

# **Aktive Sterbehilfe - Recht auf Selbsttötung? - Eine Stellungnahme aus evangelischer Sicht**

Erarbeitet in der „*Arbeitsgemeinschaft für medizinische Ethik*“ der Krankenhausseelsorge der „*Evangelischen Kirche im Rheinland*“ unter Leitung von **Pfr. Prof. Dr. Ulrich Eibach** und beratender Mitwirkung von **Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch** (Chefarzt für Gerontopsychiatrie, Rheinische Landeskliniken Bonn), **Dr. Friedemann Nauck** (Oberarzt für Anästhesiologie und Palliativmedizin, Malteser-Krankenhaus Bonn), **Prof. Dr. Klaus Zwirner** (Ärztlicher Direktor i.R., innere Medizin, Winterberg Kliniken Saarbrücken)

## **I. Fragestellung - Gründe für die Diskussion**

Die Forderung nach rechtlicher Billigung der *aktiven Sterbehilfe* beschränkt sich nicht auf Menschen, die notwendig in absehbarer Zeit durch eine unaufhaltsam fortschreitende Krankheit den Tod erleiden werden, die also *sterbende* Menschen sind, sondern sie schließt auch Menschen ein, die mit oder ohne aufwändige medizinische Behandlungen noch lange Zeit leben können, mithin keine sterbenden Menschen sind. Daher wird, sofern beide Lebenszustände bei der aktiven Sterbehilfe im Blick sind, zu Recht international meist der Begriff „aktive Euthanasie“ – den „guten“ Tod durch Menschenhand geben – verwendet.

Die öffentliche Diskussion um die aktive Sterbehilfe ist stark von weltanschaulichen Gesichtspunkten bestimmt. Sie kennzeichnet ein erhebliches *Erfahrungsdefizit* im Umgang mit pflegebedürftigen, schwer kranken und sterbenden Menschen. Deren Lebensvorstellungen unterscheiden sich meist wesentlich von den Auffassungen „gesunder“ Menschen über ein Leben mit schwerer Krankheit. Deshalb ist es in erster Linie *Aufgabe dieser Stellungnahme*, die weltanschaulichen Gründe für die Debatte über aktive Sterbehilfe im Lichte der pflegerischen, ärztlichen und seelsorgerlichen Erfahrung in der Begleitung unheilbar kranker Menschen zu beleuchten und sie aus christlicher Sicht zu beurteilen.

Die öffentliche Diskussion über „aktive Sterbehilfe“ hat mehrere Gründe, von denen drei besonders herauszustellen sind:

(1) *Erstens* sind die zunehmenden Möglichkeiten der Medizin, menschliches Leben zu verlängern, zu erwähnen. Die Menschen haben Angst davor, dass vieles, was der Medizin möglich ist, ihnen mehr schaden als helfen kann (vgl. dazu III.1).

(2) Ein *zweiter* Grund besteht in der zunehmenden Langlebigkeit, verbunden mit einer stetig wachsenden Zahl chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen, von denen immer mehr alleinstehend oder ohne nahe Angehörigen sind, die sie pflegen oder wenigstens eine „Anwaltschaft“ für sie übernehmen könnten. Sie stellen eine stetig wachsende soziale und ökonomische Belastung für die Gesellschaft dar. Dies lässt die Sorge aufkommen, ob die Gesellschaft in Zukunft überhaupt noch die personellen und finanziellen Mittel aufbringen

kann und will, um chronisch kranke Menschen in „menschwürdiger“ Weise zu behandeln. Das Augenmerk wird dabei insbesondere auf die Menschen mit hirnorganischen Erkrankungen (Demenzen u.a.) gerichtet, die unser an Gesundheit orientiertes Menschenbild in Frage stellen und die Frage aufwerfen, ab wann ihr Leben für sie selbst, andere Menschen und die Gesellschaft nur noch eine „Belastung“ darstelle und daher nicht mehr *lebenswert* sei.

(3) Damit kommen als *dritter* wesentlicher Grund die welt- und lebensanschaulichen Veränderungen in der Gesellschaft in Blick. Sie dürften Hauptursache der heutigen Diskussion über aktive Sterbehilfe sein und müssen deshalb eingehend erörtert werden.

## **II. Menschenwürde und die ihr entsprechende Behandlung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen**

### ***1. Weltanschauliche Aspekte der Diskussion***

Das Verbot der aktiven Sterbehilfe gilt in unserer Gesellschaft als eines der letzten religiös begründeten „Tabus“. Die gegen es ins Feld geführten weltanschaulichen Gründe lassen sich im Kern auf wenige wesentliche Argumente reduzieren.

1.1. Immer mehr wird die *Autonomie* im Sinne einer möglichst uneingeschränkten *Selbstbestimmung* des Menschen als der grundlegende oder alleinige Inhalt der *Menschenwürde* nach Artikel 1.1 des Grundgesetzes angesehen und daraus abgeleitet, dass der Mensch nicht nur ein Recht hat, sich gegen die Eingriffe anderer in sein Leben zu wehren, sondern auch ein uneingeschränktes Verfügungsrecht über sein Leben und daher auch ein Recht, den Zeitpunkt seines Todes selbst zu bestimmen. Dementsprechend soll er auch ein „Recht auf Selbsttötung“ und Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen haben, sofern der, der die Beihilfe leistet oder die Tötung vollzieht, dies wiederum selbstbestimmt, also freiwillig tut. Leben wird mithin letztlich als „Besitz“ des Menschen verstanden, über den er wie über andere Besitzgüter nach seinem Ermessen verfügen darf. Der amerikanische Ethiker *Joseph Fletcher* fasste diese Forderung schon 1967 in dem Satz zusammen: „Die Kontrolle des Sterbens (gemeint ist der selbstbestimmte Todeszeitpunkt) ist wie die Geburtenkontrolle eine Angelegenheit menschlicher Würde. Ohne sie wird der Mensch zur Marionette der Natur“, und das sei des Menschen „unwürdig“. Ähnlich hatte schon *Friedrich Nietzsche* (Also sprach Zarathustra, 1885) argumentiert: „Ich lobe mir den *freien Tod*, der kommt, weil *ich* will“, und nicht, weil die „Natur“ oder „ein Gott“ es will.

1.2. Das Autonomie-Argument verbindet sich fast immer mit der Annahme, dass es ein in Folge von Krankheit *menschenunwürdiges* und *lebensunwertes* Leben gibt, das man durch

Selbsttötung oder durch aktive Sterbehilfe vorsorglich vermeiden und das man – wenn es eingetreten ist - von seinem „elenden Dasein“ erlösen darf oder gar sollte, wenigstens wenn dies dem Willen des Betroffenen entspricht. Die aktive Sterbehilfe wird damit begründet, dass der Mensch das Recht habe zu beurteilen, ob sein Leben „lebensunwert“ ist, und zugleich das Recht, dann seinem Leben auch ein Ende zu setzen oder setzen zu lassen.

1.3. Dieser Sicht von Selbstbestimmung entspricht die Auffassung, dass das Leben möglichst durchgehend gemäß den eigenen Vorstellungen *planbar* sein soll, und die abnehmende Bereitschaft und Fähigkeit, ein ungewolltes schweres Lebensgeschick auch bis zum „natürlichen“ Lebensende zu ertragen. Deshalb paart sich mit der Vorstellung von der Planbarkeit des Lebens für immer mehr Menschen auch die Forderung nach einem Recht auf ein *leidfreies* Leben und Sterben, das das Recht auf „Erlösung“ vom Leiden durch Selbsttötung oder Tötung durch andere einschließt.

1.4. Oft wird auch behauptet, dass das *Sterben* an einer Krankheit einerseits und andererseits die Selbsttötung und die Tötung auf Verlangen ethisch betrachtet gleichrangige Möglichkeiten sind, zwischen denen der Mensch nach seinem Ermessen wählen darf und die man ihm daher auch beide rechtlich als Möglichkeiten zur Wahl stellen müsse.

## **2. Was heißt „Menschenwürde“? – Verlust der Menschenwürde infolge von Krankheit?**

Immer häufiger wird die *Menschenwürde* mit dem Vorhandensein von bestimmten körperlichen und vor allem seelisch-geistigen Lebensqualitäten gleichgesetzt. Diese können aber durch Fehlentwicklungen überhaupt nicht entwickelt sein oder durch Krankheiten und Unfälle in Verlust geraten. Wenn die *Autonomie* der grundlegende Inhalt der Menschenwürde ist und diese als empirische Entscheidungs- und Handlungsfreiheit, also die Fähigkeit verstanden wird, über das eigene Leben selbstständig zu verfügen, dann entbehrt ein Menschenleben wenigstens dann der Würde, wenn es diese Fähigkeit unwiderruflich (z.B. aufgrund hirnganischer Schädigungen) verloren hat, wäre also letztlich nicht mehr gemäß seiner unverlierbaren Würde als Mensch zu behandeln.

Nach *christlicher Sicht* gründet die *Gottebenbildlichkeit* und damit *Würde* des Menschen nicht in aufweisbaren Qualitäten, sondern darin, dass Gott ihn zu seinem Partner erwählt, geschaffen und zu einer besonderen Verantwortung für sein und anderer Leben und zu ewiger Gemeinschaft mit sich bestimmt hat. Diese Bestimmung und Verheißung werden nicht dadurch hinfällig, dass der Mensch ihnen nicht entspricht oder aufgrund von Krankheit, Behinderung usw. nicht entsprechen kann. Auch dann geht dieses Leben der Vollendung seiner Bestimmung im Sein bei Gott, im „ewigen Leben“, im „Reich Gottes“ entgegen. Hier

erst wird es zur *Gottebenbildlichkeit* vollendet sein. Alles Menschenleben bleibt hinsichtlich seiner Berufung zur Gottebenbildlichkeit in diesem irdischen Leben mehr oder weniger *Fragment*, das sich nach seiner „Erlösung“ und Vollendung sehnt (Römer 8,18 ff.; 1.Johannes 3,2). Die Gottebenbildlichkeit ist und bleibt dem faktischen Menschenleben *transzendent*, überschreitet also die diesseitigen Erfahrungsmöglichkeiten, ist mithin eine allein in Gottes Handeln gründende und in der Auferweckung zum „ewigen Leben“ durch Gott vollendete Größe, die allerdings gerade als solche diesem *konkreten irdischen Leben schon jetzt von Gott zugesprochen* und als „transzendentes“ *Prädikat zugeeignet* und als solches *unverlierbar* ist. Demnach wird und ist der Mensch *Person* und hat eine *Personwürde* ohne sein Zutun allein durch Gottes Handeln, das allem menschlichen Handeln vorgeordnet ist und dem gegenüber der Mensch nur ein Empfangender sein kann. Leben und die mit ihm zugleich geschenkte Würde werden nicht durch selbsttätiges Handeln konstituiert, sie sind *verdanktes Leben, verdankte Würde*. Daraus folgt, dass die *Menschenwürde* dem *ganzen psychophysischen Organismus* (= Lebensträger, Leib) von Gott her *zugesprochen* ist, so dass sie jedem Moment des Lebens und Sterbens gilt. Die Würde und das Personsein geraten, solange der Mensch lebt, durch körperlichen und geistigen Verfall nicht in Verlust.

