

Hermann Eberhardt

## Ethische Fragen an den Grenzen menschlichen Lebens

Manuskript  
vom Juli 2005

### Inhalt

Einstimmung.....	2
Beobachtungen zum Hintergrund gegenwärtiger Deutscher Rechtssetzung.....	6
Überleitung .....	8
Patientenverfügung .....	9
„Passive“ Sterbehilfe jenseits der Krankenhausszene.....	14
Zur Frage der sogenannten „aktiven Sterbehilfe“ .....	16
Die christliche Tradition der Unverfügbarkeit des Lebens im Widerspruch zur Situation.....	17
Wider die Mißachtung Betroffener durch den kategorischen Ausschluß aktiver Sterbehilfe.....	20
Konkrete Bedingungen aktiver Sterbehilfe .....	21
Pastorale Vergewisserung.....	21
Grenzen medizinischer Lebenshilfe bei Frühgeburten .....	23
Zusammenfassung .....	26

## *Einstimmung*

Mehrfach und in unterschiedlichen Zusammenhängen behandelte ich bereits Fragen des Umgangs mit dem menschlichen Leben an seinem Anfang und an seinem Ende. An seinem Anfang im Kontext von Schwangerschaftsabbruch<sup>1</sup>, Embryonenschutz und Präimplantationsdiagnostik<sup>2</sup>; an seinem Ende im Kontext transplantationsmedizinischer Bestimmungen<sup>3</sup>. Noch gar nicht berücksichtigt wurde bisher der Komplex sogenannter Sterbehilfe. Unbeachtet blieb daher auch, wie mit der sogenannten Patientenverfügung umzugehen ist. Darüber hinaus begegnen im Umkreis intensivmedizinischer Möglichkeiten der Versorgung von Frühgeborenen (Neonatologie) Fragen, die eingehender Erörterung bedürfen. Jahr für Jahr wachsen ärztlicher Kunst Möglichkeiten zu, in natürliche physiologische Prozesse einzugreifen, Defizite zu kompensieren und Entwicklungsverläufe zu steuern. So komplex, wie diese sind, wachsen jedoch zugleich auch die „Risiken und Nebenwirkungen“. Auch im Bereich der Neonatologie stellen sich daher früher oder später Fragen nach Sinn und Recht der Maßnahmen, die nicht hinreichend über statistische Daten aus dem Fachbereich beantwortet werden können.

Vergegenwärtigen wir uns zunächst den Stand der Reflexion. Menschliches Leben geht als solches nicht in physiologischen Gegebenheiten auf.<sup>4</sup> Beziehungsgegebenheiten gehören konstitutiv dazu. Nach den urtümlichen Vorstellungen des AT nimmt der Mensch die ihn tragende Gottesbeziehung wahr, indem er Gott lobt. „Die Toten werden dich, Herr, nicht loben“, sagt Ps 115,17 daraufhin. Wo (vom Menschen) Beziehung wahrgenommen wird, ist Leben, wo nicht, ist kein

---

1 S. Pastorale Ethik, den Abschnitt zum Thema S. 140ff.

2 S. meine Abhandlung zu Fragen der Bio-Ethik heute.

3 Ich denke hier an die Ausführungen zum sogenannten Hirntod im Kontext transplantationsmedizinischer Nutzung lebensstichtiger Organe in der bereits genannten Abhandlung zu Fragen der Bio-Ethik.

4 Wenn die alte (katholische) Moralthologie den Akt geschlechtlicher Vereinigung an den Willen zum Kind bindet, sichert sie damit der menschlichen „Leibesfrucht“ im Prinzip zu, von ihren Erzeugern gewollt und in entsprechende Beziehung eingebettet zu sein. Angesichts der Tatsache, daß die geschlechtliche Vereinigung beim Menschen physiologisch nicht nur auf Zeugung von Nachwuchs, sondern auch auf leibhaftiges Beziehungserleben der Geschlechtspartner jenseits von Zeugung angelegt ist, zeigt sich freilich, daß der Beziehungsaspekt in der alten Sexuallehre keine tragende Rolle spielt. Gelebte Sexualität erscheint ihr von Hause eher bedrohlich als beziehungsstiftend. Wird sie beim Menschen in den Willen zum Kind eingezwängt, findet sich der Mensch praktisch dem Tier gleichgestellt. Er soll – wie das Tier – seinen Geschlechtstrieb ausschließlich im Dienste der Fortpflanzung leben. Wer indes von der Überordnung des Menschen über das Tier ausgeht, wird auch in der besonderen sexuellen Anlage des Menschen ein dem Tier übergeordnetes Motiv suchen und keine Mühe haben, dieses im Kontext der Anlage zum Leben-in-Beziehung zu finden. So wenig menschliche Sexualität – im Gegensatz zum Tier – einzig der Fortpflanzung dient, so wenig steht ihm dann allerdings auch ein eindeutiger Brutpflegeinstinkt zur Verfügung, der fraglos selbstlaufende Nachwuchsversorgung sichert. Spätestens hier erscheint menschliches Leben notwendig von seiner Anlage zum Sein-in-Beziehung bestimmt.

Leben, ist *Todes*-Stille. Entgegen rein physiologischer Definition des Lebensbeginns läßt das gültige Gesetz zum Schwangerschaftsabbruch diesen nicht von ungefähr straffrei, wenn für den Fötus kein Hineinwachsen in Leben-in-Beziehung gewährleistet erscheint. Im Umfeld von Transplantationsmedizin, extrakorporaler Befruchtung und Embryonenforschung ist menschliches Eingreifen in physiologische Zusammenhänge längst über die Grenze hinausgeschritten, an der sich ethische Kriterien eindeutig aus *Natur*gegebenheiten ableiten lassen. Die Natur kennt von sich aus keinen Lebensschutz für Menschen, deren Organe versagen. Der auf natürlichem Wege „abgehende“ Fötus ist dem Vergehen anheimgegeben. „Ehrfurcht“ vor *menschlichem* Leben und entsprechender Schutz vermitteln sich an dessen – gar bis zur „totipotenten Zelle“ hinausgeschobenen – Grenzen nicht über physiologische Bestimmung, sondern über (tragfähige) Beziehungsgegebenheiten. Wer meint, von diesen absehen zu können, übersieht die Tatsache, daß im Bereich rein physiologischer Daten die Grenzen zwischen Mensch und Tier zu lange fließend bleiben, um ethischer Entscheidung verlässliche Anhaltspunkte zu bieten. Vom „Biblischen Menschenbild“ her auf die „Menschenwürde“ eines lebensfähigen Zellgebildes in der Petrischale zu schließen, greift in jedem Fall zu kurz. Nicht nur, daß das Menschenbild dabei seiner ihm zugehörigen Anschaulichkeit beraubt wird. Auf bibelferne physiologische Daten reduziert, verflüchtigt sich mit dem Bild auch der Mensch und die Ethik sitzt abstrakten ideologischen Vorgaben auf.

Menschliches Leben und In-Beziehung-Sein gehören nach biblischem Zeugnis zusammen. Daß das Leben eines Menschen an sein Ende gekommen ist, wenn der sogenannte Hirntod eintrat, mag Medizinern über Nulllinien auf dem Monitor sofort anschaulich werden. Wen Beziehungsgeschichte mit dem „Hirntoten“ verbindet, überzeugt das physiologische Datum der Nulllinie erst dann, wenn er es mit der Einsicht vom Ende aller vertrauten Beziehungsmöglichkeiten für den „Toten“ verknüpft und selbst bereit ist, sich auf den Weg der inneren Ablösung zu machen. Innere Ablösung von Beziehung bahnt sich dort an, wo – irreversible Schäden beim Gegenüber und die Situation intensivmedizinischer Betreuung vorausgesetzt – der Austausch von Beziehungssignalen nicht mehr möglich ist und auch die Kraft des aktiven Beziehungspartners erlahmt, mögliche Regungen des Gegenübers als aktive Lebenszeichen bzw. Beziehungsbotschaften zu deuten.

Mit den letzten Sätzen vergegenwärtigte ich noch einmal, was bereits im Zusammenhang transplantationsmedizinischer Erwägungen abgehandelt wurde. Im Umfeld intensivmedizinischer Betreuung kann der sogenannte Hirntod eindeutig für das Ende menschlichen Lebens stehen, weil er zugleich eindeutig für das Ende kommunikativer Vorgänge und Möglichkeiten physiologischer wie psychologischer Art steht. Ohne funktionsfähiges Steuerzentrum ist der Mensch sozusagen bereits in seine organischen Einzelteile zerfallen. Deren „Verwertung“ steht

nichts im Wege – vorausgesetzt die Vorstellung von der Würde des Toten ist nicht an die Vorstellung körperlicher Vollständigkeit geknüpft.<sup>5</sup>

Wie selbstredend die „Würde des Menschen“ mit der Vorstellung umfassender Unangetastetheit verbunden ist, wird mit dem Verfassungsgrundsatz ihrer „Unantastbarkeit“ deutlich. Leibliche Unverletztheit, und geistige Integrität (Ehre) stellen Schutzgüter erster Ordnung dar. Kein Leben-in-Beziehung kann förderlich gelingen, wissen sich die Beziehungspartner nicht im Grundsatz der Unantastbarkeit einig. Jegliches „Antasten“ bedarf der Erlaubnis des Betroffenen. Medizinischer Eingriff geschieht im Prinzip nur mit dessen Einverständnis. Organentnahme beim Hirntoten setzt die Zustimmung des Organspenders oder eines Angehörigen voraus, der dann als Stellvertreter des „Toten“ in seinem Sinne zu entscheiden hat.<sup>6</sup>

So notwendig und einleuchtend angesichts konkreter Lebensgegebenheiten auf der einen Seite die Einführung stellvertretender Entscheidungsträger ist, so deutlich birgt sie auf der anderen Seite jedoch Probleme. Stellvertretende Entscheidungsträgerschaft erscheint im Ernstfall unvermeidlich mit der faktischen Entmündigung dessen, für den die Entscheidung getroffen wird, verbunden. Im Alltag des Lebens entscheiden die natürlichen oder bestellten Vormünder für die Unmündigen bzw. Entmündigten. Im medizinischen Notfall entscheidet normalerweise selbstverständlich der Arzt nach bestem Wissen und Gewissen, welche(r) Eingriff/Maßnahme notwendig ist. Das Tun des Arztes schafft Fakten. Vor dem Hintergrund möglicher Klage wegen unterlassener Hilfeleistung ist zu erwarten, daß das Handeln des Arztes anerkannten bzw. gängigen Regeln entspricht.

Doch was sind die gängigen Regeln? Ist es „Leben retten um jeden Preis“? Heißt „um jeden Preis“, daß man für den Erhalt des Lebens keinesfalls „zu viel des Guten“ tun kann? Welches Verständnis von „Menschenleben“ ist gängig und daher auch leitend?<sup>7</sup> Offenkundig deutet die Tatsache, daß Deutsche Embryonen-

---

5 Aus der Vorstellung von der „Auferstehung des Leibes“ konnten Christen lange Zeit die Forderung der leibhaftigen Erdbestattung und die Ablehnung der Feuerbestattung ableiten. In der Evangelischen Kirche sieht man in der Feuerbestattung inzwischen kein Problem mehr. Damit hat hier die Feuerbestattung als Bekenntnis „freigeistiger“ Gesinnung auch ihren Reiz verloren.

