring, Basel

Prof. Christian Kind, St. Gallen

Dr. Cornelia Klauser, Agno

Prof. Rudolf Ritz, Binningen

Lic. iur. Michelle Salathé, Basel, ex officio

Dr. Noëmi de Stoutz, Ayent
Prof. Günter Stratenwerth, Basel
Prof. Michel Vallotton, Genf, Präs. ZEK, ex officio
PD Dr. Gilbert Zulian, Collonge-Bellerive

Genehmigt vom Senat der SAMW am 27. November 2003

VII. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2004)¹⁴

Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen. So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a.: menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst. Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten; dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. Ein offensichtlicher

Sterbevergang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen. Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein. Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden.

I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können. Die Hilfe besteht in palliativmedizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden. Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht. Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt kann auch Angehörige des Patienten und diesem nahe stehende Personen informieren, wenn er annehmen darf, dass dies dem Willen des Patienten entspricht. Das Gespräch mit ihnen gehört zu seinen Aufgaben.

¹⁴ Deutsches Ärzteblatt 101(2004), A-1298 - 1299.

II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist, kann eine Änderung des Behandlungszieles indiziert sein, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden und die Änderung des Therapieziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen. In Zweifelsfällen sollte eine Beratung mit anderen Ärzten und den Pflegenden erfolgen.

Bei Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktionen ersetzen soll, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben. Eine weniger schwere Schädigung ist kein Grund zur Vorenthaltung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern. Wie bei Erwachsenen gibt es keine Ausnahmen von der Pflicht zu leidensmindernder Behandlung und Zuwendung, auch nicht bei unreifen Frühgeborenen.

III. Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit

Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom; auch so genanntes Wachkoma) haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Therapie einschließlich – ggf. künstlicher – Ernährung ist daher unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens grundsätzlich geboten. Soweit bei diesen Patienten eine Situation eintritt, wie unter I – II beschrieben, gelten die dort dargelegten Grundsätze. Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf kein alleiniges Kriterium für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sein. Hat der Patient keinen Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten, wird in der Regel die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein.

IV. Ermittlung des Patientenwillens

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt die durch den angemessen aufgeklärten Patienten aktuell geäußerte Ablehnung einer Behandlung zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken. Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Ablehnung einer Behandlung für den Arzt bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat, und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind. Soweit ein Vertreter (z. B. Eltern, Betreuer oder Bevollmächtigter in Gesundheitsangelegenheiten) vorhanden ist, ist dessen Erklärung maßgeblich; er ist gehalten, den (ggf. auch mutmaßlichen) Willen des Patienten zur Geltung zu bringen und zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Wenn der Vertreter eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen.

Liegt weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten eine bindende Erklärung vor und kann eine solche nicht – auch nicht durch Bestellung eines Betreuers – rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können neben früheren Äußerungen seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahe stehende Personen als Auskunftspersonen einbezogen werden, wenn angenommen werden kann, dass dies dem Willen des Patienten entspricht. Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so soll der Arzt für den Patienten die ärztlich indizierten Maßnahmen ergreifen und sich in Zweifelsfällen für Lebenserhaltung entscheiden. Dies gilt auch bei einem apallischen Syndrom.

V. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen

Mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen nimmt der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wahr. Sie sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes. Eine Patientenverfügung (auch Patiententestament genannt) ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines einwilligungsfähigen Patienten zur zukünftigen Behandlung für den Fall der Äußerungsunfähigkeit. Mit ihr kann der Patient seinen Willen äußern, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näher umrissenen Krankheitssituationen medizinische Maßnahmen eingesetzt oder unterlassen werden sollen. Anders als ein Testament bedürfen Patientenverfügungen keiner Form, sollten aber schriftlich abgefasst sein. Mit einer Vorsorgevollmacht kann der Patient für den Fall, dass er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn, u. a. in seinen Gesundheitsangelegenheiten, zu treffen (§ 1904 Abs. 2 BGB). Vorsorgevollmachten sollten schriftlich abgefasst sein und die von ihnen umfassten ärztlichen Maßnahmen möglichst benennen. Eine Vorsorgevollmacht muss schriftlich niedergelegt werden, wenn sie sich auf Maßnahmen erstreckt, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

Schriftform ist auch erforderlich, wenn die Vollmacht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen umfasst. Die Einwilligung des Bevollmächtigten in Maßnahmen, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes, es sei denn, dass mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist (§ 1904 Abs. 2 BGB). Ob dies auch bei einem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen gilt, ist umstritten. Jedenfalls soll sich der Arzt, wenn der Bevollmächtigte eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichtes soll der Arzt die Behandlung durchführen. Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können Vorschläge zur Person eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung seiner Aufgaben geäußert werden. Eine Betreuung kann vom Gericht für bestimmte Bereiche angeordnet werden, wenn der Patient nicht in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, und eine Vollmacht hierfür nicht vorliegt oder nicht ausreicht. Der Betreuer entscheidet im Rahmen seines Aufgabenkreises für den Betreuten. Zum Erfordernis der Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht wird auf die Ausführungen zum Bevollmächtigten verwiesen.

**VII. CONSIDERATIONS ON THE SCIENTIFIC AND ETHICAL PROBLEMS
RELATED TO VEGETATIVE STATE (2004)¹⁵
(FIAMC)**

Fédération Internationale des Associations Médicales Catholiques
World Federation of Catholic Medical Associations

At the end of four days of concentrated study and debate, during the International Congress
"Life-Sustaining Treatments and Vegetative State. Scientific Advances and Ethical Dilemmas"
(Rome 17-20 March, 2004),

after we heard the contributions of some of the most prominent scholars and researchers in
the field from the perspective of science, anthropology and ethics, and after the deeply inspiring
words of the Holy Father John Paul II to the Congress participants, the World Federation of
Catholic Medical Associations (FIAMC) intends to present the following statement to the general public:

1)Vegetative State (VS) is a state of unresponsiveness, currently defined as a condition marked by: a state of vigilance, some alternation of sleep/wake cycles, absence of signs of awareness of self and of surroundings, lack of behavioural responses to stimuli from the environment, maintenance of autonomic and other brain functions.

2)VS must be clearly distinguished from: encephalic death, coma,"locked-in" syndrome, minimally conscious state.VS cannot be simply equalled to cortical death either, considering that in VS patients islands of cortical tissue which may even be quite large can keep functioning.

3)In general, VS patients do not require any technological support in order to maintain their vital functions.

4)VS patients cannot in any way be considered terminal patients, since their condition can be stable and enduring.

5)VS diagnosis is still clinical in nature and requires careful and prolonged observation, carried out by specialized and experienced personnel, using specific assessment standardized for VS patients in an optimum controlled environment. Medical literature, in fact, shows diagnostic errors in a substantially high proportion of cases. For this reason, when needed, all available modern technologies should be used to substantiate the diagnosis.

6)Modern neuroimaging techniques demonstrated the persistence of cortical activity and response to certain kinds of stimuli, including painful stimuli, in VS patients. Although it is not possible to determine the subjective quality of such perceptions, some elementary discriminatory processes between meaningful and neutral stimuli seem to be nevertheless possible.

7)No single investigation method available today allows us to predict, in individual cases, who will recover and who will not among VS patients.

8)Until today, statistical prognostic indexes regarding VS have been obtained from studies quite limited as to number of cases considered and duration of observation. Therefore, the use of adjectives like "permanent" referred to VS should be discouraged, by indicating only the cause and duration of VS.

9)We acknowledge that every human being has the dignity of a human person, without any discrimination based on race, culture, religion, health conditions, or socio-economic conditions. Such a dignity, based on human nature itself, is a permanent

¹⁵ URL: http://www.vegetativestate.org/documento_FIAMC.htm

and intangible value, that cannot depend on specific circumstances of life and cannot be subordinated to anybody's judgement. We recognize the search for the best possible quality of life for every human being as an intrinsic duty of medicine and society, but we believe that it cannot and must not be the ultimate criterion used to judge the value of a human being's life. We acknowledge that the dignity of every person can also be expressed in the practice of autonomous choices; however, personal autonomy can never justify decisions or actions against one's own life or that of others: in fact, the exercise of freedom is impossible outside of life.

10)Based on these premises, we feel the duty to state that VS patients are human persons, and, as such, they need to be fully respected in their fundamental rights. The first of these rights is the right to live and to the safeguard of health. In particular, VS patients have the right to:

- correct and thorough diagnostic evaluation, in order to avoid possible mistakes and to orient rehabilitation in the best way;

- basic care, including hydration, nutrition, warming and personal hygiene;

- prevention of possible complications and monitoring for any possible signs of recovery;

- adequate rehabilitative processes, prolonged in time, favouring the recovery and maintenance of all progress achieved;

- be treated as any other patients with reference to general assistance and affective relationships.

This requires that any decision of abandonment based on a probability judgement be discouraged, considering the insufficiency and unreliability of prognostic criteria available to date.

The possible decision of withdrawing nutrition and hydration, necessarily administered to VS patients in an assisted way, is followed inevitably by the patients' death as a direct consequence. Therefore, it has to be considered a genuine act of euthanasia by omission, which is morally unacceptable. At the same time, we refuse any form of therapeutic obstinacy in the context of resuscitation, which can be a substantial cause of post-anoxic VS.

11)To the rights of VS patients corresponds the duty of health workers, institutions and societies in general to guarantee what is needed for their safeguard, and the allocation of sufficient financial resources and the promotion of scientific research aimed to the understanding of cerebral physiopathology and of the mechanisms on which the plasticity of the Central Nervous System is based.

12)Particular attention has to be paid to families having one of their members affected by VS. We are sincerely close to their daily suffering, and we reaffirm their right to obtain help from all health workers and a full human, psychological and financial support, which enables them to overcome isolation and feel part of a network of human solidarity.

13)In addition, it is necessary for institutions to organize models of assistance, specialized with reference to the care of these patients (awakening centres and specialized rehabilitation centres), sufficiently spread over the territory. Institutions should also promote the training of competent personnel.

14)VS patients cannot be considered as "burdens" for society; rather, they should be viewed as a "challenge" to implement new and more effective models of health care and of social solidarity.

Gian Luigi Gigli, MD
President of FIAMC

B. KIRCHLICHE LEHRAMTSDOKUMENTE

I. Pius XII Über moralische Probleme der Wiederbelebung 24 XI 1957¹

Am 24. November hat der Heilige Vater eine größere Gruppe hervorragender Ärzte, Kliniker, Chirurgen und Professoren aus verschiedenen Ländern in feierlicher Audienz empfangen und in einer an sie gerichteten Ansprache auf einige Fragen geantwortet, die ihm von einem bekannten Arzt und Wissenschaftler bezug auf die sogenannte „Wiederbelebung“ vorgelegt worden waren. Wir geben diese Ansprache vollständig wieder. Sie lautete:

Dr. Bruno Haid, Chef der Abteilung für Anästhesie an der chirurgischen Universitätsklinik Innsbruck, hat Uns drei Fragen ärztlicher Moral in bezug auf die sogenannte „Wiederbelebung“ (Reanimation) vorgelegt. Es ist Uns, meine Herren, willkommen, auf diesen

Wunsch zu antworten, da er das ohne Pflichtbewusstsein, das Sie in bezug auf Ihre beruflichen Pflichten erfüllt, und den Willen, die heiklen Probleme, die sich ergeben, im Lichte der Prinzipien des Evangeliums zu lösen, bezeugt.

Nach den Darlegungen Dr. Haid beschäftigt sich die moderne Anästhesie nicht nur mit Problemen der Analgesie und Anästhesie im eigentlichen Sinne, sondern auch mit der „Wiederbelebung“. Man bezeichnet in der Medizin und speziell in der Anästhesiologie damit die Technik, durch die man bei gewissen Zwischenfällen eingreifen kann, die das menschliche Leben schwer gefährden, ins besondere bei den Asphyxien, die früher, bevor man über die moderne Anästhesieausrüstung fügte, in wenigen Minuten zum Stillstand des Herzens und zum Tode führten. Die Aufgabe des Anästhesisten dehnt sich so auf die akuten Atmungsschwierigkeiten aus, die durch Strangulation oder durch offene thoraco-pulmonale Wunden hervorgerufen werden können; er greift ein, um die Asphyxie zu verhindern, die auf innerer Absperrung der Atemwege durch den Mageninhalt oder durch Ertrinken zustande kommt, um der vollständigen oder teilweisen Atemlähmung bei schwerem Tetanus, bei Kinderlähmung, Vergiftung durch Gas, Hypnotica oder Trunkenheit und selbst bei zentraler Atemlähmung infolge von schweren Gehirnverletzungen entgegenzuwirken.

Wenn die Wiederbelebung und Behandlung dieser Gehirnverletzten und manchmal Gehirnopierten oder derjenigen, die Gehirnverletzungen durch Anoxaemie erlitten und in tiefer Bewusstlosigkeit liegen, vorgenommen wird, erheben sich Fragen, die die ärztliche Moral interessieren und die Prinzipien des Naturrechts noch mehr als die der Analgesie angehen. So kommt es vor, dass der Anästhesist, wie bei den eben angeführten Krankheiten und Unfällen, wenn deren Behandlung hinreichende Aussicht auf Gelingen bietet, den Allgemeinzustand von Patienten, die an schwerer Gehirnverletzung leiden, und deren Fall anfänglich hoffnungslos erschien, verbessern kann: er stellt die Atmung wieder her, entweder durch manuellen Eingriff oder mit Hilfe von besonderen Apparaten, befreit die Atemwege und sorgt für die künstliche Ernährung des Patienten. Dank dieser Therapie, insbesondere durch die Zufuhr von Sauerstoff vermittels der künstlichen Atmung, setzt der versagende Kreislauf wieder ein, und das Aussehend es Patienten bessert sich, oft sehr rasch, derart, dass der Anästhesist der jeder andere Arzt, der auf Grund seiner bloßen Erfahrung den Kampf aufgegeben hätte, fortfährt, eine leise Hoffnung zu hegen, dass die spontane Atmung sich wieder einstellt. Die Angehörigen betrachten gewöhnlich diese Besserung als ein erstaunliches Ergebnis, für das sie dem Arzt danken.

Wenn die Gehirnverletzung so schwer ist, dass der Patient' nicht mit dem Leben davon kommt, muss der Anästhesist sich die schwerwiegende Frage nach dem Wert

¹ Herder-Korr 12(1958), S. 228 – 230.

und Sinn der Wiederbelebungsversuche stellen. Um Zeit zu gewinnen und die weiteren Entscheidungen mit größerer Sicherheit zu treffen, wird er sofort mit der künstlichen Atmung, Intubation und Reinigung der Atemwege beginnen. Aber er kann sich dann einer schwierigen Lage gegenübersehen wenn die Angehörigen diese Bemühungen für nutzlos halten und sich ihnen widersetzen. Gewöhnlich geschieht das nicht beim Beginn der Versuche der Wiederbelebung sondern wenn der Patient nach einer leichten Besserung keine weiteren Fortschritte zeigt und es klar wird, dass nur die künstliche Atmung ihn noch am Leben erhält. Man fragt sich dann, ob man den Versuch der Wiederbelebung fortsetzen muss oder kann, wenn die Seele vielleicht schon den Körper verlassen hat.

Die Lösung dieses Problems, die schon an sich schwierig ist, wird es noch mehr, wenn die - vielleicht selber katholischen - Angehörigen den behandelnden Arzt und besonders den Anästhesisten zwingen, den Apparat zur künstlichen Atmung wegzunehmen, um dem virtuell schon toten Patienten zu erlauben, in Frieden zu scheiden. Von da her ergibt sich eine fundamentale Frage vom religiösen Standpunkt aus und für die Philosophie der Natur: Wann ist der Tod nach christlichem Glauben bei den Patienten eingetreten, bei denen man die modernen Methoden der Wiederbelebung angewandt hat? Ist die Letzte Ölung gültig, wenigstens solange man eine Herztätigkeit feststellen kann, auch die eigentlichen Lebensfunktionen schon verschwunden sind und Leben nur noch vom Funktionieren eines Atmungsapparats abhängt?

Die Probleme, die sich bei der modernen Wiederbelebungspraxis ergeben, können also in drei Fragen zusammengefasst werden: erstens, hat man das Recht oder selbst die Pflicht, die modernen Apparate der künstlichen Atmung in allen Fällen zu verwenden, selbst in solchen, die nach dem Urteil des Arztes vollkommen hoffnungslos sind?

Zweitens, hat man das Recht oder die Pflicht, den Atmungsapparat zu entfernen, wenn sich nach mehreren Tagen der Zustand tiefer Bewusstlosigkeit nicht bessert, während, wenn man ihn wegnimmt, der Kreislauf in wenigen Minuten aufhört? Was soll man in diesem Falle tun, wenn die Angehörigen des Patienten, der die Sterbesakramente empfangen hat, den Arzt drängen, den Apparat zu entfernen? Ist die Letzte Ölung in diesem Augenblick noch gültig? Drittens, muss ein Patient, der durch zentrale Lähmung in tiefer Bewusstlosigkeit liegt, dessen Leben - bzw. dessen Blutkreislauf - jedoch dank der künstlichen Atmung in Gang gehalten wird und bei dem sich im Laufe mehrerer Tage keine Besserung einstellt, als de facto oder selbst de iure tot angesehen werden? Muss man nicht, um ihn als tot zu betrachten, abwarten, bis der Blutkreislauf trotz der künstlichen Atmung aufhört?

Grundsätzliche Erwägungen

Wir sind sehr gern bereit, auf diese drei Fragen zu antworten, doch bevor wir auf sie eingehen, möchten Wir die Grundsätze darlegen, die Uns gestatten, eine Antwort zu formulieren. Die natürliche Vernunft und die christliche Moral sagen, dass der Arzt, (und wem immer es obliegt, für seinen Nächten zu sorgen) das Recht und die Pflicht hat, im Falle einer ernsten 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 und schlechthin der Rücksicht auf die Angehörigen. Aber sie verpflichtet gewöhnlich nur zum Gebrauch der (entsprechend en 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 wichtigerer höherer Güter zu sehr erschweren. Leben, Gesundheit und jede irdische Aktivität sind in der Tat geistigen Zielen untergeordnet. Im übrigen ist es

nicht verboten, mehr als das strikt Notwendige zur Erhaltung des Lebens und der Gesundheit zu tun, vorausgesetzt, dass dadurch keine wichtigeren Pflichten versäumt werden.

Was die Spendung der Sakramente an einen in Bewusstlosigkeit liegenden Menschen betrifft, so leitet sich die Antwort von der Lehre und Praxis der Kirche ab, die ihrerseits den Willen des Herrn zur Richtschnur ihres Handelns nimmt. Die Sakramente sind kraft ihrer göttlichen Einsetzung für die Menschen in dieser Welt und für die Dauer ihres irdischen Lebens bestimmt und setzen, mit Ausnahme der Taufe selber, die Taufe bei dem, der sie empfängt, voraus. Wer kein Mensch ist, es noch nicht oder nicht mehr ist, kann die Sakramente nicht empfangen. Im übrigen kann man sie auch, wenn jemand seine Weigerung bekundet, nicht gegen seinen Willen spenden. Wenn man nicht weiß, ob jemand die Bedingungen erfüllt, die zum gültigen Empfang des Sakramentes notwendig sind, muss man versuchend, en Zweifel zu beseitigen. Gelingt das nicht, so wird das Sakrament bedingungsweise gespendet, zum mindesten mit stillschweigender Klausel (mit der Klausel „Si capax es“, die die umfassendste ist). Die Sakramente sind von Christus für die Menschen eingesetzt worden, um ihre Seelen zu retten; darum versucht die Kirche in äußersten Notfällen auch äußerste Maßnahmen, um einen Menschen die Gnade und Hilfe des Sakraments zuteil werden zu lassen.

Die Frage des Eintritts des Todes und die seiner Feststellung, sowohl der Tatsache selber (de facto) wie ihrer rechtlichen Authentizität (de iure), hat durch ihre Folgen selbst auf dem Gebiet der Moral und der Religion eine noch größere Bedeutung. Was Wir über die wichtigsten Voraussetzungen zum gültigen Empfang eines Sakraments gesagt haben, hat das gezeigt; aber die Bedeutung der Sakrament sich auch auf die Folgen für Erbschaftsfragen, Heiratsangelegenheiten, Eheprozesse, auf die Fragen von Benefizien (Vakanz eines Benefiziums) und viele andere Fragen des privaten und sozialen Lebens.

Es ist Sache des Arztes und insbesondere des Anästhesisten, eine klare und präzise Definition des „Todes“ und des „Augenblicks des Todes“ eines Patienten, der in bewusstlosem Zustand stirbt, zu geben. Dafür kann man sich an den üblichen Begriff von der vollständigen und endgültigen Trennung von Leib und Seele halten; aber in der Praxis wird man die Ungenauigkeit der Begriffe „Leib“ und „Trennung“ in Betracht ziehen müssen. Man kann von der Möglichkeit absehen, dass ein Mensch lebendig begraben wird, da die Wegnahme des Atmungsapparats binnen wenigen Minuten den Stillstand des Blutkreislaufs und damit den Tod herbeiführt.

Im Falle eines unlöslichen Zweifels kann man seine Zuflucht auch zu den Präsumptionen *de iure* und *de facto* nehmen. Im Allgemeinen wird man sich an die Präsumption der Fortdauer des Lebens halten, weil es sich um ein Grundrecht handelt, das der Mensch vom Schöpfer erhalten hat und von dem mit Sicherheit nachgewiesen werden muss, dass es verloren gegangen ist.

Rechte und Pflichten des Anästhesisten

Wir gehen nun zur Lösung der besonderen Fragen über: 1. Hat der Anästhesist das Recht oder ist er in allen Fällen tiefer Bewusstlosigkeit, selbst solchen, die nach dem Urteil eines kompetenten Arztes völlig hoffnungslos sind, verpflichtet, die modernen Apparate der künstlichen Atmung anzuwenden, selbst gegen den Willen der Angehörigen?

In gewöhnlichen Fällen wird man zugeben, dass der Anästhesist das Recht hat, so zu handeln, aber nicht dazu verpflichtet ist, es sei denn, dass dies das einzige Mittel ist, eine andere unbestreitbare moralische Pflicht zu erfüllen. Die Rechte und Pflichten des Arztes sind korrelativ zu denen des Patienten. Der Arzt hat in bezug auf den Patienten kein getrenntes und unabhängiges Recht: im Allgemeinen kann er nur handeln, wenn der Patient ihn dazu ausdrücklich oder stillschweigend (direkt oder indirekt) ermächtigt. Die Technik der Wiederbelebung, um die es sich hier handelt, hat an sich nichts Unmoralisches; daher könnte der Patient - wenn er zu persönlicher

Entscheidung fähig wäre - sie mit Recht benutzen und folglich auch den Arzt dazu ermächtigen. Die Rechte und Pflichten der Angehörigen hängen gewöhnlich von dem anzunehmenden Willen des bewusstlosen Kranken ab, wenn er großjährig und *sui iuris* ist. Was die eigene und unabhängige Pflicht der Angehörigen betrifft, so sind sie gewöhnlich nur zur Anwendung der üblichen Mittel verpflichtet. Wenn es sich daher zeigt, dass der Versuch der Wiederbelebung in Wirklichkeit für die Angehörigen eine derartige Belastung darstellt, dass man ihn ihnen nicht mit gutem Gewissen zumuten kann, so können sie rechtmäßigerweise darauf bestehen, dass der Arzt seine Versuche abbricht, und der Arzt kann ihnen rechtmäßigerweise Folge leisten. In diesem Fall liegt keinerlei direkte Verfügung über das Leben des Patienten noch auch Euthanasie vor, die niemals erlaubt wäre; selbst wenn sie den Stillstand des Blutkreislaufs nach sich zieht, so ist doch die Unterbrechung des Wiederbelebungsversuchs immer nur indirekte Ursache des Aufhörens des Lebens, und in diesem Fall muss man den Grundsatz des doppelten Effekts und den des „voluntarium in causa“ anwenden.

2. Damit haben Wir auch im Wesentlichen schon auf die zweite Frage geantwortet: Kann der Arzt den Atmungsapparat entfernen, bevor der endgültige Stillstand des Kreislaufs eingetreten ist? Kann er es wenigstens, wenn der Patient bereits die Letzte Ölung empfangen hat? Ist diese gültig, wenn sie in dem Augenblick gespendet wird, in dem der Kreislauf stillsteht, oder selbst danach?

Auf den ersten Teil dieser Frage muss man bejahend antworten, wie Wir bereits auseinandergesetzt haben. Wenn die Letzte Ölung noch nicht gespendet worden ist, versuche man die Atmung noch so lang in Gang zu halten, bis dies geschehen ist. Was die Gewissheit betrifft, ob die letzte Ölung im Augenblick des endgültigen Stillstands des Kreislaufs oder selbst danach gültig gespendet worden ist, so ist es unmöglich, mit Ja oder Nein zu antworten. Wenn dieser endgültige Stillstand nach Meinung der Ärzte die sichere Trennung von Leib und Seele bedeutete selbst wenn gewisse besondere Organe noch weiter funktionieren, so wäre die Letzte Ölung mit Sicherheit ungültig, denn der, der sie empfängt, wäre mit Sicherheit nicht mehr, Mensch. Und dies ist eine unerlässliche Vorbedingung zum Empfang der Sakramente. Wenn jedoch die Ärzte der Ansicht sind, dass die Trennung von Leib und Seele zweifelhaft ist und dass dieser Zweifel nicht gelöst werden kann, so ist auch die Gültigkeit der Letzten Ölung zweifelhaft. Aber indem sie ihre üblichen Regeln anwendet: „Die Sakramente sind für die Menschen da“, und „Im Falle äußerster Not versucht man äußerste Maßnahmen“, erlaubt die Kirche, das Sakrament zu spenden, wenn auch, aus Ehrfurcht vor dem sakramentalen Zeichen, bedingungsweise.

Die Frage nach dem Eintritt des Todes

3. Wenn der Blutkreislauf und das Leben eines durch eine zentrale Lähmung tief bewusstlosen Patienten nur noch durch die künstliche Atmung aufrechterhalten werden, ohne dass sich nach mehreren Tagen irgendeine Besserung zeigt, in welchem Augenblick betrachtet dann die katholische Kirche diesen Patienten als „rot“, oder muss man ihn nach den Naturgesetzen für tot ansehen (Frage *de facto* und *de iure*)?

(Ist der Tod schon nach der schweren Gehirnverletzung eingetreten, die die tiefe Bewusstlosigkeit und die zentrale Atemlähmung hervorgerufen hat, deren sofortige tödliche Folgen jedoch durch die künstliche Atmung hinausgezögert werden konnten? Oder tritt er nach dem gegenwärtigen Stand der medizinischen Kenntnisse erst mit dem endgültigen Stillstand des Kreislaufs trotz der fortgesetzten künstlichen Atmung ein?)

Was die Feststellung der Tatsache in den einzelnen Fällen betrifft, so kann die Antwort von keinem religiösen oder moralischen Prinzip abgeleitet werden und fällt in dieser Hinsicht nicht unter die Kompetenz der Kirche. Inzwischen bleibt sie also offen. Aber Überlegungen allgemeiner Art erlauben, zu glauben, dass das menschliche Leben so lange andauert, wie seine vitalen Funktionen - im Unterschied zu dem bloßen Leben der Organe - sich spontan oder selbst mit Hilfe künstlicher Vorgänge

manifestieren. Eine beträchtliche Anzahl solcher Fälle bleiben Gegenstand unauflöslicher Zweifel und müssen nach den Präsumtionen *de iure* und *de facto* behandelt werden, von denen Wir gesprochen haben.

Mögen diese Darlegungen Sie führen und erleuchten, wenn Sie versuchen, die schwierigen Fragen zu lösen, die Ihnen in der Praxis Ihres Berufs begegnen. Als Unterpfand der göttlichen Gnaden, die Wir auf Sie und alle, die Ihnen teuer sind, herabflehen, gewähren Wir Ihnen von ganzem Herzen Unseren Apostolischen Segen.

II. Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie 1980²

EINLEITUNG

Die Rechte und Werte der menschlichen Person sind von großer Bedeutung bei den Fragen, die von den Menschen unserer Tage diskutiert werden. Das II. Vatikanische Konzil hat, was dieses Thema angeht, die überragende Würde der menschlichen Person, besonders ihr Recht auf Leben, feierlich bekräftigt. Deshalb hat das gleiche Konzil auch die Anschläge gegen das Leben, zu denen „jede Art Mord, Völkermord, Abtreibung, Euthanasie und auch der freiwillige Selbstmord“ gehören, angeprangert (Pastoralkonstitution *Gaudium et Spes*, Nr. 27).

Vor einiger Zeit hat die Kongregation für die Glaubenslehre allen Gläubigen die Lehre der katholischen Kirche zum Schwangerschaftsabbruch in Erinnerung gerufen.³ Nun hält es die gleiche Kongregation für angebracht, die Lehre der Kirche zur Euthanasie darzulegen. Die letzten Päpste⁴ haben bereits die Grundsätze dieser Lehre herausgestellt, welche ihr volles Gewicht behalten; doch haben die Fortschritte der Medizin bewirkt, dass in den letzten Jahren in der Frage der Euthanasie neue Aspekte sichtbar wurden. Diese machen es erforderlich, dass die betreffenden ethischen Normen noch mehr verdeutlicht werden. In der heutigen Gesellschaft, in der sogar die grundlegenden Werte des menschlichen Lebens oft in Frage gestellt werden, wirken sich die Veränderungen im Bereich der Zivilisation auch auf die Bewertung von Tod und Schmerz aus. Es ist ferner zu beachten, dass die Fähigkeit der ärztlichen Kunst, zu heilen und das Leben unter bestimmten Bedingungen zu verlängern, zugenommen hat, wobei sich natürlich zuweilen einige moralische Fragen ergeben. Menschen, die sich in einer solchen Lage befinden, fragen sich besorgt nach dem Sinn eines extrem hohen Alters und des Todes. Es versteht sich, dass sie in der Folge auch die Frage stellen, ob sie das Recht haben, sich selber oder ihren Angehörigen einen „gnädigen Tod“ zu verschaffen, der die Leiden abkürzen könnte und der nach ihrer Ansicht der Würde des Menschen besser entspreche. Mehrere Bischofskonferenzen haben der Kongregation für die Glaubenslehre hierzu einige Fragen vorgelegt. Die Kongregation hat zu den verschiedenen Aspekten der Euthanasie das Urteil von Fachleuten eingeholt und möchte nun mit dieser Erklärung auf die Anfragen der Bischöfe antworten, damit diese leichter die ihnen anvertrauten Gläubigen richtig unterweisen und den Regierungsstellen zu dieser schwerwiegenden Frage Gesichtspunkte zur Reflexion anbieten können. Die in diesem Dokument vorgelegten Überlegungen richten sich vor allem an jene, die an Christus glauben und auf ihn ihre Hoffnung setzen; denn aus Christi Leben, Tod und Auferstehung haben das Leben und besonders der Tod der Christen eine neue Bedeutung gewonnen, wie der hl. Paulus sagt: „Leben wir, so leben wir dem Herrn, sterben wir, so sterben wir dem Herrn. Ob wir leben oder ob wir sterben, wir gehören dem Herrn“ (*Röm* 14,8; vgl. *Phil* 1,20). Was aber die Gläubigen anderer Religionen betrifft, werden die meisten von

² Deutschen Bischofskonferenz (Verlautbarungen des apostolischen Stuhls, 20), Bonn 1980.

