



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Leiden verkürzen oder Leben verlängern?

***Die Frage nach der Begründbarkeit moralischen Handelns in Bezug
auf Sterbehilfe abseits gesetzlicher Diskurse“***

verfasst von / submitted by

Johanna Graf

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2018 / Vienna, 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A190 / 333 / 299

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Lehramt
UF Deutsch UF Psychologie und Philosophie

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Josef Rhemann

Plagiatserklärung

„Hiermit erkläre ich, die vorgelegte Arbeit selbständig verfasst und ausschließlich die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben. Alle wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommenen Textpassagen und Gedankengänge sind durch genaue Angabe der Quelle in Form von Anmerkungen bzw. In-Text-Zitationen ausgewiesen. Dies gilt auch für Quellen aus dem Internet, bei denen zusätzlich URL und Zugriffsdatum angeführt sind. Mir ist bekannt, dass jeder Fall von Plagiat zur Nicht-Bewertung der gesamten Diplomarbeit führt und der Studienprogrammleitung gemeldet werden muss. Ferner versichere ich, diese Arbeit nicht bereits andernorts zur Beurteilung vorgelegt zu haben.“

Unterschrift:

Wien, am 5. Juni 2018

Danksagung

Der größte Dank gebührt meiner Familie. Vor allem aber meinen Eltern, die mich nicht nur finanziell, sondern stets mit Geduld, Verständnis und ohne Druck auf meinem bisherigen Weg begleitet und unterstützt haben.

Ebenso dankbar bin ich meiner Schwester Romana, sowie meinen Freundinnen und Freunden, die bei allen Höhen und Tiefen im Laufe meiner Studienzeit hinter mir standen und nie aufgehört haben an mich zu glauben.

Eure Aufrichtigkeit, Ehrlichkeit und Liebe haben mir immer die nötige Kraft gegeben, meine Ziele im Auge zu behalten und mich weiter zu entwickeln.

Danke auch für die vielen inspirierenden Gespräche zu meinem Diplomarbeitsthema und euer immer offenes Ohr.

Danken möchte ich an dieser Stelle auch dem gesamten Team der Labstelle Wien, sowie jenem aus dem Weinbistro MAST.

Durch das Entgegenkommen von flexiblen Arbeitszeiten, großer Loyalität und Nachsicht wurde es mir möglich gemacht, auch während meiner Studienzeit viele unterschiedliche und wichtige Arbeitserfahrungen zu sammeln, die weit über das gastronomische Betätigungsfeld hinaus gingen.

Vielen Dank auch an meinen Betreuer Herrn Rhemann, der mir stets mit Rat und Tat beim Verfassen meiner Diplomarbeit behilflich war.

*“Du zählst, weil Du [sic!] bist.
Und du wirst bis zum letzten Augenblick deines Lebens
eine Bedeutung haben.“*

Cicely Saunders

(zit. nach: Wasner/Pankhofer: 2014, S. 43)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung, Aufgliederung und Fragestellung der Diplomarbeit	6
2. Begriffsklärung	10
2.1. Euthanasie	10
2.2. Sterbehilfe	10
2.3. Arten von Sterbehilfe	13
2.4. Beihilfe zur Selbsttötung oder assistierter Suizid	16
3. Die Rechtslage in Europa	17
4. Auf der Suche nach möglichen Alternativen zur Sterbehilfe	20
5. Ein Für und Wider für medizinische und ethische Herausforderungen	24
6. Der Grenzbereich zwischen Leben und Tod	32
6.1. Sterben und Tod als Tabu	32
6.2. Die Frage nach dem Leben	33
6.3. Was verstehen wir unter Sterben?	35
6.4. Was verstehen wir unter Tod?	36
7. Die Facetten der Menschenwürde - ein Annäherungsversuch	38
8. Was ist der Mensch?	45
8.1. Auf der Suche nach einer Antwort bei Immanuel Kant	46
8.2. Auf der Suche nach einer Antwort bei Helmuth Plessner	49
9. Das Prinzip der Patientenautonomie - Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts	60
9.1. Das Arzt-Patienten-Verhältnis und der ärztliche Ethos	60
9.2. Tötung auf Verlangen - Gibt es ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben?	65
10. Zusammenfassung & Fazit	71
11. Schlussworte	73
12. Bibliographie	75
12.1. Literatur	75
12.2. Internetquellen	77
13. Abstract	78
14. Curriculum Vitae	79

1. Einleitung, Aufgliederung und Fragestellung der Diplomarbeit

Die Sehnsucht zu leben beginnt mit der Geburt. Ein Lebensdrang wird frei gesetzt, welcher uns vorantreibt und uns Hoffnung gibt, ein möglichst langes und sinnerfülltes Dasein erleben zu können. Dennoch weiß jeder Mensch, dass er bzw. sie einmal sterben muss. Dieses Wissen wird oftmals an den Rand des Alltags gedrängt, obwohl das dem Tod vorangehende Sterben ein Teil des Lebens ist und unausweichlich irgendwann einmal zu einer letzten Aufgabe wird, die das Leben fordert. Doch genau das verunsichert oft bereits mitten im Leben, da niemand den Zeitpunkt und die Art seines bzw. ihres Sterbens kennt. Der unausweichliche Tod ruft Ängste hervor, die lieber beiseite geschoben werden. Denn gerade im Angesicht des Todes eröffnen sich Fragen nach dem Sinn des Lebens, die nach einem Wozu trachten und eine Auseinandersetzung fordern, um herauszufinden, was einem persönlich wirklich wichtig im Leben ist. In Anbetracht des Sterbens eröffnet sich für viele auch die Frage, was nach dem Tod kommt. Menschliches Leben und das damit verbundene Sterben umfasst somit immer eine soziale, biographische und zum Teil auch religiöse oder spirituelle Dimension, die je nach persönlichen Ressourcen, eine unterschiedliche Wertigkeit einnimmt.

