

Verhältnismäßige und unverhältnismäßige Mittel

Eine bedenkenswerte Unterscheidung in der lehramtlichen Bewertung der Sterbehilfe

von *Stephan Ernst*

Ausgehend von der Unterscheidung zwischen verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln, die – was oft nicht wahrgenommen wird – auch das kirchliche Lehramt bei der ethischen Beurteilung der Euthanasie verwendet, wird nach der Bedeutung und dem Kriterium dieser Unterscheidung gefragt. Die Lücke, die in der juristischen Erläuterung des Übermaßverbots bleibt, lässt sich aus ethischer Sicht durch den Hinweis füllen, eine Handlung dürfe im Ganzen nicht kontraproduktiv werden. Von diesem Prinzip her werden bisher übliche Differenzierungen für die Bestimmung erlaubter Euthanasie (Behandlungsabbruch, indirekte / direkte, aktive / passive Sterbehilfe) rekonstruiert und Kriterien für den Abbruch künstlicher Ernährung entwickelt.

„Verhältnismäßig / unverhältnismäßig“ statt „gewöhnlich / außergewöhnlich“

In der Diskussion um die ethische Bewertung der Sterbehilfe wird zur Darstellung der Position der katholischen Kirche immer wieder die Unterscheidung von „gewöhnlichen“ und „außergewöhnlichen“ Mitteln angeführt. Während der Einsatz gewöhnlicher Mittel ethisch geboten sei, könne man auf die Anwendung außergewöhnlicher Mittel verzichten. Diese Unterscheidung, die auf Pius XII. zurückgeführt wird¹, wird von vielen philosophischen Ethikern nicht als schlüssiges Kriterium anerkannt, sondern als unzureichend kritisiert und zurückgewiesen.² Aber auch innerhalb der Moraltheologie wurde diese Unterscheidung spätestens nach dem Zweiten Vatikanischen Konzil fragwürdig und in der Folge mehr und mehr fallen gelassen. So stellt Eberhard Schockenhoff zusammenfassend fest, diese Unterscheidung habe an Bedeutung verloren, da sie gegenüber anderen Kriterien wie Hirntod, unabwendbarem Tod etc. zu unbestimmt und zudem stark vom jeweiligen Stand der medizinischen Entwicklung abhängig sei.³

Was dabei weder von Vertretern noch von Kritikern der katholischen Moraltheologie ausreichend thematisiert wird, ist die Tatsache, dass die Unterscheidung von ordentlichen und außerordentlichen Mitteln bereits 1980 durch die „Erklärung der Kongregation für

¹ Vgl. dazu A.-F. Utz; J.-F. Groner (Hg.), *Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens. Soziale Summe Pius XII.*, Bd. 3, Freiburg i.Ue. 1961, Nr. 5544, 5548, 5549.

² Vgl. *Peter Singer*, *Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik*, Erlangen 1998, 73–75. Ebenso: *Dieter Birnbacher*, *Ethische Aspekte der aktiven und passiven Sterbehilfe*, in: H. Hepp (Hg.), *Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben!*, Düsseldorf 1992, 55–57. Vgl. dazu auch: *Ders.*, *Tun und Unterlassen*, Stuttgart 1995, 349–351.

³ Vgl. *Eberhard Schockenhoff*, *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriss*, Mainz 1993, 251.

die Glaubenslehre zur Euthanasie“ relativiert und durch eine neue, anders geartete Unterscheidung ergänzt und präzisiert, wenn nicht sogar ersetzt worden ist. In dieser Erklärung heißt es zur Frage nach dem richtigen Maß in der Verwendung therapeutischer Mittel:

„Muss man nun unter allen Umständen alle verfügbaren Mittel anwenden? Bis vor kurzem antworteten die Moraltheologen, die Anwendung ‚außerordentlicher‘ Mittel könne man keinesfalls verpflichtend vorschreiben. Diese Antwort, die als Grundsatz weiter gilt, erscheint 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.“⁴

Die neue Unterscheidung wird auch in der Enzyklika „Evangelium vitae“ aufgegriffen:

„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.“⁵

Doch: Was ist mit der Unterscheidung von verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln gewonnen? Gibt es einen relevanten Bedeutungsunterschied zwischen den beiden Begriffspaaren? Zunächst lässt sich folgende Differenz festhalten: Die Unterscheidung von ordentlichen und außerordentlichen Mitteln hat ihr Kriterium ausschließlich in Umständen, die der therapeutischen Handlung selbst *äußerlich* sind. So können in Ländern oder Regionen, die medizinisch-technisch auf dem neuesten Stand sind, Behandlungsmaßnahmen als ordentlich bzw. gewöhnlich und üblich gelten, die in weniger entwickelten Gegenden als außerordentlich und ungewöhnlich gelten. Demgegenüber hat die Unterscheidung zwischen verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln ihr Kriterium in dem Verhältnis, das zwischen dem therapeutischen Ziel und den hierfür eingesetzten therapeutischen Mitteln besteht.

Es geht also um eine Unterscheidung, die die *innere Struktur der Handlung selbst* betrifft und nicht um den äußerlichen und deshalb zufälligen kulturellen, geographischen oder gesellschaftlichen Kontext der Handlung. Zwar spielt auch hier eine Rolle, welche Mittel überhaupt verfügbar und zugänglich sind. Ob aber die eingesetzten Mittel im Blick auf das angestrebte therapeutische Ziel verhältnismäßig oder unverhältnismäßig sind, ist eine vom kulturellen und technischen Entwicklungsstand *unterschiedene* Frage. Es ist durchaus möglich, dass Behandlungsmaßnahmen, die leicht verfügbar sind und als „gewöhnliche“ Maßnahmen gelten, sich dennoch als „unverhältnismäßig“ erweisen.

⁴ Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie, 20. Mai 1980 (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 20. Hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz), 11.

⁵ Enzyklika „Evangelium vitae“, 25. März 1995 (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 120. Hg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz), Nr. 65 (S. 80).

Damit stellt sich Frage, was mit der Rede von „verhältnismäßigen“ und „unverhältnismäßigen“ Mitteln näherhin gemeint sein kann. Welches Kriterium lässt sich für Verhältnismäßigkeit und Unverhältnismäßigkeit angeben?