³ Erklärung über den Schwangerschaftsabbruch, 18. November 1974, AAS 66 (1974)730-747.

⁴ Pius XII. *Ansprache an die Delegierten der Internationalen Vereinigung katholischer Frauen*, 11. September 1947, AAS 39 (1947) 483. *Ansprache an die Mitglieder des katholischen Hebammenverbandes Italiens*, 29. Oktober 1951, AAS 43 (1951) 835-854. *Ansprache an die Mitglieder des Internationalen Forschungsrates für Militärmedizin*, 19. Oktober 1953, AAS 45 (1953) 744-754. *Ansprache an die Teilnehmer des IX. Kongresses der italienischen Gesellschaft für Anästhesiologie*, 24. Februar 1957, AAS 49 (1957) 146. Vgl. auch *Ansprache zur Frage der „Wiederbelebung“*, 24. November 1957, AAS 49 (1957) 1027-1033. Paul VI. *Ansprache an die Mitglieder der Sonderkommission der Vereinten Nationen zur Frage der Rassentrennung*, 22. Mai 1974, AAS 66 (1974) 346. Johannes Paul II. *Ansprache an die Bischöfe der Vereinigten Staaten von Nordamerika*, 5. Oktober 1979, AAS 71 (1979) 1225.

ihnen sicher darin mit uns übereinstimmen, dass der Glaube an Gott, den Schöpfer und Herrn des Lebens, und an seine Vorsehung – sofern sie diesen teilen – jeder menschlichen Person eine erhabene Würde verleiht und deren Achtung schützt. Es ist zu hoffen, dass diese Erklärung bei allen Menschen guten Willens Zustimmung finden kann; denn auch wenn sie unterschiedliche philosophische Lehren und Ideologien vertreten, so haben sie doch ein waches Bewusstsein von den Rechten der menschlichen Person. Gerade diese Rechte sind ja auch im Verlauf der letzten Jahre in Erklärungen internationaler Gremien oft proklamiert worden.⁵ Da es sich hier um fundamentale Rechte handelt, die jeder menschlichen Person zukommen, darf man sich keineswegs auf Argumente aus dem politischen Pluralismus oder der Religionsfreiheit berufen, um die universale Geltung dieser Rechte zu leugnen.

I. WERT DES MENSCHLICHEN LEBENS

Das menschliche Leben ist die Grundlage aller Güter und zugleich die notwendige Quelle und Vorbedingung für alle menschliche Tätigkeit sowie auch für jegliches gesellschaftliche Zusammensein. Während die meisten Menschen das menschliche Leben als etwas Heiliges betrachten und zugeben, dass niemand darüber nach Willkür verfügen darf, so vermögen die an Christus Glaubenden in ihm noch etwas Höheres zu erkennen, nämlich das Geschenk der Liebe Gottes, das sie bewahren und fruchtbar machen müssen. Aus dieser letzteren Überlegung ergibt sich Folgendes:

1. Niemand kann das Leben eines unschuldigen Menschen angreifen, ohne damit der Liebe Gottes zu ihm zu widersprechen und so ein fundamentales unverlierbares und unveräußerliches Recht zu verletzen, ohne also ein äußerst schweres Verbrechen zu begehen.⁶
2. Jeder Mensch muss sein Leben nach dem Ratschluss Gottes führen. Es ist ihm als ein Gut anvertraut, das schon hier auf Erden Frucht bringen soll, dessen volle und endgültige Vollendung jedoch erst im ewigen Leben zu erwarten ist.
3. Der Freitod oder Selbstmord ist daher ebenso wie der Mord nicht zu rechtfertigen; denn ein solches Tun des Menschen bedeutet die Zurückweisung der Oberherrschaft Gottes und seiner liebenden Vorsehung. Selbstmord ist ferner oft die Verweigerung der Selbstliebe, die Verleugnung des Naturinstinktes zum Leben, eine Flucht vor den Pflichten der Gerechtigkeit und der Liebe, die den Nächsten, den verschiedenen Gemeinschaften oder auch der ganzen menschlichen Gesellschaft geschuldet werden – wenn auch zuweilen, wie alle wissen, seelische Verfassungen zugrunde liegen, welche die Schuldhaftigkeit mindern oder auch ganz aufheben können. Vom Selbstmord muss jedoch jenes Lebensopfer deutlich unterschieden werden, das jemand aus einem übergeordneten Grund – wie Gottes Ehre, das Heil der Seelen oder der Dienst an den Brüdern – bringt, indem er sein Leben hingibt oder der äußersten Gefahr aussetzt (vgl. *Joh 15,14*).

II. EUTHANASIE

Um die Frage der Euthanasie richtig zu behandeln, muss zunächst die Bedeutung der verwendeten Begriffe genau erklärt werden. Etymologisch bezeichnete *Euthanasie* in der Antike den *sanften Tod*, ohne übermäßige Schmerzen. Heute denkt man nicht mehr an diese ursprüngliche Bedeutung des Ausdrucks, sondern vielmehr an einen ärztlichen Eingriff, durch den die Schmerzen der Krankheit oder des Todeskampfes vermindert werden, wobei zuweilen die Gefahr besteht, das Leben

⁵ Zu berücksichtigen ist besonders die Empfehlung 779 (1976) über die Rechte der Kranken und Sterbenden, die vom Parlament des Europarates auf seiner XXVII. Ordentlichen Sitzung angenommen worden ist: Vgl. *Sipeca*, Nr. 1 (März 1977) 14-15.

⁶ Ganz außer acht gelassen werden hier die Fragen der Todesstrafe und des Krieges. Diese erfordern weitere besondere Überlegungen, die das Thema dieser Erklärung überschreiten.

vorzeitig zu beenden. Schließlich wird das Wort in einem noch engeren Sinn verstanden, und zwar: *töten aus Barmherzigkeit*, in der Absicht, extreme Schmerzen endgültig zu beenden oder um Kindern mit Geburtsfehlern, unheilbar Kranken oder Geisteskranken eine Verlängerung ihres harten Lebens zu ersparen, das vielleicht noch etliche Jahre dauern würde und den Familien und der Gesellschaft eine allzu schwere Last aufbürden könnte. Es muss daher klar sein, in welchem Sinn der Ausdruck in diesem Dokument verwendet wird. 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. Es muss erneut mit Nachdruck erklärt werden, dass nichts und niemand je das Recht verleihen kann, ein menschliches Lebewesen unschuldig zu töten, mag es sich um einen Fötus oder einen Embryo, ein Kind, einen Erwachsenen oder Greis, einen unheilbar Kranken oder Sterbenden handeln. Es ist auch niemandem erlaubt, diese todbringende Handlung für sich oder einen anderen zu erbitten, für den er Verantwortung trägt, ja man darf nicht einmal einer solchen Handlung zustimmen, weder explizit noch implizit. Es kann ferner keine Autorität sie rechtmäßig anordnen oder zulassen. Denn es geht dabei um die Verletzung eines göttlichen Gesetzes, um eine Beleidigung der Würde der menschlichen Person, um ein Verbrechen gegen das Leben, um einen Anschlag gegen das Menschengeschlecht. Es kann vorkommen, dass wegen langanhaltender und fast unerträglicher Schmerzen, aus psychischen oder anderen Gründen jemand meint, er dürfe berechtigterweise den Tod für sich selbst erbitten oder ihn anderen zufügen. Obwohl in solchen Fällen die Schuld des Menschen vermindert sein oder gänzlich fehlen kann, so ändert doch der Irrtum im Urteil, dem das Gewissen vielleicht guten Glaubens unter 9 liegt, nicht die Natur dieses todbringenden Aktes, der in sich selbst immer abzulehnen ist. Man darf auch die flehentlichen Bitten von Schwerkranken, die für sich zuweilen den Tod verlangen, nicht als wirklichen Willen zur Euthanasie verstehen; denn fast immer handelt es sich um angstvolles Rufen nach Hilfe und Liebe. Über die Bemühungen der Ärzte hinaus hat der Kranke Liebe nötig, warme, menschliche und übernatürliche Zuneigung, die alle Nahestehenden, Eltern und Kinder, Ärzte und Pflegepersonen ihm schenken können und sollen.

III. DIE BEDEUTUNG DES SCHMERZES FÜR DEN CHRISTEN UND DIE VERWENDUNG SCHMERZSTILLENDE MITTEL

Der Tod tritt nicht immer unter allerschwersten Umständen, nach kaum erträglichen Schmerzen ein. Wir dürfen nicht nur an extreme Fälle denken. Zahlreiche übereinstimmende Zeugnisse lassen vermuten, dass die Natur selber Vorsorge getroffen hat, um jene im Tod zu vollziehenden Trennungen zu erleichtern, die, würden sie dem Menschen bei voller Gesundheit zugemutet, ungewöhnlich schmerzlich wären. So kommt es, dass die lange Dauer einer Krankheit, fortgeschrittenes Alter, Einsamkeit und Verlassenheit jene psychologischen Voraussetzungen schaffen, die die Annahme des Todes erleichtern. Dennoch ist zuzugeben, dass der Tod ein Ereignis ist, das natürlicherweise das Herz des Menschen mit Angst erfüllt, zumal wenn ihm oft schwere und langdauernde Schmerzen voraufgehen oder ihn begleiten. Der körperliche Schmerz gehört gewiss unvermeidlich zur Verfassung des Menschen; vom biologischen Standpunkt aus ist er ein Warnzeichen, dessen Nutzen außer Zweifel steht. Da er aber auch das psychische Leben des Menschen berührt, übersteigt seine Belastung oft den biologischen Nutzen, ja sie kann derart zunehmen, dass die Beseitigung des Schmerzes um jeden Preis wünschenswert erscheint. Nach christlicher Lehre erhält der Schmerz jedoch, zumal in der Sterbestunde, eine besondere Bedeutung im Heilsplan Gottes. Er gibt Anteil am Leiden Christi und verbindet mit dem erlösenden Opfer, das Christus im Gehorsam gegen den Willen des Vaters dargebracht hat. Es darf deshalb nicht verwundern, wenn einzelne Christen schmerzstillende Mittel nur mäßig anwenden wollen, um wenigstens

einen Teil ihrer Schmerzen freiwillig auf sich zu nehmen und sich so bewusst mit den Schmerzen des gekreuzigten Christus vereinigen zu können (vgl. Mt 27,34). Doch widerspricht es der Klugheit, eine heroische Haltung als allgemeine Norm zu fordern. Menschliche und christliche Klugheit rät im Gegenteil bei den meisten Kranken, solche Medikamente anzuwenden, welche den Schmerz lindern oder beseitigen können, auch wenn sich dadurch als Nebenwirkungen Schläfrigkeit und vermindertes Bewusstsein einstellen. Bei denen aber, die sich selbst nicht mehr auszudrücken vermögen, darf man mit Recht voraussetzen, dass sie diese schmerzstillenden Mittel haben möchten und wünschen, sie nach dem Rat der Ärzte zu erhalten.

Die intensive Anwendung schmerzstillender Mittel ist aber nicht problemlos; denn man muss, um ihre Wirksamkeit zu gewährleisten, wegen des Phänomens der Gewöhnung im allgemeinen immer größere Dosen verabreichen. Es ist hilfreich, an eine Erklärung von Papst Pius XII. zu erinnern, die weiterhin voll gültig bleibt. Einer Gruppe von Ärzten, die ihm die Frage vorgelegt hatten: „Kann es nach der Lehre der Religion und den Normen der Moral dem Arzt und dem Kranken erlaubt sein, mit Hilfe narkotischer Medikamente Schmerz und Bewusstsein auszuschalten (...) (auch beim Herannahen des Todes und wenn vorauszusehen ist, dass die Anwendung dieser Mittel das Leben abkürzt)?“, antwortete der Papst: „Wenn andere Mittel fehlen und dadurch den gegebenen Umständen die Erfüllung der übrigen religiösen und moralischen Pflichten in keiner Weise verhindert wird, ist es erlaubt.“⁷ 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. Doch verdienen die schmerzstillenden Mittel, bei denen die Kranken das Bewusstsein verlieren, eine besondere Überlegung. Denn es liegt viel daran, dass die Menschen nicht nur ihren moralischen Verpflichtungen und den Aufgaben gegenüber ihren Verwandten nachkommen, sondern sich vor allem auch in vollem Bewusstsein auf die Begegnung mit Christus richtig vorbereiten können. Pius XII. ermahnt deshalb: „Es ist nicht recht, den Sterbenden ohne schwerwiegenden Grund des Bewusstseins zu berauben.“⁸

IV. DAS RICHTIGE MASS IN DER VERWENDUNG THERAPEUTISCHER MITTEL

Es ist in unserer Zeit sehr wichtig, gerade in der Todesstunde die Würde der menschlichen Person und die christliche Bedeutung des Lebens zu wahren und sich vor einer gewissen „Technisierung“ zu hüten, die der Gefahr des Missbrauchs ausgesetzt ist. So spricht man heute ja auch vom „Recht auf den Tod“, versteht darunter aber nicht das Recht eines Menschen, sich durch eigene oder fremde Hand nach Gutdünken den Tod zu geben, sondern das Recht, in ruhiger Verfassung mit menschlicher und christlicher Würde sterben zu können. Unter diesem Gesichtspunkt kann die Anwendung therapeutischer Mittel zuweilen manche Frage aufwerfen. In vielen Fällen kann die Situation derart verwickelt sein, dass sich Zweifel ergeben, wie hier die Grundsätze der Sittenlehre anzuwenden sind. Die betreffenden Entscheidungen stehen dem Gewissen des Kranken oder seiner rechtmäßigen Vertreter wie auch der Ärzte zu; dabei sind sowohl die Gebote der Moral wie auch die vielfältigen Aspekte des konkreten Falles vor Augen zu halten.

Jeder ist verpflichtet, für seine Gesundheit zu sorgen und sicherzustellen, dass ihm geholfen wird. Jene aber, denen die Sorge für die Kranken anvertraut ist, müssen ihren Dienst mit aller Sorgfalt verrichten und die Therapien anwenden, die nötig oder nützlich scheinen. 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

⁷ Pius XII., *Ansprache* vom 24. Februar 1957, AAS 49 (1957) 147.

⁸ *Ebd.*, 145, vgl. *Ansprache* vom 9. September 1958, AAS 50 (1958) 694.

Antwort, die als Grundsatz weiter gilt, erscheint 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.

Damit diese allgemeinen Grundsätze leichter angewendet werden können, dürften die folgenden Klarstellungen hilfreich sein:

- Sind andere Heilmittel nicht verfügbar, darf man mit Zustimmung des Kranken Mittel anwenden, die der neueste medizinische Fortschritt zur Verfügung gestellt hat, auch wenn sie noch nicht genügend im Experiment erprobt und nicht ungefährlich sind. Der Kranke, der darauf eingeht, kann dadurch sogar ein Beispiel der Hochherzigkeit zum Wohl der Menschheit geben.

- Ebenso darf man die Anwendung dieser Mittel abbrechen, wenn das Ergebnis die auf sie gesetzte Hoffnung nicht rechtfertigt. Bei dieser Entscheidung sind aber der berechtigte Wunsch des Kranken und seiner Angehörigen sowie das Urteil kompetenter Fachärzte zu berücksichtigen. Diese können mehr als andere eine vernünftige Abwägung vornehmen, ob dem Einsatz an Instrumenten und Personal die erwarteten Erfolge entsprechen und ob die angewandte Therapie dem Kranken nicht Schmerzen oder Beschwerden bringt, die in keinem Verhältnis stehen zu den Vorteilen, die sie ihm verschaffen kann.

- Es ist immer erlaubt, sich mit den Mitteln zu begnügen, welche die Medizin allgemein zur Verfügung stellt. Niemand kann daher verpflichtet werden, eine Therapie anzuwenden, die zwar schon im Gebrauch, aber noch mit Risiken versehen oder zu aufwendig ist. Ein Verzicht darauf darf nicht mit Selbstmord gleichgesetzt werden: es handelt sich vielmehr um ein schlichtes Hinnehmen menschlicher Gegebenheiten; oder man möchte einen aufwendigen Einsatz medizinischer Technik vermeiden, dem kein entsprechender zu erhoffender Nutzen gegenübersteht; oder man wünscht, der Familie beziehungsweise der Gemeinschaft keine allzu große Belastung aufzuerlegen.

- 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. Dann liegt kein Grund vor, dass der Arzt Bedenken haben müsste, als habe er einem Gefährdeten die Hilfe verweigert.

SCHLUSS

Die in dieser Erklärung enthaltenen Normen sind bestimmt vom aufrichtigen Bemühen, dem Menschen nach dem Plan des Schöpfers zu helfen. Wenn einerseits das Leben als Geschenk Gottes anzusehen ist, so ist andererseits der Tod unausweichlich. Darum müssen wir ihn im vollen Bewusstsein unserer Verantwortung und mit aller Würde annehmen können, ohne die Todesstunde in irgendeiner Weise zu beschleunigen. Der Tod beendet zwar den irdischen Lebenslauf, er eröffnet aber zugleich den Zugang zum unsterblichen Leben. Daher müssen sich alle Menschen schon im Licht menschlicher Werte auf dieses Ereignis innerlich richtig vorbereiten, ganz besonders aber die Christen im Licht ihres Glaubens. Was diejenigen betrifft, die im öffentlichen Gesundheitswesen arbeiten, so werden sie nichts unterlassen, um ihr ganzes fachliches Können in den Dienst der Kranken und Sterbenden zu stellen. Sie sollen aber bedenken, dass diese noch einen anderen Trost viel notwendiger brauchen, nämlich uneingeschränkte Güte und liebende Anteilnahme. Ein solcher Dienst, den Menschen geschenkt, wird zugleich Christus

dem Herrn erwiesen, der gesagt hat: „Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mir getan“ (Mt 25,40).

Diese Erklärung, welche in der ordentlichen Versammlung dieser Kongregation verabschiedet wurde, hat Papst Johannes Paul II. in der dem unterzeichneten Kardinalpräfekten gewährten Audienz gebilligt und ihre Veröffentlichung angeordnet.

Rom, am Sitz der Glaubenskongregation, den 5. Mai 1980.

FRANJO Kardinal ŠEPEK

Präfekt

† Jean Jérôme Hamer OP

Titularerzbischof

Sekretär

III. Conseil Pontifical « Cor Unum », *Quelques questions d'éthique relatives aux grands malades et aux mourants (1981)*⁹

En novembre 1976, le Conseil pontifical « Cor Unum » réunissait un groupe de travail sur les problèmes posés par le développement des sciences médicales dans le domaine du soin des grands malades. Le rapport établi à la suite de cette rencontre servit à la préparation de la « Déclaration sur l'euthanasie » de la Congrégation pour la Doctrine de la foi, puis fut publiée en 1981 sous la signature de « Cor Unum ». Dans l'Eglise catholique on reconnaît une plus grande autorité à une « Congrégation » plutôt qu'à un « Conseil pontifical ». Aussi le présent texte doit être interprété, si nécessaire, à la lumière de la Déclaration sur l'euthanasie. Il a l'intérêt d'être écrit en termes relativement simples et d'aborder un assez grand nombre de questions concrètes qui se posent aux professionnels de la santé. Il prend en compte l'expérience de soignants du Tiers Monde qui soulignent les particularités, et les déficiences, des pays occidentaux.

1. INTRODUCTION

1.1. *Le groupe de travail*

Dans le cadre de son mandat d'assurer la coordination des activités de santé déployées dans le monde catholique, le Conseil pontifical *Cor Unum* a réuni, du 12 au 14 novembre 1976, un groupe de travail sur quelques questions d'éthique relatives aux grands malades et aux mourants. C'était un groupe interdisciplinaire d'une quinzaine de personnes : théologien, médecins, membres de Congrégation, religieuses dédiées aux soins des malades, infirmières, aumôniers.

1.2. *Son thème*

Les récents progrès de la science se répercutent de façon croissante sur la pratique médicale, spécialement sur les soins donnés aux grands malades et aux mourants. Cet état de choses soulève des problèmes d'ordre théologique et éthique sur lesquels ceux qui sont engagés dans les professions de santé sont désireux de recevoir une lumière autorisée. C'est déjà le cas des professionnels chrétiens opérant en milieu chrétien, ce Test plus encore pour ceux qui travaillent dans une ambiance non chrétienne, mais dont l'attitude doit s'inspirer de leur foi et lui porter témoignage.

Or, le domaine de l'éthique médicale est pour beaucoup objet de spéculation, d'informations approximatives, de conceptions erronées : toutes choses qui y font régner une grande confusion. Il n'était pas question pour *Cor Unum* d'entreprendre un vaste Programme de recherches doctrinales ou scientifiques qui relève d'instances plus hautes et plus compétentes. Le propos assigné à son groupe de travail était plus modestement d'analyser les notions de base, de mettre en évidence quelques distinctions qui s'imposent et de formuler l'une ou l'autre réponse pratique aux questions que posent la pastorale et le traitement des mourants.

1.3. *Sacrée Congrégation pour la Doctrine de la foi*

Le 5 mai 1980, ce Dicastère publiait une « Déclaration sur l'euthanasie » qui exposait avec autorité les principes de doctrine et de morale concernant ce grave problème qui a retenu l'intérêt de l'opinion publique; à la suite notamment de cas particuliers, mais célèbres, de ce que l'on a appelé l'« acharnement thérapeutique », les consciences s'interrogeaient. Cet important document, après avoir rappelé la valeur de la vie humaine, traite de l'euthanasie, donne au chrétien des principes de jugement et d'action devant la souffrance et l'usage des médicaments analgésiques ainsi que pour l'utilisation des moyens thérapeutiques.

⁹ P. VERSPIEREN (Hrsg.), *Biologie, médecine et éthique*, Paris 1987, S. 422 – 441.

1.4. Publication de «*Cor Unum*»

L'étude du groupe de travail de 1976 est, elle, d'ordre plutôt pastoral et répond à des questions précises et concrètes posées à *Cor Unum* par des aumôniers, des médecins et des infirmières. A la suite de la « Déclaration sur l'euthanasie » éditée par la S.C. pour la Doctrine de la foi, le Conseil pontifical a été sollicité de publier le rapport de son groupe de travail; ceci est l'occasion de remercier tous ceux qui y ont participé avec tant de compétence et d'expérience.

2. QUESTIONS FONDAMENTALES

2.1. La vie

2.1.1. Signification chrétienne de la vie

La vie est un don du Créateur à l'homme; ce don est octroyé en fonction d'une mission. La première chose à mettre en évidence n'est donc pas le « droit à la vie »; le droit suit la disposition de Dieu qui n'entend pas donner la vie à l'homme comme un objet dont il disposerait à son gré. Elle s'oriente vers une fin vers laquelle l'homme a la responsabilité de se diriger lui-même : sa perfection personnelle selon le dessein de Dieu.

Le premier corollaire de cette assertion fondamentale est que renoncer de soi-même à la vie, c'est renoncer à une fin dont nous ne sommes pas maîtres. L'homme est appelé à faire usage de sa vie, il ne saurait la détruire de lui-même. Il a le devoir d'avoir soin de son corps, de ses fonctions, de ses organes, et de tout faire pour se rendre plus capable d'atteindre Dieu. Ce devoir comporte des renoncements à des choses qui de soi sont des biens; il va parfois jusqu'au sacrifice de la santé et de la vie, pour le souci desquelles, en effet, des valeurs supérieures ne sauraient être abandonnées. De même, dans les soins à prendre pour maintenir la santé et conserver la vie, doit intervenir une proportion et avec les biens supérieurs qui sont peut-être en jeu et avec les conditions concrètes dans lesquelles l'homme vit son existence.

2.1.2. *On ne peut disposer de la vie d'autrui*

S'il n'est permis à personne de disposer en toute liberté de sa propre vie, ceci vaut a fortiori de la vie d'autrui. On ne saurait faire notamment du malade le simple objet de décisions qu'il ne prend pas lui-même ou, s'il en est empêché, qu'il ne saurait approuver. La « personne », principale responsable de sa propre vie, doit être le centre de toute assistance; les autres sont là pour l'aider, non pour la remplacer. Ceci ne signifie pas pour autant que les médecins ou les membres de la famille ne se trouvent parfois placés dans des circonstances où ils ont à décider pour un malade, à divers titres incapable de le faire, sur les soins et les traitements à lui appliquer. Mais à eux plus qu'à tout autre s'applique la prohibition absolue de porter atteinte à la vie du patient, fût-ce par compassion.

2.1.3. Droits primordiaux de la personne humaine

Le groupe de travail met ce rappel doctrinal essentiel à la base de ses considérations. Il ne se dissimule pas l'immense difficulté de conférer une signification à la vie et à la mort pour ceux qui ne partagent pas notre foi ou ne nourrissent aucune conviction en un au-delà de la vie terrestre. Les chrétiens tiennent d'ailleurs que leur position ne leur est pas spécifique. Ce qui est en jeu, c'est la défense des droits primordiaux de la personne humaine; on ne saurait transiger à cet égard, notamment quand ces droits se trouvent mis en question au plan politique et législatif. Pour convaincre ceux pour qui tout finit avec la mort, du respect du à sa propre vie et à celle d'autrui, l'argument de plus sûre portée provient de la mise en évidence des conséquences qu'entraîne dans une société un manque de rigueur pour la protection de la vie.

2.2. La mort

2.2.1. Signification chrétienne de la mort

La mort de l'homme marque la cessation de son existence dans sa condition corporelle. Elle met un terme à la phase de sa vocation qu'est l'effort de tendre dans le temps à sa perfection intégrale; pour le chrétien, l'instant de la mort est celui de son union définitive avec le Christ. Il est plus indiqué que jamais aujourd'hui de rappeler cette conception religieuse et christologique de la mort. Elle doit s'accompagner du sentiment très vif de la contingence de l'existence dans le corps et de la connexion entre la mort et notre condition de pécheurs. « Dans la vie comme dans la mort, nous appartenons au Seigneur » (Rm 14, 8). L'attitude vis-à-vis des mourants s'inspirera de ces vues et ne doit pas être réduite à un simple effort de la science pour en éloigner le plus possible l'échéance.

2.2.2. Droit à une mort humaine et digne

A ce propos, les membres du groupe en provenance du Tiers Monde ont désire qu'on mette en évidence l'importance pour l'homme de terminer ses jours, autant que possible, dans l'intégrité de sa personnalité et des relations qu'entretient celle-ci avec son milieu, avant tout avec sa famille. Dans des nations moins développées techniquement, mais aussi moins sophistiquées, la famille entoure le mourant et celui-ci éprouve comme un besoin et un droit essentiel d'être ainsi entouré. Devant les conditions d'exécution de certaines thérapeutiques et l'isolement total qu'elles imposent au malade, il n'est pas hors de propos de mentionner que le droit de mourir en homme et avec *dignité* comporte cette dimension sociale.

2.3. La souffrance

2.3.1. Signification chrétienne de la souffrance

Ni la souffrance (*suffering*) ni la douleur (*pain*) qu'on veillera à distinguer entre elles, ne sont des fins en elles-mêmes. Scientifiquement, la plus grande incertitude règne encore sur les constitutifs de la douleur. Quant la souffrance, elle ne vaut aux yeux du chrétien que par l'amour qui s'y exprime et les effets de purification qu'elle peut avoir; Pie XII l'a relevé dans le Discours du 24 février 1957, une souffrance trop intense est susceptible d'empêcher la maîtrise que l'esprit doit exercer. On n'a donc pas à estimer que toute souffrance et toute douleur doivent être endurées à tout prix ou qu'il faille, dans un esprit stoïque, ne pas chercher à les adoucir et à les calmer. Le groupe sur ce point estime ne pouvoir mieux faire que de renvoyer au texte de Pie XII.

2.3.2. Effets de la souffrance et de la douleur

La capacité de souffrir varie avec les individus. Il appartient à l'équipe sanitaire, au médecin, au personnel infirmier, sans oublier l'aumônier, de délibérer des effets de la souffrance et de la douleur sur la condition spirituelle et psychologique du patient et d'agir en conséquence dans l'application d'un traitement ou son omission: il faut aussi, en écoutant patiemment le malade, se mettre en état de percevoir quelle est la réalité de sa souffrance, car c'est lui qui en reste le premier juge. Sans doute, le médecin peut-il estimer que le patient manque quelque peu de courage et qu'il est capable d'en supporter plus qu'il ne croit, mais c'est au malade qu'appartient le choix ultime.

2.4. Les moyens thérapeutiques

2.4.1. Moyens ordinaires et moyens extraordinaires

Le groupe s'est arrêté à la distinction entre « moyens ordinaires » et « moyens extraordinaires » auxquels recourir dans le traitement des maladies. Si, dans la

terminologie scientifique et la pratique médicale, l'usage de ces expressions tend à être dépassé, elles restent de prix aux yeux du théologien pour dirimer des questions morales de la plus haute importance puisque le terme « extraordinaire » qualifie des moyens auxquels il n'y a jamais Obligation de recourir.

Cette distinction permet de serrer de plus près des réalités complexes et joue en cela un rôle de médiation, *middle axiom*. La vie dans le temps est une valeur primordiale mais non absolue et il faut, en conséquence, discerner les limites de l'obligation de se maintenir en vie. La distinction entre moyens « ordinaires » et « extraordinaires » exprime cette vérité et en dégage l'application aux cas concrets. L'emploi de termes équivalents, notamment « soins proportionnés », exprime la chose de façon probablement plus satisfaisante.

2.4.2. Critères

Les critères pour distinguer les moyens *extraordinaires* des moyens *ordinaires* sont multiples; on les appliquera selon les requêtes des cas concrets. Les uns sont d'ordre *objectif*, tels la nature des moyens, leur coût, des considérations de justice dans leur application, dans les options que celle-ci implique; les autres sont d'ordre *subjectif*, comme la nécessité d'éviter à tel patient des chocs psychologiques, des angoisses, des malaises, etc. Toujours il s'agira, pour décider des moyens auxquels recourir, d'établir la Proportion existant entre le moyen et la fin recherchée.