Man kann gegen diese christliche Deutung des Begriffs *Menschenwürde* einwenden, dass die Interpretation des Grundgesetzes eines weltanschaulich neutralen Staates nicht von bestimmten religiösen Überzeugungen abhängig gemacht werden dürfe, selbst wenn diese das ursprüngliche Verständnis der Verfassung stark beeinflusst haben. Wie immer man diese Frage beurteilt, Christen sollten diesen religiösen Hintergrund des Grundgesetzes in der Öffentlichkeit wach halten, eindeutig in die rechtspolitische Diskussion einbringen und dabei zugleich darlegen, welche Folgen eine Veränderung des Verständnisses von Menschenwürde im angedeuteten empiristischen Sinne für das gesellschaftliche Leben, insbesondere die Behandlung des schwächsten Menschenlebens haben kann, gerade in Zeiten begrenzter finanzieller Mittel. Die rechtlich wesentlichen Folgerungen aus dem angedeuteten christlichen Verständnis von Menschenwürde bestehen darin, dass Menschen Menschenleben nicht erst Personsein und Würde zusprechen müssen und dass sie nie das Recht haben, ihm das Personsein abzusprechen und es als der Würde entbehrendes Leben einzustufen, auch nicht das eigene Leben, wohl aber die Pflicht, seine Würde immer als mit dem Leben zugleich vorgegebene Größe *anzuerkennen* und es entsprechend bis zu seinem Tod zu achten und zu behandeln. Das Leben und Sterben von Menschen ist also so lange nicht „menschenunwürdig“, wie es gemäß seiner Menschenwürde geachtet und behandelt wird. Insofern gibt es kein „menschenunwürdiges“ Leben, wohl aber menschenunwürdige

Lebensumstände, die möglichst erträglich zu gestalten sind, und menschenunwürdige Behandlungen von Menschen durch andere Menschen. Nicht auf die Beseitigung von *Leben*, das angeblich menschenunwürdig ist, haben wir hin zu arbeiten, sondern auf die Beseitigung von Umgangsformen mit menschlichem Leben und von Lebensumständen, die seiner unverlierbaren Würde widersprechen.

### **3. *Autonomie und Angewiesensein auf andere***

Aus dem christlichen Verständnis der Menschenwürde ergibt sich, dass die Selbstbestimmung für die Begründung der *Würde* nicht konstitutiv ist. Der Mensch begründet sich weder in seinem Dasein noch in seiner Würde durch sein freies Entscheiden und Handeln. Er wird ohne sein Zutun ins Dasein „geworfen“, ob er es will oder nicht. Er empfängt sein Leben letztlich auch nicht von seinen Eltern, sondern aus dem schöpferischen Handeln Gottes. Leben gründet daher primär im *Angewiesensein* auf andere. Der Mensch ist, um überhaupt leben zu können - nicht nur im Säuglings- und Kindesalter, sondern bleibend das ganze Leben hindurch - , auf *Beziehungen* zu anderen Menschen angewiesen, er lebt in und aus ihnen und nicht aus sich selber, er verdankt ihnen und damit in erster Linie anderen und nicht sich selbst sein Leben. Dem *Angewiesensein* entspricht das *Für-Sein* der anderen, ohne das Leben nicht sein, wenigstens aber nicht wirklich gelingen kann. Leben gründet in der aller selbsttätigen Lebensgestaltung vorausgehenden, *Leben und Würde schenkenden Liebe und Fürsorge* Gottes. Erste Aufgabe von Menschen ist es, im Handeln aus Liebe dieser Fürsorge Gottes zu entsprechen. Erst von der Liebe bestimmte Beziehungen ermöglichen Leben, sie haben mithin seinsmäßigen Vorrang vor der autonomen Lebensgestaltung. Dieses „Sein-in-Beziehungen“ endet nicht damit, dass das Für-sein - wie im Extremfall unwiderruflicher Bewusstlosigkeit (z.B. beim „apallischen Syndrom“) - wieder zu einem völlig einseitigen „Für-den-anderen-dasein“ wird. In der Verantwortung anderer für das Leben dieser schwerst kranken Menschen werden diese in ihrer bis zum Tode unverlierbaren Würde geachtet.

Menschliches Leben gründet nicht allein im bleibenden Angewiesensein auf die Zuwendung Gottes und anderer Menschen, sondern auch in der bleibenden Abhängigkeit des Menschen, seines Geistes und seiner Freiheit von den „Naturbedingungen“ des Lebens, der *Leiblichkeit* und ihrer Hinfälligkeit. Diese Abhängigkeit ist an sich eben so wenig entwürdigend wie das Angewiesensein auf die Fürsorge anderer Menschen. Es ist des Menschen an sich nicht unwürdig, dass er in Krankheit, Altern und Sterben auf diese Abhängigkeit von den Naturbedingungen des Lebens und von anderen Menschen

zurückgeworfen wird und ihm so gegebenenfalls auch die Entmündigung seiner freien Persönlichkeit widerfährt. Diese grundlegende Abhängigkeit ist Voraussetzung der Selbstbestimmung, gehört daher theologisch gesehen auch zur konstitutiven Signatur des *Geschöpfseins* des Menschen. *Freiheit* ist daher aus christlicher Sicht *nicht Autonomie*, die der Mensch in sich als Qualität hat, sie ist ermöglichte und geschenkte Freiheit, die sich darin als Freiheit bewährt, dass sie auf das „Herr-seiner-selbst-sein“, auf eine autonome Selbstverfügung auch verzichten und sich vertrauensvoll der Fügung und Fürsorge Gottes und der Fürsorge von Menschen anvertrauen kann, da die Würde des Menschen nicht zuletzt in der liebenden Fürsorge der anderen geachtet wird. Nicht darauf kommt es an, dass man die *Personwürde* als eigene Qualität vorweisen kann, sondern dass sie als eine unverlierbare Größe selbst dann geachtet wird, wenn sie dem „empirischen“ Auge unter einer vielleicht zerrütteten Persönlichkeit verborgen ist. So gesehen ist die Herausforderung, vor die der Abbau der Persönlichkeit in Krankheit, Altern und Sterben stellt, nicht die, auf alle erdenklichen Weisen aufzuzeigen, dass der Mensch sein Leben doch noch bis zuletzt „autonom“ gestalten kann, als vielmehr, dieses fragmentarische, bedürftige und unheilbare Leben geborgen sein zu lassen in den Leben ermöglichenden Beziehungen der Liebe, die ihm alle möglichen Hilfen zukommen lassen, die sein Geschick erleichtern.

Der Vorstellung vom selbstbestimmten und daher menschenwürdigen Leben und Sterben entspricht als Kehrseite die Auffassung vom durch die „Natur“ oder andere Menschen fremdbestimmten und infolgedessen „menschenunwürdigen“ Sterben. Der Gedanke vom „selbstbestimmten Sterben“ zieht die Vorstellung vom selbstbestimmten Todeszeitpunkt nach sich. Er stellt für viele Menschen ein Durchgangsstadium in der Auseinandersetzung mit dem nahenden Tod dar, erfüllt dabei die „tröstliche“ Funktion, der Mensch habe „das Steuer seines Lebensschiffs“ bis zuletzt in seiner eigenen Hand und könne sich gegebenenfalls, bevor er von der Krankheit seiner Autonomie beraubt wird, selbst den Tod geben.

#### **4. *Wie kann die Würde und die Autonomie kranker Menschen geachtet werden?***

Für Menschen, die langfristig krank und nicht selten stets auf die Hilfe und oft auch die Entscheidungen anderer für sie angewiesen sind, kann der Grad der gelebten Selbstverfügung über das eigene Leben nicht Maßstab für die Achtung ihrer Würde sein. Für sie ist es vielmehr entscheidend, inwieweit sie in ihrem *Angewiesensein* auf andere diesen *vertrauen* können, dass sie gemäß ihrer von allen aufweisbaren Fähigkeiten unterschiedenen unverlierbaren Würde behandelt werden. In der existentiellen Verunsicherung durch schwere Krankheit und Pflegebedürftigkeit kommen Menschen zu einer realistischeren Einschätzung ihrer

Autonomie. Wichtiger als die *Selbstbestimmung* wird ihnen dann das in der seelischen Entwicklung primäre und grundlegende Erleben und Gefühl der *Geborgenheit* und des *Vertrauens* in von *Wohlwollen*, ja *Liebe* bestimmte *Beziehungen*. Dem entspricht, dass es schwer kranken Menschen nicht nur und oft nicht in erster Linie um die Beachtung oder gar die Durchsetzung ihres – gegebenenfalls nur aus einer Patientenverfügung ermittelbaren – Willens als vielmehr um das *Vertrauen* geht, dass die anderen, auf deren Hilfe sie angewiesen und von denen sie abhängig sind, sich in ihrem Umgang mit ihnen wirklich von der Suche nach ihrem *Wohlergehen* leiten lassen. *Die Beachtung ihres Willens ist nur ein notwendiger Teilaspekt ihres Wohlergehens, ist letzterem ein- und untergeordnet*. Sie wissen aus Erfahrung, dass *Angewiesensein* auf andere gegenüber der autonomen Lebensführung kein minderwertiger Status des Lebens ist, dass Leben nur in und aus von Liebe, Wohlwollen und Vertrauen bestimmten Beziehungen gelingen und in erträglicher Weise beendet werden kann.