6 Deutsches Transplantations-Gesetz vom 5.1.1997.

7 Es läßt aufmerken, wenn die Medien am „Tag der Organspende“ berichten, der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz habe persönlich zur Bereitschaft zur Organspende aufgerufen und diese angesichts der Überzahl dringend auf ein Spenderorgan wartenden Mitmenschen als Werk der Nächstenliebe bzw. Lebenshilfe bezeichnet. Daß es der Würde des Menschen entsprechen könnte, sich mit der eigenen natur- oder gottgegebenen Organausstattung zu begnügen und mit seinen Vorstellungen vom Leben nicht der Fährte transplantationsmedizinischer Machbarkeit und entsprechender Abhängigkeit zu folgen, erscheint offenbar viel weniger gängig. Auch, daß das Deutsche Transplantationsgesetz, wo keine ausdrückliche Erklärung des potentiellen Organspenders selbst vorliegt, Angehörige autorisiert, die Zustimmung zur Organentnahme zu geben, spie-

schutz-Bestimmungen bereits der befruchteten Eizelle im Labor ohne Rücksicht auf reale Beziehungsgegebenheiten *Menschenwürde* zusprechen, auf einen biologischen Kurzschluß. Daß ein lebensfähiges Zellgebilde die biologische Potenz in sich birgt, zu einem Menschen zu werden, reicht nach gängigem Verständnis bereits aus, ihm den absoluten Schutz der Unantastbarkeit zuzusichern. Erscheint *Menschenwürde* dergestalt undifferenziert mit (human)biologischen Daten verknüpft, kann eine differenzierte Anthropologie auch am Ausgang menschlichen „Lebens“ kaum entscheidend mitreden und entsprechend problematisch wird der ethische Diskurs bei Fragen der sogenannten Sterbehilfe. Sehen wir im einzelnen.

Selbstverständlich soll der Grundsatz von der Unantastbarkeit der Menschenwürde dem Schutz *menschlichen* Lebens dienen. Erscheint um „objektiver“ Sicherung willen das Menschliche des menschlichen Lebens bereits unbesehen an objektiv gegebene Biodaten geknüpft, findet sich der konkrete Mensch in Situationen offensichtlicher Selbstgefährdung, eindeutig bedrohter Gesundheit oder des Zusammenbruchs seiner/s Physis/Bios zwangsläufig unter Kuratel gestellt. Wer ernsthaft Suizidabsichten äußert, wird in die Psychiatrie eingewiesen, unvorhergesehener Herzstillstand löst selbstverständlich Wiederbelebungsversuche und weitere notärztliche Maßnahmen aus. Unklarer Befund indiziert Überweisung ins Krankenhaus, da man nur dort „alles Mögliche“ für den Lebenserhalt tun kann<sup>8</sup>. Gängiger Anschauung zufolge und erfahrungsgemäß sind Betroffene in der Regel spätestens im Nachhinein mit den Automatismen im Dienste des Lebenserhalts einverstanden. Fragwürdig erscheint der automatische Lebenserhalt jedoch in dem Augenblick, in dem klar wird, wie selbstverständlich sich der einzelne Mensch hier einer Kuratel unterstellt findet, die Vorstellungen von Leben folgt, die nach durchaus ehrbaren ethischen Maßstäben nicht seine eigenen sein müssen.

Sicher kann der seiner Sinne mächtige mündige Bürger das seiner Menschenwürde gemäße Recht auf Selbstbestimmung auch bei Gefahr für Leib und Leben geltend machen und sich ärztlichem/r Eingriff/Behandlung verweigern. Doch die Grenze zur Notfallsituation ist fließend, und wer dann sein Recht auf Selbstbestimmung nicht ausdrücklich einzufordern vermag, findet sich automatisch auf der Intensivstation wieder – an Leben erhaltende Schläuche angeschlossen und gängigen medizinischen Handlungszwängen<sup>9</sup> ausgeliefert. Führen die Notfallmaßnahmen dazu, daß der Betroffene wieder aus dem Krankenhaus und in selbst-

---

gelt die Überzeugung, die Angehörigen würden sich – in diesem Fall selbstlos – eher für als gegen lebensverlängernde Maßnahmen (um jeden Preis) entscheiden.

8 Versagende Organe indizieren, gängiger Anschauung gemäß, transplantative Versorgung mit all den ihr zugehörigen Abhängigkeiten.

9 Ich denke hier nicht nur an die Infusion, die Verhungern oder tödliches „Austrocknen“ verhindert, oder die Lungenentzündung, die entsprechende Behandlung fordert, sondern z.B. an innere Blutung, die zu operativem Eingriff zwingt.

bestimmtes Leben entlassen werden kann, rechtfertigt sich der Regelungsautomatismus im Nachhinein. Tun sie es nicht, gerät das (aus der Menschenwürde abgeleitete!) gängige Konzept des Lebensschutzes nicht nur mit dem der Würde des Menschen ureigenen Prinzip der Selbstbestimmung zwangsläufig in Widerstreit.

Nach gegenwärtigem Stand Deutscher Rechtssetzung begegnet das Problem besagten Widerstreits in dreifacher Gestalt: Im Zusammenhang der sogenannten Patientenverfügung, bei Fragen der „passiven“ Sterbehilfe und schließlich im Kontext selbstverständlicher Kriminalisierung „aktiver“ Sterbehilfe. Alle drei Problemkomplexe wollen gezielt erörtert werden. Um tiefer gehenden Verstehens willen und um Wiederholungen zu vermeiden empfiehlt sich, zuvor einen Blick auf die Hintergründe gegenwärtiger Deutscher Rechtssetzung zu werfen.

### *Beobachtungen zum Hintergrund gegenwärtiger Deutscher Rechtssetzung*

Bereits im Zusammenhang der Erörterung der Bestimmungen zum Embryonenschutz fiel auf, mit welcher Selbstverständlichkeit die Deutsche Rechtssetzung die Linie absoluten Lebensschutzes bis an die äußerste Grenze rein biologischer Gegebenheit menschlichen Lebens verfolgt. Wie kommen die Deutschen zu solcher Entscheidung? Was veranlaßt sie, hier bisher keinerlei Differenzierung zuzulassen? Die Gründe dafür liegen nicht weit. Wer heute in Deutschland über den Schutz menschlichen Lebens und menschlicher Würde befindet, tut dies vor dem Hintergrund des Nazi-Traumas und vermeidet alles, was nach Nähe zu nationalsozialistischer Ideologie aussehen könnte. Zweifellos dient die Überzeugung vom absoluten Vorrang des Lebensschutzes diesem Anliegen.

Dem Schutz menschlichen Lebens *absoluten* Vorrang einräumen, heißt unbedingte Absage an alles, was den unsäglichen Vorstellungen vom „*lebensunwerten* Leben“ nahe kommen könnte, die zur Zeit des nationalsozialistischen Regimes zu millionenfachem Mord führten. Schon das Unterfangen, etwa aus den biologischen Gegebenheiten der „Rasse“<sup>10</sup> oder aus physiologischen Einschränkungen in Gestalt von Behinderung Kriterien handlungsleitender Wertunterscheidung abzuleiten, signalisiert einen der Würde des Menschen zuwiderlaufenden Irrweg. Es geht grundsätzlich nicht an, den „Wert“ von Menschenleben und damit auch seinen Schutz nach Kriterien aus dem Bereich biophysiologicaler Gegebenheiten zu stufen. Weil das so ist, schreibt das Deutsche Embryonen-Schutzgesetz – in Ermangelung weiterer Kriterien – dem Leben menschlicher Spezies bereits zu seinem frühestmöglichen Datum absolute Schutzwürdigkeit zu. Weil das so ist, findet der aufmerksame Betrachter das Ethos des „Nie wieder (Nazi-Irrweg)!“

---

10 Von der Fragwürdigkeit der nationalsozialistischen Vorstellung von der idealen Rasse einmal ganz abgesehen!

auch in allen aktuellen Erwägungen im Umkreis sogenannter „Sterbehilfe“ wieder. Zweifellos geht das bereits herausgearbeitete Problem des Widerstreits zwischen absolutem Lebensschutz und menschenwürdegemäßer Selbstbestimmung auf das Anliegen unbedingter Ausgrenzung des „braunen“ Irrwegs zurück.

Ist das Problem zu lösen? Um der unbedingten Absage an den „braunen“ Irrweg willen in finaler Lebenssituation das Grundprinzip der Selbstbestimmung gegenüber dem absoluten Lebensschutzes hintan zu stellen, kann nicht im Sinne der Menschenwürde sein! Muß des weiteren daran erinnert werden, daß das Prinzip absoluten Lebensschutzes, so wie es im Embryonenschutzgesetz etwa mit dem Verbot der Nutzung von überzähligen Embryonen zur Stammzellenforschung<sup>11</sup> zur Geltung kommt, ebenfalls unauflösbare Widersprüche mit sich bringt? Nicht nur im Zusammenhang des bio-ethischen Diskurses erwies es sich als sinnvoll, menschliches Leben als solches nicht ausschließlich von seinen biophysiologicalen Gegebenheiten her zu definieren und damit auch seinen Schutz nicht allein von biologischen Fakten abhängig zu sehen. Der „braune“ Irrweg erscheint mit der Hinwendung zum absoluten Lebensschutz im Sinne gegenwärtiger Deutscher Rechtssetzung ausgeschlossen. Das Nazi-Trauma bleibt indes wirksam, so lange sich Deutsche Rechtssetzung einlinig mit der Gegenposition begnügt und damit der Dominanz biologischer Daten ausgeliefert bleibt.

Auch, wer sich mit den inneren Bedingungen des nationalsozialistischen Irrwegs befaßt, wird auf die Tatsache stoßen, daß die „Nazis“ sehr wohl wußten, wie selbstverständlich der natürliche Schutz menschlichen Lebens von Beziehungsfaktoren abhängt, und deshalb alles taten, um ihr Vorhaben über Beziehungsstörung zu sichern. Folgendes sehe ich: Das primitive (!) Gemüt – ich erinnere an frühere Ausführungen<sup>12</sup> – neigt zur Abwehr des Fremden und zum Denken in Kategorien der Verwertbarkeit bzw. Wertschätzung gemäß allgemeinem Ansehen oder offensichtlicher Nützlichkeit. Die „Nazis“ bahnten die „Reinigung des Volkskörpers“ etc. durch „Ausmerzung“ über gezielte propagandistische Abwertung der Opfer an. Sie brandmarkten sie als „Untermenschen“, „Unwerte“ oder „Kriminelle“ und jedenfalls Nicht-Zugehörige (Fremde). Abwertung im beschriebenen Sinne zieht allgemeine Entfremdung nach sich. Entfremdung lockert Beziehungsbande und zeitigt schließlich das Ende tragender Beziehung.<sup>13</sup> Ohne

---

11 S. in: Zu Fragen der Bio-Ethik heute v.a. den Abschnitt zur Frage der Freigabe der Stammzellenforschung.

12 S. Ethik, S. 153ff. die Kapitel „Die Frage des Umgangs mit (dem) Fremden“ und „Die Frage des Umgangs mit Behinderten bzw. Behinderung“.

13 Dem Phänomen tragender Beziehung begegnet bereits, wer sich die Bedeutung von ausdrücklichen Geburtstagsgrüßen, der ernsthaften Bemerkung „Ich denke an Dich“ oder der Versicherung, für den Adressaten zu beten, vergegenwärtigt. Fürbitte für einen Menschen zu tun, heißt nicht nur, als Beter die Beziehung zu ihm wahrzunehmen, sondern ihn auch in-Beziehung zu Gott einzubinden. Wer weiß, daß an ihn gedacht und für ihn gebetet wird, sieht sich damit nicht allein und in-Beziehung getragen.

tragende Beziehung berührt das Schicksal der Opfer allenfalls nur am Rande. Die stille Hinnahme des Holocaust in Nazi-Deutschland spiegelt die lähmende Wirkung kollektiver Beziehungsstörung. Blinder Nationalismus (Rassismus in seinem Gefolge!) bildet im Verein mit primitiver Fremdenangst einen „idealen“ Nährboden für die Entstehung kollektiver Beziehungsstörung. Ethik, die menschliches Leben als Leben-in-Beziehung sieht, entzieht kollektiver Beziehungsstörung den Boden. Hier bleibt jedes Ich nach *seinem* In-Beziehung-Sein gefragt. Es gibt kein kollektives Alibi für die Mißachtung der Goldenen Regel.