2.4.3. Importance du critère de la qualité de la vie

Parmi tous les critères, on s'attachera de façon particulière à la qualité de la vie sauvée ou maintenue par la thérapie. La Lettre du cardinal Villot au Congrès de la Fédération internationale des Associations médicales catholiques est explicite à ce propos : « Il faut souligner que le caractère sacré de la vie est ce qui interdit au médecin de tuer et qui lui fait en même temps un devoir de s'employer par toutes les ressources de son art à lutter contre la mort. Mais ce n'est pas pour faire autant au praticien une Obligation d'utiliser toutes les techniques de survie que lui offre une science infatigablement créatrice. Dans bien des cas, ne serait-ce pas une torture inutile que d'imposer la réanimation végétative dans la phase ultime d'une maladie incurable? » (*Documentation Catholique*, 1970, p. 963.)

Le critère de la qualité de la vie n'est pas d'ailleurs le seul à entrer en ligne de compte puisque, comme on vient de le dire, des considérations subjectives ont à intervenir dans la formation du jugement prudentiel sur l'action à entreprendre ou à omettre. Ce qui reste fondamental, c'est que la décision soit prise sur la base d'une argumentation rationnelle ayant tenu bon compte des divers éléments de la Situation, y compris les incidences sur le milieu familial. Le principe est donc qu'il n'y a pas Obligation morale de recourir à des moyens extraordinaires; et que, en particulier, le médecin doit s'incliner devant la volonté du malade qui récuserait un tel recours.

2.4.4. Moyens minimaux obligatoires

Reste, par contre, l'obligation stricte de poursuivre à tout prix l'application des moyens dits « minimaux », ceux qui sont destinés normalement et dans des conditions habituelles à maintenir la vie (alimentation, trans-fusions de sang, injections, etc.). En interrompre l'administration reviendrait pratiquement à vouloir mettre fin aux jours du patient.

3. L'EUTHANASIE

3.1. Imprécision du mot: « euthanasie »

Historiquement et étymologiquement, le mot « euthanasie » signifie « une mort paisible et sans douleurs ». Dans l'usage courant contemporain, le mot connote un acte ou une omission visant à abrégé la vie du patient. Cette acception commune ne va pas sans entraîner dans les débats sur l'euthanasie une confusion notable qu'il est

urgent de dissiper. Des textes comme ceux récemment émis par des Assemblées parlementaires montrent les effets dommageables qu'engendre le manque de précision actuelle. Par ailleurs les progrès contemporains de la médecine ont également rendu ambiguë et probablement superflue la distinction entre « euthanasie active » et « euthanasie passive », à laquelle il serait préférable de renoncer.

3.2. *Actes et décisions qui ne relèvent pas de l'euthanasie*

En conséquence, le groupe est d'avis que, du moins dans les milieux catholiques, prévale un langage qui n'utilise pas du tout le mot « euthanasie » :

- pour désigner les *soins terminaux* (« *terminal care* ») destinés à rendre plus supportable la phase terminale de la maladie (réhydratation, soins infirmiers, massages, actes médicaux palliatifs, accompagnement du mourant...);

- ni pour désigner la *décision de renoncer à certains actes médicaux* qui ne paraissent pas appropriés à la Situation du malade (en langage traditionnel, « décision de renoncer aux moyens extraordinaires »). Il ne s'agit pas alors d'une décision de faire mourir mais de « garder mesure devant les ressources techniques », de ne pas agir « déraisonnablement », mais selon la « prudence »;

- ni pour désigner l'acte de soulager le malade de sa souffrance, au risque peut-être de raccourcir sa vie. Cet acte fait partie de la mission du médecin qui n'est pas seulement de guérir ou de prolonger la vie, mais plus généralement de *soigner* le malade et de le soulager s'il souffre.

3.3. *Signification stricte du mot*

Il faudrait réserver le mot « euthanasie » à l'acte de mettre fin aux jours du malade, C'est entendu en ce sens que, Pie XII le répète, l'euthanasie n'est jamais licite (Discours du 24 novembre 1957, Documentation Catholique, col. 1609).

Bien que, dans la pratique, les distinctions ci-dessus soient parfois difficiles à faire, elles paraissent aptes cependant à conférer une signification exempte d'ambiguïtés au mot « euthanasie » et, partant, à fournir des points de référence au médecin, qui, après consultation de l'équipe sanitaire (les infirmier(ère)s très particulièrement), des aumôniers et de la famille, devra prendre sa décision. Celle-ci tiendra compte de ce que les principes moraux ou valeurs inhérentes à la personne sont intangibles et que le jugement prudentiel sur es qu'il faut faire ou ne pas faire, continuer, cesser ou entreprendre, établi dans chaque cas en fonction de ces principes, ne saurait jamais être arbitraire.

4. L'USAGE DES ANALGESIQUES DANS LA PHASE TERMINALE

4.1. *Divers moyens de soulager la souffrance*

L'usage des analgésiques centraux présente le risque d'effets secondaires : action sur les fonctions respiratoires, altération de la conscience, dépendance et accoutumance. C'est pourquoi il est toujours préférable de ne pas les employer lorsque le malade peut être soulagé de sa souffrance par d'autres moyens.

Les autres moyens sont multiples (médicaments tels que l'aspirine, immobilisation de certaines parties du corps, irradiations, opérations chirurgicales même..., et surtout lutte contre la solitude et l'angoisse du malade par une présence humaine). On commence aussi à utiliser des techniques faisant appel à la maîtrise par le malade de son propre corps.

4.2. *Emploi des analgésiques centraux*

Cependant, en bien des cas, le soulagement de grandes souffrances, parfois intolérables, exige, dans l'état actuel de nos connaissances et de nos techniques, l'emploi d'analgésiques centraux (tels que la morphine) alliés à d'autres drogues. Il n'y a pas de raison de refuser l'emploi de telles drogues, d'autant plus que les effets secondaires de ces drogues peuvent être fortement réduits grâce à un emploi judicieux (doses appropriées, administrées à des fréquences convenables). Le recours à des drogues efficaces contre la douleur, en maintenant, dans la mesure du possible, la conscience du malade, requiert une parfaite connaissance de ces produits, de leur utilisation, de leurs effets secondaires et de leurs contre-indications. Au moment des décisions à leur sujet, la place du pharmacien, dans l'équipe soignante et parfois près du malade, s'avère importante.

4.3. *Nécessite d'une présence humaine*

Il faut mettre en garde contre la tentation de voir en ces drogues un remède suffisant à lui seul contre la souffrance. La souffrance humaine comporte une dimension d'angoisse, de peur devant l'inconnu que représentent la maladie grave et la proximité de la mort. Cette angoisse peut être diminuée mais le plus souvent pas soulagée totalement par les drogues. Seule une *présence humaine*, discrète et attentive, permettant au malade de s'exprimer et de trouver un réconfort humain et spirituel, aura un effet d'apaisement.

4.4. *Est-il permis de plonger le malade dans l'inconscience?*

Cela nous permet d'aborder la question de la licite, à l'approche de la mort, de l'emploi de drogues plongeant le malade dans l'*inconscience*. Cet emploi s'impose dans certains cas, et le pape Pie XII en a reconnu la légitimité à certaines conditions (Discours du 24 février 1957).

Cependant la tentation est grande de recourir *systématiquement* à ces drogues, sans doute maintes fois par compassion, mais souvent aussi plus ou moins délibérément, pour éviter à tous ceux qui fréquentent le malade, infirmiers, parents... la relation souvent difficile et éprouvante avec un être humain proche de la mort. On ne cherche plus alors le bien de la personne malade, mais la protection des bien-portants à l'intérieur d'une société qui a peur de la mort et la fuit par tous les moyens qui sont à sa disposition. On prive le malade de la possibilité de « vivre sa mort », de parvenir à son acceptation sereine, à l'apaisement, à la relation parfois intense qui pourrait se nouer entre cet être humain réduit à une grande pauvreté et un interlocuteur privilégié. On le prive de la possibilité de vivre cette mort en communion avec le Christ, s'il est chrétien.

Il importe donc de protester contre la plongée systématique des grands malades dans l'inconscience et d'inviter au contraire le personnel médical et infirmier à recevoir la formation nécessaire à l'écoute des mourants et à créer entre eux des relations telles qu'ils puissent se soutenir mutuellement dans l'approche des mourants et aider les familles à accompagner leur proche tout au long de la dernière phase de sa vie.

4.5. *Narcose et décision du malade*

En toute cette matière, le principe fondamental a été posé par Pie XII dans le discours déjà cité la décision revient au malade: « Il serait évidemment illicite de pratiquer l'anesthésie contre la volonté expresse du mourant (quand il est " sui juris"). Si des raisons graves militent en faveur d'une anesthésie, on se souviendra que le mourant ne saurait moralement s'y soumettre s'il n'a pas satisfait à des devoirs pressants sur la fin d'une vie » (inf. 6.1.1.). Le médecin sollicité par le malade de recourir à la narcose « ne s'y prêtera pas, surtout s'il est chrétien, sans l'avoir invité par lui-même ou mieux encore par l'intermédiaire d'autrui, à remplir auparavant ses devoirs » (*loc. cit.j.* Pie XII précise que, si le malade s'y refuse, tout en persistant dans sa requête d'une narcose, le médecin peut pratiquer celle-ci; «le

médecin peut y consentir sans se rendre coupable de collaboration formelle à la faute commise. Celle-ci en effet ne dépend pas de la narcose, mais de la volonté immorale du patient; qu'on lui procure ou non l'analgésie, son comportement sera identique : il n'accomplira pas son devoir» (*loc. cit.j.*)

5. LA MORT CÉRÉBRALE

5.1. *La définition est de la compétence de la science médicale*

Dans son discours du 24 novembre 1957, Pie XII dit qu'« il appartient au médecin... de donner une définition claire et précise de la " mort " et du " moment de la mort " ». Sans doute on ne saurait attendre de la science médicale plus qu'une description de critères permettant d'établir que la mort est survenue, mais ce que le Pape entend dire c'est que ce jugement appartient à la médecine et non à la compétence de l'Eglise. Aux raisons qu'il mentionnait pour en illustrer la pratique s'ajoutent aujourd'hui les demandes de transplantations d'organes et la nécessité requise pour cela de savoir constater la mort du « donneur » avant de pratiquer le prélèvement d'organes.

5.2. *Difficultés de cette définition*

L'établissement d'une définition médicale de la mort est compliqué du fait que, dans l'état actuel de nos connaissances, la mort ne semble pas consister en un arrêt instantané de toutes les fonctions de l'organisme, mais plutôt en une série progressive d'arrêts définitifs des différentes fonctions vitales. Ce serait d'abord la fonction la plus complexe, celle de régulation de l'ensemble de l'organisme dont le siège serait le cerveau, qui disparaîtrait, puis les différents systèmes seraient touchés (systèmes nerveux, cardio-vasculaire, respiratoire, digestif, urogénital et locomoteur) par la nécrose et, finalement, les éléments cellulaires et subcellulaires. Mais aujourd'hui encore, il importe d'être prudent, car bien des incertitudes subsistent au sujet d'une « définition médicale de la mort ».

Un consensus toujours croissant se forme cependant pour considérer comme déjà mort l'être humain dont on aurait constaté le manque d'activité total et irréversible du cerveau (mort cérébrale). Diverses instances en ont dressé des listes de critères, pas totalement identiques entre elles mais concordant, pour fournir un faisceau d'indices pour le moins de très haute probabilité. Des agréments conventionnels et des actes administratifs sont en cours à l'heure actuelle (ou sont en voie d'être établis) pour permettre de procéder, lorsque les critères exigés sont réunis, à l'établissement des actes de décès et, en conséquence, aux prélèvements d'organes en vue de transplantation.

5.3. *L'Eglise est interrogée*

Une réticence croissante apparaît de la part des familles pour autoriser les prélèvements d'organes. C'est pourquoi des milieux médicaux, hautement autorisés, a-t-il été rapporté au groupe, souhaiteraient de l'Eglise une déclaration officielle sur la validité de l'affirmation de la mort de l'être humain lorsque a été dûment constatée la mort cérébrale. Le groupe estime que pareille démarche relève d'une compétence plus haute que la sienne, mais il a été convenu de la signaler à qui de droit par le présent rapport. Même si la requête était prise en considération, l'Eglise, selon nos théologiens, ne saurait y, satisfaire par la reprise à son compte d'une assertion d'ordre scientifique, encore moins d'une liste de critères de la mort cérébrale. Tout au plus rappellerait-elle les conditions dans lesquelles il est légitime de donner crédit au jugement prudentiel de ceux à la compétence spécifique desquels revient la détermination du fait de la mort (cf. texte en fin de chapitre).

5.4. Soins en cas de mort apparente

En ce qui concerne les soins à donner en cas de mort apparente, comme l'a dit Pie XII, c'est le devoir du médecin de s'efforcer de restaurer les fonctions vitales par tous les moyens ordinaires. Un temps arrive toutefois où la mort doit être considérée comme un fait acquis et où on mettra fin sans faute professionnelle ou morale aux efforts de réanimation (Discours de Pie XII du 24 novembre 1957).

6. COMMUNICATION AVEC LES MOURANTS

6.1. Le droit à la vérité

6.1.1. Préparation à la mort

La communication avec les mourants pose à la morale le problème de leur droit à la vérité; à la pastorale comme aux professions de santé, celui du comportement que le mourant est en droit d'attendre de son entourage.

Les mourants et, plus généralement, ceux que frappe une maladie incurable ont le droit d'être informés sur leur état. La mort représente un moment trop essentiel pour que sa perspective soit esquivée. Pour un croyant, son approche demande une préparation et des actes posés en pleine conscience; pour tout homme, elle s'accompagne de la responsabilité de s'acquitter de devoirs divers concernant ses relations avec sa famille, le règlement d'affaires professionnelles, la mise à jour de sa comptabilité, de ses dettes, etc. En tout état de cause, la préparation à la mort commence longtemps avant son approche et quand l'homme est encore en bonne santé.

6.1.2. Responsabilités de l'entourage

Il appartient à ceux qui se trouvent être les plus proches du mourant de l'éclairer sur son état. La famille, l'aumônier et les professionnels de la santé ont ici chacun leur part à assumer. Chaque cas a ses exigences propres en fonction de la sensibilité et du savoir-faire d'un chacun, des relations et de l'état du malade; en prévision de ses éventuelles réactions (rébellion, dépression, résignation, etc.) on se préparera à l'affronter avec calme et tact. Il est indiqué d'entretenir chez le malade un rayon d'espoir et de ne pas présenter la perspective de la mort comme inéluctable pourvu que cela ne tourne pas à en taire totalement la possibilité, voire une probabilité sérieuse.

6.1.3. Mission de l'aumônier

L'assistance persévérante de l'aumônier tout au long de la maladie tient ici une place capitale. Sa mission lui confère un rôle privilégié dans la préparation progressive à la mort. Sans doute, jusqu'au bout reste le devoir de croire à l'effet *ex opere operato* des sacrements (réconciliation, viatique, sacrement des malades) et de leur administration sous condition dans les cas prévus. (I n'en reste pas moins que l'apparition inopinée du prêtre au seul dernier instant rend l'exercice de son ministère très malaise, parfois impossible. L'aumônier d'hôpital s'efforcera donc de créer par des contacts continus un climat de confiance avec les malades, surtout dans le milieu des catholiques peu pratiquants ou indifférents. Sans celer injustement la vérité, il se gardera d'en brusquer la découverte. Il n'est pas superflu d'insister en outre pour que du moins les hôpitaux catholiques et les professionnels catholiques de la santé accordent toute sa place à l'aumônier, tant pour sa participation aux délibérations de l'équipe sanitaire qu'à l'approche du malade.

6.2. Attitude de la société devant la mort

6.2.1. En Occident

Aujourd'hui, la société occidentale connaît une fuite générale devant la mort; le personnel médical et hospitalier comme les familles n'en sont pas exempts. La représentante dans le groupe de travail du Comité pour la famille a produit des témoignages bouleversants sur les attitudes d'une même famille devant la mort à quelque trente ans de distance : assumption de la mort d'une mère par tous les membres de la famille, y compris les plus jeunes, vers 1930; fuite devant la mort, silence devant les enfants, abandon d'une épouse mourante, dans les années 60. Or, tandis qu'on s'acharne à reculer le moment de la mort physiologique, tout en prétendant apaiser les douleurs, on engendre par les mesures qu'on prend l'angoisse et les plus grandes souffrances morales chez le patient, plus conscient, dans la plupart des cas, de la gravité de son état qu'on affecte de le penser autour de lui. Le mourant expérimente la tristesse, un sentiment de culpabilité, l'anxiété, la crainte, la dépression, et tout cela accompagne de la douleur physique. Le pire pour lui, c'est l'isolement, la solitude qui exerce l'impact le plus grave sur son état psychosomatique. La tendance à couper le patient d'abord de la société, puis de sa famille, et finalement même des habitants de l'hôpital, le prive de toute possibilité de communication dans sa détresse. Tant de façons existeraient pourtant de rompre sa solitude sans même le déranger dans sa lassitude physique: l'expression d'un visage, tenir une main! Une présence silencieuse est souvent tout ce qu'il requiert, mais il le requiert de tout son désir.

La pratique des hôpitaux en Occident appelle ici une révision radicale. L'équipe hospitalière, pour des raisons non dénuées de fondement, tend à se protéger elle-même contre le contact obsédant avec la mort. Elle se dérobe à la fréquentation des mourants dont la détresse demande pourtant son réconfort. Ce sera à nouveau l'affaire d'un bon travail d'équipe, médecin, infirmier(ère)s, sans oublier l'aumônier, que de veiller à ne pas les frustrer de ce support.

6.2.2. *Dans d'autres sociétés*

D'autres sociétés, à l'opposé, nous donnent un grand exemple du respect du droit du malade à l'assistance par les siens et du droit des familles à entourer leur malade. La famille souvent préférera retirer le mourant de l'hôpital pour lui assurer le réconfort de sa présence et, si elle est croyante, la communication avec lui dans la prière. Sans doute faut-il savoir mettre parfois une restriction à des exigences de la famille et à ses prétentions de tout décider en matière de traitement (à moins qu'il ne s'agisse d'enfants sous la puissance parentale) et ceci dans l'intérêt du malade lui-même. Mais on ne favorisera pas pour autant une tendance trop réelle à faire abstraction de la famille, de sa présence et, en particulier, de ses justes demandes d'information.

7. RESPONSABILITES DU PERSONNEL DE SANTE

7.1. *Connaissance nécessaire de la déontologie*

Il devient évident que les aspects scientifiques de la profession médicale ne sont pas facilement séparables de ses aspects éthiques. Si le développement des connaissances fournit de nouveaux instruments et de nouvelles thérapeutiques au médecin, le résultat est souvent que le voilà ainsi confronté à des questions morales toujours plus complexes. On a dit plus haut comment il appartient au praticien, en définitive, de mûrir sa décision en se référant à des critères moraux objectifs; encore doit-il les connaître et avoir été formé à les appliquer dans les situations particulières. L'enseignement de la morale et des codes de déontologie sont donc en droit une partie intégrante de la formation du personnel médical et sanitaire. Il ne saurait être tenu par les professeurs et les étudiants comme une matière surrogatoire à laquelle s'intéresse qui en a la curiosité. Dans les pays que régit la tradition du *common law*, les futurs médecins sont du moins incités à se renseigner sur les requêtes de la déontologie professionnelle du fait qu'une infraction de leur part entraînerait pour eux des sanctions pénales. Mais aucun futur médecin ne saurait s'abstraire des intérêts essentiels des patients que défend la morale et pour lesquels les codes de déontologie sont formulés. Quant à la

meilleure manière de donner cet enseignement, on y consacrerait parfois des cours spéciaux, parfois on y insisterait au fil des exposés scientifiques.

7.2. Choix d'une thérapeutique

En règle générale et malgré ce qu'en donne à penser une certaine presse, un médecin ne se pose pas devant son patient l'alternative en termes de « faire mourir » ou « ne pas faire mourir ». Il décide d'un traitement, de ses indications et contre-indications, toutes choses qui demandent la considération de divers facteurs. Cette considération s'opère à la lumière de principes moraux autant que de données scientifiques : d'où l'intérêt pour un médecin de savoir faire entrer les uns et les autres dans sa réflexion sur ce qu'il faut ou faire ou omettre, quand recourir à des moyens extraordinaires et quand y renoncer, pour quelle raison et pour quelle durée. Trop souvent aujourd'hui quand on en arrive à se questionner sur la poursuite d'une thérapeutique, on en vient à se demander si tout simplement il a été sage de la commencer. Car s'il existe des raisons morales de prolonger la vie, il existe aussi des raisons morales de ne pas opposer à la mort ce qu'on appelle « l'acharnement thérapeutique ».

7.3. Thérapeutique lourde et choix des personnes à traiter

Parmi les questions éthiques soulevées par le recours à des « thérapeutiques lourdes », comportant des instruments et des techniques hautement sophistiqués et dispendieux, se pose celle du « tri », du choix des personnes à qui appliquer un traitement qui ne saurait l'être à tous ceux que frappe la même maladie. Est-il légitime d'exploiter au maximum les ressources de la technique médicale au bénéfice d'un seul patient alors que tant d'autres sont encore privées des soins les plus élémentaires ? On est en droit de se le demander. Si d'aucuns pensent que de telles considérations vont à contre-courant du progrès, les chrétiens, pour leur part, ont le devoir d'en tenir largement compte dans leurs appréciations.

7.4. Les infirmiers et infirmières

7.4.1. Importance de leurs responsabilités

Les infirmières tiennent un rôle primordial d'intermédiaires entre le médecin et le patient, même si beaucoup de médecins ont tendance à considérer leur fonction comme purement auxiliaire. De leur côté, elles ne sont pas à l'abri du danger de fuir le patient dans la phase finale de sa maladie. On ne saurait oublier cependant la portée capitale que revêtent souvent leurs actes, décider par exemple s'il faut appeler le médecin devant une aggravation soudaine de l'état d'un malade, ou encore appliquer ou ne pas appliquer le calmant que le médecin a laissé à leur jugement d'user au moment opportun, etc. Dans beaucoup d'établissements tend heureusement aujourd'hui à prévaloir un véritable esprit d'équipe entre médecins et infirmières; leur étroite collaboration est essentielle pour le soulagement et le traitement approprié du patient.

7.4.2. Conscience et coopération

L'infirmière, surtout si elle travaille dans des établissements ou au service de médecins non chrétiens, se trouve placée parfois devant le dilemme que lui pose un ordre du médecin dont l'exécution est de nature à nuire gravement, voire porter une atteinte directe, à la vie du patient.

Il lui faudra s'en tenir par-dessus tout à la défense absolue d'exécuter une intervention qui par nature n'est rien d'autre qu'un acte de tuer. Ni une prescription du médecin ni une requête de la famille ou une prière du mourant, ne libèrent l'infirmière de la responsabilité de son action. Il en va différemment si elle accomplit sur ordre des actes qui de soi ne donnent pas la mort, même si elle sait qu'on vise par là un résultat illicite (par exemple abrégé les jours du malade, suspendre un traitement, qu'on ne saurait qualifier d'« extraordinaire »; priver de sa conscience un malade qui n'a pas été en mesure de remplir ses obligations). L'infirmière ne saurait prendre l'initiative de pareilles interventions; il ne pourrait

s'agir que d'une coopération « matérielle » que seule excuse une nécessité mesurée à la gravité de l'acte pose, à son degré de participation dans le processus global et dans l'obtention de l'effet immoral, aux raisons qui incitent l'infirmière à obéir (la crainte d'un mal personnel en cas de refus, un bien important à sauvegarder en ne s'exposant pas au risque d'être licenciée). Dans la mesure où sa condition le lui permet, l'infirmière, ainsi mêlée à des pratiques que reprouve sa conscience, s'efforcera néanmoins de témoigner de ses convictions. C'est le devoir des aumôniers et des médecins catholiques d'aider les infirmières à faire face comme il se doit à ces difficiles situations.

7.4.3. *Formation éthique dans les écoles d'infirmières*

Tout ce qui a été dit en 7.1. de la nécessité de la formation éthique du personnel médical et sanitaire vaut également des écoles d'infirmières. Les écoles catholiques d'infirmières ont le droit et le devoir de défendre, dans leur enseignement, les principes d'éthique conformes à l'enseignement de l'Eglise, particulièrement dans les domaines qui touchent à l'exercice de la profession: valeur de la personne humaine, respect de la vie, morale du mariage, etc. Elles ont le devoir de faire connaître cette orientation éthique aux élèves qui demandent leur admission et le droit d'exiger leur adhésion à ces principes et leur participation aux cours destinés à l'enseignement de l'éthique professionnelle. Les élèves se convaincront qu'il s'agit d'un élément essentiel, d'une condition *sine qua non* de la formation intégrale d'une infirmière responsable. On ne limitera pas d'ailleurs cet enseignement à la présentation d'une casuistique; mais on visera à créer une profonde familiarisation avec les notions de base que sont celles de vie, de mort, de vocation du personnel soignant, etc.

7.4.4. *Formation à la relation avec les grands malades*

La familiarisation du personnel de santé avec les requêtes que posent la mort et le traitement des mourants ne s'opère pas au seul plan intellectuel. La rencontre de la souffrance, de l'anxiété des malades, de la mort, peut être très angoissante. C'est une des principales raisons qui conduisent aujourd'hui une partie des professionnels eux-mêmes à éviter d'entrer en relation personnelle avec les malades incurables et à les abandonner à leur solitude. A la formation éthique et déontologique, doit donc s'ajouter une réelle formation à la relation, spécialement à la relation avec les grands malades. Sinon, l'enseignement de l'éthique risque de rester sans portée réelle.

8. RESPONSABILITES DE LA FAMILLE ET DE LA SOCIETE

8.1. *Education à la souffrance et à la mort*

Les liens entre la vie et la mort se sont tellement distendus, tout au moins dans notre société occidentale, que la mort a peu à peu perdu toute sa signification.

La famille et la société qui l'entourent portent leurs responsabilités propres dans cette situation reconnue comme éminemment dommageable. L'urgence d'une éducation à la souffrance et à la mort s'impose. C'est peut-être la clé, ou tout au moins une des voies pour la solution des nombreux problèmes qui se posent aujourd'hui à propos de la mort et des mourants.

8.2. *Questions à se poser*

La famille doit s'interroger :

- pour voir si la souffrance, la mort, l'échec, sont présents ou absents de ses perspectives d'éducation, dès les premiers âges de la vie;
- pour mesurer quelle place elle fait aux malades, aux handicapés, à ceux qui ont échoué, aux vieillards, aux mourants.

Sans cette éducation et ce partage de la souffrance en famille, sans un mode de vie familiale qui témoigne de l'amour et de la foi en la valeur de toute personne humaine, comment espérer créer la communication tellement souhaitée entre le mourant et sa famille aux derniers instants de la vie?

8.3. La Société et la famille. Législation

La société doit, elle aussi, s'interroger pour savoir ce qu'elle apporte de valable à la famille dans l'accomplissement de cette mission éducative, que ce soit au plan de son habitat, de son travail, de sa santé, de ses problèmes vis-à-vis de ses membres malades ou âgés.

Il y a tout lieu aussi d'appréhender que la solidarité de la famille avec ses membres souffrants, - dans tous les ordres d'ailleurs -, ne se trouve gravement menacée par un type de législations contemporaines, comme celles sur le divorce, la contraception, l'avortement, demain peut-être sur l'euthanasie.

ANNEXE

La requête exprimée par « Cor Unum » fut en partie satisfaite. En octobre 1985, l'Académie pontificale des sciences réunit un groupe de travail composé de médecins, de juristes et de théologiens moralisés. Ce groupe de travail discuta des « critères objectifs de la mort » et publia une déclaration reproduite ci-dessous. Il fut reçu par Jean-Paul II qui le remercia « d'avoir étudié en détail les problèmes scientifiques liés à la tentative de définir le moment de la mort ». Le Pape ajoutait: « Une connaissance de ces problèmes est essentielle (...) pour traiter des importants aspects moraux et légaux des transplantations » (DC 7955, rf 1907, p. 1103).

Ainsi le Pape se gardait d'engager l'autorité du Magistère catholique sur les questions des critères de la mort. Il en laissait le soin à des scientifiques, mais acceptait que le résultat de leurs travaux soit publié en étant revêtu de l'autorité d'une institution liée au Vatican, l'Académie pontificale des sciences; et il tenait à manifester personnellement sa reconnaissance pour le travail accompli.

Voici le texte de la déclaration fDC 1985, rf 1908, p. 1169).

A l'invitation de l'Académie pontificale des sciences, un groupe de travail s'est réuni les 10, 19 et 21 octobre 1985 pour étudier le « prolongement artificiel de la vie et la détermination exacte du moment de la mort ».

Après avoir constaté les récents progrès des techniques de réanimation et des effets immédiats et à long terme des traumatismes cérébraux, le groupe de travail a discuté des critères objectifs de la mort et des règles de conduite face à un état persistant de mort apparente. D'une part, les expériences effectuées révèlent que la résistance du cerveau à l'absence de circulation cérébrale peut permettre des récupérations par ailleurs considérées comme impossibles.

Il a été vérifié d'autre part que lorsque la totalité du cerveau a subi un dommage irréversible (mort cérébrale), toute possibilité de vie sensitive et cognitive est définitivement annulée, alors qu'une brève survivance végétative peut être maintenue par le prolongement artificiel de la respiration et de la circulation.

1. Définition de la mort

Une personne est morte lorsqu'elle a subi une perte irréversible de toute capacité d'intégrer et de coordonner les fonctions physiques et mentales du corps. La mort survient quand :

a) les fonctions spontanées du cœur et de la respiration ont définitivement cessé, ou bien;

b) si est vérifiée une cessation irréversible de toute fonction cérébrale.

Il est ressorti du débat que la mort cérébrale est le véritable critère de la mort puisque l'arrêt définitif des fonctions cardio-respiratoires conduit très rapidement à la mort cérébrale.

Le groupe a donc analysé les différentes méthodes cliniques et instrumentales qui permettent de constater cet arrêt irréversible des fonctions cérébrales. Pour être certain - par l'intermédiaire d'un électroencéphalogramme - que le cerveau est devenu plat, c'est-à-dire qu'il ne présente plus d'activité électrique, il est nécessaire que l'examen soit effectué au moins deux fois à six heures de distance.

2. Règles de comportement médical

Par traitement, le groupe entend toutes les interventions médicales disponibles et appropriées au cas spécifique, quelle que soit la complexité des techniques.

Si le patient est dans un coma permanent, irréversible, pour autant qu'il soit possible de le prévoir, il n'est pas besoin d'un traitement mais des soins doivent lui être prodigués, y compris l'alimentation.

S'il est cliniquement établi qu'il existe une possibilité de récupération, il faut un traitement.

Si le traitement ne peut apporter aucune amélioration au patient, il peut être interrompu, tout en continuant les soins.