Der juristische Grundsatz des Übermaßverbots

Ein Zugang zum Verständnis der Unterscheidung von verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln lässt sich über den in den Rechtswissenschaften gängigen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit der Mittel bzw. des Übermaßverbots⁶ gewinnen. Zweck dieses Grundsatzes ist es, vor übermäßigen Eingriffen des Staates in Grundrechte und in die allgemeine Handlungsfreiheit der Einzelnen zu schützen. Genauer lässt sich dieser Grundsatz der Verhältnismäßigkeit bzw. des Übermaßverbots dahingehend entfalten, dass Eingriffe in die Grundrechte der Bürger im Blick auf das jeweils angestrebte Ziel 1) *geeignet*, 2) *erforderlich* und 3) *angemessen* bzw. *verhältnismäßig im engeren Sinne* sein müssen. Alle drei Bedingungen müssen der Reihe nach erfüllt sein, damit eine staatliche Maßnahme als verhältnismäßig bzw. als nicht übermäßig und damit als gerechtfertigt und erlaubt gelten kann.

Das *Geeignetheitsprinzip* besagt, dass das angestrebte Ziel durch die jeweilige Maßnahme auch tatsächlich erreicht werden kann. Das Mittel muss geeignet sein, um das beabsichtigte Ergebnis zu erzielen. Dabei kann es durchaus mehrere geeignete Wege geben. Ausgeschlossen sind lediglich diejenigen Maßnahmen, die nichts ausrichten. Doch auch unter den geeigneten Möglichkeiten kann es solche geben, die weniger belastend sind als andere. Daher verlangt das *Erforderlichkeitsprinzip*, dass die gewählte Maßnahme notwendig ist. Von den geeigneten Maßnahmen muss diejenige gewählt werden, die die geringste Belastung darstellt und die geringsten negativen Nebenfolgen für die Betroffenen mit sich bringt. Dies zu ermitteln ist jedoch nicht immer eindeutig und einfach, sondern verlangt bisweilen eine komplexe Folgenabschätzung und kontinuierlich begleitende Folgenüberprüfung.

Aber auch dann, wenn ein geeignetes und erforderliches Mittel, also das Mittel mit den geringsten negativen Nebenwirkungen gewählt wurde, kann es sein, dass die entstehenden Schäden in keinem angemessenen Verhältnis zum erreichten Nutzen stehen. So mag zur Bekämpfung von organisierter Kriminalität die Videoüberwachung von Wohnungen zwar geeignet und auch erforderlich sein; dennoch bleibt die Frage, ob damit nicht das Recht des Einzelnen auf Unverletzlichkeit der eigenen Wohnung in unangemessener Weise eingeschränkt wird. Daher verlangt das *Angemessenheitsprinzip* oder auch *Verhältnismäßigkeitsprinzip im engeren Sinne*, dass die negativen Folgen der jeweils gewählten Maßnahme in einem angemessenen Verhältnis zu den erreichten Vorteilen stehen; Zweck und Mittel dürfen nicht in ein völliges Missverhältnis geraten. Als Weg, die-

⁶ Die Terminologie ist uneinheitlich. Das Bundesverfassungsgericht (E 49, 24/58 = NJW 1978, 2237) spricht vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit im weiteren Sinne. – Einen guten Überblick über die geschichtliche Entwicklung dieses Prinzips mit vielen Beispielen bietet: Marc d’Avoine, Die Entwicklung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit, Wuppertal 1994.

se Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne zu gewährleisten, sieht das juristische Prinzip des Übermaßverbots eine Abwägung der Güter und Übel vor, in der zu prüfen ist, ob bei der Schwere des Eingriffs angesichts des in Aussicht stehenden Nutzens die Grenze des Zumutbaren gewahrt ist. So ist etwa zwischen dem Interesse der Gesellschaft an einer effektiven Verbrechensbekämpfung und dem Interesse des Einzelnen auf Wahrung seiner Privatsphäre abzuwägen.

Doch nach welchen Kriterien soll eine solche Abwägung von Gütern und Übeln, von Nutzen und Schaden, von Zumutbarkeit und Unzumutbarkeit erfolgen, um Klarheit und Einvernehmlichkeit in der Entscheidung herbeizuführen? Nach welchem Kriterium lässt sich bemessen, ob das eine Gut größer, wichtiger oder bedeutender und damit vorzugswürdiger ist als das andere? Wie lässt es sich entscheiden, ob es vorzugswürdiger ist, eine Startbahn zu bauen oder mehrere Hektar Wald zu erhalten? Spielen hier nicht subjektive Einschätzungen und Vorlieben oder auch gesellschaftliche Traditionen und Konventionen eine entscheidende Rolle? Das Prinzip des Übermaßverbots selbst liefert hierfür kein Kriterium. Ein Rekurs auf vermeintlich objektiv vorgegebene Güter- und Werthierarchien scheint ebenfalls nicht in Frage zu kommen. Von juristischer Seite wird daher konstatiert:

„Problematisch aber bleibt die Rangfrage, d.h. die Begründung der Vorzugswürdigkeit eines Wertes. Güterabwägung als reine Feststellung von Höherwertigkeit und Übergewichtigkeit läuft Gefahr, so die sicher nicht unberechtigte Kritik, zu einem unkritischen Rückgriff auf Werte zu führen, der einer Direktive, die sich aus der Verfassung ableitet, entbehrt, und statt dessen Werte und Gewichtung einfach behauptet. Daran vor allem entzündet sich die Kritik in der jüngeren verfassungsrechtlichen Diskussion. Die herkömmliche Methode der Güterabwägung enthalte Elemente einer vor- und außerverfassungsrechtlichen Rangordnung der Werte. Werte aber seien nicht im Sinne eines abstrakten Werthimmels zu verstehen. Sie werden nicht von außen oder oben der Verfassung und Rechtsordnung auferlegt.“⁷

Weiterführende Interpretation des Übermaßverbots aus ethischer Sicht

Im Rahmen der Ethik, gerade auch der theologischen Ethik, ist das Kriterium der Verhältnismäßigkeit der Mittel immer wieder aufgegriffen worden, um die Frage nach der ethischen Erlaubtheit von solchen Handlungen zu beantworten, durch die nicht nur ein Gut verwirklicht wird, sondern immer auch Übel und Schäden mitgesetzt werden. Bereits Thomas von Aquin beantwortet die Frage nach der Gewaltanwendung zum Zweck der Selbstverteidigung mit dem Verweis auf die Verhältnismäßigkeit der Mittel.⁸ Wilhelm Korff greift das Prinzip der Verhältnismäßigkeit der Mittel mit seiner Formulierung einer

⁷ Gabriele Wolfslast, Juristische Methoden der Güterabwägung, in: H.-M. Sass; H. Viefhues (Hg.), Güterabwägung in der Medizin. Ethische und ärztliche Probleme, Berlin – Heidelberg – New York 1991, 88.