Im Ergebnis heißt das: Die menschenverachtende Vernichtung unzähliger Menschenleben durch die Nationalsozialisten war nur über die Abwertung der Opfer zu Wesen, zu denen „man“ keine (menschliche) Beziehung hat, möglich. Die Opfer der Nazis waren lebendige Menschen. Schutz von Menschenleben beginnt bei der Achtung der Würde lebendiger Menschen und der Sicherung und Pflege ungestörten In-Beziehung-Seins. Zur Abwehr des Nazi-Irrwegs reicht Artikel 1 des Deutschen Grundgesetzes aus. Es gibt keine zwingende Notwendigkeit, den Schutz menschlichen Lebens an menschenmöglichen Beziehungsgegebenheiten vorbei bis auf seine biologischen Urdaten auszudehnen und bereits dem totipotenten Zellgebilde menschlicher Spezies volle Menschenwürde zuzusprechen. Wer dergestalt absoluten Schutz fordert, konstatiert Schutzbedingungen nach Alles-oder-Nichts-Muster<sup>14</sup> und bleibt damit auch zwangsläufig die Frage schuldig, wie er Mitarbeiter im Embryonenlabor vom Vorwurf des „Mordes“ an definitiv überzähligen Embryonen freisprechen will. Embryonenschutz nach gängigem Alles-oder-Nichts-Muster konfrontiert, genau genommen, bereits im mikroskopischen Umfeld mit Fragen der „Sterbehilfe“!

### Überleitung

Die Beobachtungen zum gegenwärtigen Hintergrund Deutscher Rechtssetzung führten konsequent zum Problemkomplex „Sterbehilfe“. Je nach Gesichtswinkel erscheint Sterbe-Hilfe positiv oder negativ besetzt. Im schlimmsten Fall lugt für die *einen* Mord hinter ihr hervor. Im besten Fall können *andere* hinter ihr das Liebeswerk des Beistands zum ersehnten Lebensende sehen. Denkt man daran, daß „unterlassene Hilfeleistung“ „bei gemeiner [Lebens-]Gefahr oder Not“ einen Straftatbestand darstellen kann<sup>15</sup>, wird deutlich, wie entscheidend die jeweilige Sicht vom Verständnis von „Leben“ abhängt. Gilt es, mit allen Mitteln dafür zu sorgen, daß ein Mensch „am Leben bleibt“, kann jede Art ärztlicher Hilfe zum

---

<sup>14</sup> S. dazu in Ethik, S.28f. die Ausführungen unter der Überschrift: „Fragwürdige Eindeutigkeit – Beobachtungen zum Entweder-Oder“.

<sup>15</sup> Nach § 323c StGB (Meine Ausgabe des StGB gibt den Stand vom 15.8.1998 wider!).



Sterben als „aktive“ Sterbehilfe im strafwürdigen Sinn gedeutet werden.<sup>16</sup> Wird das Verständnis von Leben an die Fähigkeit Beziehung wahrzunehmen geknüpft, stellt der irreversible Verlust dieser Fähigkeit einen Notzustand dar, der seinerseits nach Hilfe zur friedlichen Besiegelung des Sterbens ruft. Je nach dem, ob der Tod als Freund oder Feind erscheint, je nach dem, ob Sterben dem „Leben“ zugehörig oder zuwiderlaufend erlebt wird, ändert sich auch die Perspektive.<sup>17</sup> So unterschiedlich die Perspektiven unterschiedlicher Menschen auch sein mögen – das der Würde des mündigen Menschen gemäße Recht individueller Selbstbestimmung widerstreitet jedem Versuch, ihm eine Behandlung „aufzudrücken“, die seiner persönlichen Sicht von Leben und Sterben widerspricht. Damit sind wir bei konkreten Problemen der sogenannten

### *Patientenverfügung*

Schon seit Jahren empfiehlt sich für Mitbürger, die nicht bereit sind, sich den Automatismen gängigen Lebensschutzes auszuliefern, die Abfassung eines Schriftstücks, das vorsorglich die persönliche Entscheidung dokumentiert, wie im Fall unumkehrbarer Hinfälligkeit mit dem Unterzeichner umgegangen werden soll. Das Dokument läuft derzeit unter dem Namen Patientenverfügung. Inhalt der Verfügung bildet im Kern das Anliegen, das eigene Leben gegen das Zu-viel an gängigem Lebensschutz zu schützen und es gegebenenfalls auch angesichts vieler Möglichkeiten der „Lebens“-Verlängerung ungehindert (friedlich) beschließen zu können.

Natürlich kann um ungeahnter Erfolge intensivmedizinischer Behandlung willen darauf hingewiesen werden, daß kein Mensch genau zu wissen vermag, ob diese oder jene medizinische Maßnahme nicht doch noch Aussicht auf Besserung bietet. Doch rechtfertigt das die gegenwärtige Rechtslage? Nach ihr bedarf es nicht nur einer einfachen Verfügung, um sich persönlich wirkungsvoll gegen ein

---

16 Aus meiner Zeit als Krankenhausseelsorger sehe ich noch das über mein Einverständnis erleichterte Gesicht des jungen Stationsarztes vor mir, nachdem er mir zögernd erklärt hatte, der offensichtlich am Ende seiner Lebenskraft daliegende 90jährige Patient habe eine Lungenentzündung, aber sie würden ihn deswegen nicht mehr auf die Intensivstation bringen. Wie oft müssen Ärzte aktivst handeln, wo Unterlassen indiziert wäre – weil im Hintergrund eine Unterlassungsklage der Angehörigen droht! Hippokrates, auf dessen Ethos Ärzte ihren Eid leisten, empfahl um 400 v. Ch. seinen Schülern, sich auf Moribunde gar nicht erst einzulassen, weil sie dem Leben zu dienen hätten. Unter den Bedingungen moderner Medizin verleitet ein blanker Schwur auf *Lebenshilfe* dazu, alles, was machbar ist, zum Lebenserhalt zu tun. Daß ärztlicher Beistand auch die einfühlsame Versorgung von Moribunden einschließt, ist durchgängig erst mit der Hospizbewegung im Bewußtsein.

17 Daß die überwiegende Zahl der Mitbürger ihr Leben im Krankenhaus beschließt, spricht nicht nur dafür, daß „man“ an der Grenze des Lebens nichts unterlassen will, was seinem Erhalt dient, und dies Dank unseres ausgebauten Gesundheitssystems auch kann. Es hat auch mit einer allgemeinen Schwäche im Umgang mit dem Sterben in den eigenen vier Wänden zu tun.

Zu-Viel an Lebensschutz zu schützen. Im Ernstfall erscheint obendrein deren ausführliche Begründung gefordert, und wer keine Gewährperson benannt hat, die zur Not die Verfügung bekräftigt, kann keineswegs sicher sein, daß er nach seinem Verfügen behandelt wird.

Niemand denkt daran, ein rechtsgültig aufgesetztes Testament in Frage zu stellen. Die „letztwillige“ Verfügung gilt, auch wenn das Datum ihrer Abfassung Jahre zurückliegt. Der Verfasser des Testaments ist in jedem Fall selbst für dessen Aktualität verantwortlich. Anders bei der Patientenverfügung. Mag schwarz auf weiß dokumentiert sein, daß der Patient keine lebensverlängernden bzw. -erhaltenden Maßnahmen wünscht (und die ihn behandelnden Ärzte deswegen auch keine Unterlassungsklage gewärtigen müssen, wenn sie danach handeln) – unter der Kuratel gängigen Lebensschutzes wird selbst der erwachsene (mündige) Mitbürger mit seiner Patientenverfügung praktisch wie ein Unmündiger behandelt. Der im gesunden Zustand verfaßten Verfügung sei nicht definitiv zu trauen, man könne ja nicht sicher sein, ob ihr Verfasser im Angesicht des Sterbens an seinem einmal erklärten Willen festhalten würde, wird argumentiert.

Mündige fallen zur Not Unmündigen in den Arm, weil sie als Mündige besser wissen, was für den Unmündigen gut ist. Sie stellen ihre Entscheidung zu Recht fürsorglich über die des Unmündigen, um diesen vor Schaden zu schützen. Was veranlaßt die Rechtspflege – und dann notgedrungen auch die verantwortlichen Ärzte – zu der Auffassung, die selbstbestimmte Verfügung eines mündigen Mitbürgers für die letzte Strecke seines Lebens sei erst dann bindend, wenn man sich auch ihrer Seriosität über weitere Zeugen versichert habe? Offensichtlich befindet sich die Rechtssetzung hier unter Zwängen der Forderung vom absoluten Lebensschutz. Daß damit „zu viel des Guten“ getan ist, bedarf keines weiteren Belegs. Es stimmt etwas nicht, wenn der Schutz menschlichen Lebens um der Menschenwürde willen, der konkreten Wahrnehmung dieser Würde in Gestalt einer Willenserklärung zur letzten Strecke des Lebens wiederstreitet. Es stimmt etwas nicht, wenn derjenige, der sich gegen den Erhalt seines Lebens um jeden Preis ausspricht, die Prüfung seiner Seriosität gewärtigen muß. Die Werte-Waage befindet sich in Schiefelage, wenn der Schutz menschlichen Lebens in einem Fall, der ausschließlich den Betroffenen selbst betrifft, unbesehen über den Schutz menschlicher Selbstbestimmung gestellt wird.

Oder sind vielleicht doch noch andere betroffen, wenn die Absage an Lebensverlängerung im Normalfall nicht angefochten werden kann und ohne Verzögerung durch weitere Prüfung greift? Ein übers Monatsende hinausgezögerter Tod, würde immerhin einen Monat längere Rentenzahlung etc. sichern. Wer weiter intensiv versorgt oder gar operiert werden muß, sichert Arbeitsplätze im Gesundheitswesen. Unbestreitbar sorgt „Leben erhalten um jeden Preis“ – salopp gesagt – für „boomende Gesundheitsindustrie“. Der Angehörige, der nach Transplantationsgesetz die Freigabe des Hirntoten zur Organentnahme stellvertretend

aussprechen kann – ohne vorliegende Selbsterklärung des Hirntoten als Organ-spender geht sonst nichts! –, ist ein Gewinn für die „Gesundheitsindustrie“. Die Gewährsperson, die erst noch gefragt werden muß, ob die Patientenverfügung wirklich ernst gemeint ist, kann es u.U. ebenfalls sein!

Auch ein Diskurs auf der Ebene hoher Prinzipien sollte Fragen, wem diese Prinzipien in der Praxis nutzen, nicht außer Acht lassen. Es kann sehr banale Gründe geben, an einmal etablierten (moralischen) Prinzipien nicht zu rütteln. Doch das ethische Geschäft der Qualitätssicherung von Moral ist unabhängiger Betrachtung verpflichtet und jede Schiefelage der Werte-Waage fordert Klärung.