*Vertrauen* kann allerdings missbraucht werden, es bedarf der Rechtfertigung. Es entsteht in erster Linie in der Kommunikation, in der z. B. Pflegekräfte und Ärzte den kranken Menschen als leidendes und oft von widersprechenden Gefühlen hin und her gerissenes *Subjekt*, als *Person*, als *ganzen Menschen* mit all seinen körperlichen und seelischen *Bedürfnissen* und nicht nur als von der Rationalität bestimmtes autonomes Vernunftwesen wahrnehmen. Dazu gehört unbestreitbar in erster Linie, dass der Mensch auch in seinen Fähigkeiten, sein Leben selbst zu bestimmen, geachtet wird, denn ohne Kommunikation mit den kranken Menschen werden diese schnell zum Objekt medizinischer und pflegerischer Behandlung. Gegen derartige Umgangsformen muss der Mensch sich selbstbestimmt schützen dürfen, doch darf dieser Schutz nicht damit enden, dass der Mensch selbst dazu aufgrund seiner Krankheit, geistigen Fähigkeiten und Abhängigkeit von Menschen und Institutionen nicht mehr in der Lage ist.

Die Achtung der Menschenwürde beginnt und endet nicht mit der Achtung autonomer Fähigkeiten, sondern wird in erster Linie in der Achtung der *Ganzheit des Lebens*, der *Leiblichkeit* konkret. Einschränkungen des Bewusstseins und damit der Fähigkeit, die Art seiner Behandlung selbstbewusst zu bestimmen oder auch nur bewusst wahrzunehmen oder an ihr zu leiden, stellen keinen Grund dar, die Pflege und die Zuwendung zu vernachlässigen. Krankheit und Pflegebedürftigkeit führen nicht zur Minderung der Würde und Rechte von Menschen. Es kommt also in der Pflege nicht zuletzt darauf an, dass man trotz der eingeschränkten *Fähigkeiten der Persönlichkeit* doch die von Gott geliebte und daher auch der Liebe durch Menschen würdige *Person* achtet und dass man dies in der *Achtung der Würde der bedürftigen Leiblichkeit* konkret werden lässt. Das Wahrnehmen der

grundlegenden leiblichen *Bedürfnisse* und die Hilfen zu ihrer Erfüllung haben entscheidend mit der Achtung der Würde des Menschen und seiner Behandlung als *Subjekt* zu tun. So können die Hilfen zu einer „natürlichen“ Befriedigung von Grundbedürfnissen mehr zur Achtung der Würde beitragen als das Auferlegen von Entscheidungen über die Art einer Fachkenntnisse voraussetzenden medizinischen oder pflegerischen Behandlung. Zu den *grundlegenden Bedürfnissen* gehören die nach *mitmenschlichen Beziehungen, Teilnahme an der Um- und Mitwelt, Intimität, Bewegung, Schmerzlinderung, aber auch nach natürlicher Ausscheidung auf einer Toilette und Ernährung über den Mund*. Gerade in der Achtung und Befriedigung dieser Bedürfnisse wird der Mensch als *Subjekt* geachtet, auch in seinem Bedürfnis nach leiblich-seelischer Autonomie und nicht nur rationaler Entscheidungs- und Handlungsautonomie.

Ziel von *Palliativ- und Hospizeinrichtungen* für todkranke Menschen ist es, die Achtung des Subjekts in seinen leiblichen wie auch seelischen und geistigen Bedürfnissen zu ermöglichen. Auf der Basis eines Ethos der Fürsorge wollen sie - solange dies möglich ist - ein größtmögliches Maß an Selbständigkeit erhalten. Zugleich soll das Vertrauen vermittelt werden, dass das Leben auch dann seine Würde behält, wenn der Mensch seine empirische Freiheit verliert und ganz auf die Fürsorge anderer angewiesen ist. Der Hospizgedanke schließt den bewussten Verzicht auf den Standpunkt einer radikalen Ethik der Autonomie bis hin zum Recht auf Selbsttötung und Tötung auf Verlangen ein. Er schafft so gerade die Rahmenbedingungen, die auf der Grundlage von Fürsorge eine Selbstbestimmung in den Grenzen der Geschöpflichkeit - also auch in denen von Krankheit und Schwachheit des Geistes und Leibes - erst ermöglicht. Es ist ermöglichte Freiheit auf der Basis von Angewiesensein und Fürsorge, die Angewiesensein und Abhängigkeit nicht zum Gegensatz von Freiheit werden lässt.

In dieser Hinsicht bestehen insbesondere im Bereich der *Behandlung alter Menschen* in Institutionen und auch zu Hause noch erhebliche Mängel. Dass dies in den Hospizen teils erreicht ist, liegt nicht zuletzt daran, dass insbesondere das Sterben krebskranker Menschen viel mehr öffentliches Interesse hervorruft als das Geschick von schwerstpflegedürftigen und oft zerebral und psychisch sehr veränderten und nur bedingt zur sprachlichen Kommunikation fähigen Menschen mit sehr langen Krankheits- und Pflegeverläufen. Zu einer der Würde entsprechenden Behandlung gehört gerade bei betagten und in ihren körperlichen und geistigen Fähigkeiten sehr eingeschränkten Menschen, dass man sie in ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten nach Selbstbestimmung und Selbstständigkeit ernst nimmt, dass man sie also nie zu bloßen Objekten von Betreuung macht. Dazu reicht es nicht aus, dass lediglich der in einer

Patientenverfügung niedergelegte Wille beachtet wird, sondern es sind die konkreten aktuellen Bedürfnisse zu beachten, die nur durch eine eingehende Kommunikation mit den Kranken und eine Wahrnehmung ihrer gesamten Lebenssituation zu ermitteln sind. Der Mangel an mitmenschlich-kommunikativer Zuwendung dürfte die am häufigsten zu beachtende Vernachlässigung, ja Missachtung der Menschenwürde der pflegebedürftigen alten Menschen in Heimen und Kliniken, aber auch in ihren Wohnungen sein. Die hohe, mit steigendem Alter zunehmende und nicht zuletzt auf *Vereinsamung* zurückzuführende Zahl der *Suizide* bei alten Menschen ist dafür ein unübersehbarer Hinweis. Gegen diese Form der Missachtung der Menschenwürde vermögen Gesetze allein wenig auszurichten.

### **III. Recht auf Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen?**

#### ***1. Fortschritte der Medizin, Langlebigkeit und Ängste der Menschen***

Die Ursachen für die stetig wachsende Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe sind nicht ausschließlich in den genannten weltanschaulichen Gründen zu suchen (vgl. II.2). Die Ängste der Menschen vor schwerer Krankheit, vor Schmerzen, langem Siechtum, vor allem Demenzen, vor Abhängigkeit von anderen, insbesondere fremden Menschen und davor, der Familie oder auch nur der Gesellschaft zur Last zu fallen, nehmen in dem Maße zu, wie die Individualisierung in der Gesellschaft zu und die Einbindung in vertraute mitmenschliche Beziehungen abnimmt, die Hilfe und Schutz in Zeiten der zu Ende gehenden Lebenskräfte gewähren. Menschen haben nicht nur Angst vor einem schweren Krankheitsschicksal, sondern auch davor, der Verfügungsmacht anderer wehrlos ausgeliefert zu sein und menschenunwürdig behandelt zu werden. Sich gegen derartige Behandlungen zu schützen, ist ein sich aus der Selbstbestimmung ergebendes Recht jedes Menschen, das allerdings, wenn es davon abhängig ist, dass der Mensch es für sich selbst geltend machen kann, gerade die „hilflosen“ Menschen schutzlos werden lassen kann. Diese begründeten Ängste werden durch die neueren sozialen und ökonomischen Entwicklungen verstärkt, die die Frage aufkommen lassen, ob die Gesellschaft in Zukunft überhaupt noch fähig und willens ist, die personellen und finanziellen Mittel für eine menschenwürdige Behandlung aufzubringen. Diese vielfältigen *Ängste* sind ein wesentlicher Hintergrund der Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe. Menschen, die von solchen Ängsten umgetrieben sind, geht es meist weniger darum, für sich ein Recht auf uneingeschränkte Selbstverfügung über ihr Leben einzufordern, als vielmehr darum, dass mit der aktiven Sterbehilfe ein Ausweg aus solchen Situationen eröffnet wird. Dieser Ausweg wird von vielen Menschen vor allem zu Beginn einer tödlichen

Erkrankung erwogen, ist also ein häufiges Durchgangsstadium in der Auseinandersetzung mit dem drohenden schweren Schicksal.

Viele Menschen haben Ängste, dass ihnen durch moderne Behandlungsmethoden mehr geschadet als geholfen werden kann, dass sie z.B. schwer behindert überleben. Auf die Fortschritte der Medizin in der Lebenserhaltung möchte aber kaum jemand ernsthaft verzichten, nur will man von all ihren vermeidbaren und unvermeidlichen negativen Nebenfolgen und vor einem Leben mit Leiden geschützt sein. Die Fortschritte in der Notfallmedizin retten vielen Menschen das Leben, führen allerdings unvermeidlich auch dazu, dass viele Menschen mit schweren Behinderungen überleben, weil die Beurteilung der Prognose in der Notsituation unsicher ist. Dies wirft ernst zu nehmende menschliche, ethische und auch ökonomische Probleme auf. Aber man sollte bei dem allem nicht vergessen, dass die Medizin nie über so gute Möglichkeiten der Schmerzbekämpfung verfügte wie heute, die Menschen früherer Zeiten also viel mehr unter Schmerzen leiden mussten. Das macht deutlich, dass die *subjektiven Befürchtungen* der Menschen nicht den *objektiven Möglichkeiten* der Medizin entsprechen.

In der Schmerztherapie wurden in den letzten Jahren so wesentliche Fortschritte erzielt, dass bei kompetenter Anwendung ihrer Erkenntnisse die physischen Schmerzen und die anderen leidvollen Faktoren fast aller todkranker Menschen erträglich gestaltet werden können, ohne Menschen das Bewusstsein zu nehmen. In den Fällen (man schätzt bis 2% der Fälle), in denen dies trotzdem nicht ausreichend gelingt, hat die Palliativmedizin in letzter Zeit die Möglichkeit der sogenannten *palliativen Sedierung* entwickelt, bei der die Empfindung von Schmerzen unter Inkaufnahme einer widerruflichen Einschränkung oder Ausschaltung des Bewusstseins unterbunden, das Leben aber bei richtiger Dosierung der Medikamente dadurch nicht verkürzt wird. Insofern bedarf es auch für die sogenannten „Grenzfälle“, die für eine rechtliche Erlaubnis der „aktiven Sterbehilfe“ oft ins Feld geführt werden, der aktiven Sterbehilfe nicht, vor allem nicht ihrer Billigung durch ein Gesetz. Die durch Fortschritte der Medizin aufgeworfenen menschlichen, ethischen und rechtlichen Probleme lassen sich ohne eine „aktive Sterbehilfe“ und eine „Beihilfe zur Selbsttötung“ lösen, die meisten schon allein dadurch, dass die durch das Recht und die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (1998, revidiert 2004) ermöglichten Freiräume zum Verzicht auf Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung (auch „passive Sterbehilfe“ genannt) beachtet werden. Dies gilt auch für die Fälle, in denen Menschen aufgrund medizinischer Maßnahmen mit schweren Behinderungen, im Extremfall mit Verlust des Bewusstseins, überleben.