Doch was geschieht eigentlich, wenn die Situation eintritt, in der das Leben mehr Leid als Freude bereithält und die Lage auf Besserung aussichtslos ist?

Es handelt sich hierbei um eine höchst individuelle Sache, die von Mensch zu Mensch ganz unterschiedlich empfunden und erlebt wird. An diesem Punkt angelangt, gibt es Leute, die den Tod durch eine Selbsttötung als Ausweg wählen oder eine Art der Sterbehilfe in Anspruch nehmen möchten, um sich einem hilflosen, langwierigen und qualvollen Sterbeprozess zu entziehen.

Somit drängt sich in weiterer Folge die Frage auf, wie selbstbestimmt wir auch am Ende unseres Lebens tatsächlich handeln und entscheiden und wie sehr wir diesen Prozess beeinflussen können, sollen oder wollen. Wer hat das Recht, über Leben und Tod zu entscheiden?

Diese und andere Fragen am Lebensende werden weltweit und derzeit auch besonders in Europa durchaus kontrovers diskutiert. Die Thematik der Sterbehilfe ist omnipräsent, denn immer mehr leidende Menschen hegen den Wunsch, freiwillig und vorzeitig aus dem Leben zu scheiden. Aber auch viele gesunde Menschen sagen, dass sie im Falle einer zukünftigen Verschlechterung ihrer Gesundheit, Sterbehilfe in Anspruch nehmen würden. Doch seit dem Beginn dieser Debatte steht Sterbehilfe

immer in Konflikt mit kirchlichen Ansichten, selbst ernannten moralischen Instanzen, sowie dem Gesetz, welches sich von Land zu Land unterscheidet. Infolgedessen steht die Frage der Sterbekultur einer gesamten Gesellschaft zur Debatte.

Früher starben Menschen fast ausschließlich zu Hause im Kreise ihrer Familie. Heute verhält sich das umgekehrt. Die Entfamilisierung des Sterbens führt vorwiegend zum Sterben in Krankenhäusern, Kliniken und Altenheimen. Dieses Phänomen gründet unter anderem in der Entwicklung der Moderne, in der mitunter andere als das klassische Familienkonstrukt vorherrschen und sich die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten enorm erweitert haben. Auch das schürt Angst in der letzten Lebensphase, denn vielleicht schaffen es medizinische Geräte den durch die Krankheit hervorgerufenen Zustand zu verlängern, aber keine Genesung herbeizuführen. Mit den zunehmenden Handlungsmöglichkeiten der Medizin und der Biotechnologie verändern sich somit auch die Erwartungshaltungen der Gesellschaft. Deshalb muss immer wieder neu reflektiert werden, wo die ethischen Grenzen liegen und ob alles, was wissenschaftlich-technisch möglich ist, auch tatsächlich realisiert werden soll. Zusätzlich scheint es so, als ob es in unserer vorherrschenden Leistungsgesellschaft keinen Platz für leistungsschwache und kranke Menschen gibt. Ein hohes Alter ohne zu altern und ein guter gesundheitlicher Zustand bis zuletzt gehören zu den Visionen vieler Menschen. Doch der Umgang mit sterbenden Menschen ist ein Gradmesser für die Humanität einer Gesellschaft. An ihm wird ersichtlich, welchen Stellenwert Menschen haben, die eben nicht mehr auf der Höhe ihrer Leistungsfähigkeit sind, sondern ganz im Gegenteil, schwach sind, intensiver Fürsorge bedürfen und Mitgefühl brauchen.

Dadurch entsteht die Sorge, dass die seelsorgerische und palliativmedizinische Versorgung am Lebensende nicht ausreicht, um das Sterben erträglich zu machen. Denn was geschieht, wenn eine Krankheit über eine Person hereinbricht, die Chancen auf Heilung gleich Null sind und ein schmerzlicher Leidensweg bevorsteht? Welchen Sinn kann das Leben in solch einer Situation noch haben und was kennzeichnet letztendlich das Menschsein? Gerade in solchen Fällen wird der Ruf nach aktiver Sterbehilfe immer lauter, um das Leben gezielt und mit Absicht beenden zu können. Auf moralischer Ebene sollen dahingehend einige starke Argumente der Befürworter und Gegner der Sterbehilfe diskutiert und widerlegt werden. Die Selbstbestimmung im Angesicht des Todes trifft hier auf die absolute Heiligkeit des Lebens. Die Diskussion rund um das Thema Sterbehilfe ist von verschiedenen medizinischen, juristischen, pflegetechnischen, ethischen und theologischen Argumenten

geprägt. Daher ist es notwendig, vor dem Einstieg in die eigentliche Diskussion, die Begrifflichkeiten, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen, klar zu definieren. Vor dem Eintauchen in die Thematik ist es also sehr wichtig, die Begriffe der Sterbehilfe beziehungsweise der Euthanasie näher zu erläutern, um sie von der Tötung zu anderen Zwecken, sowie der Selbsttötung und dem assistierten Suizid abzugrenzen.

In den weiterführenden Kapiteln soll der Sterbehilfe die Palliativpflege als mögliche Alternative gegenübergestellt werden. Grundsätzliche Fragen dahingehend sollen auch sein, ob Sterbehilfe eine Hilfe zum Sterben oder im Sterben ist, ob aktive Sterbehilfe, also die Tötung auf Verlangen, moralisch zulässig ist und welche Konsequenzen die Legalisierung dieses Verbots haben kann.