⁸ Vgl. *Thomas von Aquin*, Summa theologiae II-II, q. 64, a. 7.

Übelminimierungsregel und einer Übelabwägungsregel auf.⁹ Die Übelminimierungsregel lautet:

„Ein Handeln, das einem sittlich guten Ziel dienen soll, ist ethisch nur dann gerechtfertigt, wenn die mit ihm verknüpften negativen Nebenwirkungen auf das jeweils geringstmögliche Maß gebracht werden.“

Sie entspricht dabei dem Erforderlichkeitsprinzip, während sich die Übelabwägungsregel

„Ein Handeln, das einem sittlich guten Ziel dienen soll, ist ethisch nur dann gerechtfertigt, wenn die als Nebenfolgen eintretenden Übel geringer sind als die Übel, die aus einem Handlungsverzicht erwachsen würden.“

als Präzisierung des Angemessenheitsprinzips bzw. des Verhältnismäßigkeitsprinzips im engeren Sinne verstehen lässt. Allerdings wird auch hier nicht wirklich die Frage beantwortet, nach welchem Kriterium eine Abwägung zwischen den als Nebenfolgen eintretenden Übeln und denen, die aus einem Handlungsverzicht resultieren würden, erfolgen kann. Nach welchem Maßstab kann man bestimmen, welches von zwei Übeln geringer oder größer ist?

Erschließend und weiterführend scheint hier die Einsicht zu sein, dass sich eine eindeutige Unverhältnismäßigkeit der negativen Folgen einer Handlung gegenüber dem in ihr angestrebten Gut dann feststellen lässt, wenn die Handlung *kontraproduktiv* wird. Dies ist genau dann der Fall, wenn die negativen Nebenfolgen einer Handlung und die durch sie mitgesetzten Übel und Schäden das in ihr selbst angestrebte Ziel und ihr zu Grunde liegende Gut mindern oder gar zerstören anstatt zu schützen oder zu fördern.¹⁰ Eine Verhältnismäßigkeit der negativen Folgen besteht dagegen solange, wie die Handlung ihrem Grund, nämlich dem in ihr angestrebten Gut, tatsächlich gerecht wird, d.h. solange die Handlung geeignet ist, das in ihr angestrebte Gut tatsächlich dauerhaft zu verwirklichen und zu fördern. Dabei ist der Grundsatz, dass die Übel in jedem Fall möglichst gering zu halten sind, immer schon in dieser Erläuterung der Verhältnismäßigkeit mit eingeschlossen.

Damit die Vermeidung von Kontraproduktivität zu einem ethischen Prinzip wird und nicht nur ein Grundsatz egoistisch klugen Verhaltens bleibt, ist hinzuzufügen, dass eine Handlung auch *im Ganzen* das Gut, das ihr zu Grunde liegt, nicht untergraben darf, sondern schützen und fördern muss. Dass die Handlung das in ihr angezielte Gut *im Ganzen* schützt und fördert, bedeutet, dass das angestrebte Gut nicht nur für den Handelnden selbst, sondern *als solches* gewahrt und verwirklicht wird. Es darf einem etwa nicht nur um die Erreichung von Geld und Besitz für einen selbst oder die eigene Gruppe gehen, sondern darum, Geld und Besitz *überhaupt* und damit für prinzipiell jeden zu verwirklichen und zu fördern.

Kommt es vor, dass verschiedene Güter in Konkurrenz zueinander stehen (etwa die Ausweitung des Flugverkehrs und das ökologische Gleichgewicht), so dass man nicht beide Güter zugleich verwirklichen kann, sondern in jedem Fall ein Übel entsteht, so las-

⁹ Wilhelm Korff, Die Energiefrage auf dem Prüfstand, in: Ders. (Hg.), Die Energiefrage. Entdeckung ihrer ethischen Dimension, Trier 1992, 25.

¹⁰ Vgl. dazu Peter Knauer, Handlungsnetze. Über das Grundprinzip der Ethik, Frankfurt a.M. 2002, bes. 27–33.

sen sich solche Konflikte lösen, indem man die *gegenseitige Fundierung der Güter* berücksichtigt. Damit ist gemeint, dass in vielen Fällen die Verwirklichung eines bestimmten Gutes nur unter der Voraussetzung verwirklicht werden kann, dass ein anderes Gut nicht vernachlässigt, sondern ebenfalls verwirklicht wird. Es wäre kontraproduktiv, das fundierende Gut zu vernachlässigen.¹¹

Mit diesen Überlegungen ist von ethischer Seite eine Klärung der Frage erreicht, was mit der Rede von verhältnismäßigen und – vor allem – unverhältnismäßigen Mitteln, wie sie in der „Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie“ angeführt wird, gemeint sein kann. Unverhältnismäßig ist ein Mittel demnach dann, wenn es durch seine Nebenwirkungen mehr Schaden anrichtet, als für die Erreichung des angestrebten Gutes notwendig ist, bzw. wenn durch seine Nebenwirkungen das angestrebte Gut langfristig und im Ganzen eher gemindert oder zerstört als tatsächlich gefördert wird. In einem zweiten Schritt stellt sich nun die Frage, was sich daraus für die Beurteilung der Sterbehilfe ergibt.

Lebensschutz und Ausnahmen vom Tötungsverbot

Eine erste Konsequenz für die ethische Beurteilung der Sterbehilfe besteht darin, dass das Gut des menschlichen Lebens in einem möglichen Güterkonflikt nicht einfach gegen andere, wenn auch wichtige Güter abgewogen und ihnen nachgeordnet werden kann. Dem Gut des menschlichen Lebens nämlich kommt – gerade nach dem Prinzip der gegenseitigen Fundierung der Güter – im Vergleich zu allen anderen Gütern fundamentale Bedeutung zu. Es ist die Voraussetzung dafür, dass Menschen überhaupt Güter anstreben und verwirklichen können. Für Kant begründet sich der unbedingte Wert eines jeden Menschen darin, dass er möglicher Träger eines moralisch guten Willens ist. Dafür aber ist das Leben des Menschen die unhintergehbare Voraussetzung. Das Leben ist deshalb grundsätzlich nicht gegen andere Güter oder Werte, die der Mensch in seinem Leben anstreben oder verwirklichen kann, abwägbar.