Schwieriger zu lösen sind die Probleme, die durch die Pflegebedürftigkeit und langen Verläufe des Sterbens bei alten Menschen aufgeworfen werden, insbesondere bei Menschen mit schweren hirnrorganischen Beeinträchtigungen. Hier geht es weniger um die Beherrschung des physischen Schmerzes als vielmehr um die menschenwürdige Betreuung von Menschen, deren Lebenszustand von immer mehr Menschen als „menschenunwürdig“ eingestuft wird. Wenn das Leben von Menschen so lange nicht „menschenunwürdig“ ist, wie es gemäß seiner Menschenwürde geachtet und entsprechend behandelt wird (vgl. II.2 u. 4), dann *gibt es kein menschenunwürdiges Leben, wohl aber schwer belastende Lebensumstände und menschenunwürdige Behandlungen von Menschenleben durch andere Menschen*, nicht zuletzt in Einrichtungen, in denen pflegebedürftige alte, vor allem demenzkranke Menschen betreut werden. Vor dieser Art der Behandlung haben die Menschen – nicht zu Unrecht – Angst. Unbestreitbar gibt es in der Behandlung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen viele schwerwiegende Probleme, aber es wäre der grundsätzlich falsche Weg, sie dadurch „abschaffen“ zu wollen, dass man nicht für eine – sicher nicht billige - menschenwürdige Behandlung dieser schwächsten Menschen sorgt, sondern sie vom Leben „erlöst“.

In diesem Zusammenhang ist darauf aufmerksam zu machen, wie unsere Sprache „Wirklichkeiten“ in unserem Menschen- und Gesellschaftsbild erzeugen kann. Wenn man etwa davon spricht, dass das Leben mit deutlichen hirnrorganischen Einschränkungen, z. B. mit Demenzen, ein „seelenloses“ bloß „biologisches Vegetieren“ und daher „menschenunwürdig“ und „lebensunwert“ sei, so schafft man mit dieser Sprache zugleich eine Wirklichkeit und insbesondere Ängste vor solchen Lebenszuständen, und man suggeriert so die Vorstellung, dass man diese „Wesen“ doch besser durch einen „Gnadentod“ von ihrem elenden Dasein „erlösen“ sollte, dass ihr Tod eine Erlösung sei. Es fragt sich nur, für wen diese Erlösung in erster Linie gelten soll, für sie selbst oder die anderen und die Gesellschaft, die für ihre nicht billige Pflege aufkommen müssen. Hier wird durch Sprache ein „Dammbruch“ eröffnet, der einen zunehmenden Einfluss dieser Sprache auf das Denken der Menschen, ja auch auf Politik, Gesetzgebung und Rechtsprechung wahrscheinlich macht und der angesichts der allgegenwärtigen Debatte über die Kosten im Gesundheits- und Pflegebereich und die demographische Entwicklung die Türen zur „gelenkten Sterblichkeit“ und zur „aktiven Beendigung“ menschlichen Lebens, zum „Gnadentod“ mit politisch-rechtlicher Billigung öffnet.

## 2. Tötungsverbot: *Recht auf Selbsttötung?*

In den philosophisch-ethischen und rechtlichen Erwägungen zur „aktiven Sterbehilfe“ wird von den begründeten und unbegründeten Ängsten der Menschen weitgehend abgesehen. Hier geht es in erster Linie um die genannten weltanschaulichen Fragen (vgl. II.1), insbesondere darum, ob der Mensch ein moralisches und dann auch verfassungsrechtlich legitimes *Recht auf Selbsttötung* hat. Ein solches Recht wird meist zum einen damit gerechtfertigt, dass der Mensch ein uneingeschränktes Recht auf Selbstverfügung über sein Leben hat, und zum anderen damit, dass es Umstände geben kann, die das Leben für einen Menschen *lebensunwert* werden lassen. Dem Menschen wird also das Recht zugesprochen, sein Leben als lebensunwert einzustufen. Dieses geistige Urteil stellt eine „Letztbeurteilung“ des Lebens dar. Das Urteil kann dann durch Selbsttötung vollzogen werden. Es herrscht noch weitgehende Übereinstimmung, dass Menschen über das Leben anderer Menschen kein Lebensunwerturteil fällen dürfen. Immer häufiger wird aber die Meinung vertreten, dass der Mensch ein moralisches und verfassungsrechtlich verbürgtes Recht habe, ein Letzturteil über den Wert oder Unwert seines Lebens zu fällen und es selbst zu vollziehen. Dieses Recht auf Selbsttötung ergebe aus der Autonomie (Selbstbestimmung), die der hauptsächliche oder gar alleinige Inhalt der Menschenwürde nach Artikel 1.1. des deutschen *Grundgesetzes* (= GG) sei. Deshalb resultiere aus der Menschenwürde nicht nur, dass der Mensch gemäß Artikel 2 des GG das Recht habe, sich vor willkürlichen und schädigenden Eingriffen anderer in sein Leben zu schützen, sondern auch ein ungeschränktes Selbstverfügungsrecht über sein eigenes Leben.

Es ist anzuerkennen, dass es einen grundsätzlichen Unterschied ausmacht, ob Menschen über ihr eigenes Leben zum Tode urteilen oder ob das Leben von Menschen durch andere als lebensunwert eingestuft und dieses Urteil dann auch von anderen vollzogen wird. Es gibt aber grundsätzliche Übereinstimmungen in beiden Urteilen und Handlungen. Wenn man anerkennt, dass ein Mensch sein eigenes Leben letztgültig als „lebensunwert“ einstufen darf, dann muss man zugleich anerkennen, dass es „mensenunwürdiges“, „lebensunwertes“ Leben gibt. Und wenn man anerkennt, dass der Mensch ein solches Urteil über das eigene Leben auch ausführen darf, dann anerkennt man ein uneingeschränktes Verfügungsrecht des Menschen über sein eigenes Leben, und dann kann er, wenn er diese geistige Totalverfügung nicht mehr selbst durch sein Handeln vollziehen kann, dazu auch die Hilfe anderer in Form von Beihilfe zur Selbsttötung und auch zur Tötung auf Verlangen in Anspruch nehmen, wenigstens sofern die anderen diese Hilfe freiwillig vollziehen. Der Überschritt zur *Tötung auf Verlangen* ist, wenn erst einmal ein moralisches und verfassungsrechtlich begründetes

Recht auf Selbsttötung anerkannt wird, bereits grundsätzlich vollzogen. Es können allenfalls noch pragmatische Argumente, wie das des Missbrauchs bzw. Dammbrochs, gegen eine Tötung auf Verlangen ins Feld geführt werden. Das eigentliche Problem eines Rechts auf Selbsttötung liegt nach christlicher Sicht gerade in der grundsätzlichen Anerkennung dessen, dass der Mensch sein Leben in einem geistigen Akt letztgültig als „lebensunwert“ einzustufen das Recht haben soll, dass es mithin auch „lebensunwertes“ Leben und nicht nur „menschenunwürdige“ Lebensumstände und Behandlungen von Menschen durch Menschen gibt (vgl. II.2).

### ***3. Vom Recht auf Selbsttötung hin zur Tötung mit und ohne ausdrückliches Verlangen?***

Aus dem postulierten Recht auf Selbsttötung kann ohne entscheidende argumentative Brüche auch ein Recht auf Fremdtötung, also die Tötung auf Verlangen abgeleitet werden, wenigstens wenn man zugleich ein Recht auf *Beihilfe zur Selbsttötung* postuliert. Es kann dann kaum überzeugend begründet werden, warum man Menschen, die eine Selbsttötung nicht mehr selbst vollziehen können, eine Tötung durch andere verweigert, wenn die anderen diese freiwillig vollziehen. Von dieser gewünschten Fremdtötung aus ist der Schritt zur Fremdtötung ohne eindeutiges Verlangen leicht zu begründen, wenn man annimmt, dass es ein „lebensunwertes“ Leben gibt, von dem der Mensch sich selbst oder mit Hilfe anderer „erlösen“ darf. Denn wenn es derartiges Leben gibt, dann ist es inkonsequent, einen „Gnadentod“ nur zu vollziehen, wenn dies dem eindeutig geäußerten Willen der Betroffenen entspricht und wenn der Mensch sich im Sterben befindet. Ist es nicht unbarmherzig oder gar eine Missachtung der Menschenwürde, Menschen in einem angeblich menschenunwürdigen Dasein „dahinvegetieren“ zu lassen, nur weil sie den Wunsch nach „Erlösung“ nicht rechtzeitig geäußert oder in einer Patientenverfügung vorsorglich niedergelegt haben?