Im Fokus soll auch die Autonomie des Menschen in Anbetracht des bevorstehenden Todes sein. Die Handlungsfreiheit und das Selbstbestimmungsrecht des Menschen sollen die Basis der Diskussion bilden. Doch genau hier entsteht auch ein Dilemma zwischen dem Patientenwillen und der ärztlichen Verantwortung. Der Tod soll als Teil eines personalisierten Lebens verstanden werden und die Frage geklärt werden, welchen Sinn das Leben als todkranker Mensch noch haben kann.

Der Fokus dieser Diplomarbeit richtet sich im Zusammenhang mit der Sterbehilfe, wie bereits erwähnt, auf die Autonomie des Menschen und soll die zentrale Frage, „Was ist der Mensch?“, die mit Hilfe von Immanuel Kant und Helmut Plessner näher beleuchtet wird, beantworten. Diese Arbeit setzt sich in weiterer Folge auch mit der Begründbarkeit moralischen Handelns in Bezug auf Sterbehilfe unter Rückbezug auf Immanuel Kants Moralphilosophie auseinander.

Es geht darum, eine Antwort zu finden, wer über Leben und Tod entscheiden kann, darf oder soll. In einer Gesellschaft, in der naturwissenschaftlichen Fakten große Aufmerksamkeit geschenkt wird, wird der Ruf nach umfassenderen Antworten auf die wichtigen Fragen rund um das Thema Sterbehilfe immer lauter. Dadurch wird auch klar ersichtlich, dass die Bedeutung der ethischen Reflexionen und der moralischen Begründungen des Handelns immer wichtiger werden. Die Notwendigkeit, zusätzlich wertorientierte und moralisch belegbare Argumente mit in die Diskussion einzubeziehen, ist unumgänglich.

„Bei der Frage nach Sterbehilfe geht es also um die Festlegung von Grenzen: Grenzen der Technik wie des Handelns. Durch die zunehmende Technisierung und den damit verbundenen Wegfall natürlicher Grenzen ist es nun nicht mehr das Schicksal, das für den Tod eines Menschen verantwortlich gemacht werden kann.

Vielmehr sind es die Entscheidungen und Handlungen von Menschen, die über Leben und Tod bestimmen.“

(Häcker 2008: S. 40)

2. Begriffsklärung

Wie bereits angekündigt geht es in diesem ersten Kapitel darum, die Begrifflichkeiten rund um das Thema Sterbehilfe zu klären, um in weiterer Folge präziser auf die einzelnen Argumente eingehen zu können.

2.1. Euthanasie

Seinen Wortursprung hat der Begriff „Euthanasie“ in der griechischen Antike. Dieses griechische Wort setzt sich aus dem Präfix „eu“, was soviel wie *gut/schön* bedeutet und dem Wortstamm „thanathos“, was übersetzt *Tod* heißt und etymologisch somit „guten oder schönen Tod“ meint. Darunter verstand man in der Antike einen möglichst sanften und schmerzfreien Sterbeverlauf am Ende eines erfüllten Lebens, sowie den ehrenhaften Tod eines Soldaten im Krieg. Der Begriff stand aber nie im Zusammenhang mit einem ärztlichen Eingriff, welcher das Sterben beschleunigen oder überhaupt bewirken sollte. Ein solches Verständnis von Euthanasie ist erst am Ende des 19. Jahrhunderts aufgekommen und wurde sodann im Dritten Reich mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten im Rahmen des „Euthanasieprogramms“, welches zur systematischen Vernichtung „unwerten Lebens“ führte, missbräuchlich verwendet. Deshalb wird hierzulande aufgrund der geschichtlichen Vorbelastung auf den Begriff „Euthanasie“ verzichtet und vornehmlich über Sterbehilfe diskutiert. In konkreter Ausführung ist heute auch die Rede von der Tötung auf Verlangen. Gerade nach dem Zweiten Weltkrieg, als das tatsächliche Ausmaß der „Euthanasie“ im NS-Staat zum Vorschein kam, folgte eine Tabuisierung und Verdrängung des Themas. Erst mit den medizinischen Fortschritten am Anfang der 1980er Jahre kamen erneut Debatten rund um das Thema der Sterbehilfe auf und werden bis heute brisanter und intensiver denn je diskutiert (vgl. Marschütz 2011: S. 272ff).

2.2. Sterbehilfe

Grundsätzlich ist der Begriff „Sterbehilfe“ nur dann sinnvoll, wenn er auf Sterbende bezogen wird. Die Praxis eröffnet hier aber verschiedene Problemfelder, da es schwierig, wenn nicht sogar unmöglich ist, objektiv den Zeitpunkt zu definieren, ab dem ein Mensch sich im Sterben befindet.

Zudem ist

„Sterben immer einmalig, und auch bei vergleichbaren Krankheitsprozessen geht jeder Betroffene seinen einmaligen Weg und stirbt seinen eigenen Tod.“

(Marschütz 2011: S. 274)

Im Sinne der Bundesärztekammer sind Sterbende

„Kranke oder Verletzte mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer lebenswichtiger Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist.“

(Bundesärztekammer 2004, C-1040 zit. nach Woellert/Schmiedebach 2008: S. 21)

Der Tod steht diesen Menschen also kurz bevor, weil der Sterbeprozess bereits begonnen hat. Im Unterschied dazu, gibt es auch Patienten und Patientinnen mit infauster Prognose. Damit sind all jene gemeint,

„die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist.“

(Bundesärztekammer 2004, C-1040 zit. nach Woellert/Schmiedebach 2008: S. 21)

Also wollen nicht nur Sterbende an sich Sterbehilfe in Anspruch nehmen, sondern auch Menschen, die aufgrund schwerwiegender Erkrankungen, die mit unerträglichen Leiden verbunden sind und mit keiner Chance auf Besserung verlaufen, diese Hilfeleistung in Anspruch nehmen, eben weil sie wissen, erst nach einem langen Leidensweg sterben zu können.