Unter dieser Voraussetzung kann aber die Tötung eines Menschen überhaupt nur dann verhältnismäßig sein und damit einen ethisch rechtfertigenden Grund haben, wenn sie die letzte Möglichkeit (*ultima ratio*) ist, wie das der Tötung entgegengesetzte Gut des menschlichen Lebens gegen eine bereits bestehende willkürliche Bedrohung geschützt werden kann. Zugespielt ließe sich formulieren, dass in einem solchen Fall gerade die Tötung des Angreifers den Wert „menschliches Leben“ im Ganzen schützt, dem ja auch das Tötungsverbot selbst dienen will und den es schützen möchte. Eine solche Situation liegt etwa dem Notwehrrecht zugrunde.

Nach dieser klaren Begründungslogik wären aber auch alle anderen so genannten „Ausnahmen“ vom Tötungsverbot zu beurteilen. Für die *Todesstrafe* ergibt sich dann, dass es auch mit weniger drastischen Maßnahmen als einer Hinrichtung möglich ist, un-

¹¹ Auf juristischer Seite wird dies durch den Ausgleich zwischen konkurrierenden Gütern und Werten auf dem Wege der „praktischen Konkordanz“ zu erreichen versucht. Vgl. dazu *Gabriele Wolfslast*, Methoden (Anm. 7), 89.

sere Gesellschaft wirkungsvoll gegen die Bedrohung durch Verbrecher zu schützen. Rache und Vergeltung stellen hingegen keinen eine Tötung rechtfertigenden Grund dar. In diesem Sinne und unter Rückgriff auf das Prinzip der Verhältnismäßigkeit der Mittel wurde übrigens auch in der Neuübersetzung des Katechismus der Katholischen Kirche die Möglichkeit moralisch gerechtfertigter Todesstrafe noch zurückhaltender beurteilt als in der ersten deutschen Ausgabe. Solche Fälle – so der Katechismus – sind nur „sehr selten oder praktisch überhaupt nicht mehr gegeben“.¹² Beim so genannten *gerechten Krieg* könnte zwar parallel zur Notwehrsituation argumentiert werden, allerdings ist es stets problematisch, festzustellen, ob die Anwendung von Waffengewalt wirklich die *ultima ratio* ist.

Wenn also in der theologischen Ethik und vor allem in lehramtlichen Äußerungen von der „Heiligkeit des menschlichen Lebens“ gesprochen wird, so meint dies nicht – wie es der katholischen Morallehre immer wieder unterstellt wird –, es könne überhaupt keine Situationen geben, in denen die Tötung eines Menschen ethisch gerechtfertigt ist.¹³ „Heiligkeit des menschlichen Lebens“ bedeutet nicht, dass das Leben des Menschen ein *absolutes* Gut ist – dies ist schon aus schöpfungstheologischen Gründen gar nicht denkbar, weil *jedes* geschaffene Gut immer nur ein endliches und begrenztes Gut darstellt –, sondern lediglich, dass es ein *fundamentales* Gut darstellt.¹⁴ Damit ist gemeint, dass eine Tötung nur dann gerechtfertigt ist, wenn sie selbst zum Schutz des menschlichen Lebens im Ganzen zwingend erforderlich ist.

Dagegen kann es ethisch nicht gerechtfertigt sein, Menschen etwa aufgrund von äußeren Lebensqualitätsurteilen zu töten. Man kann auch dem Wunsch eines Menschen zu sterben nicht einfach schon dann nachkommen, wenn sich auf diese Weise Schmerzen und Leid oder auch eine anscheinend schlechte Lebensqualität vermeiden lässt. In diesem Fall liegt es – im Sinne der Verhältnismäßigkeit der Mittel und des geringsten Übels – näher, die Schmerzen mit palliativmedizinischen Maßnahmen zu lindern und die Angst vor Krankheit, Leid und Einsamkeit durch menschliche Nähe aufzufangen.

Wie aber lässt sich dann die Möglichkeit des Behandlungsverzichts und des Behandlungsabbruchs sowie der so genannten „indirekten“ Sterbehilfe begründen, wenn diese doch auch zum Tod führen? Wird hier nicht jeweils der vorzeitige Tod vorausgesehen und deshalb auch beabsichtigt? Um hier Klarheit zu bekommen, ist es wichtig, das eigentliche Ziel ärztlichen Handelns genauer in den Blick zu nehmen, im Blick auf das nach der Verhältnismäßigkeit oder Unverhältnismäßigkeit der Mittel gefragt werden muss.

¹² Vgl. Katechismus der Katholischen Kirche, München u.a. 1993, Nr. 2266 und 2267. Demgegenüber die noch stärker eingeschränkte Formulierung in: Katechismus der Katholischen Kirche, München u.a. 2003, Nr. 2267 unter Berufung auf die Enzyklika „Evangelium vitae“ Nr. 56 von Papst Johannes Paul II.

¹³ Vgl. etwa *Helga Kuhse*, Die Lehre von der „Heiligkeit des Lebens“, in: A. Leist (Hg.), *Um Leben und Tod*, Frankfurt a.M. 1990, 99; *Dies.*, Die „Heiligkeit des Lebens“ in der Medizin. Eine philosophische Kritik, Erlangen 1994, 42.

¹⁴ In diesem Sinne äußert sich bereits *Werner Schöllgen*, Aktuelle Moralprobleme, Düsseldorf 1955, 399.

Präzisierung des Ziels ärztlichen Handelns

Das Ziel ärztlichen Handelns wird traditionell mit dem Stichwort „Lebenserhaltung“ angegeben. In einer bis heute noch vielfach als gültig angesehenen Form hat dies Christoph Wilhelm Hufeland folgendermaßen formuliert:

„Das Leben des Menschen zu erhalten und womöglich zu verlängern, ist das höchste Ziel der Heilkunst. Jeder Arzt hat geschworen, nichts zu tun, wodurch das Leben eines Menschen verkürzt werden könnte. Ob das Leben des Menschen ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht – dies geht ihn nichts an. Und maßt man sich einmal an, diese Rücksicht mit in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar. Und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate.“¹⁵

Unter den Bedingungen der modernen Intensivmedizin erweist sich diese Bestimmung des Ziels ärztlichen Handelns freilich immer mehr als unbefriedigend. Die Entwicklung der Intensivmedizin nämlich hat deutlich gemacht, dass unterschieden werden kann und unterschieden werden muss zwischen dem *rein physischen, biologischen Leben* des Menschen einerseits und seinem *Lebensvollzug*, in dem er sein Leben lebt, andererseits. Mit Hilfe der modernen medizinischen Technik ist es möglich geworden, den menschlichen Organismus auch dann noch am Leben und Funktionieren zu halten, wenn der Mensch sein Leben definitiv nicht mehr selbst leben oder vollziehen kann, also im Fall des irreversiblen Komas bzw. des Hirntods. Wenn man es aber in diesem Fall für gerechtfertigt hält, alle lebenserhaltenden Geräte abzustellen, so wird damit auch deutlich, dass das *physische, biologische Leben* des Menschen seinen Wert und seine Schutzwürdigkeit nicht einfach schon *in sich* selbst besitzt, sondern dadurch erhält, dass es die Voraussetzung für den *Lebensvollzug* des Menschen darstellt.