Hier öffnet die juristische Konstruktion des „mutmaßlichen Willens“, mit der Juristen die Autonomie des Menschen als höchstes zu achtendes Gut festhalten wollen, die Tür zu weitergehenden Erwägungen. Zunächst soll ein Urteil über den *Lebenswert* und ein uneingeschränktes Verfügungsrecht über das Leben nur dem Betroffenen selbst zugestanden werden, entweder in Form eines aktuell geäußerten Willens oder einer eindeutigen mündlichen, vor allem aber schriftlichen Vorausverfügung (z.B. in einer Patientenverfügung). In den Fällen, in denen keine eindeutige Willenserklärung des Betroffenen vorliegt und auch nicht mehr abgegeben werden kann, soll aber von anderen auch aufgrund des von ihnen ermittelten *mutmaßlichen Willens* des Betroffenen geurteilt werden dürfen. Wenn der mutmaßliche Wille nicht aufgrund klarer Indizien ermittelbar ist, die sich eindeutig auf die

konkrete Situation beziehen lassen, so handelt es sich um einen von anderen „gemutmaßten“ Willen, der meist mehr über deren Lebensauffassungen und Willen als über den Willen des Betroffenen aussagt. Dann liegt es als nächster Schritt nahe, zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens auf „allgemeine“ und „rational“ begründbare Wertvorstellungen in der Gesellschaft zurückzugreifen. Danach soll man davon ausgehen dürfen, dass der Wille von „vernünftigen“ Menschen den „allgemeinen“ und „rational“ begründbaren Wertvorstellungen in der Gesellschaft entspricht, dass sie also einer „Erlösung“ von einem nach diesen Wertvorstellungen „menschunwürdigen“ Dasein in der Regel zustimmen. Dann dürfte das „rationale“ Urteil der Mehrheit der „aufgeklärten Allgemeinheit“ z.B. auch festlegen, ab wann es sich im Verlauf einer Krankheit (z.B. Alzheimer-Demenz) um ein „lebensunwertes Leben“ handelt, in dem kein „vernünftiger“ Mensch mehr leben will. Ist erst einmal die entscheidende Weichenstellung in der Gesellschaft vollzogen, dass man akzeptiert, dass es ein „menschenunwürdiges“ und „lebensunwertes“ Leben gibt, so liegt dieser Schritt nahe. Dass damit die Türen zur „Tötung lebensunwerten Lebens“ geöffnet werden, ist unübersehbar. Zuerst entscheidet der Betroffene selbst, wann sein Leben nicht mehr „lebenswert“ und daher „tötenswert“ sein soll; dann entscheiden andere nach seinem mutmaßlichen oder auch nur „gemutmaßten“ Willen; dann entscheidet die „Allgemeinheit“ nach Kriterien, die sie für „vernünftig“ hält und die sich auch immer mehr mit der „ökonomischen Rationalität“ decken werden. Wenn sich die Belastungen der Gesellschaft durch die stetig zunehmende Zahl multimorbider und schwerstpflegebedürftiger Menschen als nur noch schwer tragbar erweisen, dann wird die Gesellschaft die Kriterien für eine „gelenkte Sterblichkeit“ festlegen, wenn auch zunächst einmal nur in der Form der Vorenthaltung von lebensnotwendigen medizinischen und pflegerischen Leistungen.

#### **4. Von der „passiven“ zur „aktiven Sterbehilfe“ - Tötung durch Unterlassen?**

Für die Unterscheidung zwischen so genannter *passiver Sterbehilfe* (sachgerechter: Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen) und *aktiver Sterbehilfe* (sachgerechter: Tötung auf oder ohne Verlangen) ist es nicht nur entscheidend, *dass* der Mensch bei der „passiven“ Sterbehilfe nicht mehr mit dem Ziel der Erhaltung und Verlängerung des Lebens eingreift und *dass* er bei der „aktiven“ Sterbehilfe das Leben bewusst durch eine Handlung beendet, sondern auch, *warum* er so handelt. Wenn Menschen an Krankheiten leiden, die unaufhaltsam auf den Tod hin fortschreiten, so dass der Tod unwiderruflich in absehbarer Zeit eintreten wird, dann liegt eine *infauste Prognose* vor oder der *Sterbeprozess* hat bereits begonnen. Über das Leben dieser Menschen ist von einer „Instanz“ *verfügt*, die sich menschlicher Verfügung entzieht.

Verzichtet man dann auf weitere Maßnahmen zur Bekämpfung der notwendig tödlichen Krankheit, so wird der Tod dadurch *nicht verursacht*, sondern als *Verhängnis (Schicksal) zugelassen* oder auch angenommen, das Leben im Sterben also nicht weiter medizinischen Maßnahmen unterworfen. In einem solchen *Unterlassen* (Verzicht) einer weiteren Bekämpfung einer tödlichen Krankheit wird nicht über das Leben eines Menschen von anderen geurteilt und verfügt, sondern anerkannt, dass das Leben sterblich und der Macht des Todes unterworfen ist. Angesichts des Todes können die Grenzen der Autonomie und der Beherrschbarkeit des Lebens nicht mehr geleugnet, sondern müssen anerkannt, wenigstens aber hingenommen werden. Ein derartiger Verzicht auf die weitere Bekämpfung einer tödlichen Krankheit ist kein Akt, der sich gegen das Leben richtet. Der Tod wird dadurch nicht verursacht, sondern zugelassen. Das kann ein Akt der Selbstbescheidung und der Demut sein.

Im Falle der Selbsttötung, der Beihilfe zur Selbsttötung und der Tötung auf Verlangen ist dies ganz anders. Hier handelt es sich um einen *gegen das Leben* gerichteten Akt, durch den der Tod eines Menschen herbeigeführt, *verursacht* wird. Einem solchen Schritt liegt meist das Urteil zugrunde, dass dieses Leben „menschenunwürdig“ oder „lebensunwert“ sei (III.2). Es soll die Tötung rechtfertigen. Sowohl auf der Ebene des geistigen Entscheidens wie auch der des motorischen Handelns handelt es sich um Akte, die *gegen* das Leben gerichtet sind, in denen der Mensch sich also als mehr oder weniger autonomer „Herr“ seines und anderer Leben betrachtet. Dabei spielt die dargelegte Unterscheidung zwischen *notwendig sterbenden* Menschen und Menschen, bei denen das nicht der Fall ist, keine ausschlaggebende Rolle. Entscheidend ist vielmehr nur die menschliche *Selbstbestimmung* (Autonomie), zu der das Recht gehören soll, das eigene Leben als „menschenunwürdig“ und „lebensunwert“ einzustufen und dieses Urteil selbst oder mit Hilfe anderer zu vollziehen. Wenn es primäres Ziel der aktiven Sterbehilfe ist, dem Menschen das Recht einzuräumen, die Art und den Zeitpunkt seines Todes selbst zu bestimmen und sich so als „Herr“ seines Lebens und Sterbens zu erweisen, ja wenn man meint, dass es des Menschen eigentlich unwürdig ist, durch Krankheit in den Zustand der Entmündigung der Autonomie versetzt zu werden und den Tod als bloßes „Natureignis“ zu erleiden, dann wird die grundlegende Unterscheidung zwischen Menschen, deren Sterben als unabwendbares Naturgeschick begonnen hat, und kranken Menschen, bei denen dies keineswegs der Fall ist, ethisch gesehen unwichtig. Insofern trifft der Begriff *aktive Euthanasie* oder - sachgerechter - *geplante Tötung* von Menschen, die ihr Leben selbst oder das andere für „menschenunwürdig“ erklärt haben, den gemeinten Sachverhalt richtiger als der Begriff aktive Sterbehilfe.

Die Missachtung der anthropologisch und theologisch grundlegenden Unterscheidung zwischen *notwendig sterbenden* und *nicht notwendig sterbenden* Menschen eröffnet auch Übergangsformen zwischen der „passiven“ und „aktiven“ Sterbehilfe, nämlich durch das *Unterlassen* möglicher lebenserhaltender Maßnahmen bei Menschen, die nicht an einer unaufhaltsam zum Tode fortschreitenden Krankheit leiden. Durch das Unterlassen dieser Maßnahmen kann ihr Tod *herbeigeführt, verursacht* werden. Dabei sind vor allem die Menschen im Blick, die nach einer plötzlichen Erkrankung oder einem Unfall mit bleibenden schweren hirnorganischen Schäden überleben oder die durch fortschreitende Krankheiten (z.B. Demenzen) ihr Selbstbewusstsein und vielleicht auch ihr Bewusstsein verlieren, die aber mit diesen schweren Beeinträchtigungen lange leben können, wenn ihnen die zum Leben nötigen Hilfen nicht vorenthalten werden. Es handelt sich also um Menschen, deren Leben man zunehmend als „menschenunwürdig“ oder „lebensunwert“ einstuft. Zu den Maßnahmen, die man unter diesen Umständen unterlassen dürfen soll, gehören nicht nur medizinische Behandlungen zur Bekämpfung von Krankheiten, sondern auch die *Zufuhr* – insbesondere die „künstliche“ (durch Nasen- und PEG-Sonden und Infusionen) - *von Nahrung und Flüssigkeit*, also Maßnahmen zur Befriedigung von *Grundbedürfnissen des Lebens*, die der Mensch auch abgesehen von seiner Krankheit hat, aber aufgrund seiner Krankheit nicht mehr selbst befriedigen kann. *Absicht* dieses *Unterlassens* von möglichen lebenserhaltenden Maßnahmen ist die *Herbeiführung* des Todes von angeblich „menschenunwürdigem“ Leben, der ohne dieses Unterlassen nicht eintreten würde. Auch wenn das *Mittel*, mit dem dieses Ziel erreicht wird, ein *Unterlassen* von Maßnahmen ist, also den Anschein von „Passivität“ erweckt, trägt diese Handlung, dieses Unterlassen auf der Ebene der *Motivation* und der *Absicht* doch den Charakter einer *aktiven Entscheidung* von Menschen, die das *Ziel* hat, den Tod *herbeizuführen*, also letztlich zu *verursachen*. Das *Tötungsverbot* ist sachgerecht wie folgt zu formulieren: „Du sollst durch dein Entscheiden und Handeln den Tod eines Menschen nicht *verursachen bzw. herbeiführen!*“ Bei dieser Formulierung des Tötungsverbots wird deutlich, dass das *Unterlassen* bzw. Vorenthalten von lebenserhaltenden Maßnahmen im Falle nicht notwendig sterbender Menschen wenigstens in die Nähe des Tötungsverbots rückt, der Überschritt zur „gelenkten Sterblichkeit“ und weiter zur „aktiven Sterbehilfe“, zur Tötung menschlichen Lebens, das angeblich „menschenunwürdig“ ist, also eröffnet ist. Diese Menschen würden ohne eine bewusste Entscheidung zum Nicht-Handeln – das trotzdem ein Handeln darstellt – nicht sterben. Sie sterben nicht an einem unausweichlichen „Schicksal“, sondern aufgrund menschlichen Entscheidens und Handelns.