Par soins, le groupe entend l'aide ordinaire due aux malades ainsi que la compassion et le soutien affectif et spirituel dus à tout être humain en danger.

3. Prolongement artificiel des fonctions végétatives

Dans le cas de mort cérébrale, la respiration artificielle peut prolonger la fonction cardiaque pour un temps limité. Cette survivance induite des organes est indiquée quand on prévoit un prélèvement en vue d'une transplantation.

Cette éventualité n'est possible que dans le cas de lésion cérébrale totale et irréversible survenue à un sujet jeune, essentiellement après un traumatisme brutal.

En prenant en considération les progrès importants des techniques chirurgicales et des moyens pour augmenter la tolérance aux greffes, le groupe retient que les transplantations d'organes méritent le soutien de la profession médicale, des législations et de la population en général.

Le don d'organes doit, en toutes circonstances, respecter les dernières volontés du donateur ou le consentement de la famille dans le cas où elle est présente.

IV. Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections
Committee for Pro-Life Activities National Conference of Catholic Bishops
1992¹⁰

Introduction

Modern medical technology seems to confront us with many questions not faced even a decade ago. Corresponding changes in medical practice have benefited many, but have also prompted fears by some that they will be aggressively treated against their will or denied the kind of care that is their due as human persons with inherent dignity. Current debates about life-sustaining treatment suggest that our society's moral reflection is having difficulty keeping pace with its technological progress.

A religious view of life has an important contribution to make to these modern debates. Our Catholic tradition has developed a rich body of thought on these questions, which affirms a duty to preserve human life but recognizes limits to that duty.

Our first goal in making this statement is to reaffirm some basic principles of our moral tradition, to assist Catholics and others in making treatment decisions in accord with respect for God's gift of life.

These principles do not provide clear and final answers to all moral questions that arise as individuals make difficult decisions. Catholic theologians may differ on how best to apply moral principles to some questions not explicitly resolved by the Church's teaching authority. Likewise, we understand that those who must make serious health care decisions for themselves or for others face a complexity of issues, circumstances, thoughts and emotions in each unique case.

This is the case with some questions involving the medically assisted provision of nutrition and hydration to helpless patients—those who are seriously ill, disabled or persistently unconscious. These questions have been made more urgent by widely publicized court cases and the public debate to which they have given rise.

Our second purpose in issuing this statement, then, is to provide some clarification of the moral issues involved in decisions about medically assisted nutrition and hydration. We are fully aware that such guidance is not necessarily final, because there are many unresolved medical and ethical questions related to these issues and the continuing development of medical technology will necessitate ongoing reflection. But these decisions already confront patients, families and health care personnel every day. They arise whenever competent patients make decisions about medically assisted nutrition and hydration for their own present situation, when they consider signing an advance directive such as a "living will" or health care proxy document, and when families or other proxy decision makers make decisions about those entrusted to their care. We offer guidance to those who, facing these issues, might be confused by opinions that at times threaten to deny the inherent dignity of human life. We therefore address our reflections first to those who share our Judeo-Christian traditions, and second to others concerned about the dignity and value of human life who seek guidance in making their own moral decisions.

¹⁰ URL : <http://www.usccb.org/prolife/issues/euthanas/nutindex.htm>

Moral Principles

The Judeo-Christian moral tradition celebrates life as the gift of a loving God, and respects the life of each human being because each is made in the image and likeness of God. As Christians we also believe we are redeemed by Christ and called to share eternal life with Him. From these roots the Catholic tradition has developed a distinctive approach to fostering and sustaining human life. Our Church views life as a sacred trust, a gift over which we are given stewardship and not absolute dominion. The Church thus opposes all direct attacks on innocent life. As conscientious stewards we have a duty to preserve life, while recognizing certain limits to that duty:

1. Because human life is the foundation for all other human goods, it has a special value and significance. Life is "the first right of the human person" and "the condition of all the others."
2. All crimes against life, including "euthanasia or willful suicide," must be opposed.² Euthanasia is "an action or an omission which of itself or by intention causes death, in order that all suffering may in this way be eliminated." Its terms of reference are to be found "in the intention of the will and in the methods used." Thus defined, euthanasia is an attack on life which no one has a right to make or request, and which no government or other human authority can legitimately recommend or permit. Although individual guilt may be reduced or absent because of suffering or emotional factors that cloud the conscience, this does not change the objective wrongfulness of the act. It should also be recognized that an apparent plea for death may really be a plea for help and love.
3. Suffering is a fact of human life, and has special significance for the Christian as an opportunity to share in Christ's redemptive suffering. Nevertheless there is nothing wrong in trying to relieve someone's suffering; in fact, it is a positive good to do so, as long as one does not intentionally cause death or interfere with other moral and religious duties.^[4]
4. Everyone has the duty to care for his or her own life and health and to seek necessary medical care from others, but this does not mean that all possible remedies must be used in all circumstances. One is not obliged to use either "extraordinary" means or "disproportionate" means of preserving life - that is, means which are understood as offering no reasonable hope of benefit or as involving excessive burdens. Decisions regarding such means are complex and should ordinarily be made by the patient in consultation with his or her family chaplain or pastor, and physician when that is possible.
5. In the final stage of dying one is not obliged to prolong the life of a patient by every possible means: "When inevitable death is imminent in spite of the means used, it is permitted in conscience to take the decision to refuse forms of treatment that would only secure a precarious and burdensome prolongation of life, so long as the normal care due to the sick person in similar cases is not interrupted."
6. While affirming life as a gift of God, the Church recognizes that death is unavoidable and that it can open the door to eternal life. Thus, "without in any way hastening the hour of death," the dying person should accept its reality and prepare for it emotionally and spiritually.^[7]
7. Decisions regarding human life must respect the demands of justice, viewing each human being as our neighbor and avoiding all discrimination based on age or dependency.⁸ A human being has "a unique dignity and an independent value, from the moment of conception and in every stage of development, whatever his or her physical condition." In particular, "the disabled person (whether the disability be the result of a congenital handicap, chronic illness or accident, or from mental or physical deficiency, and whatever the severity of the disability) is a fully human subject, with the corresponding innate, sacred and

inviolable rights." First among these is "the fundamental and inalienable right to life."

8. The dignity and value of the human person, which lie at the foundation of the Church's teaching on the right to life, also provide a basis for any just social order. Not only to become more Christian, but to become more truly human, society should protect the right to life through its laws and other policies.[10]

While these principles grow out of a specific religious tradition, they appeal to a common respect for the dignity of the human person. We commend them to all people of good will.

In what follows we apply these well-established moral principles to the difficult issue of providing medically assisted nutrition and hydration to persons who are seriously ill, disabled or persistently unconscious. We recognize the complexity involved in applying these principles to individual cases and acknowledge that, at this time and on this particular issue, our applications do not have the same authority as the principles themselves.

1. Is the withholding or withdrawing of medically assisted nutrition and hydration always a direct killing?

In answering this question one should avoid two extremes.

First, it is wrong to say that this could not be a matter of killing simply because it involves an omission rather than a positive action. In fact a deliberate omission may be an effective and certain way to kill, especially to kill someone weakened by illness. Catholic teaching condemns as euthanasia "an action or an omission which of itself or by intention causes death, in order that all suffering may in this way be eliminated." Thus "euthanasia includes not only active mercy killing but also the omission of treatment when the purpose of the omission is to kill the patient.[11]

Second, we should not assume that all or most decisions to withhold or withdraw medically assisted nutrition and hydration are attempts to cause death. To be sure, any Patient will die if all nutrition and hydration are withheld. [12] But sometimes other causes are at work—for example, the patient may be imminently dying, whether feeding takes place or not, from an already existing terminal condition. At other times, although the shortening of the patient's life is one foreseeable result of an omission, the real purpose of the omission was to relieve the patient of a particular procedure that was of limited usefulness to the patient or unreasonably burdensome for the patient and the patient's family or caregivers. This kind of decision should not be equated with a decision to kill or with suicide.

The harsh reality is that some who propose withdrawal of nutrition and hydration from certain patients do directly intend to bring about a patient's death, and would even prefer a change in the law to allow for what they see as more "quick and painless" means to cause death.¹³ In other words, nutrition and hydration (whether orally administered or medically assisted) are sometimes withdrawn not because a patient is dying, but precisely because a patient is not dying (or not dying quickly) and someone believes it would be better if he or she did, generally because the patient is perceived as having an unacceptably low "quality of life" or as imposing burdens on others.[14]

When deciding whether to withhold or withdraw medically assisted nutrition and hydration, or other forms of life support, we are called by our moral tradition to ask ourselves: What will my decision do for this patient? And what am I trying to

achieve by doing it? We must be sure that it is not our intent to cause the patient's death—either for its own sake or as a means to achieving some other goal such as the relief of suffering.

2. Is medically assisted nutrition and hydration a form of "treatment" or "care"?

Catholic teaching provides that a person in the final stages of dying need not accept "forms of treatment that would only secure a precarious and burdensome prolongation of life," but should still receive "the normal care due to the sick person in similar cases." 15 All patients deserve to receive normal care out of respect for their inherent dignity as persons. As Pope John Paul II has said, a decision to forgo "purely experimental or ineffective interventions" does not "dispense from the valid therapeutic task of sustaining life or from assistance with the normal means of sustaining life. Science, even when it is unable to heal, can and should care for and assist the sick." [16] But the teaching of the Church has not resolved the question whether medically assisted nutrition and hydration should always be seen as a form of normal care.

Almost everyone agrees that oral feeding, when it can be accepted and assimilated by a patient, is a form of care owed to all helpless people. Christians should be especially sensitive to this obligation, because giving food and drink to those in need is an important expression of Christian love and concern (Mt 10:42 and 25:35; Mk 9:41). But our obligations become less clear when adequate nutrition and hydration require the skills of trained medical personnel and the use of technologies that may be perceived as very burdensome - that is, as intrusive, painful or repugnant. Such factors vary from one type of feeding procedure to another, and from one patient to another, making it difficult to classify all feeding procedures as either "care" or "treatment."

Perhaps this dilemma should be viewed in a broader context. Even medical "treatments" are morally obligatory when they are "ordinary" means - that is, if they provide a reasonable hope of benefit and do not involve excessive burdens. Therefore, we believe people should make decisions in light of a simple and fundamental insight: *Out of respect for the dignity of the human person, we are obliged to preserve our own lives, and help others preserve theirs, by the use of means that have a reasonable hope of sustaining life without imposing unreasonable burdens on those we seek to help, that is, on the patient and his or her family and community.*

We must therefore address the question of benefits and burdens next, recognizing that a full moral analysis is only possible when one knows the effects of a given procedure on a particular patient.

3. What are the benefits of medically assisted nutrition and hydration?

According to international codes of medical ethics, a physician will see a medical procedure as appropriate "if in his or her judgment it offers hope of saving life, reestablishing health or alleviating suffering." [18]

Nutrition and hydration, whether provided in the usual way or with medical assistance, do not by themselves remedy pathological conditions, except those caused by dietary deficiencies. But patients benefit from them in several ways. First, for all patients who can assimilate them, suitable food and fluids sustain life, and providing them normally expresses loving concern and solidarity with the helpless. Second, for patients being treated with the hope of a cure, appropriate food and fluids are an

important element of sound health care. Third, even for patients who are imminently dying and incurable, food and fluids can prevent the suffering that may arise from dehydration, hunger and thirst.

The benefit of sustaining and fostering life is fundamental, because life is our first gift from a loving God and the condition for receiving his other gifts. But sometimes even food and fluids are no longer effective in providing this benefit, because a patient has entered the final stage of a terminal condition. At such times we should make the dying person as comfortable as possible and provide nursing care and proper hygiene as well as companionship and appropriate spiritual aid. Such a person may lose all desire for food and drink and even be unable to ingest them. Initiating medically assisted feeding or intravenous fluids in this case may increase the patient's discomfort while providing no real benefit; ice chips or sips of water may instead be appropriate to provide comfort and counteract the adverse effects of dehydration. [19] Even in the case of the imminently dying patient, of course, any action or omission that of itself or by intention causes death is to be absolutely rejected.

As Christians who trust in the promise of eternal life, we recognize that death does not have the final word. Accordingly we need not always prevent death until the last possible moment; but we should never intentionally cause death or abandon the dying person as though he or she were unworthy of care and respect.

4. What are the burdens of medically assisted nutrition and hydration?

Our tradition does not demand heroic measures in fulfilling the obligation to sustain life. A person may legitimately refuse even procedures that effectively prolong life, if he or she believes they would impose excessively grave burdens on himself or herself, or on his or her family and community. Catholic theologians have traditionally viewed medical treatment as excessively burdensome if it is "too painful, too damaging to the patient's bodily self and functioning, too psychologically repugnant to the patient, too restrictive of the patient's liberty and preferred activities, too suppressive of the patient's mental life, or too expensive."

Because assessment of these burdens necessarily involves some subjective judgments, a conscious and competent patient is generally the best judge of whether a particular burden or risk is too grave to be tolerated in his or her own case. But because of the serious consequences of withdrawing all nutrition and hydration, patients and those helping them make decisions should assess such burdens or risks with special care.

Here we offer some brief reflections and cautions regarding the kinds of burdens sometimes associated with medically assisted nutrition and hydration.

Physical risks and burdens

The risks and objective complications of medically assisted nutrition and hydration will depend on the procedure used and the condition of the patient. In a given case a feeding procedure may become harmful or even life-threatening. (These medical data are discussed at length in an Appendix to this paper.)

If the risks and burdens of a particular feeding procedure are deemed serious enough to warrant withdrawing it, we should not automatically deprive the patient of

all nutrition and hydration but should ask whether another procedure is feasible that would be less burdensome. We say this because some helpless patients, including some in a "persistent vegetative state," receive tube feedings not because they cannot swallow food at all but because tube feeding is less costly and difficult for health care personnel.[21]

Moreover, because burdens are assessed in relation to benefits, we should ask whether the risks and discomfort of a feeding procedure are really excessive as compared with the adverse effects of dehydration or malnutrition.

Psychological burdens on the patient

Many people see feeding tubes as frightening or even as bodily violations. Assessments of such burdens are necessarily subjective; they should not be dismissed on that account, but we offer some practical cautions to help prevent abuse.

First, in keeping with our moral teaching against the intentional causing of death by omission, one should distinguish between repugnance to a particular procedure and repugnance to life itself. The latter may occur when a patient views a life of helplessness and dependency on others as itself a heavy burden, leading him or her to wish or even to pray for death. Especially in our achievement-oriented society, the burden of living in such a condition may seem to outweigh any possible benefit of medical treatment and even lead a person to despair. But we should not assume that the burdens in such a case always outweigh the benefits; for the sufferer, given good counseling and spiritual support, may be brought again to appreciate the precious gift of life.

Second, our tradition recognizes that when treatment decisions are made, "account will have to be taken of the reasonable wishes of the patient and the patient's family, as also of the advice of the doctors who are specially competent in the matter." [22] The word "reasonable" is important here. Good health care providers will try to help patients assess psychological burdens with full information and without undue fear of unfamiliar procedures.[23] A well-trained and compassionate hospital chaplain can provide valuable personal and spiritual support to patients and families facing these difficult situations.

Third, we should not assume that a feeding procedure is inherently repugnant to all patients without specific evidence. In contrast to Americans' general distaste for the idea of being supported by "tubes and machines," some studies indicate surprisingly favorable views of medically assisted nutrition and hydration among patients and families with actual experience of such procedures.[24]

Economic and other burdens on caregivers

While some balk at the idea, in principle cost can be a valid factor in decisions about life support. For example, money spent on expensive treatment for one family member may be money otherwise needed for food, housing and other necessities for the rest of the family. Here, also, we offer some cautions.

First, particularly when a form of treatment "carries a risk or is burdensome" on other grounds, a critically ill person may have a legitimate and altruistic desire "not to impose excessive expense on the family or the community." Even for altruistic reasons a patient should not directly intend his or her own death by malnutrition or dehydration, but may accept an earlier death as a consequence of his or her refusal of an unreasonably expensive treatment. Decisions by others to deny an incompetent

patient medically assisted nutrition and hydration for reasons of cost raise additional concerns about justice to the individual patient, who could wrongly be deprived of life itself to serve the less fundamental needs of others.

Second, we do not think individual decisions about medically assisted nutrition and hydration should be determined by macro-economic concerns such as national budget priorities and the high cost of health care. These social problems are serious, but it is by no means established that they require depriving chronically ill and helpless patients of effective and easily tolerated measures that they need to survive.[26]

Third, tube feeding alone is generally not very expensive and may cost no more than oral feeding. [27] What is seen by many as a grave financial and emotional burden on caregivers is the total long-term care of severely debilitated patients, who may survive for many years with no life support except medically assisted nutrition and hydration and nursing care.

The difficulties families may face in this regard, and their need for improved financial and other assistance from the rest of society, should not be underestimated. While caring for a helpless loved one can provide many intangible benefits to family members and bring them closer together, the responsibilities of care can also strain even close and loving family relationships; complex medical decisions must be made under emotionally difficult circumstances not easily appreciated by those who have never faced such situations.

Even here, however, we must try to think through carefully what we intend by withdrawing medically assisted nutrition and hydration. Are we deliberately trying to make sure that the patient dies, in order to relieve caregivers of the financial and emotional burdens that will fall upon them if the patient survives? Are we really implementing a decision to withdraw all other forms of care, precisely because the patient offers so little response to the efforts of caregivers? Decisions like these seem to reach beyond the weighing of burdens and benefits of medically assisted nutrition and hydration as such.

In the context of official church teaching, it is not yet clear to what extent we may assess the burden of a patient's total care rather than the burden of a particular treatment when we seek to refuse "burdensome" life support. On a practical level, those seeking to make good decisions might assure themselves of their own intentions by asking: Does my decision aim at relieving the patient of a particularly grave burden imposed by medically assisted nutrition and hydration? Or does it aim to avoid the total burden of caring for the patient? If so, does it achieve this aim by deliberately bringing about his or her death?

Rather than leaving families to confront such dilemmas alone, society and government should improve their assistance to families whose financial and emotional resources are strained by long-term care of loved ones.[28]

5. What role should "quality of life" play in our decisions?

Financial and emotional burdens are willingly endured by most families to raise their children or to care for mentally aware but weak and elderly family members. It is sometimes argued that we need not endure comparable burdens to feed and care for persons with severe mental and physical disabilities, because their low "quality of life" makes it unnecessary or pointless to preserve their lives. [29]

But this argument—even when it seems motivated by a humanitarian concern to reduce suffering and hardship—ignores the equal dignity and sanctity of all human life. Its key assumption—that people with disabilities necessarily enjoy life less than others or lack the potential to lead meaningful lives—is also mistaken.[30] Where suffering does exist, society's response should not be to neglect or eliminate the lives of people with disabilities, but to help correct their inadequate living conditions.[31] Very often the worst threat to a good "quality of life" for these people is not the disability itself, but the prejudicial attitudes of others—attitudes based on the idea that a life with serious disabilities is not worth living.[32]

This being said, our moral tradition allows for three ways in which the "quality of life" of a seriously ill patient is relevant to treatment decisions.

1. Consistent with respect for the inherent sanctity of life, we should relieve needless suffering and support morally acceptable ways of improving each patient's quality of life.[33]
2. One may legitimately refuse a treatment because it would itself create an impairment imposing new serious burdens or risks on the patient. This decision to avoid the new burdens or risks created by a treatment is not the same as directly intending to end life in order to avoid the burden of living in a disabled state.[34]
3. Sometimes a disabling condition may directly influence the benefits and burdens of a specific treatment for a particular patient. For example, a confused or demented patient may find medically assisted nutrition and hydration more frightening and burdensome than other patients do because he or she cannot understand what it is. The patient may even repeatedly pull out feeding tubes, requiring burdensome physical restraints if this form of feeding is to be continued. In such cases, ways of alleviating such special burdens should be explored before concluding that they justify withholding all food and fluids needed to sustain life.

These humane considerations are quite different from a "quality of life" ethic that would judge individuals with disabilities or limited potential as not worthy of care or respect. It is one thing to withhold a procedure because it would impose new disabilities on a patient, and quite another thing to say that patients who already have such disabilities should not have their lives preserved. A means considered ordinary or proportionate for other patients should not be considered extraordinary or disproportionate for severely impaired patients solely because of a judgment that their lives are not worth living.

In short, while considerations regarding a person's quality of life have some validity in weighing the burdens and benefits of medical treatment, at the present time in our society judgments about the quality of life are sometimes used to promote euthanasia. The Church must emphasize the sanctity of life of each person as a fundamental principle in all moral decision making.

6. Do persistently unconscious patients represent a special case?

Even Catholics who accept the same basic moral principles may strongly disagree on how to apply them to patients who appear to be persistently unconscious—that is, those who are in a permanent coma or a "persistent vegetative state" (PVS). [35] Some moral questions in this area have not been explicitly resolved by the Church's teaching authority.

On some points there is wide agreement among Catholic theologians.

1. An unconscious patient must be treated as a living human person with inherent dignity and value. Direct killing of such a patient is as morally reprehensible as the direct killing of anyone else. Even the medical terminology used to describe these patients as "vegetative" unfortunately tends to obscure this vitally important point, inviting speculation that a patient in this state is a "vegetable" or a subhuman animal.[36]
2. The area of legitimate controversy does not concern patients with conditions like mental retardation, senility, dementia or even temporary unconsciousness.

Where serious disagreement begins is with the patient who has been diagnosed as completely and permanently unconscious after careful testing over a period of weeks or months.

Some moral theologians argue that a particular form of care or treatment is morally obligatory only when its benefits outweigh its burdens to a patient or the care providers. In weighing burdens, they say, the total burden of a procedure and the consequent requirements of care must be taken into account. If no benefit can be demonstrated, the procedure, whatever its burdens, cannot be obligatory. These moralists also hold that the chief criterion to determine the benefit of a procedure cannot be merely that it prolongs physical life, since physical life is not an absolute good but is relative to the spiritual good of the person. They assert that the spiritual good of the person is union with God, which can be advanced only by human acts, i.e., conscious, free acts. Since the best current medical opinion holds that persons in the persistent vegetative state (PVS) are incapable now or in the future of conscious, free human acts, these moralists conclude that, when careful diagnosis verifies this condition, it is not obligatory to prolong life by such interventions as a respirator, antibiotics, or medically assisted hydration and nutrition. To decide to omit non-obligatory care, therefore, is not to intend the patient's death, but only to avoid the burden of the procedure. Hence, though foreseen, the patient's death is to be attributed to the patient's pathological condition and not to the omission of care. Therefore, these theologians conclude, while it is always wrong directly to intend or cause the death of such patients, the natural dying process which would have occurred without these interventions may be permitted to proceed.

While this rationale is convincing to some, it is not theologically conclusive and we are not persuaded by it. In fact, other theologians argue cogently that theological inquiry could lead one to a more carefully limited conclusion.

These moral theologians argue that while particular treatments can be judged useless or burdensome, it is morally questionable and would create a dangerous precedent to imply that any human life is not a positive good or "benefit." They emphasize that while life is not the highest good, it is always and everywhere a basic good of the human person and not merely a means to other goods. They further assert that if the "burden" one is trying to relieve by discontinuing medically assisted nutrition and hydration is the burden of remaining alive in the allegedly undignified condition of PVS, such a decision is unacceptable, because one's intent is only achieved by deliberately ensuring the patient's death from malnutrition or dehydration. Finally, these moralists suggest that PVS is best seen as an extreme form of mental and physical disability—one whose causes, nature and prognosis are as yet imperfectly understood- and not as a terminal illness or fatal pathology from which patients should generally be allowed to die. Because the patient's life can often be sustained indefinitely by medically assisted nutrition and hydration that is not unreasonably risky or burdensome for that patient, they say, we are not dealing here with a case where "inevitable death is imminent in spite of the means used." Rather, because the patient will die in a few days if medically assisted nutrition and hydration are discontinued, [38] but can often live a long time if they are provided, the inherent

dignity and worth of the human person obligates us to provide this patient with care and support.

Further complicating this debate is a disagreement over what responsible Catholics should do in the absence of a final resolution of this question. Some point to our moral tradition of probabilism, which would allow individuals to follow the appropriate moral analysis that they find persuasive. Others point to the principle that in cases where one might risk unjustly depriving someone of life, we should take the safer course.

In the face of the uncertainties and unresolved medical and theological issues, it is important to defend and preserve important values. On the one hand, there is a concern that patients and families should not be subjected to unnecessary burdens, ineffective treatments and indignities when death is approaching. On the other hand, it is important to ensure that the inherent dignity of human persons, even those who are persistently unconscious, is respected, and that no one is deprived of nutrition and hydration with the intent of bringing on his or her death.

It is not easy to arrive at a single answer to some of the real and personal dilemmas involved in this issue. In study, prayer and compassion we continue to reflect on this issue and hope to discover additional information that will lead to its ultimate resolution.

In the meantime, at a practical level, we are concerned that withdrawal of all life support, including nutrition and hydration, not be viewed as appropriate or automatically indicated for the entire class of PVS patients simply because of a judgment that they are beyond the reach of medical treatment that would restore consciousness. We note the current absence of conclusive scientific data on the causes and implications of different degrees of brain damage, on the PVS patient's ability to experience pain, and on the reliability of prognoses for many such patients. [39] We do know that many of these patients have a good prognosis for long-term survival when given medically assisted nutrition and hydration, and a certain prognosis for death otherwise - and we know that many in our society view such an early death as a positive good for a patient in this condition. Therefore we are gravely concerned about current attitudes and policy trends in our society that would too easily dismiss patients without apparent mental faculties as non-persons or as undeserving of human care and concern. In this climate, even legitimate moral arguments intended to have a careful and limited application can easily be misinterpreted, broadened, and abused by others to erode respect for the lives of some of our society's most helpless members.

In light of these concerns, it is our considered judgment that while legitimate Catholic moral debate continues, decisions about these patients should be guided by a presumption in favor of medically assisted nutrition and hydration. A decision to discontinue such measures should be made in light of a careful assessment of the burdens and benefits of nutrition and hydration for the individual patient and his or her family and community. Such measures must not be withdrawn in order to cause death, but they may be withdrawn if they offer no reasonable hope of sustaining life or pose excessive risks or burdens. We also believe that social and health care policies should be carefully framed so that these patients are not routinely classified as "terminal" or as prime candidates for the discontinuance of even minimal means of life support.

7. Who should make decisions about medically assisted nutrition and hydration?

"Who decides?" In our society many believe this is the most important or even the only important question regarding this issue, and many understand it in terms of who has legal status to decide. Our Catholic tradition is more concerned with the principles for good moral decision making, which apply to everyone involved in a decision. Some general observations are appropriate here.

A competent patient is the primary decision maker about his or her own health care and is in the best situation to judge how the benefits and burdens of a particular procedure will be experienced. Ideally the patient will act with the advice of loved ones, of health care personnel who have expert knowledge of medical aspects of the case, and of pastoral counselors who can help explore the moral issues and spiritual values involved. A patient may wish to make known his or her general wishes about life support in advance; such expressions cannot have the weight of a fully informed decision made in the actual circumstances of an illness, but can help guide others in the event of a later state of incompetency. [40] Morally even the patient making decisions for himself or herself is bound by norms that prohibit the directly intended causing of death through action or omission and by the distinction between ordinary and extraordinary means.

When a patient is not competent to make his or her own decisions, a proxy decision maker who shares the patient's moral convictions, such as a family member or guardian, may be designated to represent the patient's interests and interpret his or her wishes. Here, too, moral limits remain relevant - that is, morally the proxy may not deliberately cause a patient's death or refuse what is clearly ordinary means, even if he or she believes the patient would have made such a decision.

Health care personnel should generally follow the reasonable wishes of patient or family, but must also consult their own consciences when participating in these decisions. A physician or nurse told to participate in a course of action that he or she views as clearly immoral has a right and responsibility either to refuse to participate in this course of action or to withdraw from the case, and he or she should be given the opportunity to express the reasons for such refusal in the appropriate forum. Social and legal policies must protect such rights of conscience.

Finally, because these are matters of life and death for human persons, society as a whole has a legitimate interest in responsible decision making.[41]

Conclusion

In this document we reaffirm moral principles that provide a basis for responsible discussion of the morality of life support. We also offer tentative guidance on how to apply these principles to the difficult issue of medically assisted nutrition and hydration.

We reject any omission of nutrition and hydration intended to cause a patient's death. We hold for a presumption in favor of providing medically assisted nutrition and hydration to patients who need it, which presumption would yield in cases where such procedures have no medically reasonable hope of sustaining life or pose excessive risks or burdens. Recognizing that judgments about the benefits and burdens of medically assisted nutrition and hydration in individual cases have a subjective element and are generally best made by the patient directly involved, we also affirm a legitimate role for families' love and guidance, health care professionals' ethical concerns, and society's interest in preserving life and protecting the helpless.

In rejecting broadly permissive policies on withdrawal of nutrition and hydration from vulnerable patients, we must also help ensure that the burdens of caring for the helpless are more equitably shared throughout our society.

We recognize that this document is our first word, not our last word, on some of the complex questions involved in this subject. We urge Catholics and others concerned about the dignity of the human person to study these reflections and participate in the continuing public discussion of how best to address the needs of the helpless in our society.

Appendix

Technical Aspects of Medically Assisted Nutrition and Hydration

Procedures for providing nourishment and fluids to patients who cannot swallow food orally are either "parenteral" (bypassing the digestive tract) or "enteral" (using the digestive tract).

Parenteral or intravenous feeding is generally considered "more hazardous and more expensive" than enteral feeding.[42] It can be subdivided into peripheral intravenous feeding (using a needle inserted into a peripheral vein) and central intravenous feeding, also known as total parenteral feeding or hyperalimentation (using a larger needle inserted into a central vein near the heart). Peripheral intravenous lines can provide fluids and electrolytes as well as some nutrients; they can maintain fluid balance and prevent dehydration, but cannot provide adequate nutrition in the long term. [43] Total parenteral feeding can provide a more adequate nutritional balance, but poses significant risks to the patient and may involve costs an order of magnitude higher than other methods of tube feeding. It is no longer considered experimental and has become "a mainstay for helping critically ill patients to survive acute illnesses where the prognosis had previously been nearly hopeless," but its feasibility for life-long maintenance of patients without a functioning gastrointestinal tract has been questioned.[44]

Because of the limited usefulness of peripheral intravenous feeding and the special burdens of total parenteral feeding - and because few patients so completely lack a digestive system that they must depend on these measures for their sole source of nutrition - enteral tube feeding is the focus of the current debate over medically assisted nutrition and hydration. Such methods are used when a patient has a functioning digestive system but is unable or unwilling to ingest food orally and/or to swallow. The most common routes for enteral tube feeding are nasogastric (introducing a thin plastic tube through the nasal cavity to reach into the stomach), gastrostomy (surgical insertion of a tube through the abdominal wall into the stomach), and jejunostomy (surgical insertion of a tube through the abdominal wall into the small intestine).[45] These methods are the primary focus of this document.