Mit dem Ausdruck „Lebensvollzug“ sind dabei *keine inhaltlichen Vorstellungen* von einer bestimmten Lebensqualität oder von bestimmten Fähigkeiten und Fertigkeiten verbunden, die den Lebensvollzug ausmachen und als lebenswert oder nützlich erscheinen lassen. Mit „Lebensvollzug“ ist vielmehr die bloße Tatsache gemeint, *dass* der Mensch sein Leben selbst wahrnimmt und vollzieht. Dies kann im Extremfall bis zur bloßen „Selbstpräsenz“, also zum bloßen „Sich-selbst-gegenwärtig-Sein“ oder auch zum bloßen „Sich-selbst-Fühlen“ reduziert sein.¹⁶

Ausgehend von dieser Unterscheidung sowie von der Hinordnung des physischen, biologischen Lebens auf den Lebensvollzug, darauf also, dass der Mensch *sein Leben lebt*, lässt sich nun auch das Ziel ärztlichen Handelns genauer bestimmen. Es besteht darin, *dem Patienten im Rahmen dessen, was möglich ist, optimale Bedingungen für dessen Lebensvollzug zu schaffen und zu erhalten.*

Im Blick auf dieses Ziel ist nun zu beurteilen, welche medizinischen Maßnahmen diesem Ziel tatsächlich förderlich und welche diesbezüglich eher kontraproduktiv und damit

¹⁵ Zitiert nach V. Diehl u.a., Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Onkologie, in: P. Schölmerich; G. Thews, „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin. Symposium der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz – Stuttgart – New York 1990, 149.

¹⁶ Vgl. dazu Barbara Andrade, Menschenwürde. Anthropologische und theologische Überlegungen, in: G. Gäde (Hg.), Hören – Glauben – Denken. FS P. Knauer, Münster 2005, 255.

unverhältnismäßig sind. Dabei ergibt sich aus der Zielangabe unmittelbar, dass es dem Arzt im Normalfall um die Erhaltung der Gesundheit und des physischen Lebens des Patienten gehen muss, weil dadurch die Bedingungen des Lebensvollzugs optimiert werden. Andererseits ergibt sich aus diesem Ziel aber auch, dass mit dem Enden der Möglichkeiten kurativer Medizin die Aufgabe des Arztes noch nicht erledigt ist. Dem Patienten möglichst optimale Bedingungen des Lebensvollzugs zu schaffen, schließt auch die Möglichkeiten der symptomatischen und palliativen Behandlungsmaßnahmen und der menschlichen Begleitung unausweichlich mit ein.

Begründung des Behandlungsabbruchs

Allerdings lässt sich ausgehend von dieser Zielbestimmung nun auch sagen, dass Behandlungsmaßnahmen, die nicht mehr zu einer Verbesserung oder Aufrechterhaltung der Möglichkeit des Lebensvollzugs beitragen, sondern diesen eher beeinträchtigen, *unterlassen* oder auch *abgebrochen* werden können, auch wenn damit das biologische Leben nicht in dem Maße verlängert wird, wie es medizinisch-technisch möglich wäre. In diesem Sinne heißt es auch in der Erklärung der Glaubenskongregation zur Sterbehilfe, dass man medizinische Maßnahmen abbrechen darf,

„... 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.“¹⁷

Dies gilt beispielsweise im Fall des definitiven und irreversiblen Komas, in dem der Mensch die Möglichkeit des Lebensvollzugs endgültig verloren hat und nie mehr wiedererlangen kann. Dies gilt aber auch im Fall von Behandlungsmaßnahmen, die den Lebensvollzug im Ganzen und langfristig eher einschränken als fördern. So mag es zwar technisch möglich sein, bei einem Krebspatienten im Endstadium durch Operationen noch einige Tage oder Wochen „herauszuholen“. Dennoch wird gerade dadurch dem Patienten die Möglichkeit genommen, das Ende seines Lebens bewusst und in Kommunikation mit den Angehörigen zu durchleben.

Es gilt also, abzuwägen, welche Behandlungsmaßnahmen im Blick auf das Ziel der Optimierung des Lebensvollzugs tatsächlich geeignet und erforderlich sind. Das ist zum einen eine Frage des *medizinischen Sachwissens* und der *Abwägung der Risiken*. Zum anderen aber spielen bei solchen Abwägungen, gerade weil es um die Optimierung der *individuellen* Lebensmöglichkeiten geht, immer auch *persönliche, biographische, die Identität des jeweiligen Patienten betreffende Faktoren* eine Rolle. Es ist wichtig zu beachten, was für den jeweiligen Patienten in seiner Situation und vor dem Hintergrund seines Lebens, aber auch seiner *psychologischen, sozialen* und auch *sinnbezogenen* Situation, wirklich eine Verbesserung des Lebensvollzugs und der Lebensmöglichkeiten bedeutet. Dazu ist der einfühlsame *Dialog* mit dem Patienten darüber, was er als Verbesserung

¹⁷ Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie (a.a.O.), 12.

seines Lebensvollzugs empfindet, und damit die Orientierung am Patientenwillen unverzichtbar und konstitutiv. Nur im Gespräch mit dem Patienten lässt sich herausfinden, worin noch die jeweiligen Lebensziele bestehen: Für den einen mag das noch eine Reise sein, ein anderer möchte noch ein Buch lesen, wieder ein anderer möchte noch einen bestimmten Angehörigen sprechen. Und nur im Blick auf diese individuellen Ziele lässt sich sagen, was tatsächlich der Optimierung der Lebensmöglichkeiten des jeweiligen Patienten dient und was sie eher behindert.