Es ist die Absicht des Bundesjustizministeriums, Patientenverfügungen (=PV) ohne inhaltliche und formale Beschränkungen rechtlich verbindlich zu erklären. Dies würde bedeuten, dass ihre Geltung nicht auf Situationen des Sterbens und der „infausten Prognose“ beschränkt ist, dass also z.B. das in PV angeordnete Unterlassen der erwähnten Maßnahmen zur Befriedigung von Grundbedürfnissen des Lebens im Falle mehr oder weniger schwerer bleibender hirnrorganischer Schäden von anderen immer zu befolgen ist. Dies würde die rechtliche Anerkennung dessen bedeuten, dass es „menschenwürdiges“ und „lebensunwertes“ Leben gibt, wenigstens wenn der Mensch sein Leben selbst so einstuft, und dass andere dieses Urteil als Ausdruck der Selbstbestimmung zu achten haben, ja seine Missachtung möglicherweise einem Verstoß gegen die Menschenwürde gleichkommt. PV wären also als Ausdruck uneingeschränkter Selbstverfügung und nicht nur als Schutz vor willkürlicher oder ethisch nicht begründbarer Fremdverfügung über das Leben zu betrachten. Wenn es nach subjektivem Ermessen „menschenunwürdiges“ Leben geben soll, dann kommt man nicht umhin anzuerkennen, dass es dies auch objektiv gesehen gibt, zumal solche „lebensunwerten“ Lebensumstände in zahlreichen Formularen von PV als objektivierbare Umstände formuliert sind. Die Verbreitung derartiger Patientenverfügungen und erst recht ihre rechtliche Verbindlichkeit kann zudem den Eindruck erwecken, dass Menschen unter solchen Lebensumständen eigentlich nicht mehr mit einer menschenwürdigen Behandlung und Pflege rechnen können, ja schon kein Recht mehr auf sie haben, dass es mithin ratsam ist, durch eine entsprechende Patientenverfügung einer menschenunwürdigen Behandlung als „überflüssiges“ und „lebensunwertes“ Leben vorzubeugen, indem man vorsorgend in seinen Tod durch Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen einwilligt. Tatsächlich sind dabei dann aber nicht mehr der Wille und die Bedürfnisse der betroffenen Menschen leitend, sondern ihre Ängste vor einer menschenunwürdigen Behandlung und davor, dass ihr Leben zunehmend unter Gesichtspunkten des Nutzens bzw. Schadens für andere Menschen und die Gesellschaft insgesamt betrachtet wird. Insofern sind PV mit derartigen Inhalten in vielfacher Hinsicht ethisch und rechtlich problematisch.

#### **IV. Christlicher Glaube, selbstbestimmtes Sterben und Selbsttötung**

##### ***1. Selbstbestimmung und Tod***

Dass der Mensch seinem Leben selbst ein Ende setzen kann, ist unbestreitbar. Umstritten ist, ob er ein moralisches Recht auf Selbsttötung hat. In der christlichen Tradition wird dies bis heute einhellig bestritten, hauptsächlich mit dem Argument, dass der Mensch sich das Leben nicht selbst gegeben hat, dass er es von Gott empfangen hat (vgl. II.2), es deshalb aber noch

nicht zum Besitz von Menschen wird, sondern anvertraute Gabe, „Leihgabe“ Gottes ist und bleibt, über die der Mensch nicht beliebig nach eigenem Gutdünken verfügen darf. Das Leben zu geben und das Leben zu nehmen, ist allein Gottes Sache. Der Mensch lebt nur in und aus dem bleibenden Angewiesensein auf Gottes Zuwendung. Er ist nicht autonomer Herr und Schöpfer seiner selbst (vgl. II.3). Diese religiös begründete Ablehnung eines Rechts auf Selbsttötung bestimmte auch noch die Einstellung von Philosophen wie *Immanuel Kant*. Für ihn ist die *Freiheit* des Menschen rückgebunden an das *Sittengesetz*. Weil der Mensch sich das Leben, als Voraussetzung von Freiheit, nicht selbst gegeben hat, schließt seine Freiheit kein uneingeschränktes Recht auf Verfügung über das eigene leibliche Leben ein. Es ist kein Besitz wie andere Besitzgüter. Der Mensch habe daher nicht das Recht, das Leben als Bedingung der eigenen Freiheit zu vernichten, sondern nur die Pflicht, sein Leben gemäß den Forderungen des Sittengesetzes zu leben. Wenn allerdings das Leben seine Rückbindung an Gott oder – nach I. Kant – an das Sittengesetz verliert, dann ist der Mensch nur noch auf sich selbst bezogen, ist er autonom, „Herr seines Lebens“, verdankt sein Leben nur sich selbst und ist daher nur sich selbst verantwortlich. Treffend hat *Jean Paul* diese später von *F. Nietzsche* propagierte Sicht des Menschen (vgl. II.1) in seinem Roman „Siebenkäs“ (1796/97) in der „Rede des toten Christus vom Weltgebäude herab, dass kein Gott sei“ so beschrieben: „Ach, wenn ein jedes Ich sein eigener Vater und Schöpfer ist, warum kann es nicht auch sein eigener Würgeengel sein?“ Vielleicht ist nicht zu bestreiten, dass es „tragische“ Lebenssituationen geben kann, die Verständnis dafür hervorrufen, dass ein Mensch aus Verzweiflung – aber kaum aus Freiheit – seinem Leben selbst ein Ende setzt oder es mit Hilfe anderer beenden lässt. Solche „tragischen“ Verzweiflungstaten entziehen sich einer Beurteilung durch andere nach moralischen und erst recht nach rechtlichen Normen. Sie implizieren aber auch nicht die Forderung nach einem moralischen und rechtlich abgesicherten Recht auf Selbsttötung.

Wenn also die Ablehnung eines Rechts auf Selbsttötung letztlich nur „religiös“ dadurch begründbar ist, dass der Mensch nicht sein eigener Gott ist, dass „über dem Menschen ein Schöpfer steht“ (Philosoph *Karl Löwith* in Übereinstimmung mit *Dietrich Bonhoeffer*), wenn dieser Glaube heute aber nicht mehr geteilt und der Mensch als uneingeschränkter Herr seines Lebens verstanden wird, darf man dann nicht zugleich ein moralisches und ein rechtlich abzusicherndes Recht auf Selbsttötung, Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen fordern? Ist dies nicht eine notwendige Konsequenz der Säkularisierung, ein deutlicher Ausdruck dessen, dass der „natürliche“ Mensch nicht wollen kann, „dass Gott Gott ist“, sondern sein eigener Gott sein will und muss (M. Luther)? Das Verbot der Selbsttötung wird als eines der letzten religiös begründeten Tabus hingestellt, von denen der postmoderne

Mensch sich endgültig befreien soll, um sein eigener Gott zu sein. Allerdings ist die Aussage, dass der Mensch der autonome Herr seines Lebens ist, der sich nach eigenem Ermessen den Tod geben darf, auch ein weltanschaulich bedingtes „metaphysisches Postulat“, denn Freiheit kann ebenso wenig wie Gott empirisch-wissenschaftlich bewiesen werden. Letztlich steht also das religiöse Postulat, dass über dem Menschen ein Gott, Schöpfer und Herr seines Lebens steht, gegen das philosophische Postulat, dass der Mensch „autonom“, sein eigener Herr und Gott ist.

Unter den Voraussetzungen dieses säkularen Denkens wäre der Tod, den der Mensch *erleidet* – sei es als Natur- oder als Gottesgeschick – und sich nicht selbst so rechtzeitig gibt, dass er nicht seiner Autonomie beraubt wird, eigentlich des Menschen unwürdig, er wäre – mit *F. Nietzsche* gesprochen – eine „dumme physiologische Tatsache“, die der Mensch in eine freie Tat zu verwandeln habe, um sie so menschenwürdig zu gestalten. Dann wäre auch der Tod, den der Mensch sich selbst gibt, dem Tod, den er als Geschick erleidet, moralisch vorzuziehen, nur er ein „menschenwürdiger“ Tod, er mithin dem Menschen auch rechtlich als Wahlmöglichkeit zu eröffnen. Der Tod wäre also gleichsam eine herausragende Möglichkeit, „der Ichheit auf den Thron“ zu helfen (V.E. von Gebattel). Die Fiktion vom bis zum Tod selbstbestimmten Leben kann damit festgehalten werden. In Wahrheit siegt der Tod doch immer über die „Ichheit“, besteht seine Funktion darin, „die Ichheit vom Thron zu stürzen“ (v. Gebattel). Der Mensch ist erst frei, wenn er von der Angst vor dem Verlust seiner empirischen Autonomie befreit ist, wenn er nicht mehr unter allen Umständen der uneingeschränkte Herr seines Lebens sein muss. Im Sinne *Nietzsches* könnte es dann ja zu einer moralischen Pflicht werden, „menschenwürdig“, d.h. selbstbestimmt durch eigene oder anderer Hand zu sterben. Wer es – wie Nietzsche selbst – dann versäumt, „zur rechten Zeit“ durch eigene Hand zu sterben, stirbt unwürdig. Wenn man auf dem Hintergrund einer derartigen Vorstellung vom würdigen Tod meint, den Menschen die Wahl zwischen einem „naturbedingten Tod“ und einer Selbsttötung bzw. Tötung auf Verlangen eröffnen zu müssen, wie es in den Niederlanden und Belgien der Fall ist, so kann es nicht ausbleiben, dass Menschen sich vor ihrer oder im Verlaufe ihrer Krankheit herausgefordert sehen, sich mit letzterer Möglichkeit aktiv zu befassen und sie dann auch zu einem Entschluss werden zu lassen, der einem schweren Leiden oder „entwürdigenden“ Leben vorbeugt. Es bleibt sehr die Frage, ob diese Verwandlung „Todesschicksals“ in eine selbstbestimmte Tat das Sterben leichter und „menschenwürdiger“ macht, nicht nur für den Betroffenen selbst, sondern auch für seine Angehörigen, oder ob der Tod als solches „Machsals“ (O. Marquard) das Sterben nicht geradezu noch schwerer werden lässt, als es ohnehin meist schon ist.

Die *Entmächtigung der Persönlichkeit im Altern und im Sterben ist aus christlicher Sicht des Menschen nicht unwürdig, sie gehört zu seiner Kreatürlichkeit*. Die Frage ist nur, welche Antwort der Mensch auf diese Herausforderung des Todes gibt, ob er sie - wie Nietzsche - mit der Fiktion der Freiheit überspielt und das der Freiheit beraubte Leben als „mensenunwürdig“, bloß biologisches „Dahinvegetieren“ und daher als „tötenswert“ einstuft oder ob er dieses Geschick auch *erleiden*, tragen oder vielleicht auch annehmen kann, ohne das Urteil „lebensunwertes Leben“ zu fällen und zu vollziehen. Ein Leben und Sterben, das nicht mehr gemäß dem Willen des Menschen *selbstbestimmt* und möglichst ohne Leiden *planbar* ist, ist nicht weniger „mensenwürdig“ als ein selbstbestimmtes Leben und Sterben.