Dieser vorhin beschriebene zweite Zustand trifft beispielsweise oft auf Krebspatientinnen und -patienten zu, bei denen der Sterbeprozess zwar noch nicht begonnen hat, es aber sicher ist, dass aufgrund ihrer Erkrankung keine Hoffnung mehr auf Heilung besteht und das Grundleiden in einen unumkehrbaren tödlichen Verlauf übergehen wird.

Gegner der (aktiven) Sterbehilfe bringen an dieser Stelle das Argument vor, dass das Leben an sich irreversibel tödlich verlaufe und spielen somit auf die ausgangs

erwähnte grundsätzliche Schwierigkeit an, den Beginn des Sterbeverlaufs nie genau bestimmen zu können (vgl. Woellert/Schmiedebach 2008: S. 21).

Durch die vielen aktuellen Diskussionen rund um die Sterbehilfe haben sich mehrere Perspektiven mit jeweils anderen Begrifflichkeiten ergeben. Der nachfolgende Abschnitt widmet sich daher der genauen Beschreibung der verschiedenen Arten von Sterbehilfe, auch wenn dies im konkreten Fall mitunter schwierig ist, da die unterschiedlichen Formen nicht immer ganz klar voneinander abzugrenzen sind. Trotzdem ist es äußerst wichtig, eine ausführliche und differenzierte Begriffsklärung, sowie eine genaue Untersuchung der verschiedenen Arten der Sterbehilfe näher zu erläutern, um in weiterführenden Kapiteln die Pro- und Kontrapunkte besser analysieren zu können.

2.3. Arten von Sterbehilfe

Die üblichen Unterscheidungen werden entlang verschiedener Adjektive getroffen, wie zum Beispiel aktiv und passiv. Diese Differenzierung der Sterbehilfe bezieht sich auf die Beschreibung der Wirkung, welche die Handlung selbst, unabhängig von der Intention der handelnden Person, auslöst. Somit besagt aktive Sterbehilfe, dass einem Menschen durch eine andere Person ein dem Todeseintritt bewirkendes oder beschleunigendes Mittel verabreicht wird. Medizinische Maßnahmen werden somit getroffen, um den Tod vorzeitig herbeizuführen. Ziel ist die Lebensbeendigung.

Passive Sterbehilfe bezieht sich hingegen auf das Unterlassen oder die Beendigung der Verabreichung von Mitteln mit lebensverlängernder Wirkung. Darunter fällt auch das Einstellen oder das Nichtergreifen von lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen bei Schwerkranken oder Sterbenden. Das Sterben wird zugelassen (vgl. Woellert/Schmiedebach 2008: S. 19).

Essentiell bei der aktiv-passiv Unterscheidung ist somit der ursächliche Anteil, den die ärztliche Handlung am Tod des Patienten hat. Häufig wird diese Unterscheidung aber auch missverstanden, weil passiv nicht zwingend passives ärztliches Handeln besagt. Denn nicht nur das Tun, sondern auch das Unterlassen ist ethisch wie eine aktive Handlung zu bewerten, bei der eine Ärztin bzw. ein Arzt sich entscheidet, etwas Bestimmtes nicht zu tun. Deshalb ist vermehrt die Rede vom Töten (=aktiv) und Sterbenlassen (=passiv). Aktiv bezieht sich demnach auf ein den Tod verursachendes Handeln, passiv hingegen auf ein das zum Tod hinführendes zugelassenes Handeln innerhalb eines Sterbeprozesses (vgl. Marschütz 2011: S. 276).

Weitere Adjektive, die bei der Unterscheidung von Sterbehilfe mit einfließen, sind direkt und indirekt. Diese Differenzierung zielt auf die Intention der handelnden Person, also auf die der (aktiven oder passiven) Handlung zugrunde liegenden Absicht. Bei der direkten Art von Sterbehilfe ist die Handlungsintention der Tod des Patienten bzw. der Patientin, da durch das Tun oder Unterlassen des Arztes der Patient bzw. die Patientin stirbt. Die indirekte Sterbehilfe meint dagegen die nicht beabsichtigte Lebensverkürzung eines Menschen, welche als Nebenwirkung eines Tuns oder Unterlassens bloß in Kauf genommen wird. Hier ist die Handlungsintention nicht der Tod des bzw. der Betroffenen, sondern das Zulassen des natürlichen Sterbeprozesses. Aus der Kombination dieser Unterscheidungen ergeben sich nun vier Arten von Sterbehilfe.

Zum einen die aktiv-direkte Sterbehilfe. Hierbei handelt es sich um die Anwendung eines Mittels (=aktiv) mit der Absicht (=direkt) der Tötung des Patienten bzw. der Patientin. Eine weitere Form der Sterbehilfe ergibt sich somit auch aus einem aktiv-indirekten Verhältnis. Durch die Anwendung eines Mittels kommt es zu einer nicht beabsichtigten (=indirekten) Tötung des Menschen, welche als Nebenwirkung bloß in Kauf genommen wird. Unter der passiv-direkten Sterbehilfe versteht man das Unterlassen oder den Verzicht der Weiterführung (=passiv) von lebensverlängernden Maßnahmen, mit der Absicht, den Tod der Patientin bzw. des Patienten herbeizuführen. Zuletzt gibt es noch die passiv-indirekte Art der Sterbehilfe. Sie ist gekennzeichnet durch die Unterlassung oder Beendigung von lebensverlängernden Maßnahmen. Es handelt sich um eine nicht beabsichtigte, also bloß in Kauf genommene, Lebensverkürzung des Menschen. Diese sehr differenzierte Unterscheidung von Sterbehilfe findet sich hauptsächlich in theologischen Diskussionen wieder. In heutigen säkularen und insbesondere in rechtlichen Diskursen wird nur zwischen der aktiven, indirekten und passiven Sterbehilfe unterschieden. Die aktive Sterbehilfe wäre somit mit der aktiv-direkten äquivalent und die indirekte Sterbehilfe mit der aktiv-indirekten Form gleichzusetzen. Die passive Sterbehilfe inkludiert jedoch undifferenziert sowohl deren direkte als auch indirekte Art. Dennoch sollten diese Unterscheidungen hier nicht weggelassen werden, da sie in weiterer Folge, bei den Pro- und Kontrapunkten zum Thema Sterbehilfe noch einmal aufgegriffen und genauer betrachtet werden.