Begründung der indirekten Sterbehilfe

Umgekehrt lässt sich von der genannten Bestimmung des Ziels ärztlichen Handelns nun aber auch sagen, dass Behandlungsmaßnahmen, die die Möglichkeit des Lebensvollzugs den Umständen entsprechend verbessern oder wiederherstellen, also etwa starke Schmerzmittel bei Krebspatienten im Endstadium, auch dann moralisch gerechtfertigt sind, wenn sie das biologische Leben abkürzen. Auch dies befürwortet die Glaubenskongregation in ihrer Erklärung zur Euthanasie, wenn sie im Blick auf die Verabreichung von Schmerzmitteln trotz voraussehbarer Lebensverkürzung schreibt:

„In diesem Fall ist es klar, dass der Tod keineswegs gewollt und 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.“¹⁸

Allerdings ist auch hier im Sinne der Verhältnismäßigkeit der Mittel darauf zu achten, dass die gewählte Dosierung wirklich erforderlich ist. *Nur dann* kann – in einem ethischen Sinne und nicht nur im psychologischen Sinne – davon die Rede sein, dass sich die Absicht (die Intention) *direkt* auf die Schmerzlinderung und nicht auf die Lebensverkürzung richtet. Sind dagegen die Schmerzmittel nicht notwendig, kann auch nicht mehr im eigentlichen Sinne von *indirekter* Sterbehilfe gesprochen werden.

Mit diesen Überlegungen ist ein Kriterium gegeben, mit dessen Hilfe sich die in der Frage des Behandlungsabbruchs und der Sterbehilfe zentrale Unterscheidung zwischen dem, was im ethischen Sinne „direkt intendiert“, und dem, was nur „indirekt in Kauf genommen“ ist, klar bestimmen lässt.¹⁹ Ob etwas direkt intendiert und nur indirekt in Kauf genommen ist, ist nämlich – im *ethischen* Sinne – nicht davon abhängig, was der Handelnde *psychologisch* gerade beabsichtigt, worauf er also seine Aufmerksamkeit richtet oder was er wünscht. Im ethischen Sinne ist der Unterschied zwischen direkt und indirekt vielmehr dadurch begründet, ob die Handlung trotz der negativen Nebenwirkungen dem in der Handlung selbst erstrebten Gut tatsächlich auf die Dauer und im Ganzen gesehen zuträglich ist oder ob die Nebenwirkungen die Verwirklichung des Gutes gerade untergraben. Ist die Handlung geeignet, das sie begründende Gut zu fördern, ist die Förderung dieses Gutes das direkt Intendierte, während die zugleich mitgesetzten Schäden nur indi-

¹⁸ Ebd.

¹⁹ Vgl. dazu auch *Peter Knauer*, Handlungsnetze (Anm. 10), 89–92.

rekt in Kauf genommen sind. Ist dagegen die Handlung nicht geeignet, das in ihr angestrebte Gut zu fördern, sondern führen die mitgesetzten Schäden dazu, dass schließlich auch das angestrebte Gut selbst langfristig und im Ganzen betrachtet zerstört wird, dann sind die Schäden direkt intendiert und nicht nur indirekt in Kauf genommen.

Ist etwa die Wiederherstellung der Gesundheit eines Patienten nur dadurch möglich, dass der Arzt Schmerzen zufügt, so ist die Verursachung dieses Übels gerechtfertigt und ethisch erlaubt, ja geboten. In diesem Fall ist die Wiederherstellung der Gesundheit, weil sie einen rechtfertigenden Grund für die Übel darstellt, das – im ethischen Sinne – direkt Intendierte, während die Schmerzen nur indirekt in Kauf genommen sind und außerhalb der Intention (*praeter intentionem*) bleiben. Wäre es dagegen möglich, die Gesundheit auch ohne schmerzhaft Maßnahmen wiederherzustellen, so wäre die Zufügung von Schmerzen im ethischen Sinne direkt intendiert. Irrelevant ist dabei, was sich der behandelnde Arzt wünscht oder woran er gerade denkt. Auch wenn im Fall einer Notoperation die Aufmerksamkeit des Arztes *psychologisch gesehen* ganz darauf gerichtet ist, den mit Schmerzen oder anderweitigen Übeln verbundenen Eingriff durchzuführen, so bleibt dies *ethisch gesehen* außerhalb der Intention und ist nur indirekt in Kauf genommen; das direkt Intendierte ist dagegen die Wiederherstellung der Gesundheit.

Was direkt intendiert und was indirekt in Kauf genommen ist, ist also – in diesem Sinne verstanden – nicht davon abhängig, was der Handelnde subjektiv beabsichtigt, woran er denkt oder was er sich wünscht, sondern lässt sich – grundsätzlich jedenfalls – objektivieren. Deshalb ist es auch kein Einwand gegen die ethische Relevanz der Unterscheidung zwischen „indirekter“ und „direkter“ Sterbehilfe, dass der Arzt auch bei der Anwendung von Schmerzmitteln um die lebensverkürzende Wirkung *weiß* und den vorzeitigen Tod des Patienten *voraussieht*.²⁰ Und auch, wenn Dieter Birnbacher schreibt:

„... was die sogenannte indirekte von der aktiven Sterbehilfe (im engeren Sinne) unterscheidet, ist ... lediglich, dass bei der aktiven Sterbehilfe der Tod als Mittel der Leidensminderung *beabsichtigt* ist, während bei der indirekten Sterbehilfe der (mögliche) Tod nicht beabsichtigt, sondern *in Kauf genommen* wird. Kann die Absicht für die ethische und rechtliche Beurteilung aber einen so radikalen Unterschied machen?“²¹

scheint eine Verwechslung der ethischen mit der psychologischen Intention bzw. Absicht zugrunde zu liegen.

Die Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe

Welche Bedeutung kommt dann aber der bisher gängigen Unterscheidung von unerlaubter „aktiver“ und erlaubter „passiver“ Sterbehilfe zu? Diese Frage stellt sich insbesondere auf dem Hintergrund der zunehmenden Problematisierung des Verständnisses dieser Begriffe in der jüngeren ethischen Diskussion. Versteht man nämlich – wie es häufig geschieht – die Unterscheidung von „aktiv“ und „passiv“ so, dass der Sterbehilfe Leistende

²⁰ So etwa Peter Singer, *Leben und Tod* (Anm. 2), 73–75.