Kehren wir unter der Vorstellung der Werte-Waage bzw. unter Anwendung polaren Denkens nach dem Muster des sogenannten „Wertequadrats“<sup>18</sup> zur direkten Erörterung der Problemlage zurück, wird alsbald klar, daß das Wertequadrat schon bei der Rede vom „Zu-viel an Lebensschutz“ im Spiel war. Absoluter Schutz menschlichen Lebens im Sinne uneingeschränkten Erhalts des menschlichen Bios „in jedem Fall“ oder „um jeden Preis“ birgt die Gefahr „entwertender Übertreibung“.<sup>19</sup> Natürlich stellt der Schutz menschlichen Lebens, allein auf seine biophysiologische Gegebenheit bezogen, einen unabdingbaren Wert dar.<sup>20</sup> Wo das Herz nicht mehr schlägt und jeglicher Stoffwechsel zum Erliegen kam, ist keinerlei Leben mehr. Doch „der Mensch lebt [so lange sein Herz schlägt] nicht vom Brot allein“<sup>21</sup>. Dem Wert biophysiologisch definierten Menschenlebens steht der Wert des Lebens in-lebendiger-Beziehung gegenüber und fordert Berücksichtigung. Natürlich und zu Recht wirkt sich das Fehlen bzw. der Verlust lebendigen In-Beziehung-Seins in und mit dem eigenen Selbst oder mit Mitmenschen und mit der Umwelt auf die Be-wertung blanken biophysiologischen Lebenserhalts aus. Zu Gunsten des Lebens-in-Beziehung gegen unbedingten Lebenserhalt Partei zu ergreifen, erscheint ethisch geboten, sobald der Wert des Lebens-in-Beziehung erkannt ist. Dabei wird angemessene Parteinahme selbstverständlich nicht blind geschehen. Auch im Widerpart lauert „entwertende Übertreibung“.<sup>22</sup> Um höchster

---

18 Ich erinnere an die grundlegenden Ausführungen dazu zu Beginn des Kapitels „Wertepolaritäten“ in Ethik, S. 37f.

19 Die Fragwürdigkeit des „Werts“ vom „absoluten“ Lebensschutz wird über den Hinweis darauf, daß sie der Lobby der „Gesundheitsindustrie“ entgegen kommt, weiter „bloßgestellt“.

20 „Die Toten loben dich nicht“, hält Hiskia (Jes 38,18) Gott entgegen und veranlaßt den Herrn über Leben und Tod damit, die lebensvernichtende Krankheit zurückzunehmen und seinem Leben „noch 15 Jahre“ zuzulegen (Jes 38,5).

21 5.Mose 8,3; Mt 4,4; Lk 4,4. Nicht von ungefähr folgt im Vaterunser der Bitte um das „tägliche Brot“ – sprich: um Lebenserhalt – die Bitte um Vergebung der Schuld, d.h. um Leben in unge-störter Beziehung.

22 „Das Leben ist der Güter höchstes nicht“, läßt Friedrich Schiller den Chor am Schluß seiner Tragödie „Die Braut von Messina“ sagen. Wer den Kontext beachtet, sieht das Diktum im Idealismus beheimatet und wird es nur sehr begrenzt gegen eine Übertreibung des Lebenserhalts ins Feld führen können, steckt in der *Chorrede* vom „Höchsten“ doch die Vorstellung eines allge-meingültigen hierarchischen Gefälles.

Beziehungswerte willen mag ein Mensch sein (leibliches) Leben mißachten bzw. hingeben oder opfern.<sup>23</sup> Wer daraufhin behauptet, der Wert lebendigen Lebens-in-Beziehung käme nur dort angemessen zur Geltung, wo die Hingabe leiblichen Lebens *selbstverständlich* dazugehöre, überschreitet vice versa die Grenze zum Zu-viel-des-Guten.

Die Fragwürdigkeit leichtfertiger Forderung des Selbstopfers wurde bei früheren Gelegenheiten schon herausgestellt<sup>24</sup>. Zuletzt kam sie im Zusammenhang der alten Vorstellung vom „süßen und ehrenvollen“ Tod fürs Vaterland“ zur Sprache.<sup>25</sup> Im aktuellen Kontext der Frage von Lebensschutz versus Sterbehilfe ergibt sich: Um jeder Art leichtfertigen oder verbrecherischen Umgangs mit menschlichem Lebensgut zu wehren, wird man die Achtung menschlichen Lebens von seinen Anfängen bis zu seinem Ende festschreiben; zu meinen, der Schutz menschlichen Lebens sei nur dort recht gewahrt, wo bereits dem Embryo im Labor Menschenwürde zugesprochen und hinfalliges Leben gar um den Preis der Entmündigung des Betroffenen geschützt wird, ist des Guten zu viel.

Die Patientenverfügung, um die es eben geht, soll ihren Verfasser schriftlich vertreten, wenn er seinen Willen nicht mehr mündlich geltend machen kann, weil er nicht bei (klarem) Bewußtsein ist. Sie fordert, unter bestimmten Gegebenheiten weitere ärztliche (Hilfs-)Maßnahmen (zum Lebenserhalt) zu unterlassen – und damit de facto Hilfe zum Sterben zu leisten. Nach gängigem Sprachgebrauch geht es dabei um „*passive* Sterbehilfe“. Doch (nicht nur!) ärztlichem Ethos entspricht, bereits etwa im „Absetzen“ lebenserhaltender Flüssigkeitszufuhr eine *aktive* Handlung zu sehen.<sup>26</sup> Die Patientenverfügung verlangt mithin möglicherweise vom diensthabenden Arzt, gegen seine (klassische) berufliche Ausrichtung auf lebenserhaltendes Handeln zu verzichten. Andererseits kann die Verfügung im Zweifelsfall auch den einfühlsamen Arzt entlasten. Lebenserhalt um jeden Preis war nie der ärztlichen Weisheit letzter Schluß. In einem seriösen Krankenhaus regelt sich vieles auch ohne besonderes Aufheben menschenwürdig, so lange

---

23 Dabei denke ich nicht nur an die „altruistische“ Hingabe zur Rettung anderer. Auch um seiner eigenen Ehre oder seiner Überzeugungen, d.h. um der Selbst-Beziehung willen zu sterben, gehört dazu.

24 Ich erinnere hier an Ausführungen zum Stichwort „Opfer“ in meiner Ethik und verweise dazu auf das Stichwortregister.

25 S. meine Abhandlung „Zum Verständnis von Nation und Vaterland“, ebd. S. 10, Anm. 24. In seinem Artikel zu „Vaterlandsliebe“ in RGG<sup>3</sup>, Bd. VI Sp. 1230ff., stellt R. Mehl zwar die „Pathologie“ der Vaterlandsliebe heraus, spricht im nächsten Atemzug aber von ihrer „positive[n], ja *theologische[n]* Bedeutung. Das Vaterland“, schreibt er Sp. 1232, „gibt der Nächstenliebe Gelegenheit, sich konkret als *Dienst* zu betätigen.“ Die „theologische“ Bedeutung der „Vaterlandsliebe“ in der „Gelegenheit zur Nächstenliebe“ zu sehen, erscheint mir einseitig. Die „Gelegenheit zur Selbstliebe“ und damit die „theologischen“ Grenzen zum selbstverständlichen Selbstopfer sind nicht im Blick!

26 Vom Abschalten des Beatmungsgerätes ganz zu schweigen.

Patientenversorgung ideologiefrei bleibt. Wer hier eingehendere Kontrolle fest- schreibt, macht den ärztlichen Dienst mit Sicherheit mühsamer. Daß er damit auch das ärztliche Ethos hebt, ist keineswegs sicher.

Wie dem auch sei – verfügt ein Patient, unter bestimmten Gegebenheiten nichts weiter für die Verlängerung bzw. den Erhalt seines Lebens zu tun, macht er damit sein persönliches Verständnis von Leben (einschließlich Sterben) geltend und erwartet, daß seine Willensäußerung ebenso geachtet wird, wie in dem Fall, in dem er bei klarem Bewußtsein etwa die Verlegung ins Krankenhaus verweigert oder ausschließlich vernünftige Schmerzbehandlung verlangt. Mögen bei der Sicht der vom Patienten beschriebenen „Gegebenheiten“ da oder dort Fragen des agierenden Arztes offen bleiben, Sterbehilfe fordert, wer in dem, was ihn noch an Leben erwartet, kein Leben-in-lebendiger-Beziehung mehr zu sehen vermag. Wenn dem aber so ist, reicht dem erfahrenen Arzt bei der Auslegung der Patientenverfügung sicher aus, sich als Mitmensch an die Goldene Regel zu erinnern.

Fasse ich nun meine Erwägungen zusammen, ergibt sich: Daß Menschen eine Patientenverfügung unverzichtbar erscheint, wollen sie heute auf jeden Fall auch im Krankenhaus friedlich sterben können, bringt nicht nur die Schattenseiten medizinischen Fortschritts vor Augen, sondern auch die Folgen einer (vor dem Hintergrund Deutscher Geschichte verständlichen) Ideologie absoluten Lebens- schutzes. Eindeutig des Guten zu viel begegnet in der Vorstellung, eine Patien- tenverfügung gegen lebensverlängernde Maßnahmen könne nur nach sorgfältiger Prüfung ihrer Ernsthaftigkeit, bindend sein. Biophysologisch läßt sich Men- schenleben objektiv definieren. Doch wer Leben als Leben-in-Beziehung im Blick hat, kann von spezifisch menschlichen Erlebnis- und Bestimmungsmomen- ten nicht absehen. Es entspricht menschlichem Lebensverständnis, jenseits aller Möglichkeiten lebendigen In-Beziehung-Seins in und mit dem eigenen Selbst oder mit Mitmenschen und mit der Umwelt, kein Leben mehr zu sehen.<sup>27</sup> Es entspricht der Achtung der Menschenwürde, dies zu respektieren und keinen mündigen Mitmenschen am Sterben zu hindern, der sein Lebensende gekommen sieht. Gerät gegenwärtige Rechtsetzung mit diesen Voraussetzungen in Wider- streit, erscheinen die daraus resultierenden Probleme selbstgemacht. Rechtset- zung, die dem menschlichen Leben dienen soll, handelt weise, wenn sie den Schutz der Menschenwürde in erster Linie an spezifisch menschliche Lebensge- gebenheiten bindet. Tut sie das, bleibt sie auch frei von dem Zwang, auf jeden biomedizinischen Fortschritt explizit reagieren zu müssen.

---

27 In meinen Jahren als Krankenhausesselesorger begegnete ich vielen Patienten, die bereits in der Tatsache, daß ihnen „das Essen nicht mehr schmeckt[e]“, ein Todessignal sahen. Natürlich gibt es sehr oberflächliche Vorstellungen von „Lebensqualität“. Ist die Fähigkeit Beziehung wahrzunehmen verloren, kann jedoch allgemein von „Lebensqualität“ keine Rede mehr sein.

### „Passive“ Sterbehilfe jenseits der Krankenhausszene

Zu Problemen der Patientenverfügung Stellung zu beziehen, war nicht möglich, ohne zugleich Grundfragen sogenannter „passiver Sterbehilfe“ aufzugreifen. Fragen der Hilfe zum ungehinderten, friedlichen Sterben sind jedoch auch dort aktuell, wo ärztliche Fürsorge noch keine Fakten unentrinnbarer ärztlicher Aufsicht (durch Verlegung ins Krankenhaus) geschaffen hat und keine Patientenverfügung vorliegt, d.h. wo von Seiten des Betroffenen nur die Willensäußerung vorgegeben ist, nicht ins Krankenhaus gebracht zu werden und auf jeden Fall sein Leben in vertrauter Umgebung zu beschließen.