Zu den bereits genannten Arten kommt noch die Unterteilung in freiwillige, nichtfreiwillige und unfreiwillige Sterbehilfe hinzu. Die Unterscheidung zwischen diesen Adjektiven bezieht sich auf den Willen des Patienten bzw. der Patientin. Es ist eine logische Schlussfolgerung, dass von Sterbehilfe nur die Rede sein kann, wenn sie auch freiwillig ist und auf der autonomen Willensentscheidung des Betroffenen oder der Betroffenen basiert. Sie kann eine Tötung auf Verlangen ausdrücken, ebenso wie die Zustimmung zur Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen. Die nichtfreiwillige Sterbehilfe beruht auf einer fehlenden Willensäußerung. Dies kann zum Beispiel bei Neugeborenen, dementen oder komatösen Patientinnen und Patienten der Fall sein. Es kann nur mehr auf einen mutmaßlichen Patientenwillen zurückgegriffen werden. Die unfreiwillige Sterbehilfe erfolgt gegen den ausdrücklichen oder erkennbaren Willen des betroffenen Menschen und gilt als Mord und ist somit zweifellos abzulehnen (vgl. Marschütz 2011: S. 276ff).

Zusammenfassend und noch einmal mit Beispielen hinterlegt ist also die aktive Sterbehilfe die Tötung auf Verlangen. Es handelt sich hierbei um die gezielte Herbeiführung des Todes durch eine dem Körper fremde Substanz, wie etwa das Herzgift Kaliumchlorid, welches in den Niederlanden häufig Verwendung findet.

Aber auch hohe Dosen von Morphin, die sich atemlähmend auswirken, werden dafür verwendet. Bei der passiven Sterbehilfe kommt es zu einem Verzicht oder einem Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen, wodurch die Ärztin oder der Arzt den Tod geschehen lässt. Beispiel hierfür ist zum einen das bekannte „Abschalten“ des bereits angelegten Beatmungsgeräts oder die Entscheidung, eine Lungenentzündung nicht weiter mit Antibiotika zu behandeln. Aber auch die Entscheidung, keine kreislaufstabilisierenden Mittel oder Bluttransfusionen mehr zu geben, sodass der Patient oder die Patienten im weiteren Verlauf an den Folgen seiner bzw. ihrer Erkrankung stirbt, gehört zu dieser Art von Sterbehilfe. Die passive Sterbehilfe ist demnach also keine Lebensverkürzung.

Die indirekte Sterbehilfe bezeichnet hingegen, wie bereits davor angeführt, das Inkaufnehmen eines möglicherweise früheren Todeseintritts bei der Behandlung schwerer Schmerz- und Leidenszustände mit Schmerzmitteln, die nicht nur schmerzstillend, sondern in höheren Dosen auch eine atemlähmende Wirkung haben. Wie in den oben genannten Beispielen ist in der Praxis aber nicht jeder Fall von Sterbehilfe ganz eindeutig in die Ausführungsmodi aktiv oder passiv einzuteilen. Hierfür ist es notwendig, diese Adjektive an die Vorgänge des Handelns und des Unterlassens zu koppeln (vgl. Birnbacher 1995: S. 340ff).

2.4. Beihilfe zur Selbsttötung oder assistierter Suizid

Deutlich von der Sterbehilfe abzugrenzen ist der assistierte Suizid. Hierbei handelt es sich um die Bereitstellung einer tödlich wirkenden Substanz, um einen Menschen die Selbsttötung zu ermöglichen. In Österreich ist diese Beihilfe strafrechtlich verboten. In Deutschland ist sie hingegen unter bestimmten Bedingungen erlaubt, solange der oder die Sterbewillige „freiverantwortlich“ seinen bzw. ihren Tod wünscht. Obwohl beide Handlungen zum gleichen Ziel führen, lässt sich Sterbehilfe laut Birnbacher klar von der Beihilfe zur Selbsttötung abgrenzen. Denn bei der Beihilfe zur Selbsttötung liegt die Herbeiführung des Todes in den Händen des Sterbewilligen, bei der (aktiven) Sterbehilfe hingegen in den Händen eines anderen. Beim assistierten Suizid wird lediglich eine Bedingung des Sterbewilligen verwirklicht. Bei der aktiven Sterbehilfe hingegen geht der oder die Helfende über diese bloße Bedingung des Todes hinaus, denn er oder sie führen das Sterben herbei (vgl. Birnbacher 1995: S. 339ff). Im nachstehenden Kapitel soll kurz die rechtliche Lage in Europa und vor allem in Österreich erläutert werden.