Die Herausforderung des Todes besteht darin, dass der Mensch sich mitsamt seiner Autonomie *loslassen*, sein Leben der Fürsorge Gottes und auch der Menschen übergeben kann im – hoffentlich begründeten – Vertrauen darauf, dass Gott ihm die Kraft gibt, auch die letzte Wegstrecke seines irdischen Lebens zu bestehen, und darauf, dass andere Menschen ihn darin in würdevoller Weise behandeln, pflegen und begleiten. Je mehr die Bereitschaft wächst, *sich selbst loszulassen*, über sich *verfügen* zu lassen, um so mehr schwindet der Schrecken des Todes und selbst der vor der Entmächtigung der Persönlichkeit im Altern und Sterben. Er wandelt sich zur Zuversicht, dass es nicht des Schrittes einer aktiven Tötung bedarf, um diesen schweren letzten Weg des irdischen Lebens zu bestehen.

Viele Menschen haben allerdings Angst, dass ihre letzte Lebensphase von nicht mehr erträglich zu gestaltenden Schmerzen beherrscht und dass ihr gesamter Zustand „mensenunwürdig“ werden könnte. Dass der Mensch herausgefordert ist, den Tod zu „erleiden“ und dieses „Todesgeschick“ möglichst anzunehmen, besagt nicht, dass er nicht alle Möglichkeiten der Linderung des Leidens in Anspruch nehmen darf. Das „*natürliche*“ *Todesgeschick* ist nicht mit der Gott gewollten Endlichkeit des Lebens identisch, trägt vielmehr mehr oder weniger immer den Charakter des „Fluches“, der auf dem Leben lastet und der durchaus zu bekämpfen ist, soweit Menschen dies in sinnvoller Weise möglich ist. Insbesondere ist alles zu vermeiden, wodurch dem Menschen von anderer Menschen Hand zu den als „Naturgeschick“ über ihn kommenden Leiden noch zusätzliche Leiden zugefügt werden, vor allem wenn es keine berechtigte Aussicht gibt, dass dem Wohlergehen des Menschen dadurch längerfristig mehr gedient als geschadet wird. Insofern ergibt sich aus dem Selbstbestimmungsrecht des Menschen in der Tat das uneingeschränkte Recht, sich gegen solche Behandlungen durch andere Menschen zu schützen, also z.B. gegen die Verfügungsmacht von Ärzten, Pflegekräften, Angehörigen, von Kranken- und Pflegeinstitutionen. Diese Ausübung des Selbstbestimmungsrechts kann aus christlicher Sicht

gerade Ausdruck dessen sein, dass der Mensch sein Leben in die „Hand Gottes“ übergeben und sich nicht der Verfügungsmacht anderer Menschen ausliefern möchte, die sich damit möglicherweise eine Totalverfügung über sein Leben anmaßen. Der unwiderruflich zum Tode kranke Mensch, der bereit ist, sein Leben in „Gottes Hand“ loszulassen, ist auch von anderen loszulassen. Aufgabe der Seelsorge ist es auch, dazu beizutragen, dass diese geistliche Dimension des Selbstbestimmungsrechts geachtet und der Mensch vor Fremdverfügungen geschützt wird, die seiner inneren Bereitschaft zu sterben, widersprechen.

## ***2. Recht auf ein „leidfreies“ Leben und Sterben?***

Die Fortschritte der Palliativmedizin lassen die Ängste, dass die physischen Schmerzen im Sterben meist nicht erträglich gestaltet werden können, immer weniger begründet sein (vgl. III.1). Wenn die Palliativmedizin in eine umfassende mitmenschliche Begleitung Sterbender eingebettet ist, können auch die Ängste vor sonstigen Leiden abgebaut werden. Die Erfahrungen in Hospizen zeigen, dass dort z.B. der Wunsch nach „aktiver Sterbehilfe“ aus Angst vor einem „entwürdigenden Leben“ kaum aufkommt. Dennoch bleibt auch dann die Unsicherheit über das zu erwartende Lebensschicksal bestehen. Es kann keine Absicherung dagegen angeboten werden, dass der Weg zum Tod nicht auch schwere Seiten hat, die den Menschen an die Grenzen seiner Leidensfähigkeit bringen. Auch wenn der Palliativmedizin die Beherrschung der physischen Schmerzen immer besser möglich wird, bleiben die seelischen und die „metaphysischen“ Leiden bestehen, die Ängste, seine Autonomie zu verlieren, vor „Entwürdigung“, davor, menschenunwürdig behandelt zu werden, anderen zur Last zu fallen, aber auch die seelischen Schmerzen des Rechenschaft Gebens über das gelebte und ungelebte Leben, das Schuldigwerden am eigenen und anderer Leben, des Abschiednehmens von geliebten Menschen und dem Leben überhaupt und nicht zuletzt die Angst vor dem Tod und dem, was nach dem Tode kommt.

Sicher ist es Aufgabe medizinischer Behandlung, die körperlichen Schmerzen soweit wie möglich erträglich zu gestalten, notfalls auch durch eine „palliative Sedierung“ (vgl. III.1), und auch, durch medikamentöse und sonstige psychiatrische Behandlungen die seelischen Leiden zu lindern. Altern, Krankheitsweg und Sterben ohne Leiden kann aber niemand zugesichert werden. Im Krankheitsprozess zum Tode kann niemand die Auseinandersetzung mit dem Tod und den daraus resultierenden seelisch-geistigen Belastungen erspart werden. Gerade letztere Dimension des Leidens gehört zum Menschsein. Der menschlichen Fähigkeit, Glück zu erleben, entspricht die Fähigkeit, Leiden zu ertragen. Das medizinische „Wegmachen“ von Leiden kann nicht der einzige Weg des Umgangs mit

krankheitsbedingtem Leiden sein, sofern der Mensch seine Lebensbestimmung in den Höhen und Tiefen des Lebens zu bewähren herausgefordert ist. Diesem rein medizintechnischen „Wegmachen“ von Leiden entspräche als letzter Akt des „Machens“ das Wegmachen von „Leben“, bevor dieses nach dem eigenen oder dem anderer Urteil angeblich „mensenunwürdig“ wird. Auffallend an den niederländischen Befragungen über die Motive zur „aktiven Euthanasie“ ist, in welchem hohem Maße diese als „Vorsorgmaßnahme“ angewendet wird, um schweren Leiden und vor allem einer „Entwürdigung“ zuvorzukommen. Als häufigste Gründe für eine Tötung auf Verlangen werden genannt: aussichtsloses und subjektiv unerträgliches Leiden (angegeben von 74%), gefolgt von der vorsorglichen Vermeidung von Entwürdigung (56%) und weiteren schweren Schmerzen (47%) und dann erst tatsächlich eingetretene subjektiv unerträgliche Schmerzen (32%). Dem entspricht, dass die Forderung nach Ermöglichung der Tötung auf Verlangen von „Gesunden“ ohne schwere Krankheitserfahrung viel häufiger gestellt wird als von Menschen, die sich in schweren Krankheitssituationen befinden. Der Ausweg der aktiven Sterbehilfe erübrigt sich also in dem Maße, in dem die Ängste vor dem Ausgeliefertsein an vermeidbare entwürdigende Umstände dem Vertrauen weichen, dass der Mensch auf die Liebe und die Hilfen anderer Menschen rechnen darf und dass ihm in der Zeit der Krankheit die Kraft geschenkt wird, vieles, was er in gesunden Tagen für „untragbar“ und „entwürdigend“ hielt, zu tragen oder sogar anzunehmen. Aufgabe der Seelsorge ist es nicht zuletzt, bei Menschen das Vertrauen zu wecken, dass sie die Kraft geschenkt bekommen, auch mit einem schweren Lebensschicksal zu leben, ohne zu verzweifeln und ihr Leben als „mensenunwürdig“ einstufen zu müssen, dass ihnen so die Angst, ihr selbstbestimmtes Leben verlieren, sich loslassen und den Tod erleben zu müssen, durch ein wachsendes Vertrauen in Gott und die Hilfen anderer Menschen genommen wird. Der Mensch muss, um würdig zu sterben, nicht den Schein der Macht des eigenen „Ichs“ über den Tod aufrechterhalten.

Der Wunsch, dass das Leben sich bis in den Tod hinein nach eigenen Vorstellungen planen und Leiden und Hilfsbedürftigkeit sich weitestgehend vermeiden lassen, ist nachvollziehbar, entspricht aber nicht der Lebenswirklichkeit, insbesondere nicht der Realität des hohen Alters, chronischer Krankheit und des Sterbens. Die Fiktion vom Leben und Sterben ohne Leiden erzeugt wahrscheinlich mehr Ängste, dass es doch anders kommt, als sie Ängste zu nehmen in der Lage ist. Sofern mit dieser Fiktion auch gemeint ist, dass dem Menschen alle seelischen und „metaphysischen“ Leiden im Sterben erspart werden können und sollen, die Vorbereitung auf den Tod, der Schmerz des Abschieds, die Rechenschaft über das gelebte Leben, die Auseinandersetzung mit der Frage, was im Tod vom Menschen bleibt und ihn nach dem Tod

erwartet, ist die Frage zu stellen, ob ein solches Sterben wirklich human ist, es der Würde des Menschen entspricht, der ja wahrscheinlich als einziges Lebewesen um seinen Tod weiß und sich auf ihn vorbereiten kann. Galt bis in die Zeit der Aufklärung hinein der plötzliche Tod, auf den man sich nicht – nicht zuletzt in der Erfahrung von Leiden - vorbereiten kann, als „böser“ Tod, so hat sich das Urteil mit zunehmender Säkularisierung umgekehrt. Der „jähle Tod“ gilt als der *gute Tod*, weil er den Schmerz der Auseinandersetzung, nicht nur mit dem Tod, sondern dem Leben angesichts des Todes überhaupt, erspart. Im Laufe der Neuzeit verliert der Glaube an ein Leben jenseits dieses irdischen Lebens, an ein „ewiges Leben“ bei Gott zunehmend an Bedeutung. Zugleich entsteht eine „verzweifelte Liebe“ zu diesem irdischen und einzigen Leben (Ph. Ariés), die kein Jenseits dieses Diesseits kennt und deshalb auch den Tod verdrängen muss. Daher stellt sich für immer mehr Menschen die Frage, welchen Sinn es haben soll, ein Leben bis „zum bitteren Tod“ zu durchstehen, wenn dieses Leben ohnehin endgültig im Tod ausgelöscht wird.