Zum Grundrecht der Selbstbestimmung gehört, daß ein Mensch auch bei Gefahr für Leib und Leben seine vom Arzt empfohlene oder angeordnete Versorgung im Krankenhaus verweigern kann. Tut er es persönlich, müßte der Arzt innerhalb gesetzter Frist nachweisen, daß der Betroffene verwirrt ist, um seine Anordnung durchzusetzen. Auch eine der Lage angemessene Grundbetreuung des Verweigerers (außerhalb des Krankenhauses) müßte billigerweise gewährleistet sein, kann der Arzt den Betroffenen doch nicht einfach „verkommen“ lassen. Sind nahe Kontaktpersonen da, welche die Grundbetreuung übernehmen bzw. verantworten, kann sich der Arzt zurückziehen. Er wird sich freilich vorher gegen den Vorwurf unterlassener Hilfeleistung absichern und gegebenenfalls eine Erklärung unterschreiben lassen, daß er den Betroffenen über die Risiken seiner Entscheidung aufgeklärt hat. Auch diesbezüglich mit den Kontaktpersonen des Betroffenen zu sprechen, gehört dazu, müssen diese doch bereit und in der Lage sein, die zu erwartenden Probleme zu bewältigen.

Nehmen wir an, das Sterben unseres Verweigerers ist absehbar, liegt es bei nahen Angehörigen in Kooperation mit ambulanter Krankenpflege in besten Händen. Maßnahmen zum unerwünschten Lebenserhalt sind ausgeschlossen. Begleiten Schmerzen den Sterbeprozess, mag ärztliche Fachkunde hinzugezogen werden, um die Schmerzen im Dienste der Beziehungsfähigkeit des Sterbenden weitmöglichst zu lindern. Da Schmerzen im Zusammenhang eines Sterbeprozesses auch gewaltig zunehmen können, kommt der Sterbende eventuell zwangsläufig an den Punkt, an dem die begleitende Schmerzbehandlung nur dann die Beziehungsfähigkeit des Sterbenden noch (eine begrenzte Zeit) gewährleistet, wenn sie im professionellen Umfeld geschieht. Auch wenn die begleitenden Angehörigen noch nicht von der häuslichen Pflege des Sterbenden überfordert sind, sind dieser und seine Angehörigen nun gezwungen, abzuwägen, ob die Verlegung in ein „Hospiz“ nicht die bessere Lösung ist. Hier wird bestmögliche Hilfe beim Sterben geleistet. Hier bestimmt das Bemühen um *menschliches* Leben-in-Beziehung an der Sterbegrenze erklärtermaßen alle institutionellen Maßnahmen. Hier zielt Lebenserhalt „um jeden Preis“, sofern davon gesprochen werden kann,

ausschließlich auf Leben-in-lebendiger-Beziehung und sichert damit auch menschenwürdiges Sterben.

Es gehört zum Ethos der Hospiz-Bewegung, Sterbenden Raum zum Abschied vom Leben – sprich: von allen konkreten Beziehungspartnern<sup>28</sup>, die ihr Leben bestimmten – zu geben. Grundbedingung dafür ist der gradlinige Umgang mit der Wahrheit des Sterbens. Vollendete Sterbehilfe beginnt mit diesem gradlinigen Umgang. Hier macht – um lebendiger Beziehung willen – im Prinzip niemand sich und dem anderen noch etwas vor. Und das hat, angesichts mächtiger Mechanismen der Verdrängung des Todes und bei aller seelsorgerlichen Behutsamkeit, wahrlich nichts Passives! Daß auch solch *aktive* Hilfe zum friedlichen Sterben im gängigen Sprachgebrauch bestenfalls als „*passive* Sterbehilfe“ firmiert, offenbart, pointiert gesagt, wie deutlich die Vorstellung von „Lebenshilfe“ in juristischen Zusammenhängen einem einlinigen Begriff von Leben aufsitzt. „Sterbehilfe“ kann daraufhin nicht mehr als integrativer Bestandteil von Lebenshilfe gefaßt werden. Sie erscheint daher allenfalls unter dem Vorzeichen der Passivität annehmbar.

Natürlich bedarf es um Klarheit der Rechtssetzung willen klarer Definitionen. „Mord“ darf sich nicht hinter „Sterbehilfe“ verstecken können. Doch ist dies auch ein Problem angemessener Definition von „Mord“ angesichts stetig wachsender Möglichkeiten puren Lebenserhalts. Nimmt man das Hospiz-Konzept als Paradigma für zweifelsfrei „gute“ Sterbehilfe, stellen sich neben Fragen zur Widersprüchlichkeit sogenannter „passiver Sterbehilfe“ auch grundsätzliche Fragen an das gängige Gesundheitssystem und seine Zwänge ein.<sup>29</sup> Rechte Sterbehilfe beginnt für alle Beteiligten bei der Auseinandersetzung mit dem Sterben als Wanderung auf die unumgängliche Grenze des Lebens in Gestalt des Todes zu. Mag medizinische Kunst die Todesgrenze immer weiter hinausschieben können, wo dies nicht mehr dem Leben-in-Beziehung dient, kann sie, in dessen Perspektive, nur noch einem toten Begriff von Leben dienen. So steht denn am Anfang aller förderlichen Nutzung medizinischen Fortschritts auch die Fähigkeit, mit den Grenzen des Lebens angemessen umzugehen, und, wo es angesagt ist, menschenwürdiger Sterbehilfe nicht über medizinischen Aktionismus auszuweichen.<sup>30</sup>

---

28 Das eigene Selbst in der Mitte – mit seinem Bedarf, Bilanz zu ziehen, sich mit der Fragmentarität des Lebens spätestens jetzt zu versöhnen und zum Frieden mit sich (und mit Gott) zu kommen!

29 Wer beobachtet, wie selbstverständlich die Hospiz-Bewegung (seit 1996 auch in Deutschland) laufend weitere Befürworter und Unterstützer findet, kommt nicht umhin, diese Fragen zu stellen.

30 Im Nachtrag sei hier auf die im Januar 2008 von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam herausgegebenen „Grundsätze und Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte“ unter dem Titel „Sterben in Würde“ verwiesen.

## Zur Frage der sogenannten „aktiven Sterbehilfe“

Daß Sterbehilfe als Hilfe beim und zum Sterben genau genommen niemals eine rein *passive* Angelegenheit sein kann, wurde schon angesprochen. Wenn gleichwohl zwischen „aktiver“ und „passiver“ Sterbehilfe streng unterschieden wird, hat das mit Bedingungen/Gegebenheiten der Rechtssetzung zu tun. Selbstverständlich ist es Anliegen menschenwürdiger Rechtssetzung, Leib und Leben des Menschen wirksam vor willkürlicher Verletzung durch Mitmenschen zu schützen. Geschieht Verletzung z.B. im Zusammenhang medizinischer Hilfe, bedarf es dazu prinzipiell stets des Einverständnisses des Betroffenen. Wie denn überhaupt davon auszugehen ist, daß Hilfe unter mündigen Menschen nur dort rechtens ist, wo sie einverständlich geschieht, d.h. von ihrem Empfänger gewünscht oder eindeutig gebilligt wird. Vergegenwärtigt man sich zudem, daß „Hilfe“ als solche ausschließlich lebensförderlich verstanden werden muß – Hilfe zum Schlechteren ist keine Hilfe! –, kann „Sterbehilfe“ unter keinen Umständen zum Synonym oder Deckmantel für „Mord“ werden.<sup>31</sup>

Doch wie steht es, wenn Hilfe beim und zum Sterben erbeten wird, in der es nicht nur um („passiv“ firmierendes) Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen, sondern um „aktive“ Hilfe zur Verkürzung bzw. Beendung eines nicht mehr als „Leben“ empfundenen Lebenszustands ohne jegliche „Lebensqualität“ geht? Juristisch wird hier von „Tötung auf Verlangen“ gesprochen. Das Deutsche Strafgesetzbuch stellt – im Gegensatz etwa zu jüngster Niederländischer Rechtssetzung<sup>32</sup> – mit seinem § 216 nicht nur diese kategorisch unter Strafe, sondern sieht bereits in ihrem Versuch einen Straftatbestand.<sup>33</sup> D.h.: es kann nach Deutscher Rechtssetzung selbst dort keine legale aktive Sterbehilfe geben, wo diese unmißverständlich und ausdrücklich vom Betroffenen erbeten wird, weil er sich selbst hier nicht entsprechend zu helfen vermag.

Stelle ich mir die Gegebenheiten der Bitte um aktive Sterbehilfe konkret vor, sehe ich einen Mitmenschen im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte an der Schwelle zum Suizid. Befände er sich nicht im Zustand absoluter Angewiesenheit auf Versorgung, würde er seinem Leben selbst ein Ende setzen. Da er das nicht vermag, bittet er einen Mitmenschen, ihm dazu die Hand zu leihen. Nach Deutscher

---

31 Nach § 211, Abs. 2 StGB wird als „Mörder“ bezeichnet, „wer aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebes, aus Habgier oder sonst aus niedrigen Beweggründen, heimtückisch oder grausam oder mit gemeingefährlichen Mitteln oder um eine andere Straftat zu ermöglichen oder zu verdecken, einen Menschen tötet.“

32 Seit dem 1.7.1994 steht in den Niederlanden aktive Sterbehilfe durch Ärzte, die damit einem Wunsch ihrer sterbenskranken Patienten nachkommen, nicht mehr unter Strafe.

33 Dem „Mord“ (§ 211) steht in § 216 „Tötung auf Verlangen“ gegenüber. Dort heißt es: „(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen. (2) Der Versuch ist strafbar.“



Rechtssetzung kommt letzteres auf keinen Fall in Frage. Eindeutig greift hier das gängige Prinzip absoluten Lebensschutzes gegen den erklärten Willen des Betroffenen. Kaum weniger eindeutig erscheint damit auch der *Suizid* im moralischen Abseits. Selbsttötung sollte auf keinen Fall sein, kann aber nicht unter Strafe gestellt werden, weil ihr Täter von keiner irdischen Strafe mehr erreicht wird. Anders dagegen derjenige, der Beihilfe zum Suizid leistet. Er hat schon für den Versuch der Beihilfe Strafe zu gewärtigen.

Wie fragwürdig die Überordnung absoluten Lebensschutzes über die Selbstbestimmung des mündigen Individuums ist, wurde schon verhandelt. Zweifellos begegnen auch in § 216 StGB die Nachwirkungen des Nazi-Traumas. „Euthanasie“ ist hier das relevante Stich- und Reizwort. Unter den Bedingungen des Alles-oder-Nichts-Musters fällt jede differenzierte Betrachtung aktiver Sterbehilfe selbst dort unter den Tisch, wo ein Fall wie der soeben vorgestellte durchaus dazu raten könnte. Doch nicht allein die Abwehr des nationalsozialistischen Irrwegs bestimmt die undifferenzierte Kriminalisierung der „Tötung auf Verlangen“. Auch die überkommene christliche Anschauung von der Unverfügbarkeit menschlichen Lebens und die entsprechende Einschätzung des Suizids wirken hier mit. Schauen wir hier genauer hin.

### *Die christliche Tradition der Unverfügbarkeit des Lebens im Widerspruch zur Situation*

Noch in den ersten Jahren meines Dienstes als Pfarrer sah die Kirchenordnung meiner Kirche die Möglichkeit vor, sogenannten „Selbstmördern“ die christliche Bestattung zu verweigern.<sup>34</sup> Als Maßnahme der „Kirchenzucht“ schien diese Möglichkeit seiner Zeit gerechtfertigt. Daß die genannte Bestimmung aus der KO verschwand, entspricht entschiedener Hinwendung zum seelsorgerlicheren Umgang. Die Suizidforschung weckte neues Verständnis. Wenn es im Evangelischen Erwachsenenkatechismus von 1975 heißt: „Die Kirche verurteilt den Selbstmord, aber nicht den Selbstmörder“<sup>35</sup>, finden wir dies berücksichtigt. Zugleich signalisiert die undifferenzierte Rede von „Mord“ im Suizidfall bzw. die Bezeichnung des Suizidenten als „Selbstmörder“ eindeutig die moralische Position. „Nach christlicher Auffassung hat der Mensch kein Recht zu einem solchen zerstörerischen Eingriff, da er sich das Leben auch nicht selbst gab, sondern mit seinem

---

34 KO der EKvW in der Fassung der 70er Jahre. – Frühere Zeiten kannten den Brauch, Selbstmördern den Grabplatz in „geweihter Erde“ zu verweigern.