3. Die Rechtslage in Europa

Da die Rechtslage in Europa zur Sterbehilfe länderspezifisch unterschiedlich ist, soll in diesem Kapitel durch einen kleinen Aufriss überblicksmäßig die Gesetzeslage in und außerhalb Österreichs erörtert werden. Auch wenn die rechtlichen Aspekte in dieser Arbeit nicht im Vordergrund stehen, ist es dennoch wichtig, diesen Punkt mit einzubeziehen, da das vorherrschende Gesetz einen gewissen Rahmen für die Debatte vorgibt und auch die expliziten Vorgaben wichtig für den Gesamtüberblick sind. In den Niederlanden wird die aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zur Selbsttötung juristisch gleich behandelt und ist unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. Dies gilt aber grundsätzlich nur für niederländische Staatsbürger und Staatsbürgerinnen und setzt voraus, dass die Aussicht auf Heilung eines schwerkranken Patienten bzw. einer Patientin aussichtslos und die damit verbundenen Schmerzen unerträglich sind. Der Zustand der Patientin bzw. des Patienten und der Entscheidungsprozess muss auch von einem zweiten Arzt oder einer Ärztin begutachtet werden. Zudem muss der oder die Betroffene über mögliche Alternativen, wie zum Beispiel die der Palliativpflege, aufgeklärt worden sein. Die Lebensbeendigung muss mit aller medizinischen Sorgfalt durchgeführt werden. Zusätzlich muss der Bericht des Pathologen an die Staatsanwaltschaft weitergegeben werden. Alle Fälle aktiver Sterbehilfe müssen zusätzlich, wenn auch im Nachhinein, einer übergeordneten Ethikkommission gemeldet werden. Zudem muss der Patient bzw. die Patientin im Sinne des Informed Consent (Einwilligung des Patienten bzw. der Patientin in einen medizinischen Eingriff nach erfolgter Aufklärung) den weiterführenden Eingriffen zugestimmt haben. Hinzu kommt, dass in den Niederlanden aktive Sterbehilfe mit der Einwilligung der Eltern auch an Minderjährigen praktiziert werden darf. Bei Jugendlichen über 16 Jahren ist diese Einwilligung nicht mehr notwendig.

Die Praxis der aktiven Sterbehilfe hat in den Niederlanden bereits eine längere Geschichte, deshalb gibt es auch schon einige Studien, die auf anonymen Umfragen von Ärzten und Ärztinnen basieren. Erschreckend ist, dass die Anzahl der Patienten und Patientinnen, bei denen aktive Sterbehilfe ohne deren Einwilligung vollzogen wurde, sehr hoch ist, was darauf hindeutet, dass der Patientenschutz trotz der Sorgfaltskriterien nicht vollständig gewährleistet werden kann. Zusätzlich gibt es auch eine nennenswerte Anzahl von Fällen, in denen der Tötungsvorgang nicht komplikationsfrei verlief. Das Argument, auf diesem Weg einem qualvollen Tod entgehen zu können, verliert somit an Aussagekraft.

In Prozenten ausgedrückt ist es nämlich so, dass der Anteil durch aktive Sterbehilfe Verstorbene an der Gesamtsterberate 2001 2,6% betrug und 2006 1,7%. Für die Beihilfe zur Selbsttötung sank der Anteil von 0,2% im Jahr 2001 auf 0,1% im Jahre 2005. Dagegen nahmen die Fälle von Sedierung am Lebensende im selben Zeitraum zu und zwar von 5,6% auf 7,1% (vgl. van der Heide et al 2007 in: Woellert/Schmiedebach 2008: S.35).

Doch so wie immer bei Umfragen dieser Art, kann eine gewisse Dunkelziffer nicht ausgeschlossen werden. Deutlich ersichtlich wird aber, dass die Alternativen zur vorzeitigen Tötung wahrgenommen werden.

Auch Belgien hat im Mai 2002 das entsprechende Gesetz verabschiedet und die aktive Sterbehilfe zugelassen. Anders als in den Niederlanden regelt dies aber nicht die Beihilfe zum Suizid, sondern nur die aktive Sterbehilfe. Ärzte und Ärztinnen machen sich also nicht strafbar, wenn sie die Sorgfaltskriterien, welche jenen in den Niederlanden stark ähneln, einhalten und so zur Tötung der Patientinnen und Patienten beitragen. Erschreckend ist, dass die Zahl der Tötungen gegen den Willen des oder der Betroffenen noch höher ist als in den Niederlanden.

Als ein weiteres Land in Europa ist auch in der Schweiz die Beihilfe zum Suizid unter bestimmten Voraussetzungen nicht strafbar. Doch auch hier gelten spezielle Sorgfaltskriterien. Anders als in den Niederlanden und Belgien ist es aber in der Schweiz so, dass die zum Tode führende Handlung vom Patienten bzw. von der Patientin selbst durchgeführt werden muss. Die Anzahl der assistierten Suizide hat in der Schweiz in den letzten Jahren enorm zugenommen. Von unter 50 Fällen im Jahr 1990 stieg sie auf über 300 im Jahr 2005. Unter den Sterbewilligen befanden sich aber auch viele Nicht-Schweizer, was in weiterer Folge zu einem sogenannten Sterbetourismus führte (vgl. Woellert/Schmiedebach 2008: S. 33ff).

Abschließend soll hier noch ein Überblick über die rechtliche Lage in Österreich und in Deutschland gegeben werden.

Vorab sei gesagt, dass eine Selbsttötung oder ein Selbsttötungsversuch in Österreich, sowie in Deutschland, nicht strafbar sind. Die aktive Sterbehilfe, also die Tötung eines Menschen, ist unabhängig von den Motiven des Täters oder der Täterin in Österreich strafbar. Sie wird per §77 StGB mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis hin zu fünf Jahren geahndet. Der assistierte Suizid wird strafrechtlich nicht von der aktiven Sterbehilfe unterschieden und genauso bestraft. Die indirekte Sterbehilfe bedeutet die Inkaufnahme eines

vorzeitigen Todes durch eine medizinische Behandlung, die primär der Schmerzlinderung dient. Diese Form der Sterbehilfe ist in Österreich nicht strafbar, wenn sie dem ausgesprochenen oder bei Bewusstlosigkeit vorab niedergeschriebenen Willen des Patienten bzw. der Patientin entspricht.