Each method of enteral tube feeding has potential side effects. For example, nasogastric tubes must be inserted and monitored carefully so that they will not introduce food or fluids into the lungs. They may also irritate sensitive tissues and create discomfort; confused or angry patients may sometimes try to remove them; and efforts to restrain a patient to prevent this can impose additional discomfort and other burdens. On the positive side, insertion of these tubes requires no surgery and only a modicum of training.[46]

Gastrostomy and jejunostomy tubes are better tolerated by many patients in need of long-term feeding. Their most serious physical burdens arise from the fact that

their insertion requires surgery using local or general anesthesia, which involves some risk of infection and other complications. Once the surgical procedure is completed, these tubes can often be maintained without serious pain or medical complications, and confused patients do not often attempt to remove them.[47]

Notes

1. Congregation for the Doctrine of the Faith, *Declaration on Procured Abortion* (1974), no. 11.
2. Second Vatican Council, *Gaudium et spes*, no. 27. Suicide must be distinguished from "that sacrifice of one's life whereby for a higher cause, such as God's glory, the salvation of souls or the service of one's brethren, a person offers his or her own life or puts it in danger." Congregation for the Doctrine of the Faith, *Declaration on Euthanasia* (1980), Part I.
3. *Declaration on Euthanasia*, Part II.
4. See: *Declaration on Euthanasia*, Part III; United States Catholic Conference, *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Facilities* (1971), Directive 29.
5. *Declaration on Euthanasia*, Part IV.
6. *Ibid.*
7. *Ibid*, Conclusion.
8. *Gaudium et spes*, no. 27; *Declaration on Procured Abortion*, no. 12.
9. *Document of the Holy See for the International Year of Disabled Persons* (March 4, 1981), 1.1,11.1: *Origins*, Vol. 10 (1981), pp. 747-8.
10. *Declaration on Euthanasia*, Introduction; *Declaration on Procured Abortion*, nos. 10-11, 21; Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith, *Instruction on Respect for Human Life in Its Origin* (1987), Part III.
11. Archbishop John Roach, "Life-support removal: No easy answers," *Catholic Bulletin*, March 7, 1991, p. 1 (citing Bio/medical Ethics Commission of the Archdiocese of St. Paul-Minneapolis).
12. "If all fluids and nutrition are withdrawn from any patient, regardless of the condition, he or she will die -inevitably and invariably. Death may come in a few days or take up to two weeks. Rarely in medicine is an earlier death for the patient so certain." Ronald E. Cranford, M.D., "Patients with Permanent Loss of Consciousness," Joanne Lynn (ed.), *By No Extraordinary Means* (Indiana University Press 1986), p. 191.
13. See the arguments made by a judge in the Elizabeth Bouvia case and by the attorneys in the Hector Rodas case, among others. See *Bowia v. Superior Court*, 225 Cal. Rptr. 297, 307-8 (1986) (Compton, J., concurring); *Complaint for the Declaratory Relief in Rodas Case, Issues in Law and Medicine*, Vol. 2 (1987), pp. 499-501, quoted verbatim from *Rodas v. Erkenbrack* No. 87 cv 142 (Mesa County, Cob., filed Jan. 30, 1987).
14. As one medical ethicist observes, interest in a broadly permissive policy for removing nutrition and hydration has grown "because a denial of nutrition may in a long run become the only effective way to make certain that a large number of biologically tenacious patients actually die." Daniel Callahan, "On Feeding the Dying," *Hastings Center Report*, Vol. 13 (October 1983), p. 22.
15. See text: MORAL PRINCIPLES, no. 5.
16. Address to a Human Pre-Leukaemia Conference, November 15, 1985: AAS, Vol. 78 (1986), p. 361. Also see his October 21, 1985 address to a study group of the Pontifical Academy of Sciences: "Even when the sick are incurable, they are never untreatable; whatever their condition, appropriate care should be provided for them." AAS, Vol. 78 (1986), p. 314; *Origins*, Vol. 15 (December 5, 1985), p. 416.
17. Some groups advising the Holy See have ventured opinions on this point, but these do not have the force of official church teaching. For example, in 1985 a study group of the Pontifical Academy of Sciences concluded: "If a patient is in a permanent, irreversible coma, as far as can be foreseen, treatment is not required, but all care should be lavished on him, including feeding." Pontifical Academy of Sciences, "The Artificial Prolongation of Life," *Origins*, Vol. 15 (December 5, 1985), p. 415. Since comatose patients cannot generally take food orally, the statement evidently refers to medically assisted feeding. Similar statements are found in : Pontifical Council Cor Unum, *Question of Ethics Regarding the Fatally Ill and the Dying* (1981), p. 9; "Ne Eutanasia Ne Accanimento Terapeutico," *La Civiltà Cattolica*, Vol. 3280 (February 21, 1987), p. 324.
18. World Medical Association, *Declaration of Helsinki* (1975), 11.1.

19. See Joyce V. Zerwekh, "The Dehydration Question," *Nursing* (January 1983), pp. 47-51.
20. See William E. May et al., "Feeding and Hydrating the Permanently Unconscious and Other Vulnerable Persons," *Issues in Law and Medicine*, Vol. 3 (Winter 1987), p. 208.
21. Ronald E. Cranford, "The Persistent Vegetative State: The Medical Reality (Getting the Facts Straight)," *Hastings Center Report* Vol. 18 (February/March 1988), p. 31.
22. *Declaration on Euthanasia*, Part IV (emphasis added).
23. Current ethical guidelines for nurses, while generally defending patient autonomy, reflect this concern: "Obligations to prevent harm and bring benefit. . . require that nurses seek to understand the patient's reasons for refusal. . . . Nurses should make every effort to correct inaccurate views, to modify superficially held beliefs and overly dramatic gestures, and to restore hope where there is reason to hope." American Nurses' Association Committee on Ethics, "Guidelines on Withdrawing or Withholding Food and Fluid," *BioLaw*, Vol. 2 (October 1988), pp. U 1124-5.
24. In one such study, "seventy percent of patients and families were 100% willing to undergo intensive care again to achieve even one month of survival"; "age, severity of critical illness, length of stay, and charges for intensive care did not influence willingness to undergo intensive care." Danis et al., "Patients' and Families' Preferences for Medical Intensive Care," *Journal of the American Medical Association*, Vol. 260 (August 12, 1988), p. 797. In another study, out of 33 people who had close relatives in a "persistent vegetative state," 29 agreed with the initial decision to initiate tube feeding and 25 strongly agreed that such feeding should be continued, although none of those surveyed had made the decision to initiate it. Tresch et al., "Patients in a Persistent Vegetative State: Attitudes and Reactions of Family Members," *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol. 39 (January 1991), pp.17-21.
25. *Declaration on Euthanasia*, Part IV.
26. "In striving to contain medical care costs, it is important to avoid discriminating against the critically ill and dying, to shun invidious comparisons of the economic value of various individuals to society, and to refuse to abandon patients and hasten death to save money." Hastings Center, *Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and Care of the Dying* (Hastings Center 1987), p.120.
27. A possible exception is total parenteral feeding, which requires carefully prepared sterile formulas and more intensive daily monitoring. Ironically, some current health care policies may exert economic pressure in favor of TPN because it is easier to obtain third-party reimbursement. Families may pay more for other forms of feeding because some insurance companies do not see them as "medical treatment." See U.S. Congress, Office of Technology Assessment, *Life-Sustaining Technologies and the Elderly*, OTA-BA-306 (Washington, D.C.: July 1987), p. 286.
28. "One can never claim that one wishes to bring comfort to a family by suppressing one of its members. The respect, the dedication, the time and the means required for the care of handicapped persons, even of those whose mental faculties are gravely affected, is the price that a society should generously pay in order to remain truly human." *Document of the Holy See*, note 9 supra, 11.1: *Origins*, p. 748. The Holy See acknowledges that society as a whole should willingly assume these burdens, not leave them on the shoulders of individuals and families.
29. E.g., see P. Singer, "Sanctity of Life or Quality of Life?," *Pediatrics*, Vol. 72 (July 1983), pp.128-9. On the use and misuse of the term "quality of life" see John Cardinal O'Connor, "Who Will Care for the AIDS Victims?," *Origins*, Vol. 19 (January 18, 1990), pp. 544-8. Some Catholic theologians agree that a low "quality of life" justifies withdrawal of medically assisted feeding only from patients diagnosed as permanently unconscious. This argument is discussed separately in section 6 below.
30. See David Milne, "Urges MDs to Get Birth Defects Patient's Own Story," *Medical Tribune* (December 12, 1979), p. 6.
31. National Conference of Catholic Bishops, *Pastoral Statement of the United States Catholic Bishops on Persons with Disabilities* (Washington, D.C.: USCC 1978).
32. Some patients with disabilities ask for death because all their efforts to build a life of self-respect are thwarted; a "right to die" is the first right for which they receive enthusiastic support from the able-bodied. See Paul K. Longmore, "Elizabeth Bouvia, Assisted Suicide and Social Prejudice," *Issues in Law and Medicine*, Vol. 3 (Fall 1987), pp.141-168.
33. "Quality of life must be sought, in so far as it is possible, by proportionate and appropriate treatment, but it presupposes life and the right to life for everyone, without discrimination and abandonment." Pope John Paul II, Address of April 14, 1988 to the

- Eleventh European Congress of Perinatal Medicine: AAS, Vol. 80 (1988), p. 1426; *The Pope Speaks*, Vol. 33 (1988), pp. 264-5.
34. See Archbishop Roger Mahony, "Two Statements on the Bouvia Case," *Linacre Quarterly*, Vol. 55 (February 1988), pp. 85-7.
 35. Coma and persistent vegetative state are not the same. Coma, strictly speaking, is generally not a long-term condition, for within a few weeks a comatose patient usually dies, recovers, or reaches the plateau of a persistent vegetative state. "Coma implies the absence of both arousal and content. In terms of observable behavior, the comatose patient appears to be asleep, but unlike the sleeping patient, he cannot be aroused from this state. . . . The patient in the vegetative state appears awake but shows no evidence of content, either confused or appropriate. He often has sleep-wake cycles but cannot demonstrate an awareness either of himself or his environment." Levy, "The Comatose Patient," Rosenberg (ed.), *The Clinical Neurosciences* (Churchill Livingstone 1983), Vol. I, p. 956.
 36. While this pejorative connotation was surely not intended by those coining the phrase, we invite the medical profession to consider a less discriminatory term for this diagnostic state.
 37. See text: MORAL PRINCIPLES, no.5.
 38. Because patients need nutritional support to live during the weeks or months of observation required for responsible assessment of PVS, the cases discussed here involve decisions about discontinuing such support rather than initiating it.
 39. One recent scientific study of recovery rates followed up 84 patients with a firm diagnosis of PVS. Of these patients, "41% became conscious by 6 months, 52% regained consciousness by 1 year, and 58% recovered consciousness within the 3-year follow-up interval." The study was unable to identify "predictors of recovery from the vegetative state," that is, there is no established test by which physicians can tell in advance which PVS patients will ultimately wake up. The data "do not exclude the possibility of vegetative patients regaining consciousness after the second year," though this "must be regarded as a rare event." Levin, Saydjari et al., "Vegetative State After Closed-Head Injury: A Traumatic Coma Data Bank Report," *Archives of Neurology*, Vol.48 (June 1991), pp. 580-5.
 40. Some Catholic moralists, using the concept of a "virtual intention," note that a person may give spiritual significance to his or her later suffering during incompetency, by deciding in advance to join these sufferings with those of Christ for the redemption of others.
 41. See: NCCB Committee for Pro-Life Activities, "Guidelines for Legislation on Life-Sustaining Treatment" (November 10, 1984), *Origins*, Vol. 14 (January 24, 1985); "Statement on the Uniform Rights of the Terminally Ill Act" (June 1986), *Origins*, Vol. 16 (September 4, 1986); United States Catholic Conference, Brief as Amicus Curiae in Support of Petitioners, "Cruzan v. Director of Missouri Department of Health v. McCansse," U.S. Supreme Court, No. 88-1503, *Origins*, Vol. 19 (October 26, 1989), pp. 345-351.
 42. David Major, M.D., "The Medical Procedures for Providing Food and Water: Indications and Effects," Lynn (ed.), *By No Extraordinary Means* (Indiana University Press 1986), p. 27.
 43. Peripheral veins (e.g., those found in an arm or leg) will eventually collapse after a period of intravenous feeding and will collapse much faster if complex nutrients such as proteins are included in the formula. See U.S. Congress, Office of Technology Assessment, *Life-Sustaining Technologies and the Elderly*, OTA-BA-306 (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, July 1987), pp. 283-4.
 44. Major, pp. 22, 24-5. Also see OTA, pp. 284-6.
 45. See Major, pp. 22, 25-6.
 46. Major, p. 22; OTA, pp. 282-3; Ross Laboratories, *Tube Feedings: Clinical Application* (1982), pp. 28-30.
 47. Major, p. 22; OTA, p. 282. Many ethicists observe that there is no morally significant difference in principle between withdrawing a life-sustaining procedure and failing to initiate it. However, surgically implanting a feeding tube and maintaining it once implanted may involve a different proportion of benefit to burden, because the transient risks of the initial surgical procedure will not continue or recur during routine maintenance of the tube.

V. Enzyklika *Evangelium vitae* von Papst Johannes Paul II. (1995)¹¹

65. Für ein korrektes sittliches Urteil über die Euthanasie gilt es zunächst, diese klar zu definieren. Unter *Euthanasie im eigentlichen Sinn* versteht man eine Handlung oder Unterlassung, die ihrer Natur nach und aus bewusster Absicht den Tod herbeiführt, um auf diese Weise jeden Schmerz zu beenden. „Bei Euthanasie dreht es sich also wesentlich um den Vorsatz des Willens und um die Vorgehensweisen, die angewandt werden“.¹²

Von ihr zu unterscheiden ist 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 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“.¹³

Sicherlich besteht die moralische Verpflichtung sich 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.¹⁴

Besondere Bedeutung gewinnen in der modernen Medizin die sogenannten „*palliativen Behandlungsweisen*“, die das Leiden im Endstadium der Krankheit erträglicher machen und gleichzeitig für den Patienten eine angemessene menschliche Begleitung gewährleisten sollen. In diesem Zusammenhang erhebt sich unter anderem das Problem, inwieweit die Anwendung der verschiedenen Schmerzlinderungs- und Beruhigungsmittel, um den Kranken vom Schmerz zu befreien, erlaubt ist, wenn das die Gefahr einer Verkürzung des Lebens mit sich bringt.

Auch wenn jemand, der das Leiden aus freien Stücken annimmt, indem er auf schmerzlindernde Maßnahmen verzichtet, um seine volle Geistesklarheit zu bewahren und, wenn er gläubig ist, bewusst am Leiden des Herrn teilzuhaben, in der Tat es Lobes würdig ist, so kann diese „heroische“ Haltung doch nicht als für alle verpflichtend angenommen werden. Schon Pius XII. hatte gesagt, den Schmerz durch Narkotika zu unterdrücken, auch wenn das eine Trübung des Bewusstseins und die Verkürzung des Lebens zur Folge habe, sei erlaubt, „falls keine anderen Mittel vorhanden sind und unter den gegebenen Umständen dadurch nicht die Erfüllung anderer religiöser und moralischer Verpflichtungen behindert wird“.¹⁵ Denn in diesem Fall wird der Tod nicht gewollt oder gesucht, auch wenn aus berechtigten Gründen die Gefahr dazu gegeben ist: man will einfach durch Anwendung der von der Medizin

¹¹ Deutschen Bischofskonferenz (Verlautbarungen des apostolischen Stuhls, 120), Bonn 1995, S. 79 – 80.

¹² Vgl. *Charta der Rechte der Familie* (22. Oktober 1983), Art. 4b: Tipografia Poliglotta Vaticana, 1983.

¹³ **KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE**, Erklärung über die Euthanasie *Iura et bona* (5. Mai 1980), II: AAS 72 (1980), 546.

¹⁴ Ebd., IV, a. a. O., 551.

¹⁵ Ansprache an eine internationale Gruppe von Ärzten (24. Februar 1957), III: AAS 49 (1957), 147; vgl. **KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE**, Erklärung über die Euthanasie *Iura et bona*, III: AAS 72 (1980), 547-548.

zur Verfügung gestellten Analgetika den Schmerz wirksam lindern. Doch „darf man den Sterbenden nicht ohne schwerwiegenden Grund seiner Bewusstseinsklarheit berauben“:¹⁶ die Menschen sollen vor dem herannahenden Tod in der Lage sein, ihren moralischen und familiären Verpflichtungen nach kommen zu können, und sich vor allem mit vollem Bewusstsein auf die endgültige Begegnung mit Gott vorbereiten können. Nach diesen Unterscheidungen bestätige ich in Übereinstimmung mit dem Lehramt meiner Vorgänger¹⁷ und in Gemeinschaft mit den Bischöfen der katholischen Kirche, dass *die Euthanasie eine schwere Verletzung des göttlichen Gesetzes ist*, insofern es sich um eine vorsätzliche Tötung einer menschlichen Person handelt, was sittlich nicht zu akzeptieren ist. Diese Lehre ist auf dem Naturrecht und auf dem geschriebenen Wort Gottes begründet, von der Tradition der Kirche überliefert und vom ordentlichen und allgemeinen Lehramt der Kirche gelehrt.¹⁸ Eine solche Handlung setzt, je nach den Umständen, die Bosheit voraus, wie sie dem Selbstmord oder dem Mord eigen ist.

¹⁶ PIUS XII., *Ansprache an eine internationale Gruppe von Ärzten* (24. Februar 1957), III: AAS 49 (1957), 145.

¹⁷Vgl. PIUS XII., *Ansprache an eine internationale Gruppe von Ärzten* (24. Februar 1957): AAS 49 (1957), 129-147; KONGREGATION DES HL. OFFIZIUMS, *Decretum de directa insontium occisione* (2. Dezember 1940): AAS 32 (1940), 553-554; PAUL VI., *Botschaft im französischen Fernsehen: „Jedes Leben ist heilig“* (27. Januar 1971): *Insegnamenti* IX (1971), 57-58; *Ansprache an das Internationale Chirurgenkollegium* (1. Juni 1972): AAS 64 (1972), 432-436; II. VAT. KONZIL, *Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute Gaudium et spes*, Nr. 27.

¹⁸ Vgl. II. VAT. KONZIL, *Dogmatische Konstitution über die Kirche Lumen Gentium*, Nr. 25.

VI. Johannes Paul II, Ein Mensch ist und bleibt immer ein Mensch (2004)¹⁹

Audienz für die Teilnehmer am Internationalen Fachkongress zum Thema „Lebenserhaltende
Behandlungen und vegetativer Zustand: Wissenschaftliche Fortschritte und ethische
Dilemmata“

Sehr geehrte Damen und Herren!

1. Herzlich begrüße ich Sie, die Teilnehmer am Internationalen Fachkongress »Life-Sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and Ethical Dilemmas« (»Lebenserhaltende Behandlungen und vegetativer Zustand: Wissenschaftliche Fortschritte und ethische Dilemmata«). Einen besonderen Gruß richte ich an Msgr. Elio Sgreccia, Vizepräsident der Päpstlichen Akademie für das Leben, und an Herrn Prof. Gian Luigi Gigli, Präsident der Internationalen Föderation der Katholischen Ärzteverbände und hochherziger Verteidiger des grundlegenden Wertes des Lebens, der freundlicherweise die Empfindungen aller zum Ausdruck gebracht hat.

Dieser bedeutsame Kongreß, der von der Päpstlichen Akademie für das Leben und von der Internationalen Föderation der Katholischen Ärzteverbände organisiert wurde, behandelt ein äußerst wichtiges Thema: das klinische Bild des sogenannten »vegetativen Zustandes« oder »Wachkomas«. Die komplexen wissenschaftlichen, ethischen, sozialen und pastoralen Aspekte dieses Zustandes bedürfen einer tiefen Reflexion und eines fruchtbringenden interdisziplinären Dialogs, wie es Ihr dichtes und reichgliedertes Arbeitsprogramm beweist.

EXAKTE DIAGNOSE

2. Mit besonderer Wertschätzung und großer Hoffnung ermutigt die Kirche die Anstrengungen der Wissenschaftler, die sich täglich und manchmal unter großen Opfern ihren Studien- und Forschungsaufgaben widmen, um die diagnostischen, therapeutischen, prognostischen und rehabilitativen Möglichkeiten für solche Patienten zu verbessern, die dem behandelnden Arzt und dem Pflegepersonal völlig überlassen sind. Denn die kranke Person gibt kein offensichtliches Zeichen des Bewusstseins ihrer selbst oder ihrer Umgebung von sich und scheint unfähig, mit den anderen zu interagieren oder auf entsprechende Reize zu reagieren.

Die Fachleute weisen vor allem auf die Notwendigkeit hin, zu einer exakten Diagnose zu gelangen, die normalerweise eine lange und aufmerksame Beobachtung in spezialisierten Zentren erfordert, auch unter Berücksichtigung der in der Fachliteratur angeführten hohen Anzahl diagnostischer Irrtümer. Nicht wenige dieser Patienten können später durch angemessene Behandlungen und gezielte Rehabilitationsprogramme aus dem Koma erwachen. Viele andere hingegen bleiben leider Gefangene ihres Zustandes, auch für lange Zeit und ohne technologischer Hilfen zu bedürfen.

Im einzelnen wurde für diejenigen, deren »vegetativer Zustand« mehr als ein Jahr andauert, der Fachausdruck »ständiger vegetativer Zustand« geprägt. In Wirklichkeit entspricht dieser Definition keine andere Diagnose, sondern nur eine konventionelle Prognose in bezug auf die Tatsache, dass die Verbesserung des Zustands des Patienten, statistisch gesehen, immer schwieriger wird, je länger der vegetative Zustand anhält.

Dennoch dürfen die genau dokumentierten Fälle der wenigstens teilweisen Wiederherstellung auch nach vielen Jahren nicht vergessen oder unterschätzt werden.

¹⁹ L'OSSERVATORE ROMANO 9. April 2004/ Nr 15/16, S. 15.

Deshalb muss bekräftigt werden, dass die medizinische Wissenschaft bis heute noch nicht imstande ist, mit Sicherheit vorherzusagen, welche Patienten in diesem Zustand genesen werden oder nicht.

3. Angesichts eines Patienten in einer solchen klinischen Verfassung fehlt es nicht an Menschen, die die Fortdauer seiner »menschlichen Eigenschaft« anzweifeln, als ob das Eigenschaftswort »vegetativ« (dessen Gebrauch sich nunmehr durchgesetzt hat), das einen klinischen Zustand symbolisch beschreibt, jetzt auf den Kranken als solchen bezogen werden könnte oder zu beziehen sei, wodurch in der Tat sein Wert und seine personale Würde erniedrigt werden. In diesem Sinn ist festzuhalten, dass der zwar hauptsächlich auf den klinischen Bereich begrenzte Terminus in bezug auf das menschliche Subjekt sicher nicht der gelungenste ist.

Im Gegensatz zu solchen Denkströmungen empfinde ich es als meine Pflicht, mit Nachdruck zu bekräftigen, dass der jedem Menschen innewohnende Wert und seine personale Würde sich nicht verändern, was immer auch seine konkreten Lebensumstände sein mögen. Ein Mensch ist und bleibt immer ein Mensch und wird nie zur Pflanze oder zum Tier, selbst wenn er schwerkrank oder in der Ausübung seiner höheren Funktionen behindert ist.

Auch unsere Brüder und Schwestern, die sich im klinischen »vegetativen Zustand« befinden, bewahren ihre volle menschliche Würde. Der liebevolle Blick Gottes des Vaters ruht weiterhin auf ihnen und erkennt sie als seine Kinder, die ganz besonderer Hilfe bedürfen.

4. Die Ärzte und die Pfleger, die Gesellschaft und die Kirche haben moralische Verpflichtungen, denen sie sich nicht entziehen können, ohne die Ansprüche sowohl der professionellen Deontologie als auch der menschlichen und christlichen Solidarität zu verfehlen.

Der Kranke im vegetativen Zustand, der die Wiederherstellung oder das natürliche Ende erwartet, hat also das Recht auf eine grundlegende ärztliche Betreuung (Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit, Hygiene, Wärme usw.) und auf die Vorsorge gegen Komplikationen, die mit der Bettlägerigkeit verbunden sind. Er hat auch das Recht auf einen gezielten rehabilitativen Eingriff und auf die Überwachung der klinischen Zeichen einer eventuellen Besserung.

NAHRUNGSZUFUHR

Insbesondere möchte ich unterstreichen, dass die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch wenn sie auf künstlichen Wegen geschieht, immer ein natürliches Mittel der Lebenserhaltung und keine medizinische Handlung ist. Ihre Anwendung ist deshalb prinzipiell als normal und angemessen und damit als moralisch verpflichtend zu betrachten, in dem Maß, in dem und bis zu dem sie ihre eigene Zielsetzung erreicht, die im vorliegenden Fall darin besteht, dem Patienten Ernährung und Linderung der Leiden zu verschaffen.

Denn die Pflicht, »dem Kranken in solchen Fällen die gebotenen normalen Behandlungen« nicht vorzuenthalten (Kongregation für die Glaubenslehre, *Iura et bona*, S. IV), umfaßt auch die Versorgung mit Nahrung und Wasser (vgl. Päpstlicher Rat »Cor Unum«, *Dans le cadre*, 2.4.4; Päpstl. Rat für die Pastoral im Krankendienst, *Charta für den Krankendienst*, Nr. 120). Eine Wahrscheinlichkeitsrechnung, die auf den geringen Hoffnungen auf Besserung gründet, wenn der vegetative Zustand mehr als ein Jahr andauert, kann ethisch die Aussetzung oder Unterbrechung der Mindestbehandlungen des Patienten, einschließlich der Ernährung und Wasserverabreichung, nicht rechtfertigen. 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.

In dieser Hinsicht habe ich in der Enzyklika *Evangelium vitae* klargestellt: »Unter Euthanasie im eigentlichen Sinn versteht man eine Handlung oder Unterlassung, die ihrer Natur nach und aus bewusster Absicht den Tod herbeiführt, um auf diese Weise

jeden Schmerz zu beenden.« Eine solche Handlung ist immer »eine schwere Verletzung des göttlichen Gesetzes, insofern es sich um die vorsätzliche Tötung einer menschlichen Person handelt, was sittlich nicht zu akzeptieren ist« (Nr. 65).

Im übrigen ist der moralische Grundsatz bekannt, wonach auch der einfache Zweifel, ob man sich einer lebenden Person gegenüber befindet, schon dazu verpflichtet, diese voll zu respektieren und jede Handlung zu unterlassen, die auf ihren vorzeitigen Tod abzielt.

5. In diesem allgemeinen Bezug dürfen Überlegungen hinsichtlich der »Lebensqualität« nicht überwiegen, weil sie in Wirklichkeit oft vom psychologischen, sozialen und wirtschaftlichen Druck diktiert werden.

Eine Abwägung der Kosten darf vor allem nicht über den Wert des grundlegenden Gutes des menschlichen Lebens bestimmen, das man zu schützen sucht. Wenn man nämlich zugibt, dass über die Qualität des Lebens des Menschen auf Grund einer Erkenntnis von außen entschieden werden kann, dann bedeutet das, anzuerkennen, dass man jedem Subjekt von außen ein zunehmendes oder abnehmendes Maß von Lebensqualität und damit von Menschenwürde zugesteht und dass damit ein diskriminierendes und eugenetisches Prinzip in die sozialen Beziehungen eingeführt wird.

Es ist auch nicht »a priori« auszuschließen, dass die Unterlassung der Ernährung und Wasserverabreichung, wie es in ernsthaften Studien heißt, bei dem Kranken große Schmerzen hervorruft, auch wenn wir seine Reaktionen nur auf der Ebene des autonomen oder mimischen Nervensystems sehen können. Die modernen Techniken der klinischen Neurophysiologie und Hirndiagnose durch Bilder scheinen tatsächlich darauf hinzuweisen, dass in diesen Patienten elementare Formen der Kommunikation und der Reizanalyse fort dauern.

6. Dennoch genügt es nicht, den allgemeinen Grundsatz zu bekräftigen, wonach der Wert eines Menschenlebens nicht dem von anderen Menschen ausgesprochenen Urteil über die Qualität unterzogen werden darf; es ist notwendig, ein positives Handeln zu fördern, um dem Druck standzuhalten, der die Unterlassung der Wasserverabreichung und der Ernährung als Mittel benützt, das dem Leben des Patienten ein Ende setzt.

Vor allem sind aber die Familien zu unterstützen, die einen lieben Angehörigen haben, der von diesem schrecklichen klinischen Zustand betroffen ist. Sie dürfen nicht allein gelassen werden mit ihrer schweren menschlichen, psychologischen und finanziellen Belastung. Obwohl die Behandlung solcher Patienten im allgemeinen keine besonderen Kosten verursacht, muss die Gesellschaft ausreichende Mittel zur Verfügung stellen für die Behandlung dieser Art von Gebrechlichkeit, indem sie angemessene und konkrete Initiativen ergreift, wie zum Beispiel die Schaffung von Wachkoma-Stationen mit spezifischen Programmen für die Behandlung und Rehabilitation; die finanzielle Unterstützung und Betreuung der Familien zu Hause, wenn der Patient nach Beendigung der Programme der Intensiv-Rehabilitation wieder heimkehrt; die Schaffung von Hilfsstrukturen für die Fälle, in denen die Angehörigen nicht imstande sind, das Problem zu bewältigen, oder wo den Familien eine »Pause« in der Betreuung ermöglicht wird, um ihrer psychologischen und moralischen Überforderung vorzubeugen.

HUMANITÄRE MISSION

Die angemessene Behandlung dieser Patienten und die Betreuung ihrer Familien sollten außerdem die Anwesenheit und das Zeugnis des Arztes und des Pflegepersonals vorsehen, die die Aufgabe haben, den Angehörigen zu vermitteln, dass sie sich ihnen verbunden fühlen und an ihrer Seite kämpfen; auch die Beteiligung des freiwilligen Hilfsdienstes stellt eine wichtige Stütze für die Familie dar, damit sie aus der Isolierung herauskommt und sich als wertvolle und nicht allein gelassene Gruppe des sozialen Netzes fühlt.

In diesen Situationen spielen die geistliche Beratung und die Seelsorge eine wichtige Rolle als Hilfe für die Wiederentdeckung des tiefsten Sinns eines scheinbar aussichtslosen Zustandes.