35 Werner Jentsch u.a. Herausgeber, Evangelischer Erwachsenenkatechismus. Kursbuch des Glaubens, Gütersloh 1975, S. 525. Es folgt das Zitat von Röm 14,7-9; dann heißt es weiter: „Sowenig es also dem Christen ansteht, einen Selbstmörder zu verdammern, so sehr muß er sich ins Bewußtsein rufen und darauf aufmerksam machen, daß es eine Anmaßung ist, sich selbst zum Herrn über das eigene Leben zu ernennen.“

Lebensauftrag von Gott geschenkt bekam (1 Mose 2,7)“, heißt es im Erwachsenekatechismus eine Seite weiter.<sup>36</sup> Unter der Überschrift „Selbstmord“ dekretiert der „Katechismus der Katholischen Kirche“ 1993: „(2280) Jeder ist vor Gott für sein Leben verantwortlich. Gott hat es ihm geschenkt. Gott ist und bleibt der höchste Herr des Lebens. Wir sind verpflichtet, es dankbar entgegenzunehmen und zu seiner Ehre und zum Heil unserer Seele zu bewahren. Wir sind nur Verwalter, nicht Eigentümer des Lebens, das Gott uns anvertraut hat. Wir dürfen darüber nicht verfügen.“

Daß in den zitierten Ansichten 1500 Jahre alte Kirchentradition nachwirkt, wird für jeden deutlich, der sich z.B. vergegenwärtigt, was Kirchenvater Augustin bereits in den Abschnitten 17-27 seines ersten Buches von „De civitate Dei“ schrieb.<sup>37</sup> Augustin leitete seiner Zeit die Einschätzung/Kriminalisierung des Suizids unmittelbar aus dem Fünften Dekaloggebot ab.<sup>38</sup> Auch im zuletzt zitierten Katechismus der Katholischen Kirche erscheint das Stichwort „Selbstmord“ unter den Ausführungen zum Fünften Gebot. Einleitend heißt es hier: „(2258) *Das menschliche Leben ist heilig*, weil es von seinem Beginn an ‚der Schöpfermacht Gottes‘ bedarf und für immer in einer besonderen Beziehung zu seinem Schöpfer bleibt, seinem einzigen Ziel. Nur Gott ist der Herr des Lebens von seinem Anfang bis zu seinem Ende...“

Menschliches „Leben von Gott geschenkt“ – Gott „der Herr des Lebens von seinem Anfang bis zu seinem Ende“ – 1500 Jahre fortgeschriebene Moral zum Thema Selbsttötung, aber keine Fortschreibung der Ethik angesichts geradezu überwältigender Möglichkeiten der Medizin! Augustin setzte sich seinerzeit mit der Selbsttötung des Stoikers Cato und mit christlichen (Jung)Frauen auseinander, die sich durch Suizid z.B. dem Ehrverlust/der Schändung durch Vergewaltigung

---

36 Fortsetzung: „Auch die Beendigung des Lebens darf nicht seine eigene persönliche Angelegenheit sein (Hi 1,21). Der Mensch, der glaubt, diese Vorstellung haben zu dürfen, trennt sich eigenmächtig von seinem Lebensauftrag.“

37 In deutscher Übersetzung von C. J. Perl (Aurelius Augustinus, Der Gottesstaat, Erster Band (Buch 1-VII), Otto Müller Verlag Salzburg 1951) lese ich im Kapitel 17: „Es ist ja nicht einmal erlaubt, aus eigener Vollmacht einen Verbrecher umzubringen, solange nicht das Gesetz seine Tötung gestattet. Deshalb ist auch, wer sich selbst umbringt, unweigerlich ein Mörder. Und der Selbstmörder wird um so mehr zum Verbrecher, je unschuldiger er an der Ursache ist, die ihn zum Selbstmord treibt...“

38 Zu Anfang von Kapitel 20 schreibt er a. a. O.: „Nicht umsonst vermag man nirgends in den heiligen kanonischen Büchern ein göttliches Gebot oder auch nur die Erlaubnis dafür zu finden, daß wir, sei es um die Unsterblichkeit zu erlangen oder um irgendein Übel zu vermeiden oder zu beseitigen, uns selbst das Leben nehmen dürfen. Vielmehr ist es uns verboten, was aus dem Wortlaut des Gesetzes ‚du sollst nicht töten‘ zu verstehen ist...“ Zur Ausnahme gestatteter Tötung vermerkt Augustin am Ende von Kap. 21: „Von solchen Fällen abgesehen, in denen ein gerechtes Gesetz ganz allgemein, oder Gott als Quell der Gerechtigkeit selbst im besonderen zu töten befiehlt, macht jeder sich des Mordverbrechens schuldig, der einen Menschen, gleichviel ob sich selbst oder einen anderen, tötet.“

entzogen. Augustins Kontext ist nicht der unsere. Sehen wir im näheren Zusammenhang einmal davon ab, ob im biomedizinischen Labor noch überzeugend vom „von Gott geschenkten Leben“ gesprochen werden kann, zu Augustins Zeiten führte der Bruch eines Halswirbels mit den Folgen absoluter Versorgungsbedürftigkeit unweigerlich zum Tode. Daß das heute nicht mehr so ist, bedeutet nicht zwangsläufig, daß das *Weiterleben* des nunmehr ab dem Halse Querschnittsgelähmten unbesehen als „Gottesgeschenk“ angesehen werden müßte oder könnte. Der eine Betroffene mag sein Weiterleben als Gottesgeschenk sehen, der andere wird möglicherweise die Ärzte verfluchen, die Gottes Plan, seinem Leben mit dem Unfall ein natürliches Ende zu setzen, durchkreuzten. *Es geht nicht an, unter den Bedingungen natürlicher Begrenztheit menschlichen Lebens entwickelte moralische Prinzipien des Lebensschutzes unbesehen auf Lebensbedingungen zu übertragen, die eindeutig jenseits der von Natur aus gegebenen Grenzen liegen!* Nicht nur die Rede vom Leben als *Gottesgeschenk* wird dabei fragwürdig, auch die Moral verliert ihre Bodenhaftung.<sup>39</sup> In einem den gemeinsamen christlichen Glauben darstellenden Buch katholischer und evangelischer Verfasser von 1973<sup>40</sup> lese ich unter der Überschrift „Selbsttötung und Euthanasie“: „Wenn der christliche Glaube von der Hoffnung auf die Liebe Gottes lebt, sind weder Lebensmüdigkeit noch Ausweglosigkeit und Verzweiflung Verhaltensweisen, die mit dem Glauben zu vereinbaren sind. Der Glaube erkennt den Sinn des eigenen und des fremden Lebens in Gott auch dann immer noch, wenn dieses Leben nach menschlichem Ermessen unnütz geworden ist und seinen Sinn verloren zu haben scheint.“

Bedarf es Aufmerksamkeit weckender Ausrufungszeichen in und hinter dem soeben zitierten Votum? Wie eingeeengt begegnet „christlicher Glaube“, wenn sich jeder, der seinem Leben z.B. in der Situation absoluter Pflegebedürftigkeit keinerlei Sinn mehr abgewinnen kann, ins Abseits gestellt sehen muß! Wenn der christliche Glaube wirklich „von der Hoffnung auf die Liebe Gottes lebt“, sollte in dieser Hoffnung auch Platz für Menschen sein, die es wagen, sich aktiv einem Lebenserhalt zu widersetzen, hinter dem sie früher oder später nicht mehr göttlichen Sinn, sondern nur noch medizinische Kunstfertigkeit und die Unerbittlichkeit eines verengten Begriffs von Leben und Lebensschutz sehen. Man kann die Würde des Menschen auch dadurch antasten, daß man ihn gegen seinen erklärten Willen einem Leben ausgeliefert sein läßt, das seinem eigenen Empfinden vom Leben in Würde – auch in Würde vor Gott! – quälend widerstreitet!

---

39 Ich erinnere hier an meine Ausführungen im Kapitel zur Ethischen Selbstklärung, Ethik, S. 88ff.

40 J. Feiner – L. Vischer (Hrsg.), Neues Glaubensbuch. Der gemeinsame christliche Glaube, 4. Auflage, Freiburg 1973 – das folgende Zitat findet sich S. 514f. Etwas weiter oben auf S. 514 steht zu lesen: „Bei dieser [Augustins] Verurteilung [der Selbsttötung als „unsittlich“] wird es wohl auch heute bleiben müssen – soweit man tatsächlich von einem frei entschiedenen und voll bewußten *Selbstmord* sprechen kann.“

## *Wider die Mißachtung Betroffener durch den kategorischen Ausschluß aktiver Sterbehilfe*

Natürlich wird nicht jeder Mitmensch in der vorgestellten Situation absoluter Abhängigkeit von Versorgung seinem Leben ein Ende setzen wollen und um aktive Sterbehilfe bitten. Ob und welchen Sinn er in seinem Weiterleben sieht, hängt wesentlich davon ab, ob und wie weit er sich – optimale Schmerzbehandlung vorausgesetzt – in-Beziehung geborgen sieht. Viel hängt hier von den ihn umgebenden Mitmenschen ab, nicht minder viel aber auch davon, wie sich seine Selbst-Beziehung (einschließlich seiner Gottes-Beziehung) in die Situation reduzierten Lebens fügt. Der eine vermag einen weiten inneren Raum und besondere Gottesnähe zu gewinnen, der andere empfindet Mißachtung und absolute Vereinsamung angesichts des direkt oder indirekt an ihn herangetragenem moralischen Diktats, sich in seinen von ihm selbst zunehmend verachteten Zustand zu fügen und von anderen entschieden zu sehen, welches Verständnis von Leben er haben muß und was für ihn gut ist.

Zu den Leitideen, die zur strikten Ablehnung jeder Art von „Euthanasie“ führen, gehört die Überzeugung, daß es kein „lebensunwertes“ menschliches Leben gibt. Wäre diese Überzeugung in nationalsozialistischen Zeiten selbstverständliches Allgemeingut gewesen, hätten die entsprechenden Verbrechen nicht stattfinden können. Doch sie fanden statt. Sie fanden *auch* statt, weil Nützlichkeitserwägungen dem menschlichen Gemüt *urtümlich* nahe liegen. Bei den verbrecherischen Auswüchsen zur Nützlichkeitsideologie und zur Vernichtung „unnützer Esser“ brauchen wir uns jetzt nicht aufzuhalten. Beschäftigen muß uns hier die durchaus ehrenwerte Variante der Nützlichkeitserwägung. Sie entspricht unabhängigen Regeln der Wertschätzung. Sie bildet den seriösen Hintergrund für die apostolische Bemerkung (2.Thess 3,10): „Wer nicht arbeiten will, der soll auch nicht essen.“ Sie begegnet im persönlichen Wunsch, wenigstens niemandem zur Last zu fallen, wenn man sich schon nicht nützlich machen könne. Niemandem zur Last zu fallen, ist für viele Menschen ein, wenn nicht *der* Stützpfiler ihrer Selbstachtung bzw. Würde.