Die passive Sterbehilfe bedeutet den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen und auch diese Form der Sterbehilfe ist unter gleichen Voraussetzungen wie soeben erwähnt in Österreich nicht strafbar. Welche Maßnahmen der Patient bzw. die Patientin zulassen möchte, kann vorab in einer Patientenverfügung formuliert werden.

Die aktive Sterbehilfe ist also in Österreich sowie in Deutschland verboten. Die passive und die indirekte Sterbehilfe sind in beiden Ländern zulässig, soweit eine entsprechende Einwilligung des Patienten bzw. der Patientin vorliegt. Ein wesentlicher Unterschied liegt aber in der Beurteilung des assistierten Suizids, denn dieser wird in Österreich generell mit der aktiven Sterbehilfe gleichgesetzt und bestraft. In Deutschland ist hingegen (seit November 2015) nur die organisierte Suizidbeihilfe strafbewehrt (vgl. Woellert/Schmiedebach 2008: S.28ff).

Zusammenfassend betrachtet wird ersichtlich, dass also auch auf gesetzlicher Ebene Uneinigkeit herrscht. Befürworter der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe sehen die Tötung unter diesen Umständen als einen Akt der Nächstenliebe an und plädieren für die Autonomie des Menschen, was voraussetzt, dass der Mensch selbst über sein Ende bestimmen kann.

Gegner dieser Legitimierung weisen auf die Gefahr des Missbrauchs hin. Ein weiterer Einwand ist, dass der Wunsch zu sterben ein Versagen der Gesellschaft ist, welche es dem oder der Sterbewilligen nicht ermöglichen konnte, die verbleibende Zeit erfüllt, umsorgt und weitestgehend frei von physischen Schmerzen zu ermöglichen. In einem nächsten Gedankenschritt stellt sich somit auch die Frage, ob es ein Recht auf einen selbstbestimmten Tod geben kann und ob der Staat in der Pflicht ist, ein solches Recht zu schützen und Mittel zu dessen Verwirklichung bereitzustellen.

Diese und andere Pro- und Kontrapunkte werden in den nächsten Kapiteln detaillierter ausgeführt, zuvor wird aber noch die Palliativmedizin näher beleuchtet.

4. Auf der Suche nach möglichen Alternativen zur Sterbehilfe

Die Forderung, aktive Sterbehilfe zu erlauben, wird immer lauter. Meist wird als Begründung das Recht des Menschen auf einen selbstbestimmten Tod und die Erlösung von einem leidvollen Sterben angeführt. Die Möglichkeiten der Palliativmedizin und der hospizlichen Betreuung bleiben bei dieser Diskussion meist unbeachtet oder werden in den Hintergrund gedrängt. Im folgenden Kapitel soll dargelegt werden, was genau die Aufgabe der Palliativmedizin ist, welche Schwerpunkte sie setzt und welches Potenzial sie als Alternative zur Sterbehilfe hat.

„Unter Palliativmedizin oder Palliative Care (vom lat. pallium ‘weiter Mantel’, bzw. palliare ‘mit einem Mantel bedeckt’) wird die ganzheitliche Betreuung, Pflege und Begleitung von Patienten verstanden, die an einer weit fortgeschrittenen, nicht mehr behandelbaren Krankheit leiden.“

(Marschütz 2011: S. 300)

Es handelt sich also um eine allumfassende Betreuung, welche von der Weltgesundheitsorganisation als ein

„Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugung und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie andere belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art definiert.“

(Beckmann 2004: S.76)

Die Palliativmedizin zielt also unabhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung auf die Verbesserung der Lebensqualität ab. Durch eine offene und ehrliche Kommunikation wird dem Patienten oder der Patientin versprochen, sich nicht, weder pflegerisch noch ärztlich, von ihm oder ihr abzuwenden. Dem totalen Leid kann nur mit totaler Zuwendung begegnet werden, was dem Patienten oder der Patientin Sicherheit, Geborgenheit und letztendlich ein Sterben in Würde ermöglicht. Die Palliativmedizin versteht sich als aktive Lebenshilfe und ist durch eine ganzheitliche und fürsorgliche Pflege in der Lage, Leiden umfassend zu lindern. Sie ist somit eine eindeutige Absage an die aktive Sterbehilfe, weil sie geistig-seelische und mitmen-

schliche Betreuung als ihre zentrale Aufgabe sieht und somit dem Wunsch nach Sterbehilfe, welche oft durch Ängste vor unerträglichem Leid ausgelöst wird, entgegensteuert. Emphatische und fachlich kompetente Betreuung ermöglicht eine humane Begleitung in der letzten Lebensphase (vgl. ebd. S.81).

Es geht also nicht ausschließlich darum, die Lebenszeit der Patienten und Patientinnen um jeden Preis zu verlängern, sondern die verbleibende Zeit so wertvoll wie möglich zu gestalten. Somit ist nicht die Heilung das Ziel der Palliativmedizin, sondern eine Linderung von physischen, sowie psychischen, sozialen und spirituellen Leiden, um trotz aller Umstände eine gute Lebensqualität für Betroffene zu schaffen und ihnen eine möglichst selbstbestimmte Annahme des Sterbens ermöglichen zu können. Im Zentrum steht der Mensch in all seinen Dimensionen und mit all seinen in der letzten Lebensphase auftretenden Ängsten und Fragen, mit denen er bzw. sie womöglich nicht alleine gelassen werden will. Diese allumfassende Betreuung von kranken Menschen fordert nicht nur gut und spezifisch ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, sondern auch geschultes Pflegepersonal, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Seelsorger, Psychologen und Psychologinnen, sowie Physiotherapeuten und -therapeutinnen.