²¹ Dieter Birnbacher, *Tun und Unterlassen* (Anm. 2), 345f.

im einen Fall etwas *tut*, im anderen etwas *unterlässt*, dann scheint das Abstellen eines Beatmungsgerätes, das als erlaubte passive Sterbehilfe gewertet wird, genauso ein aktives Tun zu sein wie das Setzen einer tödlichen Spritze. Und umgekehrt scheint das Vorenthalten von Nahrung, das als unerlaubt gilt, genauso passiv zu sein wie der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bei einem bereits in der Sterbephase befindlichen Patienten.

Angesichts dieser Schwierigkeiten wurde versucht, „aktive“ Sterbehilfe so zu verstehen, dass sie nur dann gegeben ist, wenn der Tod infolge von solchen Faktoren eintritt, die mit der Krankheit selbst nichts zu tun haben. „Passive“ Sterbehilfe wäre dagegen dann gegeben, wenn man etwas nicht tut oder verhindert, was die Krankheit des Patienten daran hindert, den Tod des Patienten herbeizuführen.²² Nach dieser Definition ist das Absetzen von künstlicher Ernährung nur dann aktive Sterbehilfe, wenn der Tod in keinem kausalen Zusammenhang mit der Erkrankung steht, die die künstliche Ernährung notwendig macht. Eine weitere, aber einfachere Deutung hat Dieter Birnbacher vorgeschlagen. Danach handelt es sich immer dann um „passive“ Sterbehilfe, wenn sie in einem *Geschehenlassen des Sterbens* besteht. Andernfalls handelt es sich um aktive Sterbehilfe.²³ Dabei sei es gleichgültig, ob dieses Geschehenlassen durch ein Nicht-Tun oder ein Tun vollzogen wird.

Mit dieser Deutung scheint eine Definition gefunden zu sein, die den Unterscheidungen unserer derzeitigen rechtlichen Regelung der Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland entspricht. Dennoch bleiben auch bei dieser Deutung entscheidende Fragen offen, die deutlich machen können, dass die eigentlich ethisch relevante Unterscheidung nicht diejenige zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe ist, sondern die recht verstandene Unterscheidung zwischen direkter und indirekter Sterbehilfe.

Zum einen nämlich lässt sich fragen, wie sich das Geschehenlassen des Sterbens, bei dem man der Krankheit nichts mehr in den Weg stellt, was diese daran hindert, den Tod herbeizuführen (= passive Sterbehilfe), von bloßer unterlassener Hilfeleistung oder sogar bewusst gewollter Tötung, die sich die tödliche Wirkung der Krankheit zu Nutze macht, unterscheidet. Wenn man so fragt, wird deutlich, dass für die *ethische* Bewertung der Sterbehilfe die bloße Beschreibung des Handlungsmodus nicht ausreicht, sondern dass es wesentlich auf die *Absicht* bzw. die *Intention* ankommt. Entscheidend ist also, *aus welchem Grund* man jeweils dem Sterben nichts entgegengesetzt und ob der Grund der Handlung wirklich den zugleich mit der Handlung verursachten Schaden rechtfertigen kann oder nicht. Nur wenn die möglichen medizinischen Maßnahmen nicht mehr geeignet sind, um das Ziel ärztlichen Handelns, nämlich die Optimierung des Lebensvollzugs, zu erreichen, kann die Unterlassung oder der Abbruch dieser Maßnahmen und damit die Lebensverkürzung als indirekt in Kauf genommen und damit als moralisch gerechtfertigt gelten.

Zum anderen lässt sich fragen, ob es nicht doch Extremsituationen geben kann, in denen auch eine aktive Lebensverkürzung einen rechtfertigenden Grund hat und damit lediglich indirekt in Kauf genommen wird. Als Beispiel sei der Fall angeführt, in dem ein

²² Vgl. dazu Dieter Birnbacher, *Tun und Unterlassen* (Anm. 2), 343.

²³ Vgl. ebd., 344.

Polizist bei einem Unfall einen Autofahrer in seinem brennenden Wagen eingeklemmt sieht und ihn nicht daraus befreien kann. Er erschießt den Fahrer, um ihm den sicher bevorstehenden qualvollen Tod zu ersparen. Ähnliche Fälle hat es in der Geschichte immer wieder bei Kriegsverletzten auf dem Schlachtfeld gegeben, denen durch den „Gnadenschuss“ unerträgliches Leid bei sicher bevorstehendem Tod erspart wurde. In diesen Fällen, in denen *nur noch* die Möglichkeit besteht, jemanden entweder qualvoll sterben zu lassen oder ihn sofort selbst aktiv zu töten, lässt sich dafür argumentieren, dass hier die aktive Tötung einen rechtfertigenden Grund hat. Der entscheidende Punkt in diesen Situationen liegt nämlich darin, dass in beiden Fällen der Tod mit Sicherheit in unmittelbarer Zukunft eintreten wird, dass aber im qualvollen Sterbenlassen *kein anderes Gut* mehr verwirklicht werden kann, während durch die aktive Tötung *ein zusätzliches Übel* für den Betroffenen selbst verhindert werden kann. Wenn damit in diesen – nach einer klaren Kriteriologie beschreibbaren – Fällen die aktive Tötung einen rechtfertigenden Grund hat, lässt sich sagen, dass sich die Intention auf die Leidensminderung richtet, während die Tötung – auch wenn sie dem Handlungsmodus nach aktiv ausgeführt wird – nur in Kauf genommen ist und außerhalb der Intention liegt.

Angesichts dieser Beispiele wird deutlich, dass auch eine noch so klare deskriptive Unterscheidung zwischen den Handlungsmodi der aktiven und der passiven Sterbehilfe ohne die Frage, ob ein rechtfertigender, entsprechender Grund gegeben ist, moralisch nicht relevant und damit auch nicht als Kriterium einer moralischen Beurteilung geeignet ist.

Begründete Möglichkeiten des Abbruchs künstlicher Ernährung

Eine weitere Frage lässt sich im Blick auf die Möglichkeit eines Abbruchs der künstlichen Ernährung stellen. Einerseits scheint Ernährung zu den grundlegenden und selbstverständlichen pflegerischen Aufgaben und nicht zu den medizinischen Maßnahmen zu gehören²⁴ und deshalb ein Abbruch nicht möglich zu sein. Andererseits können durch die verschiedenen Arten der künstlichen Ernährung (PEG = Perkutane endoskopische Gastrostomie, PEJ = Perkutane endoskopische Jejunostomie, Intravenöse Nahrungszufuhr) in fast allen Situationen bis hin zum irreversiblen Koma Patienten am Leben gehalten werden. Kann es also Situationen geben, in denen es moralisch gerechtfertigt werden kann, Maßnahmen künstlicher Ernährung abzubrechen?