So wenig einem Menschen geboten werden kann, sein Lebensgefühl auf keinen Fall von der Frage abhängig zu machen, ob und wie weit er anderen zur Last fällt, so sehr sieht sich dieser Mensch gegebenenfalls mißachtet, wenn sein persönliches Leiden an der Last, die er für andere darstellt, außer Acht bleibt. Somatische Schmerzen mögen Schmerzspezialisten abstellen können. Die Daueranwendung von Psychopharmaka, um die psychischen Leiden aus der Welt zu schaffen, überschreitet m.E. die Grenze zur inneren Verstümmelung. Hier geschieht Lebenserhalt um den Preis echten Lebens-in-Beziehung. Wer dem Schutz *menschlichen* Lebens und der Menschenwürde dienen will, kann um der Menschenwürde willen nicht in jedem Fall aktive Sterbehilfe verweigern. Differenzierung ist angesagt.

Der Betroffene hat ein Recht, mitzureden und sein persönliche Vorstellung von Lebensqualität in die Waagschale zu werfen. Kann der Betroffene sich selbst nicht mehr äußern, greifen die Kriterien des Umgangs mit einer Patientenverfügung.

### *Konkrete Bedingungen aktiver Sterbehilfe*

So selbstverständlich dem aktive Sterbehilfe Erbittenden Mitsprache bei der Entscheidung, ob dieser stattgegeben werden soll, eingeräumt werden muß, so selbstverständlich wird der Entscheidung zur aktiven Sterbehilfe eine qualifizierte ergebnisoffene Beratung des Betroffenen vorausgehen. Was für die Entscheidung im Schwangerschaftskonflikt gilt, leuchtet im Fall erbetener Sterbehilfe fraglos ein. Hier ist der betroffene Lebensträger unmittelbar selbst beteiligt. Hier können im beratenden Dialog möglicher emotionaler Kurzschluß eruiert und bedachtes Urteil angebahnt werden. Qualifizierte Beratung stellt ein intensives Beziehungsgeschehen dar. Wer sich in seiner elenden Situation umfassend wahr- und ernstgenommen fühlt, erlebt sich rundum gewürdigt. Es ist durchaus möglich, daß dies beim Bittsteller zu einer entscheidenden Wende im Erleben und Beurteilen seiner Situation führt. Tut es das nicht, greifen im Fortgang notwendig weitere Sicherungen. Aktive Sterbehilfe muß durch mindestens zwei unabhängige qualifizierte (auch psychologisch gebildete) Gutachter befürwortet sein. Daß sie vom Arzt nur freiwillig – d.h. im Einklang mit seinem ärztlichen Gewissen – geleistet werden kann, bedarf keiner weiteren Begründung.

### *Pastorale Vergewisserung*

Die überkommene christliche Einschätzung des Suizid als *Selbstmord* und seine Verurteilung leitet sich, wie wir sahen, aus dem Fünften Dekaloggebot und/oder dem Dogma ab, daß menschliches Leben ein (heiliges) Geschenk Gottes bzw. eine vom Herrgott anvertraute Gabe sei, über die der Mensch deshalb auch nicht willkürlich verfügen dürfe. Wer gewahr wird, in welchem hohem Maße sich die Gegebenheiten menschlichen Lebens seit Niederschrift der Zehn Gebote oder auch Augustins Auslassungen zum Suizid verändert haben, sieht sich zwangsläufig herausgefordert, das ethische Problem neu aufzugreifen und etwas zur Qualitätssicherung moralischer Argumentation zu unternehmen. Augustin konnte sich strikt auf das Fünfte Dekaloggebot berufen, fand daneben aber auch die Anwendung der Todesstrafe selbstverständlich – d.h. in seinen Worten, daß „Gott als Quell der Gerechtigkeit selbst im besonderen zu töten befiehlt“.<sup>41</sup> Sich dem (alttestamentlichen) Befehl Gottes zum Vollzug der Todesstrafe zu widersetzen, gehört im christlichen Abendland längst zum moralischen Standard. Mag ein Mensch

---

41 S. o. Anm. 38.

nach alttestamentlichen Vorstellungen sein Leben verwirkt haben, es ihm per Todesstrafe zu nehmen, bedeutet, ihm jegliche Möglichkeit zur Rückkehr in ein Leben-in-förderlicher-Beziehung abzuschneiden.

Ob man nun die Ächtung der Todesstrafe einem allgemeinen Durchbruch des/ zum abendländischen Humanismus oder tieferen Einsichten in die Bedingungen menschlichen Lebens als Leben-in-Beziehung zuschreibt, mag eine Frage der religiösen Einstellung sein. Jedenfalls hat sich hier mit dem „Menschenbild“ auch das „Gottesbild“ dergestalt verändert, daß von einer starren bzw. undifferenzierten Übernahme Biblischer Prinzipien des Lebensschutzes keine Rede mehr sein kann. Menschliches Leben-in-Beziehung kann nicht dadurch sinnvoll geschützt werden, daß das Leben desjenigen, der sich dagegen schwerstens vergangen hat, nachträglich ausgelöscht wird.<sup>42</sup> Menschliches Leben-in-Beziehung wird vice versa auch nicht dadurch sinnvoll geschützt, daß Lebenserhalt diktiert wird, wo ein Mensch die Last des Weiterlebens unter für sein Verständnis unwürdigen Bedingungen als unverschuldete Strafe erlebt und sein Leben beenden will. D.h., wer glaubt, im Sinne von Leben als Gottesgeschenk zu handeln, wenn er die Todesstrafe abschafft, kann im Fall absoluter Versorgungsbedürftigkeit nicht für einen Lebenserhalt plädieren, den der Betroffene letztenendes nur als Strafe erleben kann. Kurz, wer es für gerechtfertigt hält, Schwerverbrecher zum Weiterleben zu begnadigen, kann sich schlecht auf Gott berufen, wenn er auf der anderen Seite unschuldige Lebensmüde ohne wenn und aber zum Weiterleben eines Lebens im Zustand eines medizinischen Artefakts verdammt.

Sicher dürfte es ungewohnt sein, dem Tod als Strafe das (Weiter)Leben als Strafe gegenübergestellt zu sehen. Doch damit wird deutlich, wie ambivalent Tod und Leben bzw. Sterben zu begegnen vermögen. Ganz abgesehen davon, daß auch ein Todesstrafenkandidat die Umwandlung seiner Strafe in „lebenslänglich“ schlimmer finden kann als seine Tötung von Rechts wegen – wo der Tod als Erlösung herbeigesehnt wird, bekommt Lebenserhalt zumindest die Qualität einer „schweren Prüfung“ und dem dergestalt Geprüften ist nicht zu verdenken, wenn er den Zwang aussichtslos weiterzuleben als unverdiente Strafe deutet.

Jesus übertrat das alte Sabbatgebot mit dem Argument, der Sabbat sei um des Menschen willen geschaffen und nicht umgekehrt (Mk 2,27). Menschliches Leben wird um der Menschenwürde willen geschützt, nicht um eines undifferenzierten Dogmas vom Leben(/Bios) als unverfügbarem Gottesgeschenk willen. Verantwortlicher Umgang mit menschlichem Leben weit über die Möglichkeiten des von Natur/Gott Gegebenen schließt auch verantwortlichen Umgang mit den Grenzen des Lebenserhalts um des Menschen willen ein. Wer menschliches Leben kraft medizinischer Kunst verlängert, muß sich auch den Problemen stellen,

---

42 Nachträglich!, d.h. über die Todesstrafe. Akuter Schutz im Sinne wirkungsvoller Notwehr steht auf einem anderen Blatt!

die sich in dem Augenblick ergeben, wo der Verlängerung der erklärte Wunsch nach Abkürzung folgt. Es geht nicht an, sich in diesem Fall hinter Gott als Herrn des Lebens zurückziehen und aktive Sterbehilfe abzulehnen. Es reicht auch nicht aus, dies mit dem Zitat von Röm 14,7-9 und dem Hinweis auf 1.Mose 2,7 oder Hi 1,21 zu untermauern.<sup>43</sup> 1.Mose 2,7 begründet die Biblische Psycho-Logie. Hiob muß einen schweren Schicksalsschlag verkraften und befindet sich *nicht* in aussichtsloser Situation unter ärztlicher Betreuung. Röm 14,7-9 spricht von der allgemeinen Gewiesenheit an Gott im Leben und im Sterben und votiert im Kontext gegen dogmatische Enge.

Im übrigen gibt es wohl kaum etwas, was eindeutiger in die Eigenverantwortung eines mündigen Menschen fällt als die Bitte um Leistung aktiver Sterbehilfe für die eigene Person.<sup>44</sup> Ob und wie weit sich der Suizident vor Gott schuldig macht, indem er sich weiterem Leben verweigert, ist und bleibt eine Sache zwischen Gott und ihm. Was umgebende Mitmenschen und Rechtssetzung zum Schutz des Lebens tun können/müssen, wurde bereits unter den Stichworten Ernstnehmen, Begleiten, Beraten und Absichern durch Gutachten gesagt.

Natürlich ist mit der Zulassung aktiver *Sterbehilfe* nicht einem leichtfertigen Umgang mit Suizid das Wort geredet. Der Suizid, zu dem die aktive Sterbehilfe verhilft, bleibt *ultima ratio*, gleichsam eine Maßnahme der Notwehr gegen die Konversion des Lebensschutzes zum Würde verletzenden Lebenszwang. Diesseits der *ultima ratio* greifen die Erkenntnisse der Suizidforschung. Wer ihnen folgt, entdeckt hinter akuter Suizidalität die verzweifelte Bitte um *Lebenshilfe*. Lebenshilfe für Suizidale schließt gegebenenfalls deren vorübergehenden Einschluß in die Psychiatrie ein und ist im übrigen eine besondere Herausforderung für rechte Seel-Sorge. Mit einer Kriminalisierung des Suizids oder seiner moralischen Verurteilung ist auch hier nichts zu gelingendem Lebensschutz getan.

### *Grenzen medizinischer Lebenshilfe bei Frühgeburten*

Die bisherigen Erwägungen zur Patientenverfügung, sowie zu „passiver“ und „aktiver Sterbehilfe“ bezogen sich auf Fragen angemessenen Umgangs mit der Forderung des Lebensschutzes in der Endphase menschlichen Lebens und hatten durchgehend die Gegebenheiten heutiger medizinischer Versorgung vor Augen. Die „Nebenwirkungen“ medizinischen Fortschritts zeitigen indes auch Fragen im

---

43 So im Evangelischen Erwachsenenkatechismus a. Anm. 35 a. O.

44 Wer im Fall der Zulassung der verantwortlich erbetenen aktiven *Sterbehilfe* – von nichts anderem kann ja die Rede sein! – die Gefahr eines „Dammbruchs“ heraufziehen sieht, muß sich fragen lassen, welchen „Damm“ er eigentlich meint. Kein Mitmensch wird gefährdet, da hier einzig der Bittsteller von den Konsequenzen seiner Bitte betroffen ist. Die selbstbestimmte Bitte zu achten, heißt dann freilich, den „Damm“ *überkommener „moralischer Kuratel“* um das Individuum aufzuheben und ihm unbedingte Selbst-Verantwortung (vor Gott) zuzugestehen.

Zusammenhang der Phase des Eintritts ins sichtbare menschliche Leben, die bedacht werden wollen.