7. Meine Damen und Herren, abschließend fordere ich Sie als Menschen der Wissenschaft, die für die Würde des Arztberufes verantwortlich sind, dazu auf, den Grundsatz streng zu hüten, nach dem die wahre Aufgabe der Medizin darin besteht, »wenn möglich, zu heilen, aber immer Sorge zu tragen« (to cure if possible, always to care).

Zur Besiegelung und Unterstützung Ihrer wahrhaft humanitären Mission des Beistands und der Hilfe für die leidenden Brüder und Schwestern rufe ich die Worte Jesu in Erinnerung: »Amen, ich sage euch: Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mir getan« (Mt 25,40).

In diesem Licht rufe ich auf Sie den Beistand dessen herab, der mit einem bedeutsamen patristischen Wort als »Christus medicus« bezeichnet wird, und während ich Ihre Arbeiten dem Schutz Marias anvertraue, der Trösterin der Betrübten und Stütze der Sterbenden, erteile ich allen von Herzen meinen besonderen Apostolischen Segen.

VII. Briefing Note on the Obligation to provide Nutrition and Hydration (2004)²⁰

Australian Catholic Bishops Conference & CHA (Catholic Health Australia)

3 Sep 2004

On 20th March Pope John Paul II addressed doctors, palliative care specialists, lawyers and ethicists meeting in Rome for a conference entitled 'Life Sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific advances and ethical dilemmas.' In his address, the Pope spoke of the obligation to provide nutrition and hydration to patients who are commonly said to be "in a persistent vegetative state (PVS)".

In view of the debates over this question in recent years, the Pope's reflections and teachings are much to be welcomed by Catholic healthcare professionals. This briefing note explains the background and context for the Pope's statement, the key points made by the Pope, and the implications of his statement for Catholic health care professionals in Australia.

Background and Context

As stated in the CHA Code of Ethical Standards, life sustaining treatments are not obligatory when they are therapeutically futile or when they impose an undue burden on the patient and/or others, including the patient's family and the available healthcare resources.

The application of this principle to PVS patients has been much debated by Catholic ethicists. These patients have suffered either a traumatic injury, a non-traumatic episode (e.g. stroke) or are suffering from a degenerative disease, and have emerged from coma into a cycle of wakefulness and sleep. They remain unresponsive to most stimuli, are apparently unconscious and have usually lost the swallowing reflex. The NHMRC has proposed that such patients be described as "post coma unresponsive". Although many such patients either die or emerge from their unresponsive state within a few months, some can live for several years if they are provided with nutrition and hydration.

The Catholic ethical debate has centred on whether maintaining the life of such patients via a nasogastric or a PEG tube or intravenously or subcutaneously, is a legitimate and/or obligatory goal, given the patient's seeming lack of conscious awareness and the unlikelihood of ever recovering greater function. There has also been debate about whether such "artificial" feeding is or is not a "medical treatment", such as would be not obligatory under legislation in some states in Australia.

Although the immediate context for the Pope's remarks was a conference on the Vegetative State, similar ethical questions arise in the case of other patients, e.g. those suffering from advanced dementia, severe stroke, advanced metastases or advanced neurogenic disease. Hence, the Pope's speech is of wide relevance to Catholic healthcare professionals. In addressing these issues in the form of an allocution to a gathering of healthcare professionals, the Pope has followed the example of his recent predecessors who used similar contexts for the exercise of their ordinary authority to speak on ethical issues.

²⁰ URL: <http://www.acbc.catholic.org.au/bc/docmoral/2004090316.htm>

Key points made by the Pope

The Pope made a number of points that must now inform Catholic ethical reflection.

1. First, the Pope criticised the application of the term "vegetative" to any human being. Whatever its medical significance, this term when used by ordinary people tends to obscure the humanity of the patient, who always remains a living human person, with all the dignity and rights of a human person. (Happily, this point has also been made by the Australian NHMRC, in its advocacy of the term "post-coma unresponsiveness".)
2. Secondly, the Pope stated that the provision of nutrition and hydration, even when provided by artificial means such as a naso-gastric or PEG tube, should be viewed as a "natural" means of care and not as a medical procedure or treatment.
3. Thirdly, the Pope said that the provision of nutrition and hydration, even by artificial means, should be considered in principle to be ordinary and proportionate and, as such, morally obligatory, as long as it gives nourishment and/or relief from suffering.
4. Fourthly, in saying that the provision of nutrition and hydration is in principle obligatory, the Pope allows for those cases in which the provision of nutrition and hydration would not be appropriate, either because they would not be metabolized adequately, or because their mode of delivery would be gravely burdensome.
5. Fifthly, the Pope notes that to cease providing nutrition and hydration that is neither futile, nor unduly burdensome, with a view to shortening a patient's life, would be euthanasia by omission.

Implications of the Pope's Statement

1. The recent CHA Code of Ethical Standards is in accord with these teachings by the Pope. Sections 5.9 - 5.11 explain why there should be a presumption in favour of providing life- sustaining measures to all patients. However, in the light of the Pope's statement, the following points deserve further emphasis.

The fact that a patient remains unresponsive after emerging from coma, and irrespective of how long the patient remains in this state, does not mean that the patient is any less deserving of medical treatment and non-medical care. Such patients should not be abandoned nor denied ordinary care and life-sustaining measures. In all cases, the judgments about the care due to patients should be based on the relevant medical and ethical criteria, not on the quality of the patient's life or state of consciousness.

2. The provision of food and water, even by artificial means, is not in itself a medical treatment that may be forgone or withdrawn solely on the grounds that it is a medical treatment (as was implied by the BWV case in Victoria in 2003). In itself, the provision of food and water (by whatever means) is the ordinary way of sustaining a patient's life and a minimal part of the care we owe to others. Accordingly, there is always a presumption that nutrition and hydration be provided to a patient, unless this would be futile or unduly burdensome (see CHA Code 1.13-1.14).
3. In particular cases, however, the provision of nutrition and hydration may cease to be obligatory, e.g. if the patient is unable to assimilate the material provided or if the manner of the provision itself causes undue suffering to the patient, or involves an undue burden to others. As the CHA Code notes, in Australia tube feeding is not normally too burdensome to others (5.12).

4. The Pope's statement does not explore the question whether artificial feeding involves a medical act or treatment with respect to insertion and monitoring of the feeding tube. While the act of feeding a person is not itself a medical act, the insertion of a tube, monitoring of the tube and patient, and prescription of the substances to be provided, do involve a degree of medical and/or nursing expertise. To insert a feeding tube is a medical decision subject to the normal criteria for medical intervention.

5. Whenever medical treatment or the provision of nutrition and hydration is withheld or withdrawn for legitimate reasons (futility, burdensomeness), this is not euthanasia. As the Pope wrote in *Evangelium Vitae*, "Euthanasia must be distinguished from the decision to forgo... medical procedures which no longer correspond to the real situation of the patient, either because they are by now disproportionate to any expected results or because they impose an excessive burden on the patient and his family.... To forgo extraordinary or disproportionate means is not the equivalent of suicide or euthanasia; it rather expresses acceptance of the human condition in the face of death " (EV 65).

In summary, the Pope's statement is an application of traditional Catholic teaching, and says neither that nutrition and hydration must always be given, nor that they are never to be given, to unresponsive and/or incompetent patients. Rather, the Pope affirms the presumption in favour of giving nutrition and hydration to all patients, even by artificial means, while recognising that in particular cases this presumption gives way to the recognition that the provision of nutrition and hydration would be futile or unduly burdensome.

LITERATURVERZEICHNIS

ACH J. S., MARCKMANN G., *Todesbegriff und Hirntod-Kriterium*, in: **WIESING U.**, (Hrsg.), *Ethik in der Medizin*, Stuttgart 2000, S. 300 – 308.

AD-HOC-KOMITEE DER HARVARD MEDICAL SCHOOL, *Tod. Eine Definition durch das irreversible Koma*, in: **U. WIESING**, (Hrsg.), *Ethik in der Medizin*, Stuttgart 2000, S. 308.

AMERICAN HEART ASSOCIATION, *Ethical consideration in resuscitation*, JAMA 28(1992), S. 2282 – 2288.

AIREDALE TRUST v. BLAND[1993] 1 All ER 821f per Lord Keith of Kinkel.

AIREDALE NHS TRUST v. BLAND [1993] 1 All ER 821f per Lord Mustill.

ALEXANDER VON HALES, *Summa Fratris Alexandri*, Vol. I – IV et Indices, PP. Collegii S. Bonaventurae, Hg., PP. Ed. Quaracchi, Quaracchi/Grottaferrata 1924-1979.

ALEXANDER VON HALES, *Magistri Alexandri de Hales Glossa in Quatuor Libros Sententiarum Petri Lombardi*, Bibliotheca Franciscana Scholastica Medii aevi, Vol. XII – XV, PP, Collegii S. Bonaventurae, Hg., Ed. Padri di Quaracchi, Quaracchi 1951 – 1957.

AMERICAN ACADEMY OF NEUROLOGY, *Position of the AAN on certain aspects of the care and management of the PVS patient*, Neurology, 39 (1989), S. 125 – 126.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION COUNCIL ON ETHICS AND JURIDICAL AFFAIRS, *Opinion 2.18*, JAMA, 256(1986), S. 2241.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION COUNCIL ON ETHICS AND JURIDICAL AFFAIRS, *Withholding or Withdrawing Life-Prolonging Medical Treatment*, Current Opinions 1989.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS AND COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS, *Persistent Vegetative State and the decision to withdraw or withhold life support*, JAMA 263 (1990), S. 426 – 430.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION COUNCIL ON ETHICS AND JURIDICAL AFFAIRS, *Medical Futility in End-of-Life Care*, JAMA (281)1999, S. 937-941.

AMERICAN NEUROLOGICAL ASSOCIATION COMMITTEE ON ETHICAL AFFAIRS, *Persistent vegetative state : report of the American Neurological Association Committee on Ethical Affairs*. Ann. Neurol., 33(1993), S. 386-390.

AMERICAN NEUROLOGICAL ASSOCIATION COMMITTEE ON ETHICAL AFFAIRS, *Persistent vegetative state*, Ann Neurol (10)1994, S. 27 – 33.

ANDREWS K., MURPHY L., MUNDAY R., LITTLEWOOD C., *Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in a rehabilitation unit*, BMJ 313(1996), S. 13 – 16.

ANGELL M., *After Quinlan: The Dilemma of the Persistent Vegetative State*, N Engl J Med 330(1994), S. 1524 – 1525.

ANGSTWURM H., *Der vollständige und endgültige Hirnausfall als sicheres Todeszeichen des Menschen*, in: **HOFF J., IN DER SCHMITTEN J.** (Hrsg.), *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntod-Kriterium*, Reinbeck 1995, S. 41 – 50.

ANICIUS MANLIUS SEVERINUS BOETHIUS, *Contra Eutychem et Nestorium 1-3*, in: *Die Theologische Traktate*, **ELSÄSSER M.** (Hrsg.), Hamburg 1988.

ARBEITSKREIS FRÜREHABILITATION DES ARBEITSKREISES REHABILITATION VON SCHLAGANFALLPATIENTEN UND SCHÄDELHIRN-VERLETZTEN IN BAYERN E. V. BEI DER BAYERISCHEN

- LANDESÄRZTEKAMMER**, *Stellungnahme zu ethischen Fragen bei der Behandlung von Patienten im persistierenden apallischen Syndrom*, Ethik Med 8(1996), S. 44 – 46.
- ARISTOTELES**, *Politik*, Übers. Olof Gigon, München 1996.
- ARNDT M.**, *Pflege, Moral und Beziehungen*, in: **STRÄTLING-TÖLLE H.** (Hrsg.), *50 Tage intensiv, oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus*, Frankfurt am Main 2000, S.105 – 121.
- ARNTZ K.**, *Unbegrenzte Lebensqualität? Bioethische Herausforderungen der Moralthologie*, Münster 1996.
- ASAI A., MAEKAWA M., AKIGUCHI I.**, et al., *Survey of Japanese physicians attitudes towards the care of adult patients in persistent vegetative state*, J Med Ethics 25 (1999), S. 302 – 308.
- ASHLEY B. M., O'ROURKE K. D.**, *Health Care Ethics. A theological Analysis*, 4th Edition, Washington 1997.
- ASHLEY B. M., O'ROURKE K. D.**, *Ethics of Health Care. An Introductory Textbook*, Washington 2002.
- ASHWAL S.**, *Pediatric vegetative state: Epidemiological and clinical issues*, in: **GIGLI G. L., ZASLER N.** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, NeuroRehabilitation 19(2004), S. 349 - 360.
- ATKINSON G. M.**, *Theological History of Catholic Teaching on Prolonging Life Decisions*, in: **MCCARTHY D. G., MORACZEWSKI A.S.** (Hrsg.), St. Louis 1981, S. 95 – 115.
- AUER J.**, *Die Welt – Gottes Schöpfung*, in: **AUER J., RATZINGER J.** (Hrsg.), *Kleine katholische Dogmatik*, Bd. III., Regensburg 1975.
- AUGUSTINUS**, *De Trinitate*, PL 42, 819 – 1098.
- AUSTRALIAN CATHOLIC BISHOPS CONFERENCE & CHA**, *Briefing Note on the Obligation to provide Nutrition and Hydration 2004*, URL: <http://www.acbc.catholic.org.au/bc/docmoral/2004090316.htm>, (Stand 11. 05. 2006).
- BAÑEZ D.**, *Scholastica Commentaria in Patrem Angelici Doctoris S. Thomae* (Duaci 1614-1615), Bd. IV, *Decisiones de Jure et Justitia*, II:II, q. 65, a. 1. Übersetzung **CRONIN D. A.**, *Conserving Human Life*, St. Louis 1989, S. 42.
- BARLETT E.T., YOUNGNER S.J.**, *Human Death and the Destruction of the Neocortex*, in: **ZANER R. M.**, *Death : Beyond Whole-Brain Criteria*, Dordrecht 1988, S. 199 - 215.
- BARRY R.**, *Feeding the comatose and the common good in the catholic tradition*, The Thomist 53(1989), S. 1 – 30.
- BARRY R.**, *The Sanctity of Human Life and its Protection*, Lanham 2002.
- BAUBY JEAN-DOMINIQUE**, *Schmetterling und Taucherglocke*, München 2001.
- BAUMGARTNER H. M.**, *Bewusstsein, Bewusstseinstheorien*, in: **KASPER W.** (Hrsg.), *Lexikon für Theologie und Kirche*, Bd. 2, Freiburg – Basel – Rom – Wien 1994, S. 354 – 356.
- BAUMGARTNER H. M., HONNEFELDER L., WICKLER W., WILDFEUER A. G.**, *Menschenwürde und Lebensschutz: Philosophische Aspekte*, in: **RAGER G.** (Hrsg.), *Beginn, Personalität und Würde des Menschen*, Freiburg/München 1998, S. 161-242.
- BAERTSCHI B.**, *La dignité de l'être humain et les états végétatifs*, **SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR BIOMEDIZINISCHEN ETHIK** (SGBE), *Menschen im Wachkoma*, Bioethica Forum, No. 45, Juni 2005, S. 2 – 5.
- BEAUCHAMP T. L., WALTERS L.** (Hrsg.), *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont 1982.

- BEAUCHAMP T.**, *Principes of Biomedical Ethics*, New York – Oxford 1989.
- BECK M.**, *Seele und Krankheit. Psychosomatische Medizin und theologische Anthropologie*, Paderborn 2000.
- BECKMANN J.P.**, *Über die Bedeutung des Person-Begriffs im Hinblick auf aktuelle medizin-ethische Probleme*, in: **BECKMANN J.P.** (Hrsg.), *Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik*, Berlin/New York 1996.
- BELEITES E.**, *Wegweiser für ärztliches Handeln*, Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 39, 25. September 1998 (17) A-2365 – 2366.
- BENZENHÖFER U.**, *Ein guter Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in ärztlicher Perspektive*, Neue Zürcher Zeitung, 21. 04. 2001, Nr. 92, S. 81.
- BERKMAN J.**, *Medically assisted nutrition and hydration in medicine and moral theology: a contextualization of its past and a direction for its future*, *The Tomist* 68 (2004), S. 69 – 104.
- BERNAT E.**, *Der persistent vegetative state als ethisches und rechtliches Problem: Weist das House of Lords den richtigen Weg?* in: **BERNAT E.**, **KRÖLL W.** (Hrsg.), *Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik*, Wien 1999, S. 47 – 63.
- BERNAT J.L.**, *Brain death occurs only with destruction of the cerebral hemispheres and the brain stem*. *Arch Neurol* 49 (1992), 569 - 570.
- BGH-Beschluss** vom 13.9.1994, AZ 1 Stk 357/94. *NJW* 48, S. 204- 207.
- BIENSTEIN CH.**, **FRÖHLICH A.**, *Basale Stimulation*, Düsseldorf 2003.
- BIERI P.**, *Was macht Bewusstsein zu einem Rätsel?* in: **METZINGER T.** (Hrsg.), *Bewusstsein. Beiträge aus der Gegenwartsphilosophie*, Paderborn 1996, S. 61 - 77.
- BIO SKOP**, *Patientenverfügungen*, Essen 2001.
- BIRNBACHER D.**, *Tun und Unterlassen*, Stuttgart 1995.
- BOBBERT M.**, **WERNER M. H.**, *Keine wesentliche neuen Gesichtspunkte?*, *Ethik Med* 9(1997), S. 209 – 219.
- BOCHEŃSKI J. M.**, *Pojęcie i godność osoby ludzkiej*, Referat na Kongresie Katolickim, Londyn 1943.
- BOCK W.J.**, *Bewusstsein – bewusstlos*, in: **BIENSTEIN C.**, **FRÖHLICH A.** (Hrsg.), *Bewusstlos. Eine Herausforderung für Angehörige, Pflege und Ärzte*, Düsseldorf 1994, S. 16 -24.
- BOCKENHEIMER-LUCIUS G.**, *„Wachkoma“ und Ethik*, *Ethik Med* 17(2005), S. 85 – 89.
- BONAVENTURAE BAGNOREGIS**, *Opera Omnia ad plurimos Codices Mss. Emendate, anecdotis aucta, prolegomenis, scholiis notisque illustrata*, Vol. I – XI (cum Indice), PP. Collegii S. Bonaventurae, Hg., Ed. Padri di Quaracchi, Quaracchi (Firenze) 1882 – 1902.
- BONDOLFI A.**, *Ethisch denken und moralisch handeln in der Medizin, Anstösse zur Verständigung*, Zürich 2000.
- BONELLI J.**, *Die Begriffe Leben und Tod aus Perspektive der modernen Medizin*, Wien 1994.
- BONELLI J.**, *Leben-Sterben-Tod. Überlegungen zum Hirntod aus der Sicht des Arztes*, in: **SCHWARZ M.**, **BONELLI J.** (Hrsg.), *Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens*. Wien – New York 1995, 83 -112.
- BOYLE J.**, *The American debate about artificial nutrition and hydration*, in: **GORMALLY L.** (Hrsg.), *The dependent elderly: autonomy, justice and quality of care*, Cambridge 1992, S. 28 – 46.

BOYLE J., *A case for sometimes tube-feeding patients in persistent vegetative state*, in: **KEOWN J.** (Hrsg.), *Euthanasia Examined. Ethical, clinical and legal perspectives*, Cambridge 1999, S. 189 – 200.

BÖCKLE F., *Menschenwürdig sterben*, Zürich 1992.

BRATSIOTIS N. P., תְּשׁוּבָה, in: **BOTTERWECK G. J., RINGGREN H.** (Hrsg.), *ThWAT*, Bd. I, Stuttgart 1973, S. 850 – 867.

BRIERLEY J. B., GRAHAM D.I., ADAMS J.H., SIMPSOM J.A., *Neocortical death after cardiac arrest*, *The Lancet*, 11(1971), S. 560 – 565.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, *Treatment decisions for patients in persistent vegetative state*, London 1996.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, *Withholding and Withdrawing Life-Prolonging medical Treatment: Guidance for Decision Making*, 1998.

BROCK D. W., *Life and Death. Philosophical essays in biomedical ethics*, Cambridge 1993.

BROCK D. W., *Death and Dying: Euthanasie and Sustaining life. Ethical Issues*, in: **REICH W. T.** (Hrsg.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York 1995, Bd. I, S. 563 – 571.

BUCHANAN A. E., BROCK D. W., *Deciding for Others: The ethics of surrogate decision Making*, Cambridge 1990.

BUNDESÄRZTEKAMMER, *Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes*, *Deutsches Ärzteblatt* 94, 9 Mai 1997, S. A-1296 – A-1303.

BUNDESÄRZTEKAMMER, *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung* (25.09.1998), *Deutsches Ärzteblatt*, 95(1998), A-2366 -2367.

BUNDESÄRZTEKAMMER, *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung* (07.05.2004), *Deutsches Ärzteblatt* 101(2004), A-1298 - 1299.

ETHICS COMMITTEE OF THE SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE, *Consensus statement of the society of critical care medicine's ethics committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments*, *Crit Care Med* 25(1997), S. 887 – 891.

CAHILL L.S., *Catholicism, Death and Modern Medicine*, *America* (April 25, 2005), S. 14 – 17.

CAHILL L.S., *Bioethics*, *Theological Studies*, 67 (2006), S. 120 – 142.

CALIPARI M., *The principle of proportionality in therapy: Foundations and applications criteria*, in: **G. L. GIGLI, N. ZASLER** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, *NeuroRehabilitation* 19(2004), S. 391 – 397.

CALLAHAN D., *On Feeding the Dying*, in: **WEIR R. F.** (Hrsg.), *Ethical Issues in Death and Dying*, New York 1986, S. 230-233.

CAMELOT T., *La théologie de l'image de Dieu*, *RSPT* 40(1956), S. 443 – 471.

CASSEL C., *Physician Assistance at the End of Life: Rethinking the Bright Line*, in: **HAMEL R. P., DUBOSE E.R.** (Hrsg.), *Must We Suffer Our Way to Death: Cultural and theological perspectives on death by choice*, Dallas 1996, S. 120-138.

CATALDO P. J., *Pope John Paul II on Nutrition and Hydration: A Change of Catholic Teaching?*, *National Catholic Bioethics Quartaly* 4 (2004), S. 513 – 536.

CATTORINI P., REICHLIN M., *Persistent Vegetative State: A Presumption to treat*, *Theoretical Medicine* 18(1997), S. 262-281.

- CELESIA G.**, *Persistent Vegetative State: Clinical and Ethical Issues*, Theoretical Medicine, 18(1997), S. 221 – 236.
- CHILDS N.L., MERCER W. N., CHILDS H. W.**, *Accuracy of diagnosis of persistent vegetative state*, Neurology 43 (1993), S. 1465 – 1467.
- CHILDS N. L., MERCER W. N.**, *Brief Report: Late improvement in consciousness after post-traumatic vegetative state*, N Engl J Med 334(1996), S. 24 – 25.
- CONNERY J.**, *The Clarence Herbert Case: Was Withdrawal of Treatment Justified*, Hospital Progress Feb. 1984, S. 32 – 35.
- CONNERY J.**, *The ethical standards for withholding/withdrawing nutrition and hydration*, Issues in Law & Medicine 2 (1986), S. 87 – 97.
- CONNERY J.**, *Quality of Life*, Linacre Quarterly Feb. 1986, S. 26 – 33.
- CONNERY J.**, *Prolonging Life: The Duty and its Limits*, Catholic Mind. October 1990, S. 43 – 57.
- CONNERY J.**, *Quality of Means, Quality of Life and Euthanasia*, Linacre Quarterly May 1992, S. 5 – 9.
- CONFERENCE OF ROYAL COLLEGES AND FACULTIES OF THE UNITED KINGDOM**, *Diagnosis of Brain death*, Lancet 2(1976), S. 1069 – 1070.
- CONSEIL PONTIFICAL « COR UNUM »**, *Quelques questions d`éthique relatives aux grands malades et aux mourants (1981)*, in: **VERSPIEREN P.** (Hrsg.), *Biologie, médecine et éthique. Textes du Magistère catholique*, Paris 1987, S. 422 – 441.
- CORETH E.**, *Was ist der Mensch? Grundzüge einer philosophischen Anthropologie*, Innsbruck 1976.
- COOPER B., BICKEL H., SCHÄUFELE M.**, *Demenzkrankungen und leichtere kognitive Beeinträchtigungen beim älteren Patienten in der ärztlichen Allgemeinpraxis*, Nervenarzt 1992, 63, S. 551 - 560.
- THE COUNCIL ON ETHICAL AND JURIDICAL AFFAIRS**, *Decisions Near the End of Life*, JAMA 267(1992), 2229 – 2233.
- DAMASIO A. R.**, *Descartes` Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*, 2001 München.
- DAMASIO A. R.**, *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*, München 2002.
- DENZLER P.** et al. *Demenz im Alter*, Weinheim-Basel 1989.
- DESCARTES R.**, *Oeuvres de Descartes*, **CH. ADAM, P. TANNERY** (Hrsg.), Paris 1982 -91, Bd. V.
- DESCARTES R.**, *Oeuvres de Descartes*, **CH. ADAM, P. TANNERY** (Hrsg.), Paris 1982 -91, Bd. VII.
- DESCARTES R.**, *Von der Methode des richtigen Vernunftgebrauchs und der wissenschaftlichen Forschung*, Hamburg 1960.
- DIAMOND EUGENE F.**, *Nutrition and Hydration: Patients in a Persistent Vegetative State*, Origins 34 (8 April 2004), S. 741 – 744.
- DIE DEUTSCHEN BISCHÖFE**, *Die Hospizbewegung – Profil eines hilfreichen Weges in katholischem Verständnis (1993)*, Bonn 1996.
- DIE DEUTSCHEN BISCHÖFE**, *unBehindert Leben und Glauben teilen. Wort der deutschen Bischöfe zur Situation der Menschen mit Behinderung*, Bonn 2003.
- DIE DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ UND DER RAT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND**, *Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung*, Hannover-Bonn 2003.

- DIEMER A.**, *Bewusstsein*, in: **J. RITTER** (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd. I, Darmstadt 1971, S. 888 – 896.
- DOKUMENT DES HL. STUHLZUM INTERNATIONALEN JAHR DER BEHINDERTEN**, *Dem Behinderten bewusst machen, dass auch er zu geben vermag*, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe 11(1981) Nr. 12, S. 4 –5.
- DÖRNER K.**, *Hält der BGH die „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ wieder für diskutabel?* Zeitschrift für Rechtspolitik 29(1996), S. 93-96
- DRESSER R.**, *Missing persons: legal perceptions of incompetent patients*, Rutgers Law Review 46 (1994), S. 609 – 719.
- DRESSER R.**, *Schavio: A Hard Case Makes Questionable Law*, Hastings Center Report May-June 2004, S. 8 – 9.
- ECCLES J. C.**, *Die Evolution des Gehirns – Erschaffung des Selbst*, München 1989.
- EIBACH U.**, *Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Euthanasie und "lebensunwertes" Leben*, Wuppertal 1998.
- EIBACH U.**, *Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in Fragen der Bioethik aus christlicher Sicht*, Neukirchen-Vluyn 2000.
- EMMANUEL L. ET. AL.**, *Advance Directives for Medical Care*, N. Eng. J. Med, 324(1991), S. 889 – 895.
- EMANUEL L.**, *Reexamining death: the asymptomatic model and a bounded zone definition*, Hastings Center Report. 25(1995), no. 4, S. 27–35.
- ENDRES J.**, *Thomanischer Personbegriff und neuzeitlicher Personalismus*, in: **W. P. ECKERT** (Hrsg.), *Thomas von Aquino. Interpretation und Rezeption*, Mainz 1974, S. 117 – 143.
- ENGELHARDT D.**, *Euthanasie zwischen Lebensverkürzung und Sterbebeistand*, in: Landeskomitee für Ethik, *Die Sorge um ein menschenwürdiges Sterben*, URL: www.provinz.bz.it/sanita/downloads/bioetica/kapitel/1.pdf, 30. 10. 2003.
- ENGELHARDT D. VON.**, *Geleitwort*, in: **HELGA STRÄTLING-TÖLLE** (Hrsg.), *50 Tage intensiv, oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus*, Frankfurt am Main 2000, S. 7 – 10.
- ENGELHARDT H. T.**, *The Foundations of Bioethics*, New York, 1986.
- ENQUETE-KOMMISSION** „Recht und Ethik der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages 2004, *Zwischenbericht Patientenverfügungen*, in : *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 10, 2005, S.479 – 484.
- ESER A.**, *Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen*, in: **JENS W., KÜNG H.** (Hrsg.), *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*, München-Zürich 1995, S.149–182.
- EUROPARAT**, *Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Menschenrechtsüberreinkommen zur Biomedizin des Europarats von 1996*, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 2(1997), S. 285 – 303.
- FABRY H.J.**, *לֵב leb*, in: **G. J. BOTTERWECK, H. RINGGREN** (Hrsg.), *ThWAT*, Bd. IV, Stuttgart 1982, S. 413 – 451.
- FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES ASSOCIATIONS MÉDICALES CATHOLIQUES**, *Considerations on the scientific and ethical problems related to vegetative state*, URL: http://www.vegetativestate.org/documento_FIAMC.htm

- FENWICK A.J.**, *Applying best interests to persistent vegetative state a principled distortion?*, J Med Ethics 24(1998), S. 86 – 92.
- FISHER A.**, *On not starving the unconscious*, New Blackfriars 74(1993), S. 130 – 145.
- FOITZIK A.**, *Steht ein Dammbbruch bevor?, Zur gegenwärtigen Diskussion über die Euthanasie*, in: HerKorr 46(1992), S. 39 – 43.
- FORSCHER M.**, *Der Begriff der Person in der Stoa*, in: **STURMA D.** (Hrsg.), *Person*, Paderborn 2001, S. 37 – 58.
- FLETCHER J.**, *Humanhood: Essays in biomedical ethics*, Buffalo, N.Y. 1979.
- FRANKL D. ET. AL.**, *Attitudes of Hospitalized Patient Toward Life Support*, Am. J. Med. 86(1989), S. 645 – 648.
- FRANZISKUS VON ASSISI**, *Nichtbullierten Regel*, in: *Die Schriften des Heiligen Franziskus von Assisi*, übers. Lothar Hardick und Engelbert Grau, Bd. I, Werl 1980.
- DIE FRANZÖSISCHEN BISCHOFSKONFERENZ**, *Den Menschen am Ende seines Lebens achten. Erklärung des ständigen Rates der französischen Bischofskonferenz vom 23. September 1991*, (übersetzt L. Viehfuhrer), in: Zeitschrift für medizinische Ethik 39(1993), S. 361 – 369.
- FREITAG E.**, *Was und wie Patienten erleben. Von der Notwendigkeit einer psychosozialen Begleitung*, in: **STRÄTLING-TÖLLE H.** (Hrsg.), *50 Tage intensiv, oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus*, Frankfurt am Main 2000, S.71 – 104.
- FREYER J. B.**, *Homo Viator: Der Mensch im Lichte der Heilsgeschichte. Eine theologische Anthropologie aus franziskanischer Perspektive*, Kevelaer, 2001.
- FRITSCH M. J., WENZEL K.**, *Das Verhältnis von Leib und Seele. Offene theologische Fragen und neue philosophische Herausforderungen*, Orientierung 66(2002), S. 181 – 187.
- FRÖHLICH A.**, *Basale Stimulation – Das Konzept*, Düsseldorf 2000.
- FUCHS T.**, *Was heißt „töten“?, Die Sinnstruktur ärztlichen Handelns bei passiver und aktiver Euthanasie*, Ethik Med 9(1997), S. 78-90.
- FUCHS T., LAUTER H.**, *Kein Recht auf Tötung*, Deutsches Ärzteblatt 94 (1997), A-222 -224.
- GALLOIS PH.**, *États Végétatifs Chroniques: Quelle Conscience?* Revue d'éthique et de théologie morale. Éthique Biomédicale et Théologie, 202(1997), S. 71 – 83.
- GERLEMAN G.**, *בָּסָרַּ bāsār*, in: **JENNI E.** (Hrsg.), *Theologisches Handwörterbuch zum Alten Testament*, Bd. I., München – Zürich 1976, S. 376 – 379.
- GERVAIS K. G.**, *Redefining death*, New Haven 1986.
- GIGLI G. L., VALENTE M.**, *The withdrawal of nutrition and hydration in the vegetative state patient*, in: **GIGLI G. L., ZASLER N.** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, NeuroRehabilitation 19(2004), S. 315 – 328.
- GNILKA J.**, *Theologie des Neuen Testaments*, Bd. V, Freiburg 1994.
- GNILKA J.**, *Paulus von Tarsus Apostel und Zeuge*, Freiburg 1996.
- GONZALO L. M.**, *Gehirn und Geist*, in: **SCHWARZ M., BONELLI J.** (Hrsg.), *Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens*. Wien – New York 1995, S. 53 – 65.
- GORMALLY L.**, *Submission to the Select Committee of the House of Lords on Medical Ethics by The Linacre Centre for Health Care Ethics (1993)*, in: **GORMALLY L.** (Hrsg.), *Euthanasia, Clinical Practice and the Law*, London 1994, S. 137 – 143.