Ungeeignet, um hier eine ethisch relevante Grenze zu ziehen, scheint zunächst wiederum die Unterscheidung von gewöhnlichen und außergewöhnlichen Maßnahmen. Ausgehend von dieser Unterscheidung könnte man etwa die transvenöse Ernährung als außergewöhnliches Mittel abbrechen, während die PEG-Sonde, die allein in Deutschland in jedem Jahr mehr als 100.000 mal implantiert wird, als gewöhnliches Mittel gelten würde und damit stets geboten wäre. Allerdings kann die Zahl der Eingriffe kaum als Kriterium der moralischen Beurteilung dienen.²⁵ Ebenso wenig geeignet erscheint die Unter-

²⁴ Vgl. SGB XI, § 14. Abs. 1 und 4.

²⁵ So auch *Frank Oehmichen*, Künstliche Ernährung am Lebensende, Dortmund 2001 (Berliner Medizin-ethische Schriften: Beiträge zu ethischen und rechtlichen Fragen der Medizin, Heft 45), 5.

scheidung von natürlicher und künstlicher Ernährung, wobei die natürliche stets geboten, die künstliche stets verzichtbar sei. Denn bereits die Frage, was überhaupt natürliche Ernährung ist, ist umstritten. Ist eine natürliche Ernährung erst dann nicht mehr gegeben, wenn der Magen-Darm-Trakt die Nahrung nicht mehr verwerten kann und deshalb eine intravenöse Nahrungszufuhr notwendig ist²⁶, oder liegt sie bereits dann vor, wenn kein eigener Schluckreflex mehr gegeben ist und deshalb eine PEG-Sonde gelegt wird? Im ersten Fall wäre nur die intravenöse Ernährung künstlich und damit verzichtbar, im zweiten Fall auch die PEG-Sonde. Gegenüber solchen Differenzierungen ist aber festzuhalten, dass die Unterscheidung von natürlich und künstlich letztlich willkürlich ist und anthropologisch nicht durchgehalten werden kann.²⁷ Sie zum Kriterium für einen moralisch erlaubten und unerlaubten Abbruch solcher Ernährungsmaßnahmen zu nehmen, bedeutet einen naturalistischen Fehlschluss.

Weiterführend scheint demgegenüber die Begründung des Behandlungsabbruchs bzw. Behandlungsverzichts, wie sie oben, ausgehend von einer differenzierteren Formulierung des Ziels ärztlichen Handelns, entwickelt wurde. Im Blick auf dieses Ziel ist nach verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln zu fragen, danach also, ob die Mittel geeignet und erforderlich sind und ob sie kontraproduktiv werden oder nicht.

Danach lässt sich zunächst sagen, dass eine künstliche Ernährung grundsätzlich dann geboten ist, wenn dadurch Leiden vermindert und die Möglichkeiten des Lebensvollzugs verbessert werden können (bei bald Sterbenden etwa durch die Verhinderung von Gewichtsverlust oder Verwirrheitszuständen). Allerdings sollten Maßnahmen der natürlichen Ernährung vorgezogen werden, solange dies möglich ist. Hier ist danach zu verfahren, die Übel des Eingriffs und des Risikos im Blick auf den therapeutischen Nutzen möglichst gering zu halten: künstliche Ernährung muss nicht nur geeignet, sondern auch erforderlich sein. In vielen Fällen reicht es bereits, Hunger und Durst zu stillen, wenn sie subjektiv empfunden werden, anstatt die betreffenden Patienten mit dem Setzen einer Sonde noch zusätzlich zu belasten.²⁸ Führt die künstliche Ernährung dagegen zu keiner Verbesserung der Möglichkeiten des Lebensvollzugs oder schränkt sie diese sogar ein, sollte sie unterbleiben. Ausgehend von dieser Leitlinie ist dann die Frage, wann eine solche Verbesserung gegeben ist und wann nicht – wie beim Behandlungsabbruch allgemein – für den konkreten Fall und im Dialog mit dem jeweiligen Patienten zu klären.

Schließlich lässt sich sagen, dass in Situationen, in denen – wie im Fall des irreversiblen Komas und des Hirntods – definitiv keine Möglichkeit eines Lebensvollzugs mehr besteht, der Abbruch auch der künstlichen Ernährung moralisch gerechtfertigt ist. Im Fall des reversiblen Komas (etwa in Fällen des sog. Wachkomas) dagegen, in denen es nicht auszuschließen ist, dass der Patient wieder zu Bewusstsein kommt, wäre die Erhaltung

²⁶ So etwa *Ulrich Eibach*, Künstliche Ernährung um jeden Preis. Workshop „Künstliche Ernährung als ethisches Problem“, Berlin 2001.

²⁷ Vgl. dazu auch *Frank Oehmichen*, Ernährung (Anm. 25), 6f.

²⁸ Vgl. *Frank Oehmichen*, Ernährung (Anm. 25), 22. – In diesem Sinne rechnen auch die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ vom 7. Mai 2004 (in: Deutsches Ärzteblatt 101 [2004], Heft 19, A 1298–1299) die „Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr“ nicht immer zur Basisbetreuung von Patienten, lediglich müssen „Hunger und Durst als subjektive Empfindungen“ gestillt werden.

auch des biologischen Lebens als Voraussetzung eines möglichen künftigen Lebensvollzugs durch künstliche Ernährung geboten.²⁹

The present contribution examines the relevance and criterion of the distinction between proportionate and disproportionate means – a distinction that even the magisterium of the Church, though seldom realised, uses in its ethical evaluation of euthanasia. The gap that remains in the juridical explanation of the inadmissibility of excessive degree may, in an ethical perspective, be filled with the statement that an action must not, as a whole, become contraproductive. Proceeding from this general rule distinctions that have been conventional so far (cessation of treatment, indirect/direct, active/passive euthanasia) are reconstructed and criteria for the withdrawal of artificial feeding are developed.

²⁹ So auch die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (a.a.O.). – Vgl. weiterhin auch: *Albert-Peter Rethmann; Ruth M. Rottberck*, Eingeschränkte Freiheit. Die Bedeutung der Autonomie der Person im Rahmen des gesetzlichen Betreuungsverfahrens, in: ZME 48 (2002) 68.