Wie verwirklicht sich Lebensschutz angemessen, ist die Frage, wenn ein Menschenkind als Frühgeborenes, d.h. *vor* seiner natürlichen Geburtsreife auf die Welt kommt oder geholt wird? Das bergende „Nest“ der Beziehungstragenheit durch seine Mutter/Eltern kann theoretisch vorausgesetzt werden. Neonatologische Intensivmedizin mit all ihren Möglichkeiten steht obendrein bereit. Aber es ist eben „ein Frühchen“, das unbedingt noch des Ersatzuterus' in Gestalt des Inkubators usw. bedarf, und auch die aufwendigste intensivmedizinische Versorgung kann nur begrenzt kompensieren, was dem Frühgeborenen noch an komplexer natürlicher Entwicklungshilfe im Mutterleib fehlt. Unvermeidlich bedeutet hier medizinisches Wirken Eingriff in den Oikos unfertigen menschlichen Lebens. Unvermeidlich beginnt das Frühgeborene sein Aufderweltsein nicht an der Brust seiner Mutter. Unvermeidlich sehen sich Ärzte und Eltern bei extrem untergewichtigen Frühgeborenen mit all den Problemen konfrontiert, die sich aus einem Lebensstadium ergeben, in dem z.B. Gehirn, Herz und/oder Lunge noch nicht hinreichend ausgebildet oder gekräftigt sind, um ihren Dienst außerhalb des Mutterleibes zu tun.

Die Neonatologen halten sich an Erfahrungswerte<sup>45</sup> und können gegebenenfalls mit statistischer Sicherheit sagen, ab wann und unter welchen Voraussetzungen keine Gefahr mehr für das Leben des Frühgeborenen besteht und/oder keine einschneidenden Behinderungen aufgrund zu früher Geburt zu erwarten sind. Davor gibt es einen Bereich nicht eindeutig vorhersehbarer Komplikationen, in dem jede Maßnahme zum Lebenserhalt eine Menge Risiken birgt und Nebenwirkungen zeitigen kann, die fortgesetzte operative Betreuung fordern oder zu bleibenden schwersten Schäden führen.<sup>46</sup> Kurz, was heute dem Überleben des viel zu früh geborenen Menschenkindes dienen mag, kann morgen schon zu einer Maßnahme konvertieren, die keinerlei Aussicht auf normales Leben eröffnet oder gar nur noch das Sterben des „Frühchens“ hinauszögert. Im letzteren Fall befindet man sich damit im Problembereich „passiver Sterbehilfe“<sup>47</sup>, im Fall vorhersehbarer schwerer Behinderung greifen darüber hinaus Erwägungen aus dem Fragenkreis des Umgangs mit Behinderung.

---

45 Erfahrungsgemäß kann kein vor der vollendeten 22. Schwangerschaftswoche geborenes Kind überleben. Ab wann neonatologische Bemühung um ein Frühgeborenes verheißungsvoll erscheint und beginnt, ist, nach Auskunft meines im Fach arbeitenden Sohnes, in den Ländern Europas unterschiedlich. Die Holländer und Schweizer setzten die Grenze von aktiven Maßnahmen bei der 26., die Deutschen und Österreicher bei der vollendeten 24. Schwangerschaftswoche.

46 Schon eine kleine „Überdosis“ an Sauerstoff kann z.B. die Entwicklung der Sehfähigkeit stören und zu bleibender Blindheit führen!

47 Der Neonatologe V. von Loewenich spricht in seinem Artikel „Ethische Probleme bei Frühgeborenen“, in: Monatsschrift Kinderheilkunde H. 12, Jg 2003, S. 1268, von der „Änderung des Behandlungsziels, weg vom Lebenserhalt hin zu einer rein leidensmindernden Behandlung“.



Im Kontext von Schwangerschaftsabbruch<sup>48</sup> und Präimplantationsdiagnostik („PID“)<sup>49</sup> wurde schon herausgearbeitet, welche entscheidende Bedeutung hier den Kräften tragender Beziehung zugemessen werden muß. In der Regel setzen sich Eltern zunächst einmal selbstverständlich für ihr allzu Frühgeborenes ein und wollen nichts unversucht lassen, daß es auch gesund ins eigene Leben kommt. Sie können auch von Herzen bereit sein, „ihr Frühchen“ mitsamt unvermeidlicher Behinderung durchzubringen. Doch sie wissen dabei nicht, was dies alles konkret (später) für sie und das Kind bedeutet. Hohe Ideale können die nüchterne Einschätzung der eigenen Kräfte verstellen. Im vom schützenden Inkubator umgebenen winzigen Menschlein auch den späteren möglicherweise schwerstbehinderten Mitmenschen mit seinen unausgesprochenen Fragen an seine Eltern und die Mühsal seines Lebens zu sehen, liegt nicht obenauf.<sup>50</sup> Die Eltern müßten dazu ein Stück zurücktreten und Distanz zum Geschehen haben. Sie müßten sich vergegenwärtigen können, daß die Situation, in der sie sich mit ihrem vom künstlichen Uterus umfangenen Kind befinden, wahrlich nicht natürlichen, sondern künstlichen Gegebenheiten entspricht. Ohne diese hätten sie schon jetzt keine andere Wahl als um das Kind zu trauern, daß von sich aus nicht lebensfähig war. Mit der neonatologischen Intensivmedizin im Hintergrund fallen ihnen Entscheidungen zu, für die sie voll nur gerüstet wären, wenn sie bist in die letzte Konsequenz alles schon einmal erlebt hätten.

Ist den Eltern in dieser Situation zu helfen? Ich denke, in der Situation höchst fraglichen Erhalts zu frühen Lebens muß ein Raum vorgegeben sein, in dem die Entscheidungen allein von den verantwortlichen Ärzten getroffen werden.<sup>51</sup> Ziehen sie jenseits besagten Raumes die Eltern hinzu, müssen sie diese an allen verbleibenden Bedenken eindringlich beteiligen. Zugleich bedürfen die Eltern qualifizierter seelsorgerlicher/psychologischer Begleitung. Es sollte nicht sein, daß z.B. drohender Schmerz um den Verlust des Kindes oder moralische Selbstüberforderung Eltern unbesehen dazu bringen, ihre weitere Zukunft und all ihre Kräfte dem Erhalt des Frühgeborenen zu opfern. Kinder, die nicht lebensfähig auf die Welt kommen, hat es immer gegeben. Als die Neonatologie noch nicht in Bereiche ungefestigten Lebens vorgedrungen war, gab es für zu früh geborene Kinder, von Ausnahmen abgesehen, nur die Alternative: entweder tot oder normal lebensfähig. Es widerspricht auch dem Haushalt/der Ökologie menschlichen

---

48 S. Ethik, S. 142.

49 S. Abhandlung zu Fragen der Bioethik heute, S. 19ff.

50 Von Loewenich bemerkt a. a. O. S.1268, „daß die Perspektive der Lebensqualität unentbehrlich ist, ... daß aber andererseits die Beurteilung von Lebensqualität und deren Annehmbarkeit stets sehr problematisch sind und bleiben.“

51 Selbstverständlich handelt es sich dabei um eine im kollegialen Konsens getroffene Entscheidung. Von Loewenich a. a. O.: „... auch die Angehörigen unserer Patienten kann man durch Tun oder Unterlassen möglicherweise schädigen und damit das Gebot des ‚nil nocere‘ verletzen.“

Lebens, die Zahl kräftezehrender Ausnahmen unbedacht zu erhöhen. Opfern Eltern ihre Kräfte dem unbedingten Lebenserhalt ihres allzu Frühgeborenen, bleibt wenig oder keine Kraft für eine vielleicht durchaus mögliche erneute Schwangerschaft mit glücklicherem Ausgang.

Darüber hinaus fordern schließlich auch die begrenzten Ressourcen des Gesundheitswesens ganz allgemein einen häuslicheren Einsatz medizinischer Mittel. Mag dies all denjenigen fremd sein, die sich dem Grundsatz absoluten Lebenserhalts verschrieben haben. Spätestens, wer sieht, mit welcher geringen Mitteln sogenannte Entwicklungsländer in ihrer medizinischen Versorgung auskommen müssen, kann sich auch angesichts wachsender Möglichkeiten der Betreuung Frühgeborener Fragen der Grenzen des Wachstums und des angemessenen bzw. gerechten Umgangs mit begrenzten Mitteln nicht entziehen.

### *Zusammenfassung*

Der gesamte letzte Abschnitt war ethischen Fragen an den Grenzen menschlichen Lebens gewidmet. Dem Thema entsprechend wanderten wir zunächst noch einmal die äußersten Grenzen ab und vergegenwärtigten uns die Hintergründe des Embryonenschutzes und die Bedingungen des Umgangs mit Hirntoten. Ethische Fragen an den Grenzen des Lebens gruppieren sich in besonderer Weise um Lebensschutz und Menschenwürde, haben sowohl mit Lebenserhalt wie mit würdigem Sterben zu tun und berühren neben dem Konzept medizinischer Betreuung natürlich auch die Rechtssetzung.

Daß das Verständnis von menschlichem Leben als Leben-in-Beziehung unweigerlich auch den Horizont weitet, wenn es um Fragen der Sterbehilfe geht, wird deutlich, sobald man sich den Zusammenhängen von Rechtssetzung und gängigem Lebensschutz zuwendet. Offenkundig verfolgt gegenwärtige Deutsche Rechtssetzung vor dem Hintergrund des nationalsozialistischen Irrwegs das Ziel, den Schutz menschlichen Lebens absolut abzusichern, und liefert sich damit Problemen eines biologisch verengten Begriffs von Leben und entwertender Übertreibung des Lebensschutzes zu Lasten menschlicher Selbstbestimmung im Kontext konkreter Fragen der Sterbehilfe aus. Geht es um sogenannte passive Sterbehilfe, hat dies im Fall einer Willensäußerung über Patientenverfügung bedenkliche Konsequenzen. Ihr Verfasser muß einen Seriositätsnachweis erbringen und ohne diesen erscheinen auch nach der Verfügung helfende Ärzte in ihrem gewissenhaften Handeln nicht einfach abgesichert. Wird gar von einem aussichts- und hilflos leidenden mündigen Mitbürger aktive Sterbehilfe erbeten, hält die gängige Rechtssetzung nur die strikte Strafandrohung für die „Tötung auf Verlangen“ bereit. Wie unbesehen hier auch die christliche Tradition vom Suizid als „Mord“ greift, läßt sich unschwer nachweisen. Ohne Rücksicht auf durch medizinischen Fortschritt veränderte Lebensgegebenheiten bestimmt das Dogma von der Unver-

ffügbarkeit des Lebens als Gottesgeschenk die Moral und läßt auch im Kontext ärztlicher Kunst „verdanken“ Lebens keinerlei Spielraum für verantwortliche Abwägung zwischen unbarmherzigen Lebenszwang<sup>52</sup> und gnädigem Tod. Ethik, die sich gelingendem menschlichem Leben-in-Beziehung verpflichtet sieht, muß hier notwendig für größere Offenheit plädieren und liefert auch tragfähige Kriterien für den menschlichen Lebensgegebenheiten angemessenen Schutz der Menschenwürde. Wie es ein Recht gibt, den Embryonenschutz von tragenden Beziehungsbedingungen abhängig zu sehen, so erscheint aktive Sterbehilfe als ultima ratio möglich, wenn das Leben auch „in-Beziehung“ vom Betroffenen nur noch erlitten werden kann.

Daß die ultima ratio aktiver Sterbehilfe erst nach qualifizierter Beratung zum Zuge kommt, versteht sich von selbst. Auch bei Entscheidungen im Umgang mit allzfrüh geborenen Kindern, d.h. wo die Grenzen zwischen Lebens- und passiver Sterbehilfe fließend werden, gehört Abwägung der Gegebenheiten und eingehende Beratung der betroffenen Eltern im Sinne der entwickelten Kriterien dazu.

---

52 Helmut Thielicke spricht in seinem 1980 bei Mohr in Tübingen erschienenen Büchlein „Leben mit dem Tod“ vom „Terror der Humanität“ – zitiert bei von Loewenich a. Anm. 47 a. O.