- GRABAR E.**, *In den Tod pflegen*, Deutsches Ärzteblatt 99(2002), A-1482.
- GRACÍDA R.**, *Interim Pastoral Statement on Artificial Feeding and Hydration: A Critique*, 25 (1990), edition of [Corpus Christi] Diocesan Press.
- GRAUMANN C.F.**, *Bewusstsein und Bewusstheit. Probleme und Befunde der psychologischen Bewusstseinsforschung*, in: **W. METZGER** (Hrsg.), *Allgemeine Psychologie*, Bd. I, 1966, S. 79 – 127.
- GREEN M.B., WIKLER D.**, *Brain Death and Personal Identity*, in: *Philosophy & Public Affairs*, 9(1980), S. 105 – 133.
- GREEN O. H.**, *Killing and Letting Die*, *Am Philos Q* 17(1980), S. 195 – 204.
- GREGOR VON NYSSA**, *De opificio hominis*, PG 44, 123 – 256.
- GRICE P. H.**, *Personal Identity*, *Mind* 50(1941), S. 330 – 350.
- GROß W.**, *Gen 1,26.27; 9,6: Statue oder Ebenbild Gottes?*, *JBTh* 15(2000), S. 11 – 38.
- GRUBB A., WALSH P., LAMBE N.** et al., *The moral and legal issues surrounding the treatment and care of patients in persistent vegetative state*, in: **CENTRE OF MEDICAL ETHICS, KING`S COLLEGE**, *Report to European Biomedical and Health Research Programme*, London 1997.
- GUCKES B.**, *Das Argument der schiefen Ebene*, Stuttgart 1997.
- GUSTORFF D., HANNICH H.J.**, (Hrsg.), *Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation*, Bern 2000.
- GÜNTHÖR A.**, *Anruf und Antwort. Der Christ – gerufen zum Leben*, Bd. I., Vallendar-Schönsatt 1993.
- HAGNER M.**, *Homo cerebrialis – Der Wandel vom Seeleorgan zum Gehirn*, Frankfurt am Main 2000.
- HAHNE M.M.**, *Der Patientenwille hat Vorrang*, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 18.07.2003, Nr 164, S. 4.
- HARRIS J.**, *Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik*, Berlin 1995.
- HARRIS J.**, *Euthanasia and the value of life*, in: **KEOWN J.** (Hrsg.), *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and legal perspectives*, Cambridge 1999, S. 6 - 22.
- HARRIS J.**, *The philosophical case against the philosophical case against euthanasia*, in: **KEOWN J.** (Hrsg.), *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and legal perspectives*, Cambridge 1999, S. 36 - 45.
- HARRIS J.**, *Consent and end of life decisions*, *J. Med. Ethics* 29 (2003), S. 10 – 15.
- HÄRING B.**, *Hoffnungslose Krankheit und christliche Hoffnung*, *Arzt und Christ* 1(1958), S. 17 – 22.
- HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS COMMITTEE ON VEGETATIVE STATE**, *Patients in a Vegetative State*, The Hague 1994.
- HEINZMANN R.**, *Das Verhältnis von Leib und Seele im Verständnis der Frühscholastik*, *Theologie und Philosophie*, 49(1974), S. 542 – 547.
- HEINZMANN R.**, *Thomas von Aquin. Eine Einführung in sein Denken*, Stuttgart –Berlin-Köln 1994.

HESS CH., *Ernähren und hydrieren – eine unphysiologische Antwort auf die Frage des Sterbens*, in: **STREBEL U.** (Hrsg.), *Gilt die Pflicht, zu ernähren, bis zum Tode?* Schweiz. Rundschau Med. (Praxis) 82,(1993), Nr.38, S. 1039 – 1043.

HINTERHUBER H., *Die Seele. Natur- und Kulturgeschichte von Psyche, Geist und Bewusstsein*, Wien/New York 2001.

HOERSTER N., *Abtreibung im säkularen Staat. Argumente gegen den § 218*, Frankfurt am Main 1991.

HOERSTER N., *Haben Föten ein Lebensinteresse?*, Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie 1991, S. 385-395.

HOERSTER N., *Menschenrecht auf Leben und Tötungsverbot*, Merkur 9/10(1996), S. 880-892.

HOERSTER N., *Ethik des Embryonenschutzes. Ein rechtsphilosophischer Essay*, Stuttgart 2002.

HOFF J. UND IN DER SCHMITTEN J., *Kritik der Hirntod-Konzeption*, in: **HOFF J. UND IN DER SCHMITTEN J.** (Hrsg.), *Wann ist der Mensch tot*, Hamburg 1994, S. 153 – 250.

HOFFENBERG R., LOCK M., TILNEY N. et al., *Should organs from patients in permanent vegetative state be used for transplantation?*, The Lancet, 350 (1997), S. 1320 – 1321.

HOLDEREGGER A., *Doppelwirkung*, in: **ROTTER H., VIRT G.** (Hrsg.), *Nues Lexikon der christlichen Moral*, Innsbruck-Wien 1990, S. 95 – 98.

HONNEFELDER L., *Der Streit um die Person in der Ethik*, Philosophisches Jahrbuch 100 (1993), S. 246 - 265.

HONNEFELDER L., *Identität und Integrität. Zu den ethischen Fragen der Hirnforschung*, in: **KAISER G., SIEGRIST J.** (Hrsg.), *Die Zukunft der Medizin. Neue Wege zur Gesundheit*, Frankfurt am Main/New York 1996, S. 313-316.

HONNEFELDER L., *Medizinische Ethik und ärztliche Teleologie. Zu den ethischen Aspekten der Behandlung irreversibel bewusstloser Patienten*, Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Bd. 2. 1997, S. 169 – 180.

HÖDL L., *Zur Entwicklung der fröhscholastischen Lehre von der Gottebenbildlichkeit des Menschen*, in: **SCHEFFCZYK L.** (Hrsg.), *Der Mensch als Bild Gottes*, Darmstadt 1969, S. 193 – 205.

HÖFFE O., *Medizin ohne Ethik?*, Frankfurt am Main 2002.

HÖFLING W., *Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Integritätsschutz – Patientenverfügung oder Patientenanwalt sorgt für Klarheit*, URL: http://www.wernerschell.de/rechtsalmanach/Heilkunde/sterbehilfe_integritaetsschutz.htm (Stand 30.03.2004).

HUMBERT P., *Études sur le récit du paradis et de la chute dans la Genése*, Neuchâtel 1940.

IMABE-INSTITUT, *Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht*, Imabe-Info 4 (1997)

INHOFFEN P., *Intensivmedizin – Gedanken eines Moralthologen*, in: **BERNAT E., KRÖLL W.** (Hrsg.), *Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik*, Wien 1999, S. 82 – 100.

JENNETT B., *Letting vegetative patients die*, in: **KEOWN J.** (Hrsg.), *Euthanasia Examined. Ethical, clinical and legal perspectives*, Cambridge 1999, S. 169 – 188.

JENNETT B., *The Vegetative State. Medical facts, Ethical and Legal Dilemmas*, Cambridge 2002.

JENNY M., *Psychische Veränderungen im Alter*, Wien 1996.

JEWETT R., *Paul's Anthropological Terms. A Study of Their Use in Conflict Setting*, Leiden 1971.

JOHN PAUL II, *Bishops Must Stand Firmly on the Side of Life, Against the Culture of Death – Encouraging Those Who Defend It*. Ad limina address of the Holy Father to US Bishops of California, Nevada and Hawaii October 1, 1998, Nr. 4.

JOHANNES PAUL II, *Das Krankenhaus muss menschliche Stätte sein. Der Papst sprach zu Krankenschwestern*, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe 4(1974) Nr24, S. 1.

JOHANNES PAUL II, *Leiden « eine Tat der Liebe »*. Ansprache des Papstes an die Kranken und Alten im Märtyrerheiligtum in Huronia am 15. September, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe 14(1984), S. 13.

JOHANNES PAUL II, *Apostolisches Schreiben „Salvifici doloris“ über den christlichen Sinn des menschlichen Leidens*, Vatikan 1984.

JOHANNES PAUL II, *„Dolentium hominum“*. Motu proprio des Papstes zu Errichtung der Päpstlichen Kommission für das Krankenapostolat vom 11. Februar, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe 15(1985) Nr. 10, S. 1.

JOHANNES PAUL II, *Im Glauben das Geheimnis der Krankheit betrachten. Ansprache des Papstes an die Kranken in der Kathedrale St. Jean von Lyon am 5. Oktober*, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe 16(1986) Nr. 43, S. 9.

JOHANNES PAUL II, *Rückhaltlos für das Leben eintreten*, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe 18(1988) Nr. 51, S. 7.

JOHANNES PAUL II, *Enzyklika „Veritatis Splendor“ an alle Bischöfe der katholischen Kirche über einige grundlegende Fragen der kirchlichen Morallehre vom 6. August 1993*, (Hrsg.) vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Verlautbarungen des apostolischen Stuhls, 111), Bonn 1993.

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, vom 25. März 1995*, (Hrsg.) vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Verlautbarungen des apostolischen Stuhls, 120), Bonn 1995.

JOHANNES PAUL II, *Der Wert einer Gesellschaft erweist sich in ihrer Haltung zu den Leidenden. Botschaft des Papstes zum V. Welttag der Kranken am 11. Februar 1997*, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe, 26(1997), S.7.

JOHANNES PAUL II, *Kranke und Sterbende mit ihrer Angst ernst nehmen und konkrete Hilfe anbieten. Botschaft von Johannes Paul II. beim Besuch des Hospizes Rennweg an alle Kranken und alle, die in der Welt der Krankheit und des Leidens leben und arbeiten, in Wien am 21. Juni*, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe 28(1998), Nr. 26, S. 13.

JOHANNES PAUL II, *Ein Mensch ist und bleibt immer ein Mensch (Ansprache am 20. März)*, L'OSSERVATORE ROMANO 9. April 2004/ Nr 15/16, S. 15.

JOHANNES PAUL II, *Ansprache von Johannes Paul II. An die Teilnehmer der XIX. internationalen Konferenz des päpstlichen Rats für die Krankenpastoral. (Freitag, 12. November 2004)*.

JOHANNES PAUL II, *Respekt vor der Menschenwürde in jeder Phase des Lebens*, L'Osservatore Romano, deutschsprachige Wochenausgabe 35(2005) Nr. 9, S. 7.

JOHANNES PAUL II, *Ansprache von Johannes Paul II an die Teilnehmer der XIX. internationalen Konferenz des päpstlichen Rats für die krankenpastoral (12. november 2004)*, URL: [http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/november/\(Stand_11.05.2006\)](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/november/(Stand_11.05.2006))

JONAS H., *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, Frankfurt am Main 1985.

JÖRG J., LANZERATH D., *Koma, irreversibles/irreversibel Komatöse*, in: **KORFF W., BECK L., MIKAT P.**, (Hrsg.) *Lexikon der Bioethik*, Gütersloh 1998, Band 2, S. 407 - 412.

KAMMERER T., *Lebensatem an der Grenze. Zur Spiritualität und Seelsorge im Raum der Intensivtherapie*, in: **KAMMERER T.** (Hrsg.) *Traumland Intensivstation. Veränderte Bewusstseinszustände und Koma. Interdisziplinäre Expeditionen*, München 2006, S. 281 - 294.

KANT I., *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, Stuttgart 2002.

KATECHISMUS DER KATHOLISCHEN KIRCHE, Vatikan 1993.

KEELER WILLIAM H., *Cardinal Keeler Issues Statement on Florida Schiavo Case; Stresses Church Teaching on Feeding, Hydration (March 9, 2005)*, URL: www.usccb.org/comm/archives/2005/05-052.shtml.

KEELER WILLIAM H., *Cardinal Keeler Says Terri Schiavo Deserves Basic Care (March 24, 2005)*, URL: www.usccb.org/comm/archives/2005/05-071.shtml.

KELLY G., *The duty to preserve life*, *Theological Studies* 12 (1951), S. 550 - 556.

KEMMERLING A., *Ideen des Ichs. Studien zu Descartes Philosophie*, Frankfurt am Main 1996.

KEOWN J., *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation*, Cambridge 2002.

KIMBRELL K., *Ersatzteillager Mensch. Die Vermarktung des Körpers*, Frankfurt am Main 1994.

KIPKE R., *Mensch und Person. Der Begriff der Person in der Bioethik und die Frage nach dem Lebensrecht aller Menschen*, Berlin 2001.

KLEIN M., *Schmerzempfindung und erhaltene Bewusstsein im apallischen Syndrom?* *Intensivmedizin*, 8 (2000), S. 63 - 68.

KLIEGEL M., *Ist der Mensch sein Gehirn? Anthropologische Bemerkungen zur Ethik der Hirnforschung aus der Sicht eines Theologen*, *Ethik Med* 12(2000), S. 75-85.

KOCH H.G., *Aktuelle Rechtsfragen der Sterbehilfe im deutschen Recht*, in: **GORDIJN B., TEN HAVE H.** (Hrsg.), *Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden*, Stuttgart-Bad 2000, S. 225-265.

DIE KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE, *Die Erklärung „Iura et bona“ zur Euthanasie, vom 20. Mai 1980*, (Hrsg.) vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Verlautbarungen des apostolischen Stuhls, 20), Bonn 1980.

KORFF W., BECK L., MIKAT P., (Hrsg.) *Lexikon der Bioethik*, Gütersloh 1998, Band 2.

KÖRNER U. et al. *DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: Ethische und rechtliche Gesichtspunkte*, *Aktuel Ernähr Med* 28 (2003), Supplement 1, S. S36 - 41.

KRATOCHVILA H.G., *Künstliche Ernährung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten*, *Ethik Med* 2(2004), S. 174 - 176.

KRETSCHNER E., *Das apallische Syndrom*, *Z Gesamte Neurol Psychiatr*, Berlin 169(1940), S. 576f.

KREUZER J., *Der Begriff der Person in der Philosophie des Mittelalters*, in: **STURMA D.** (Hrsg.), *Person*, Paderborn 2001, S. 59 - 78.

KUHSE H., *Die »Heiligkeit des Lebens« in der Medizin*, Erlangen 1994.

KUHSE H., *Menschliches Leben und seine Würde. Frage des Lebens und des Sterbens*, in: **GANTHALER H., NEUMAIER O.** (Hrsg.), *Anfang und Ende des Lebens. Beiträge zur Medizinischen Ethik*, Sankt Augustin 1997, S. 219 – 246.

KUSHE H., *Ein moderner Mythos: Sterbenlassen sei keine absichtliche Verursachung des Todes. Überlegungen zum Prozess und Freispruch von Dr. Leonard Arthur*, in: **KUSHE H., SINGER P.**, (Hrsg.), *Individuen, Menschen, Personen. Fragen des Lebens und Sterbens*, Sankt Augustin 1999, S. 147 – 181.

KUHSE H., *Für die aktive freiwillige Sterbehilfe*, in: **KUSHE H., SINGER P.**, *Individuen, Menschen, Personen. Fragen des Lebens und Sterbens*, Sankt Augustin 1999, S. 205 – 215.

KURTHEN M., LINKE D. B., MOSKOPP D., *Teilhirntod, Großhirntod oder personaler Tod*, *Med. Klinik* 84 (1989), S. 483 – 487.

KÜNG H., *Menschenwürdig sterben*, in: **JENS W., KÜNG H.**, (Hrsg.), *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*, München 1995, S. 13-85.

LAMAU M. L., *Un enjeu éthique majeur*, in: **TASSEAU F., BOUCAND M-H., LE GALL J.-R., VERSPIEREN P.** (Hrsg.), *Etats végétatifs chroniques. Répercussions humaines. Aspects médicaux, juridique et éthiques*, Rennes 1991, S.127 – 140.

LAMB D., *Death, brain death and ethics*, Albany 1985.

LAMB D., *What is Death?*, in: **GILLON R.** (Hrsg.), *Principles of Health Care Ethics*, London 1994, S. 1027 – 1040.

LAMB D., *Organ Transplants and Ethics*, London – New York 1990.

LANZERATH D., *Selbstbestimmung und Fürsorge. Zur ethischen Diskussion um die Behandlung von Patienten mit komplettem apallischen Syndrom*, *Zeitschrift für medizinische Ethik* 42 (1996), S. 287 -305.

LANZERATH D., *Selbstbestimmung und Lebensrecht. Die 2. Europäische Fachkonferenz im Rahmen des BIOMED 1 Projekts „The moral and legal issues surrounding the treatment and health care of patients vegetative state (PVS)“ am 8./9. Dezember 1995 in Bonn*, *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 2, Berlin 1997, S. 252 - 276.

LANZERATH D., HONNEFELDER L., FEESER U., *Nationaler Bericht der europäischen Befragung: „Doctors views on the management of patients in persistent vegetative state (PVS)“ im Rahmen des Forschungsprojekts „The moral and legal issues surrounding the treatment and health care of patients in persistent vegetative state (PVS)“*, *Ethik Med* 10(1998), S. 158 – 180.

LANZERATH D., *Koma, irreversibles/irreversibel Komatöse*, in : **KORFF W., BECK L., MIKAT P.** (Hrsg.), *Lexikon der Bioethik*, Gütersloh 1998, Bd. I, S. 407 – 412.

LASCH H. G., *Ärztliche Entscheidungen an der Grenze zwischen Leben und Tod*, in: **MADEA B., WINTER U. J.** (Hrsg.), *Medizin – Ethik – Recht*, Lübeck 1994.

LAUN A., *Fragen der Moralthologie heute*, Freiburg-Basel-Wien 1992.

LAUREYS S., *Functional neuroimaging in the vegetative state*, in: **GIGLI G. L., ZASLER N.** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, *NeuroRehabilitation* 19(2004), S, 335 – 341.

LAUREYS S., FAYMONVILLE M.-E., DE TIEGE X. et al., *Brain Funktion in the Vegetative State*. *Avances in Experimental Medicine and Biology*, 550 (2004), S. 229 – 238.

LINKE D. B., *Ein anderer Mensch durch fremde Zellen?*, *GEO*, Nr. 9(1996), S. 24 – 25.

LINKE D.B., *Das Gehirn*, München 2000.

- LIST W. F.**, *Ethik in der Intensivmedizin*, in: **SCHWEITZER M.** (Hrsg.), *Intensivmedizin: Zukunftsperspektiven: ethische Aspekte, ökonomische Aspekte, neue therapeutische Konzepte*, München 1997, S. 7 -16.
- LOCKE J.**, *Versuch über den menschlichen Verstand*, Bd. I. Hamburg 1981.
- LOCKE J.**, *Versuch über den menschlichen Verstand*, Bd. II. Hamburg 1981.
- LOCKE J.**, *Essay on the Law of Nature*, Oxford 1988.
- LOEWY E. H.**, *Ethische Fragen in der Medizin*, Wien-New York 1995.
- LUGO J. DE**, *Disputationes Scholasticae et Morales*, Bd. VI, De Justitio et Jure, Disp. X, Sec. Übersetzung **D. A. CRONIN**, *Conserving Human Life*, St. Louis 1989, S. 54 - 59.
- LUTTEROTTI M. VON**, *Menschenwürdiges Sterben. Kann sich die Gesellschaft auf das Gewissen des Arztes verlassen?*, Freiburg 1985.
- LUTTEROTTI M. VON**, *Behandlungsabbruch/Behandlungsverzicht*, in: **ESER A.** (Hrsg.) *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*, Freiburg/Br. 1989, S. 172 -173.
- LUTTEROTTI M. VON**, *Irreversibler Bewusstseinsverlust und ärztliche Behandlungspflicht*, Wiener Medizinische Wochenschrift 146(1996) Nr 3, S. 59 – 62.
- LYNN J., CHILDRESS J. F.**, *Must Patients Always Be Given Food and Water?*, in: **WEIR R. F.** (Hrsg.), *Ethical Issues in Death and Dying*, New York 1986, S. 215 – 229.
- LYNN J., GOLDSTEIN N. E.**, *Advance care planning for fatal chronic illness: avoiding commonplace errors and unwarranted suffering*, *Annals of internal Medicine* 138 (2003), S. 812 – 818.
- LYS D.**, *Rûah, Le souffle dans l'ancien Testament*, Paris 1962.
- MACKIE J.L.**, *Problems from Locke*, Oxford 1976.
- MÄDER M., PETERHANS E.**, *Die Wachkomastation und ihre Bedeutung*, REHAB info, Dezember 2002, S. 8 – 9.
- MAIO G.**, *Reanimieren oder nicht? Ethische Überlegungen zur deutschen Diskussion über den Therapieverzicht*, in: **GORDIJN B., TEN HAVE H.** (Hrsg.), *Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden*, Stuttgart-Bad Cannstadt 2000, S.105-140.
- MARCKMANN G., SIEBERT U.**, *Kosteneffektivität als Allokationskriterium in der Gesundheitsversorgung*, *Zeitschrift für medizinische Ethik* 48 (2002), S. 171 – 190.
- MAY, W. E.** (Hrsg.), *Feeding and Hydrating the Permanently Unconscious and Other Valuable Persons*, *Issues in Law and Medicine* 3 (1987) S. 203 – 217.
- MAY W. E.**, *Making Health Care Decisions for Others*, *Ethis & Medics* 22(1997), S. 1 – 3.
- MAY W. E.**, *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*, Huntington 2000.
- MAY W. E.**, *Caring for persons in the "persistent vegetative state" and Pope John Paul II's march 20 2004 address "on life-sustaining treatments and the vegetative state"*, *Medicina e Morale: Rivista internazionale di Bioetica* 55 (Maggio/Giugno 2005), S. 533 – 555.
- MCCARTNEY J. J.**, *The development of the doctrine of ordinary and extraordinary means of preserving life*, *Theological studies* 12 (1980), S. 550 – 556.
- MCCORMICK R. A.**, *To Save or Let Die: The Dilemma of Modern Medicine*, in: **MCCORMICK R. A.**, *How Brave a New World*, Garden City 1978.

- MCCORMICK R. A.**, *Corrective Vision. Explorations in Moral Theology*, Kansas City 1994.
- McHUGH J., GELINEAU L.**, *On Removing Nutrition and Water from Comatose Woman*, *Origins* 17 (January 21, 1988), S. 546 - 547.
- McHUGH J.**, *Artificially Assisted Nutrition and Hydration*, *Origins* 19 (October 12, 1989), S. 314 - 316.
- McMAHAN J.**, *Brain death, cortical death and persistent vegetative state*, in: **SINGER P., KUSHE H.**, (Hrsg.), *A Companion to Bioethics*, Oxford 2001, S. 250-260.
- McMAHON K. T.**, *Catholic moral teaching, medically assisted nutrition and hydration and the vegetative state*, in: **GIGLI G. L., ZASLER N.** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, *NeuroRehabilitation* 19(2004), S. 373 - 379.
- MERKEL R.**, *Personale Identität und die Grenzen strafrechtlicher Zurechnung. Annäherung an ein unentdecktes Grundlagenproblem der Strafrechtsdogmatik*, *Juristen Zeitung*, 10 (1999), S. 502 - 511.
- METZ J. B.**, *Zur Metaphysik der menschlichen Leiblichkeit*, *Arzt und Christ*, 2(1958), S. 78-84.
- METZ J. B.**, *Der Mensch als Einheit von Leib und Seele*, in: *MySal*, Bd. II., Einsiedeln 1967.
- MEYER H.**, *Thomas von Aquin. Sein System und seine Geistesgeschichtliche Stellung*, Bonn 1938.
- MEYER G.**, *Der andere Tod. Die Kontroverse um den Hirntod*, Frankfurt 1998.
- MEYER-DRAWE K.**, *Leib*, in: **KORFF W., BECK L., MIKAT P.** (Hrsg.), *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2, Gütersloher 1998, S. 576 - 577.
- MINDELL A.**, *Schlüssel zum Erwachen. Sterbeerlebnisse und Beistand im Koma*, Düsseldorf 2003.
- MISSA J. N.**, *Mort du cerveau et «état végétatif chronique»: le problème de la relation esprit-cerveau à la fin de la vie*, in: **FELTZ B., LAMBERT D.** (Hrsg.), *Entre le corps et l'esprit. Approche interdisciplinaire du Mind Body Problem*, S. 169 - 179.
- MITLACHER S.**, *Die sog. Wachkoma-Problematik*, URL: www.pflegethemen.de, 20.30.2004.
- MOHANDAS A., CHOU S. N.**, *Brain Death: A Clinical and Pathological Study*, *Journal of Neurosurgery* 35(1971), S. 211 - 218.
- MORIN P.**, *Prozessorientierte Kommunikation mit Menschen in Veränderten Bewusstseinszuständen und Koma*, in: **KAMMERER T.** (Hrsg.), *Traumland Intensivstation. Veränderte Bewusstseinszustände und Koma. Interdisziplinäre Expeditionen*, München 2006, S. 271 - 280.
- THE MULTI-SOCIETY TASK FORCE ON THE PERSISTENT VEGETATIVE STATE**, *Medical aspects of the persistent vegetative state (First of two Parts)*, *N Engl J Med* 330 (1994), S. 1499 - 1508.
- THE MULTI-SOCIETY TASK FORCE ON THE PERSISTENT VEGETATIVE STATE**, *Medical Aspects of the Persistent Vegetative State (Second of Two Parts)*, *N Engl J Med* 330(1994), S. 1572 - 1579.
- MUMENTHALER M., MATTLE H.**, *Neurologie*, Stuttgart 2002.
- NACIMIENTO W.**, *Das apallische Syndrom. Diagnose, Prognose und ethische Probleme*. *Deutsches Ärzteblatt* 94, 14 März 41(1997), S. A-661 - A-666.
- NACIMIENTO W.**, *Apallisches Syndrom, Wachkoma, persistent vegetative state: Wovon redet und weiss die Medizin*, in: **HÖFLING W.** (Hrsg.), *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*, Münster 2005, S. 29 - 48.
- NATIONAL CATHOLIC BIOETHICS CENTER**, *ordinary and extraordinary means*, *Ethics & Medics* 20(1995), No. 4, S. 1 - 2.

NATIONAL CATHOLIC BIOETHICS CENTER, *Statement of the NCBC on Pope John Paul II's Address on Nutrition and Hydration for Comatose Patients*, <http://www.ncbcenter.org/press/04-04-23-NCBCStatementonNutritionandHydration.html>

NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS IN USA, *The Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Service*, Washington DC 1994, in: **ASHLEY B. M., O'ROURKE K. D.** (Hrsg.), *Ethics of Health Care*, 3rd. ed., Washington 2002, S. 217 – 241.

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. AUSTRALIAN GOVERNMENT, *Post-Coma Unresponsiveness (Vegetative State): A Clinical Framework for Diagnosis*, 12.18.2003.

NEW JERSEY CATHOLIC CONFERENCE, *Providing Food and Fluids to Severely Brain Damaged Patients* Origins 16 (22 January 1987), S. 582 – 584.

NYDAHL P., BARTOSZEK G., *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*, München 2003.

OBRAS DE FRANCESCO VITORIA, *Relecciones teológicas*, Edición crítica del texto latino, versión española, introducción general con general con el estudio de su doctrina teológico-jurídica por el Pader Teófilo Urdániz O.P., Madrid 1960.

OHLY L., *Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen und der gemutmaßte Wille von Koma-Patienten*, *Wege zum Menschen*, 58 (2006), S. 122 – 134.

ODUNCU F., *Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, juristische und ethische Fragen*, Göttingen 1998.

ODUNCU F.S., EISENMENGER W., *Geringe Lebensqualität. Die finstere Praxis der Sterbehilfe in Holland – bis hin zum Mord*, *Süddeutsche Zeitung* 162(2003), S. 11.

OEHMICHEN, F. *Künstliche Ernährung am Lebensende*, in: **KÖRNER U.** (Hrsg.), *Berliner Medizinethische Schriften*, Dortmund 2001.

OEHMICHEN F., IRRGANG B., *Ethische Fragen der künstlichen Ernährung*, *Ethica* 13 (2005), S.69 – 91.

ORENTLICHER D., *The Supreme Court and Physician Suicide – Rejecting Assisted Suicide but Embracing Euthanasia*, *N Engl J Med* 337(1997), S. 1236 – 1239.

ORENTLICHER D., *The Supreme Court and terminal sedation. An ethically inferior alternative to physician-assisted suicide*, in **BATIN MP., RHODES R., SILVERS A.** (Hrsg.), *Physician assisted suicide. Expanding the debate*, New York 1998, S. 301 - 311.