Die Forderung nach einem Recht auf einen selbstbestimmten Tod läuft ja darauf hinaus, dass der Mensch die Wahl haben soll zwischen einem Tod, der als „Naturschicksal“ oder „Fügung Gottes“ erlitten wird und der mit mehr oder weniger schweren Leiden verbunden sein kann, und einem Tod durch Menschenhand, der dem Menschen diese Leiden ersparen soll. Jeder soll möglichst nicht nur nach seinen eigenen Vorstellungen „selig werden“, sondern auch nach eigenen Vorstellungen selbstbestimmt sterben. Wird das Sterben nicht mehr unter dem Blickwinkel der „Ewigkeit Gottes“ betrachtet, so wird alles Leiden zu einer bloß negativen, das Lebensglück störenden oder zerstörenden Wirklichkeit, das dem Menschen auch in seinen seelisch-geistigen Dimensionen möglichst zu ersparen ist. Leiden bereitet den Menschen dann nicht mehr auf den Tod, auf das Loslassen des irdischen Lebens vor. Im Leiden kann und soll sich aber nach christlicher Sicht die Bestimmung des irdischen Lebens zum Leben im Angesicht Gottes bewähren als Glaube an Gott und Hoffnung auf das Heil, die Erlösung durch Gott (Römer 5, 1-5; 8,18-39; 14,7-9), in der das Menschenleben in seiner Bestimmung zur „Gottebenbildlichkeit“ vollendet wird. In diesem Glauben ist das Leben umfasst von der Liebe Gottes, in der der Mensch sich auch im schweren Leiden und Tod geborgen glauben darf (Römer 8, 38-39), selbst dann, wenn er in diesem Leiden keinen Sinn mehr finden oder gar das Leiden nicht mehr bewusst erleben kann. Der Mensch muss sich nicht nur an sich selbst halten, muss gerade im Sterben und Tod nicht sein eigener Herr und Gott sein, denn sonst wird das Leiden letztlich nur als Entmächtigung dieses „Ichs“ erlebt und in jeder Hinsicht sinnlos. Der relative „Sinn“ des Leidens besteht – wie der des Todes – auch darin, dass der Mensch bereit wird, sich mitsamt seiner Autonomie in die Hand Gottes loszulassen,

sein Vertrauen ganz auf Gott zu setzen. Ohne diesen relativen Sinn konfrontieren Krankheiten und Leiden nur mit dem Nichts, in das der Tod stürzt. Der selbstbestimmte Tod soll nicht zuletzt auch vor diesem Leiden am Nichts des Todes bewahren.

Es wird oft behauptet, der Mensch habe keine Angst vor dem Tod und dem, was danach kommt, sondern nur vor dem Weg zum Tode, den Leiden im Sterben. Diese Behauptung erklärt allerdings nicht, wieso sich sehr viele Menschen ans Leben klammern, ihr Leben und damit auch sich selbst nicht los lassen können, deshalb oft alle belastenden und wenig aussichtsreichen medizinischen Behandlungen in Kauf nehmen und sich damit den Weg zum Tod selbst schwer machen. Sie können die Wahrheit des Seins zum Tode oder den Tod selbst nicht wahrhaben, auch weil sie Angst vor dem Tode und dem Ungewissen des Todes, der möglichen Vernichtung, dem „Nichts“ des Todes haben, aber vielleicht auch, weil sie mit ihrem gelebten Leben vor sich selbst und anderen und vielleicht auch vor Gott aus sich selbst nicht bestehen können. Der frei gewählte Tod und das „Sich-klammern-ans-Leben“ sind letztlich keine Widersprüche, sie entsprechen sich darin, dass der Mensch sich mitsamt seiner Autonomie nicht loslassen kann, dass ihm dieses „Sich-selbst-los-lassen“ auf ein Größeres als er selbst hin Angst macht. Dieser „metaphysischen“ Dimension des Leidens und des Todes kann der Mensch durch den selbstgewählten Tod aus dem Wege gehen. Doch ist auch für diesen Schritt nicht die Freiheit, sondern vor allem die Angst vor dem Tod, der ins Leben hinragt, der entscheidende Grund. Aufgabe der Seelsorge ist es in erster Linie, den Glauben an Gott zu bestärken, in dem Menschen Befreiung von der Angst, sich selbst los zu lassen, widerfährt. Wenn sich dem Menschen dieses Vertrauen in Gott angesichts des Todes erschließt, kann er auf die Möglichkeit des selbstbestimmten Todes verzichten.

## **V. Zusammenfassung**

1. **Befürworter** der *aktiven Sterbehilfe* und der *Beihilfe zur Selbsttötung* gehen von folgenden umstrittenen Annahmen aus:

(1) Der Mensch soll die *Freiheit* haben, die Art und den Zeitpunkt seines Todes selbst zu bestimmen. Die Menschenwürde (Art.1.1 GG) bestehe primär in der empirischen Autonomie des Menschen. Diese schließe ein absolutes Selbstverfügungsrecht über das Leben und damit ein Recht auf Selbsttötung und auch auf Beihilfe zur Selbsttötung und ein Recht auf Tötung auf Verlangen ein, sofern der, der die Tötung vollzieht, diese aus freien Stücken durchführt.

(2) Es wird angenommen und vorausgesetzt, dass es ein aufgrund von Krankheit und Behinderung *menschenunwürdiges* bzw. *lebensunwertes* Leben gibt. Der Mensch soll das Recht haben, ein solches Leben und ein Leben mit subjektiv unerträglichen Schmerzen durch

Selbsttötung oder durch „aktive Sterbehilfe“ zu beenden oder es vorsorglich möglichst zu vermeiden. Das Leben soll möglichst durchgehend nach menschlichen Wünschen planbar werden.

(3) Implizit wird davon ausgegangen, dass das *natürliche* Sterben an einer Krankheit einerseits und andererseits die Selbsttötung (einschließlich der Beihilfe zur Selbsttötung, der Tötung auf Verlangen und gegebenenfalls auch der Tötung ohne ausdrückliches Verlangen bei angeblich „menschenunwürdigem“ Leben) ethisch betrachtet wenigstens gleichrangige Möglichkeiten sind, zwischen denen der Mensch nach seinem Ermessen wählen darf. Die Gesellschaft und der Staat hätten daher beide Weisen, das Leben zu beenden, rechtlich zu ermöglichen und anzubieten.

## **2. Christlich-ethische Auseinandersetzung mit diesen Postulaten**

(1) Die empirische Autonomie (Selbstbestimmung) ist nicht der primäre Inhalt der Menschenwürde. Sonst ist und würde ein Leben ohne Autonomie „Würde-los“, wäre nicht mehr menschliches Leben, dem Würde zukommt. Die *Menschenwürde* ist nach christlicher Sicht überhaupt keine immanente empirische Eigenschaft und Qualität, sondern ein „transzendentes“, von Gott dem ganzen menschlichen Leben von seinem Beginn bis zu seinem Tod zugesprochenes und daher unverfügbares Prädikat, das durch Krankheit und Behinderung nicht in Verlust geraten kann. Deshalb kann es kein „menschenunwürdiges“ und „lebensunwertes“ Leben geben, sondern nur Lebensumstände, die der Würde des Menschen widersprechen, und menschenunwürdige Behandlungen von Menschen durch Menschen.

(2) Unter dieser Voraussetzung bekommt auch das schwere Leiden im Altern und Sterben einen anderen Sinn. Der Mensch verliert seine Würde selbst dann nicht, sein Leben wird selbst dann nicht „menschenunwürdig“, wenn er durch Krankheit seiner empirischen Autonomie (Fähigkeit zur Selbstbestimmung) beraubt wird und in jeder Hinsicht auf die Hilfe anderer angewiesen ist.

(3) Die Herausforderung des Sterbens und Todes besteht darin, sich mitsamt seiner Autonomie der Fürsorge Gottes und von Menschen zu übergeben im Vertrauen darauf, dass man die Kraft bekommt, den Lebensweg bis zu seinem „natürlichen“ Ende zu gehen, und darauf, dass man in würdevoller Weise behandelt und gepflegt wird und das Menschenmögliche getan wird, dass dieses Vertrauen auch berechtigt ist.

(4) Die Autonomie des Menschen ist immer begrenzt, durch andere Menschen und nicht zuletzt durch die Bedingungen der Natur. Menschliches Leben ist „verdanktes“ Leben, Gabe Gottes, und der Mensch ist nicht absoluter Herr und Besitzer seines Lebens, hat also auch kein

uneingeschränktes Verfügungsrecht über sein Leben und deshalb auch *nicht das Recht auf Selbsttötung*, geschweige denn auf Tötung auf Verlangen durch andere.

(5) Deshalb sind auch das „natürliche“ Sterben und das Sterben – genauer, die Tötung - durch eigene oder die Hand anderer Menschen keine gleichrangigen „Optionen“ des Sterbens. Dem Menschen muss daher nicht die moralische und rechtliche Möglichkeit eröffnet werden, zwischen diesen beiden Optionen wählen zu dürfen. Selbsttötung und Tötung auf Verlangen sind keine sich aus der Menschenwürde ergebende Menschenrechte, weil der primäre Inhalt der Menschenwürde nicht in einer empirischen Entscheidungs- und Handlungsautonomie besteht, die zu einem möglichst uneingeschränkten Verfügungsrecht über das Leben zu erweitern ist.

(6) Leiden an abnehmenden Lebenskräften im Alter, an Krankheiten und im Sterben gehören zum „Geschöpfsein“ des Menschen. Leiden sind zwar zu lindern, soweit es in menschlichen Möglichkeiten steht, jedoch kann es kein Recht auf ein leidfreies Leben und Sterben geben. Wenn der Fähigkeit, das Leben zu genießen und Glück zu erleben, nicht mehr die Fähigkeit zum Leiden entspricht, wird das menschliche Leben nicht menschlicher, sondern unfähiger, die ganze Wirklichkeit des Lebens mit seinen Höhen und Tiefen zu bestehen. Im Leiden in der Zeit der Krankheit und des Sterbens wird der Mensch vor die Frage nach dem Sinn und Ziel seines Lebens gestellt und herausgefordert, sich und sein Leben loszulassen in die Hand Gottes, im Vertrauen darauf, dass das Leben bei Gott seiner Vollendung entgegengeht.