



Der Heilige Stuhl

**ANSPRACHE VON JOHANNES PAUL II.
AN DIE TEILNEHMER DES INTERNATIONALEN FACHKONGRESSSES
ZUM THEMA "LEBENSERHALTENDE BEHANDLUNGEN UND VEGETATIVER ZUSTAND:
WISSENSCHAFTLICHE FORTSCHRITTE UND ETHISCHE DILEMMATA"
(17.-20. MÄRZ 2004, AUGUSTINIANUM)**

Samstag, 20. März 2004

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*« (»Lebenserhaltene 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 reichgegliedertes Arbeitsprogramm beweist.

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. 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.

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.

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.