OTTO H., *Recht auf den eigenen Tod?: Strafrecht in Spannungsverhältnis zwischen Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung. Gutachten für den 56. Deutschen Juristentag*, München 1986.

OTTO S., *Der Mensch als Bild Gottes bei Tertullian*, in: **SCHEFFCZYK L.** (Hrsg.), *Der Mensch als Bild Gottes*, Darmstadt 1969, S. 133 – 143.

PALLIS C., HARLEY D. H., *ABC of Brainstem Death*, London 1996.

PANICOLA M., *Catholic Teaching on Prolonging Life: Setting the Record Straight*, *Hastings Center Report* 31(2001), S. 14 – 25.

PARFIT D., *Reasons and Persons*, Oxford 1986.

PARIS J.J., MCCORMICK R. M., *Living will legislation reconsidered*, *America* 145(1981), S. 86 – 89.

PARIS J. J., *To feed or not to feed: Terri Schiavo and the use of artificial nutrition and fluids*, *Southern Medical Journal* 98 (2005), S. 757 – 758.

PARIS J. J., KEENAN J. F., HIMES K. R., *Quaestio Disputata: Did John Paul II's Allocution on Life-Sustaining Treatment revise Tradition?*, *Theological Studies* 67 (2006), S. 163 – 168.

PATZIG G., *Ethik ohne Metaphysik*, Göttingen 1983.

PAYNE K., TAYLOR R. M., STOCKING C., et al., *Physicians attitudes about the care of patients in the persistent vegetative state: a national survey*, *Ann Intern Med* 125 (1996), S. 104 – 110.

PÄPSTLICHER RAT FÜR DIE SEELSORGE IM KRANKENDIENST, *Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen*, Vatikanstadt 1995.

PELLEGRINO E. D., THOMASMA D. C. (Hrsg.), *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, New York – Oxford 1988.

PENNSYLVANIA CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *Nutrition and Hydration: Moral Considerations*, *Origins* 21 (January 30, 1992), S. 542 - 553.

PERTRI H., *Die christliche Glaubenserfahrung als Erkenntnisquelle der Anthropologie*, *Archiv für Religionspsychologie* 12(1976), S. 53 -70.

PESCHKE K. H., *Christliche Ethik. Spezielle Moraltheologie*, Trier 1995.

PICCOLI G., *Ethische Überlegungen zur künstlichen Ernährung des Sterbenden*, in: Landeskomitee für Ethik, *Die Sorge um ein menschenwürdiges Sterben*, URL: www.provinz.bz.it/sanita/downloads/bioetica/kapitel/1.pdf, 30. 10. 2003.

PIECHOWIAK H., *Eingriffe in menschliches Leben. Sinn und Grenzen ärztlichen Handelns*, Frankfurt am Main 1987.

PIEPER A., *Autonomie*, in: **KORFF W., BECK L., MIKAT P.**, (Hrsg.) *Lexikon der Bioethik*, Gütersloh 1998, Band 1, S. 289 – 290.

PIEGSA J., *Der Mensch – Das moralische Lebewesen. Fundamentale Fragen der Moraltheologie*, St. Ottilien 1996.

PINCKAERS S., *Christus und das Glück. Grundriss der christlichen Ethik*, Göttingen 2004.

PIUS XII., *Die Stimme des Papstes. Über moralische Probleme der Wiederbelebung*, *Herder-Korr* 12(1958), S. 228 – 230.

PLENTER CH., *Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkomapatienten. Orientierungshilfen für eine Pflegeethik*, Hannover 2001.

POECK K., HACKE W.(Hrsg.), *Neurologie*, Berlin Heidelberg 2001.

POHLMANN-EDEN B., *Medizinisch-naturwissenschaftliche Grundlagen der Hirntoddiagnose*, in: **BRUDERMÜLLER G., SEELMANN K.** (Hrsg.), *Organtransplantation*, Würzburg 2000.

POLITIK-NACHRICHTEN, *Brite nach acht Jahren aus dem Koma erwacht*, *Deutsches Ärzteblatt*, 94(1997), A-960.

POMPEY H., *Fortschritt der Medizin und christliche Humanität*, Würzburg 1974.

PRAT E. H., *Sinnhaftigkeit in der Medizin*, *Imago Hominis*, 4(2004), S. 287 – 301.

PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Defining death: medical, legal, and ethical issues in the determination of death*, Washington D. C. 1981.

PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIOURAL RESEARCH, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment, Report at (181 – 183)*, Washington D.C., 1983.

PSCHYREMBEL KLINISCHES WÖRTERBUCH, 259. Auflage 2002.

PUCETTI R., *Does anyone survive neocortical death?*, in: **ZANER R. M.** (Hrsg.), *Death : Beyond Whole-Brain Criteria*, Dordrecht 1988, S. 75 – 90.

QUANTE M., *Personale Identität als Problem der analytischen Metaphysik*, in: **QUANTE M.** (Hrsg.), *Personale Identität*, Paderborn 1999, S.9 -29.

QUANTE M., *Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik*, Frankfurt am Main 2002.

QUINTON A., *The Soul*, *Journal of Philosophy*, 59(1962), S. 393 – 409.

RABENECK L., MCCULLOUGH L.B., WRAY N.P., *Ethically justified, clinically comprehensive guidelines for percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement*, *The Lancet*, 349(1997), S. 496 -498.

RAGER G., *Das Leib-Seele-Problem. Begegnung von Hirnforschung und Philosophie*, *FZPhTh*, 29(1982), S. 443 – 464.

RAGER G., *Die Bedeutung der modernen Hirnforschung für das Personverständnis*, *Zeitschrift für medizinischen Ethik* 48(2002), S. 217 – 234.

RAHNER K., *Zur Theologie des Symbols*, in: *Schriften zur Theologie*, Bd. IV, Einsiedeln 1960.

RAHNER K., *Die Einheit von Geist und Materie im christlichen Glaubensverständnis*, in: *Schriften zur Theologie* Bd. VI, Einsiedeln 1965.

RAHNER K., *Der Leib in der Heilsordnung*, in: *Schriften zur Theologie*. Bd. 12. Zürich 1975.

RAHNER K., *Sämtliche Werke. Geist in Welt: Philosophische Schriften*, Bd. 2, Freiburg im Breisgau 1996.

REINSHAGEN A., *Demenz (Altersdemenz)*, URL: www.netdokter.de/krankheiten/Fakta/demenz.htm, 11.09.2003.

REITER J., *Kein Sterben in Würde. Ist ein Fall Schiavo auch bei uns möglich?*, *Herder Korrespondenz* 59(2005), Nr. 5, S. 236 – 239.

REPENSHENK M., SOLAR J. P., *Medically Assisted Nutrition and Hydration: A Contribution to the Dialogue*, *Hastings Center Report* 34, no. 6(2004), S. 13 – 16.

RHONHEIMER M., *Praktische Vernunft und Vernünftigkeit der Praxis*, Berlin 1994.

RICKEN F., *Ist die Person oder der Mensch Zweck an sich selbst?* In: **DREYER M., FLEISCHHAUER K.** (Hrsg.), *Natur und Person im ethischen Disput*, Freiburg/München 1998, S. 147 – 168.

RIXEN S., *Lebensschutz am Lebensende. Das Grundrecht auf Leben und die Hirntodkonzeption*, Berlin 1999.

RODDEWIG-ROTHER S., *Logopädische Frührehabilitation nach Schädelhirntrauma*, *Wachkoma* 0/1997, S. 50 -51.

ROSEBOOM E., *Ist der irreversible Hirnausfall der Tod des Menschen*, Frankfurt am Main 2000.

ROTH G., *Das Gehirn und seine Wirklichkeit*, Frankfurt am Main 1997.

ROTH G., *Gleichtakt im Neuronennetz*, *Gehirn & Geist*, Nr. 1(2002), S. 38 – 46.

SAHM S., *Selbstbestimmung am Lebensende im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ethik und Recht*, Ethik Med 16(2004), S. 133 – 147.

SAHM S., *Imperfekte Autonomie und die Grenzen des Instruments Patientenverfügung*, Zeitschrift für Medizinische Ethik 51 (2005), S. 265 – 275.

SALGUERO J., *Anthropologia biblica*, Semin 32(1980), S. 145 – 167.

SALOMON F., *Bewusstsein und Bewusstlosigkeit aus anästhesiologischer und intensivmedizinischer Sicht*, in: **BIENSTEIN C., FRÖHLICH A.** (Hrsg.), *Bewusstlos – Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte*, Düsseldorf 1994, S. 25 – 34.

SANCTI THOMAE AQUINATIS Opera omnia, iussu Leonis XIII P.M. edita. T. 13, *Summa contra gentiles / ad codices manuscriptos praesertim sancti doctoris autographum exacta et summo pontifici Benedicto XV dedicata cum commentariis Francisci de Sylvestris Ferrariensis cura et studio Fratrum praedicatorum*, Romae : ex Typogr. polyglotta S.C. de propaganbda fide : [puis] typis Riccardi Garroni [etc.], 1918

SANCTI THOMAE AQUINATIS Opera omnia, iussu Leonis XIII P.M. edita. T. 22, *Quaestiones disputatae de veritate / cura et studio Fratrum praedicatorum*, Romae : ex Typogr. polyglotta S.C. de propaganbda fide : [puis] typis Riccardi Garroni [etc.], 1972-1976.

SANCTI THOMAE DE AQUINO Opera omnia, iussu Leonis XIII P.M. edita. T. 24, 1, *Quaestiones disputatae de anima / cura et studio Fratrum praedicatorum* ; ed. B.-C. Bazán, Roma : Commissio Leonina ; Paris : Les Ed. du Cerf, 1996

SCHAEFER A., *Der Mensch in der Mitte der Schöpfung*, in: **BOUGEROL J. G.** (Hrsg.), *S. Bonaventura 1274 – 1974, III Philosophica*, Roma 1974, S. 337 – 392.

SCHARA J., *Humane Intensivtherapie*, Erlangen 1982.

SCHARBERT J., *Genesis 1 – 11*, in: **PLÖGER J. G., SCHREINER J.** (Hrsg.), *Die Neue Echter Bibel*, Würzburg 1983.

SCHEFFCZYK L., *Einführung in die Schöpfungslehre*, Darmstadt 1987.

SHELLONG S. M., *Die künstliche Beatmung und die Entstehung des Hirntodkonzepts*, in: **SCHLICH T., WIESMANN C.**(Hrsg.), *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, Frankfurt 2001, S. 187 – 206.

SCHIFF N.D., RIBARY U., MORENO D.R. et al., *Residual cerebral activity and behavioural fragments can remain in the persistently vegetative brain*, Brain 125 (2002), S. 1210 – 1234.

SCHILLING O., *Ebenbild*, in: **BAUER J. B.** (Hrsg.), *Bibeltheologisches Wörterbuch*, Bd. I, Graz 1962.

SCHLAKE HANS-PETER, ROOSEN K. (Hrsg.), *Der Hirntod als der Tod des Menschen*, Neu-Isenburg 1995.

SCHLOTZHAUER A. V., LIANG B. A., *Definitions and implications of death*, Hematology/Oncology Clinics Of North America, 16 (2002), S. 1397 – 1413.

SCHMIDT P., MADEA B., *Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht am Ende des Lebens*. MedR, 16(1998), S. 406 -409.

SCHOCKENHOFF E., *Sterbehilfe und Menschenwürde. Begleitung zu einem „eigenen Tod“*, Regensburg 1991.

SCHOTSMANS P., *When the dying person looks me in the face: An ethics of responsibility for dealing with the problem of the patient in a persistent vegetative state*, in: **WILDES K. W.** (Hrsg.), *Birth, Suffering and Death*, Dordrecht 1992, S. 127 – 143.

- SCHOTSMANS P.**, *The Patient in a persistent vegetative state. An ethical re-appraisal*, Bijdragen, tijdschrift voor filosofie en theologie 54 (1993), S. 2 – 18.
- SCHÖNE-SEIFERT B.**, *Die Grenzen zwischen Töten und Sterbenlassen*, Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, 1997, S. 205-226.
- SCHÖNE-SEIFERT B.**, *Ist Assistenz zum Sterben unärztlich?*, in: **HOLDeregger A.** (Hrsg.), *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht*, Freiburg 1999, S. 98 - 118.
- SCHNAKERS C., MAJERUS S., LAUREYS S.**, *Diagnostic et évaluation des états de conscience altérée*, Réanimation 13 (2004), S. 368 – 375.
- SCHNEIDER T.**, *Die Einheit des Menschen. Die anthropologische Formel „anima forma corporis“ im sogenannten Korrektorienstreit und bei Petrus Johannis Olivi. Ein Beitrag zur Vorgeschichte des Konzils von Vienne*, Münster 1973.
- SCHNELLE U.**, *Neutestamentliche Anthropologie. Jesus-Paulus-Johannes*, Neukirchen-Vluyn 1991.
- SCHREIBER H.-L.**, *Diebstahl von Leben. Ein Interview über das umstrittene Frankfurter Urteil zur Sterbehilfe, die Fallstricke legaler Euthanasie und das Menschenrecht auf den eigenen Tod*, Spiegel 52(1998), S. 179.
- SCHWEIZER O.**, *Person und hypostatische Union bei Thomas von Aquin*, (Studia Friburgnsia, Neue Folge, 16), Freiburg/Schweiz 1957.
- SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN**, *Medizinisch-ethische Richtlinien zur Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen*, Schweizerische Ärztezeitung, 83(2002), Nr. 26, S. 1386 – 1402.
- SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN**, *Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten (2003)*, Schweizerische Ärztezeitung, 84(2003)Nr 5, S. 205 – 209.
- SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN**, *Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten*, Schweizerische Ärztezeitung, 85(2004) Nr. 1/2, S. 50 – 54.
- DIE SCHWEIZER BISCHÖFE**, *Die Würde des sterbenden Menschen. Pastoral Schreiben der Schweizer Bischöfe zur Frage der Sterbehilfe und der Sterbebegleitung. Einsiedeln, 4.Juni 2002*, in: **METTNER M., SCHMITT-MANHART R.** (Hrsg.), *Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende*, Zürich 2003, S. 403 – 435.
- SCOWEN E.**, *The Anthony Bland case*, Dispatches 3(1993), S. 5 – 8.
- SEEBASS H.**, *ψῆφος, νεοπέσ*, in: **BOTTERWECK G. J., RINGGREN H.** (Hrsg.), *ThWAT*, Bd. 5, Stuttgart 1987, S. 531 -555.
- SEELMANN K.**, *Alternativkommentar zum Strafrecht*, Bd. 1, §§ 1-21, Neuwied 1990.
- SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ**, *Der Mensch: sein eigener Schöpfer?, Wort der Deutschen Bischofskonferenz zu Fragen von Gentechnik und Biomedizin*, Bonn 2001.
- SGRECCIA E.**, *Vegetative state and brain death: Philosophical and ethical issues a personalistic view*, in: **GIGLI G. L., ZASLER N.** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, NeuroRehabilitation 19(2004), S. 361 – 366.
- SHANNON T. A., WALTER J. J.**, *Implications of the Papal Allocution on Feeding Tubes*, Hastings Center Report 34 (2004), S. 18 – 20.

- SHANNON T. A., WALTER J. J.**, *Assisted nutrition and hydration and the catholic tradition*, *Theological Studies* 66 (2005), S. 651 – 662.
- SHANNON T. A., WALTER J. J.**, *Reply to professors Paris, Keenan, and Himes*, *Theological Studies*, 67 (2006), S. 169 – 174.
- SHEWMON D. A.**, „Brainstem Death“, „Brain Death“ and Death: A critical Re-Evaluation of the Purported Equivalence, *Issues in Law & Medicine*, 14(1998), S. 125–145.
- SHEWMON D. A.**, *A critical analysis of conceptual domains of the vegetative state: Sorting fact from fancy*, in: **GIGLI G. L., ZASLER N.** (Hrsg.), *Life-Sustaining Treatments in Vegetative State: Scientific Advance and Ethical Dilemmas*, *NeuroRehabilitation* 19(2004), S. 343 – 347.
- SHOEMAKER S.**, *Self-Knowledge and Self-Identity*, Ithaca 1963.
- SIEP L.**, *Praktische Philosophie im Deutschen Idealismus*, Frankfurt am Main 1992.
- SIMON A.**, *Was ist der rechtlich und moralisch angemessene Umgang mit Wachkomapatienten? Die medizinethische Perspektive*, in: **HÖFLING W.** (Hrsg.), *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*, Münster 2005, S. 103 – 113.
- SINGER P.**, *Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik*, Erlangen 1998.
- SINGER P.**, *Praktische Ethik*, Stuttgart 1994.
- SISTI A.**, *Le origini dell'uomo nella storia della salvezza*, *BibOr* 14(1972), S. 145 – 166.
- SLOMKA J.**, *Withholding nutrition at the end of life: Clinical and ethical issues*, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 70 (2003), S. 548-552.
- SMITH, W.** *Is a Decision to Forego Tube Feeding for Another A Decision to Kill?* *Issues in Law and Medicine* 6(1991).
- SOGGIN J. A.**, *Alcuni testi-chiave per l'antropologia dell'Antico Testamento*, in: **DI GENNARO G.** (Hrsg.), *L'Anthropologia biblica*, Napoli 1981, S. 45 – 70.
- SONNENFELD A.**, *Wer was ist tot beim Hirntod? Der Hirntod in ethischer Perspektive*, *Forum Katholische Theologie*, 10 (1994), S. 31 - 59.
- SPAEMANN R.**, *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen „etwas“ und „jemand“*, Stuttgart 1998.
- SPAEMANN R.**, *Sind alle Menschen Personen? Über neue philosophische Rechtfertigungen der Lebensvernichtung*, in: **SPAEMANN R.**, *Grenzen – Zur ethischen Dimension des Handels*, Stuttgart 2001, S. 417-440.
- SPARKS R. C.**, *To Treat or Not To Treat ? Bioethics and the Handicapped Newborn*, New York 1988.
- SPITTLER J.F.**, *Gehirn, Tod und Menschenbild. Neuropsychiatrie, Neurophilosophie, Ethik und Metaphysik*, Stuttgart 2003.
- STACEY W. D.**, *The Pauline View of Man in Relation to Its Judaic and Hellenistic Background*, London 1956.
- STARZ E.**, *Gehirntodkonzept und Euthanasie*, in: **STRASSER P., STARZ E.** (Hrsg.), *Personsein aus bioethischer Sicht*, Stuttgart 1997, S. 128 – 153.
- STEIGLEDER K.**, *Die Unterschied zwischen dem Tod der Person und dem Tod des Organismus und ihre Relevanz für die Frage nach dem Tod eines Menschen*, in: **HOFF J., IN DER SCHMITTEN J.** (Hrsg.), *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntod-Kriterium*, Reinbeck 1995, S. 95-115.

STEINS T., *50 Tage intensiv*, in: **STRÄTLING-TÖLLE H.** (Hrsg.), *50 Tage intensiv, oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus*, Frankfurt am Main 2000, S. 17 – 46.

STOLZ F., *לֵב leb Herz*, in: **JENNI E.** (Hrsg.), *Theologisches Handwörterbuch zum Alten Testament*, Bd. I., München – Zürich 1976, S. 861 – 867.

STRÄTLING M., SIMON A., *Ein Beispiel für therapeutische, kommunikative und ethische Probleme des Arztes in der modernen Intensivmedizin*, in: **STRÄTLING-TÖLLE H.** (Hrsg.), *50 Tage intensiv, oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus*, Frankfurt am Main 2000, S.141 – 191.

SUPREME CUORT OF NEW JERSEY, *In the Matter of Quinlan*, 335 A.2d (1976).

TETTAMANZI D., *Les derniers moments de la vie*, Paris 2004.

TEXAS CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *On Withdrawing Artificial Nutrition and Hydration*, Origins 20 (June 7, 1990), S. 53 – 54.

THIEL U., *Lockes Theorie der personalen Identität*, Bonn 1983.

THIEL U., *Person und persönliche Identität in der Philosophie 17. und 18. Jahrhunderts*, in: **D. STURMA** (Hrsg.), *Person: Philosophiegeschichte – Theoretische Philosophie – Praktische Philosophie*, Paderborn 2001, S. 79 - 101.

THOMAS VON AGUIN, *Summa Theologica*, (Vollständige, ungekürzte deutsch-latenische Ausgabe, Übers. Heinrich M. Christmann, Bd. I, Salzburg 1933.

THOMAS VON AGUIN, *Summa Theologica*, (Vollständige, ungekürzte deutsch-latenische Ausgabe, Übers. Heinrich M. Christmann, Bd. II, Salzburg 1934.

THOMAS VON AGUIN, *Summa Theologica*, (Vollständige, ungekürzte deutsch-latenische Ausgabe, Übers. Heinrich M. Christmann, Bd. VI, Salzburg 1937.

THOMAS VON AGUIN, *Summa Theologica*, (Vollständige, ungekürzte deutsch-latenische Ausgabe, Übers. Heinrich M. Christmann, Bd. III, Salzburg 1939.

THOMAS VON AGUIN, *Summa Theologica*, (Vollständige, ungekürzte deutsch-latenische Ausgabe, Übers. Adolf Hoffmann, Bd. VII, München 1941.

TOLMEIN O., *Selbstbestimmungsrecht und Einwilligungsfähigkeit. Der Abbruch der künstlichen Ernährung bei Patienten im vegetative state in rechtvergleichender Sicht: Der Kempferner Fall und die Verfahren Cruzan und Bland*, Frankfurt am Main 2004.

TOLMEIN O., *Integritätschutz und Selbstbestimmungsrecht bei Wachkomapatienten. Eine rechtvergleichende Perspektive*, in: **HÖFLING W.** (Hrsg.), *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*, Münster 2005, S. 115 – 131.

TOOLEY M., *Abtreibung und Kindstötung*, in: **LEIST A.** (Hrsg.), *Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord*, Frankfurt am Main 1990, S. 157 – 195.

TRUOG R. D., *Is It Time to Abandon Brain Death?* Hastings Center Report 27, 1(1997), S. 29 -37.

TUXILL A. C., *Ethische Aspekte der Intensivpflege*, in: **MILLAR B., BURNARD PH.** (Hrsg.), *Intensivpflege – High-touch und High-tech. Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte*, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle 2002, S. 351 – 376.

UHLENBRUCK W., *Patientenverfügung*, in: **HUNOLD G. W., SAUTERMEISTER J.** (Hrsg.), *Lexikon der christlichen Ethik*, Bd. 2, S. 1345 – 1349.

UNITED STATE SUPREME COURT, *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 110 S. Ct. 2841ff. (1990).

UNITED STATE SUPREME COURT, *Cruzan v. Harmon*, 760 S. W. 2d 408 (Mo. 1988).

U.S. BISHOPS PRO-LIFE COMMITTEE, *Nutrition and hydration: Moral and Pastoral Reflections*, *Origins* 21 (April 9, 1992), S. 705 – 712.

WAGNER W., *Gemeinsamkeiten zwischen Hirntodkonzept und traditionellen Todeszeichenkonzepten. Überlegung zu den anthropologischen Grundlagen der Feststellung des menschlichen Todes*, *Ethik Med* (1995) 7, S. 192 – 212.

WANZER S. H. ET AL., *The Physician's Responsibility Toward Hopelessly Ill Patients*, in: **WEIR R. F.** (Hrsg.), *Ethical Issues in Death and Dying*, New York 1986, S. 181 – 193.

WARREN M. A., *On the Moral and Legal Status of Abortion*, in: **BEAUCHAMP T. L., WALTERS L.** (Hrsg.) *Contemporary Issues in Bioethics*, California 1978, S. 222-231

WEIGEND T., KÜNSCHNER K., *USA*, in: **ESER A., KOCH H-G.** (Hrsg.), *Materialien zur Sterbehilfe. Eine internationale Dokumentation*, Freiburg im Br. 1991, S. 670 – 775.

WEIR F., *Abating Treatment with Critically Patients. Ethical and Legal Limits to The Medical Prologation of Life*, Oxford-New York, 1989.

WEIZÄCKER V. v., *Psychosomatische Medizin*, *Psyche* 3(1949/50), S. 331 – 341.

WEIZÄCKER V. v., *Meines Lebens hauptsächliches bemühen*, in: **KERN H.** (Hrsg.), *Wegweiser in der Zeitenwende. Selbstzeugnisse bedeutender Menschen*, München-Basel 1955.

WEIZÄCKER V. v., *Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*, Stuttgart 1968.

WEIZÄCKER V. v., *Körpergeschehen und Neurose. Psychosomatische Medizin*, in: **ACHILLES P.** (Hrsg.), *Gesammelte Schriften*, Bd. VI, Frankfurt 1986.

WEIZÄCKER V. v., *Fälle und Probleme. Klinische Vorstellungen*, in: **ACHILLES P.** (Hrsg.), *Gesammelte Schriften*, Bd. IX, Frankfurt 1986.

WESTERMANN C., *אָדָם, noefœš* in: **JENNI E., WESTERMANN C.** (Hrsg.), *Theologisches Handwörterbuch zum Alten Testament*, Bd. II., München – Zürich 1976, S. 71 – 96.

WESTERMANN C., *ʾādām, Mensch*, in: **JENNI E., WESTERMANN C.** (Hrsg.), *THAT*, Bd. I, S. 42 – 57.

WIEMERS K., *Intensivmedizin*, in: **ESER A.** (Hrsg.), *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*, Freiburg/Br. 1989, S. 556 – 557.

WIGGINS D., *Identity and Spatio-Temporal Continuity*, Oxford 1967.

WILLIAMS B., *Problems of the Self*, Cambridge 1973.

WOLFF, C. *Vernünftige Gedanken von Gott, der Welt und der Seele des Menschen, auch allen Dingen überhaupt*, 1719, Bd. I, Kap. 3, § 194, zit. nach **DIEMER. A.**, *Bewusstsein*, in: **RITTER J.** (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd. I, Darmstadt 1971, S. 888.

WOLFF H. W., *Anthropologie des Alten Testament*, München 1974.

WOLFF H. P., *Arzt und Patient*, in: **SASS H-M.** (Hrsg.), *Medizin und Ethik*, Stuttgart 1989, S. 184 – 211.

WOGROLLY-DOMEJ M., *Abbilder Gottes. Demente, Komatöse, Hirntote*, in: **HOLL A., MACHO T., STRASSER P.** (Hrsg.), *Bibliothek der Unruhe und des Bewahrens*, Bd. 8, St. Stefan 2004.

- WÖBKER G., BOCK W. J.**, *Apallisches Syndrom – Vegetativer Zustand*, in: **HOLDEREGGER A.** (Hrsg.), *Das medizinisch assistierte Sterben*, Freiburg 2000, S. 267 – 288.
- WUCHENER-HULDENFELD A.K.**, *Philosophische Anthropologie*, (o.J.)Wien.
- VARELA F.J.**, *Kognitionswissenschaft-Kognitionstechnik. Eine Skizze aktueller Perspektiven*, Frankfurt am Main 1990.
- VEATCH R. M.**, *The Whole-Brain-Oriented Concept of Death: An Outmoded Philosophical Formulation*, *Journal of Thanatology*, 3(1975), S. 13 – 30.
- VEATCH R. M.**, *Whole-Brain, Neocortical, and Higher Brain Related Concepts*, in: **ZANER R. M.** (Hrsg.), *Death: Beyond Whole-Brain Criteria*, Dordrecht 1988, S. 171 – 186.
- VEATCH R. M.**, *Death Dying and the Biological Revolution*, London 1989.
- VEATCH R. M.**, *The Impending Kollaps of the Whole-Brain Definition of Death*, *Hasting Center Report* 23, no.4(1993), S. 18 – 24.
- VITORIA F. DE**, *Commentarios a la Secunda Secundae de Santo Tomas*, II:II, q.147. a.1, Übersetzung **CRONIN D. A.**, *Conserving Human Life*, St. Louis 1989, S. 37.
- ZIEGER A.**, *Frührehabilitation komatöser Patienten auf der neurochirurgischen Intensivstation. Zur Philosophie und Praxis einer interdisziplinären Aufgabe*, *Zentralblatt für Neurochirurgie*, 53(1992), S. 92 – 113.
- ZIEGER A.**, *Informationen und Hinweise für Angehörige von Schädel-Hirn-Verletzten und Menschen im Koma und apallischen Syndrom*. (Broschüre), Oldenburg 1995.
- ZIEGER A.**, *Keine Euthanasie bei Wachkomapatienten*, *Behindertenpädagogik* (34)1995, S. 414–425.
- ZIEGER A.**, *Personsein, Körperidentität und Beziehungsethik – Erfahrungen zum Dialogaufbau mit Menschen im Koma und Wachkoma aus beziehungsmedizinischer Sicht*, in: **STRASSER P., STARZ E.** (Hrsg.), *Personsein aus bioethischer Sicht*, Stuttgart 1997, S. 154 – 171.
- ZIEGER A.** *Neue Forschungsergebnisse und Überlegungen im Umgang mit Wachkoma-Patienten*. *Rehabilitation* 37 (1998) 167–176.
- ZIEGER A.**, *Der neurologisch schwerstgeschädigte Patient im Spannungsfeld zwischen Bio- und Beziehungsmedizin*, *Intensivmedizin* 10(2002), S. 261 – 274.
- ZIEGER A.**, *Traumatisiert an Leib und Seele – Konsequenzen für den Umgang mit Wachkoma-Patienten aus beziehungsmedizinischer Sicht*, URL: www.a-zieger.de/Dateien/Wachkoma/Traumatisiert.pdf von 15. 02. 2005.
- ZIEGER A.**, *Beziehungsmedizinisches Wissen im Umgang mit so genannten Wachkomapatienten*, in: **HÖFLING W.** (Hrsg.), *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*, Münster 2005, S. 49 – 90.
- ZIEGER A.**, *Körpersemantik und körpernaher Dialogaufbau mit Menschen im Koma und Wachkoma*, in: **KAMMERER T.** (Hrsg.), *Traumland Intensivstation. Veränderte Bewusstseinszustände und Koma. Interdisziplinäre Expeditionen*, München 2006, S. 73 – 88.
- ZIMMERMANN-ACKLIN M.**, *Zur Frage des Umgangs mit Wachkomapatientinnen und -patienten. Statement aus ethischer Sicht*, **SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR BIOMEDIZINISCHEN ETHIK** (SGBE), *Menschen im Wachkoma*, *Bioethica Forum*, No. 45, Juni 2005, S. 5 – 8.
- ZOGLAUER T.**, *Geist und Gehirn. Das Leib-Seele-Problem in der aktuellen Diskussion*, Göttingen 1998.

DAS ZWEITE VATIKANISCHE KONZIL, *Die pastorale Konstitution über die Kirche in der Welt von heute „Gaudium et spes“*, in: K. Rahner, H. Vorgrimler (Hrsg.), *Kleines Konzilskompendium*, 18. Auflage, Freiburg 1985.