Palliative Care und die Hospizbewegung sind miteinander verwandt und ergänzen sich. Die Palliativmedizin widmet sich den professionellen Aufgaben, während die Hospizbewegung vorrangig auf ehrenamtlichem Engagement basiert und sich zum Ziel gemacht hat, Sterben mehr in das gesellschaftliche Leben zu integrieren. Grundlegend für die moderne Hospizidee ist aber die unbedingte Wertschätzung eines jeden Menschen, was bedeutet, dass jeder Patient bzw. jede Patientin, so wie er oder sie ist, wichtig ist und dass nicht nur ein Sterben in Frieden ermöglicht werden soll, sondern auch ein Leben bis zuletzt.

Die Palliativpflege soll den Wunsch nach Sterbehilfe verstummen lassen. Unerträgliche Schmerzzustände, die nach einem Töten auf Verlangen rufen, können durch die heutigen Methoden der Schmerzmedizin so weit eingedämmt werden, damit ein humanes Sterben ermöglicht werden kann.

Wichtig ist, dass Palliativversorgung nicht, wie oft missverstanden, im Gegensatz zur kurativen Medizin steht, sondern diese ergänzt. Es soll dadurch ein neues Verständnis des Heilens entstehen und verstärkt werden. Einer der Hauptgründe für die Entwicklung palliativer Konzepte war die Tatsache, dass das Thema Sterben und Tod, sowie Leidenslinderung am Ende des Lebens in der modernen Medizin bis vor Kurzem ausgeklammert wurde und wenig Beachtung fand.

Hinzu kommt, dass für viele Menschen der Begriff Palliativmedizin negativ konnotiert ist und mit Aussichtslosigkeit, sowie mit dem in Kürze zu erwartenden Tod in Verbindung gebracht wird. Genau hier liegt ein Fehler, denn palliative Aspekte sollten nicht erst dann erwogen werden, wenn nichts mehr getan werden kann, sondern sie sollten kurative Behandlungsstrategien schon früh begleiten und ergänzen.

Optimale Linderung belastender Symptome, Transparenz, reflektiertes Entscheiden sowie nachvollziehbares Handeln und eine effektive Kommunikation sind Kernelemente der Palliativmedizin. Dabei stehen der Wille und das Wohl der Betroffenen im Mittelpunkt. Denn im Gegensatz zu Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, wird in Hospizen Krankheit als ein Prozess angesehen und Kranksein mit all den dazugehörigen Dimensionen als eine individuelle Erfahrung betrachtet. Doch dies kann in weiterer Folge weder bedeuten, alles zu tun, was möglich ist, noch alles zu tun, was gewünscht wird. Es geht darum eine transparente Kommunikation zu ermöglichen und auf die jeweiligen Werte des Patienten bzw. der Patientin einzugehen, um im Dialog immer auf den Willen des bzw. der Betroffenen eingehen zu können. Denn nur durch vertrauensvolle Beziehungen können annehmbare Entscheidungen getroffen werden.

Wichtigstes Behandlungsziel der Palliativmedizin ist es also, die Lebensqualität der Patienten und Patientinnen zu verbessern und diese im weiteren Krankheitsverlauf zu stabilisieren. Bei der palliativmedizinischen Betreuung sterbenskranker Menschen besteht die Wahl also nicht zwischen Tod und Leben, sondern zwischen Sterben und Tod mit unterschiedlichen Modalitäten (vgl. Müller-Busch 2012: S. 40ff).

Zusammenfassend gesagt zeichnet sich die Palliativmedizin durch eine bestimmte Haltung aus. Sie steht für ein Sterben unter würdigen Bedingungen mit bestmöglicher Symptomkontrolle, sowie für Zuwendung und Unterstützung im Umgang mit physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen. Palliativpflege sieht in der ärztlichen Aufgabe nicht nur Heilung, sondern auch Linderung, Begleitung und Tröstung. Der Tod wird als normales Ende menschlichen Lebens akzeptiert. Trotzdem liegt der Fokus aber immer bei der Lebensqualität. Es geht nicht darum, wann der Patient bzw. die Patientin stirbt, sondern wie er oder sie lebt, bis zuletzt. Die zentrale Aufgabe besteht also darin, die letzte Lebenszeit so zu gestalten, dass der bzw. die Betroffene die Möglichkeit hat, das Leben noch einmal in all seinen Facetten erleben zu können. Nur so kann er oder sie auf seine bzw. ihre jeweils eigene, individuelle Art und Weise Abschied nehmen und seinen bzw. ihren jeweils eigenen Tod sterben.

So betrachtet will Palliativmedizin am Ende des Lebens das vollbringen, was Hebammen und Geburtshelfer am Beginn des Lebens leisten.

Aber kann die Palliativmedizin nun eine Alternative zur aktiven Sterbehilfe bzw. zur Beihilfe zum Suizid sein? Dies soll anhand des nächsten Kapitels erörtert werden, indem die, wie bereits angekündigt, Pro- und Kontrapunkte der Sterbehilfe-Thematik, sowie die des ärztlich assistierten Suizids, detaillierter betrachtet werden.

5. Ein Für und Wider für medizinische und ethische Herausforderungen

Im nachstehenden Kapitel werden nun also die Pro- und Kontrapunkte zur Tötung auf Verlangen, der ärztlichen Beihilfe zum Suizid und der Palliativmedizin gegenübergestellt.

Grundsätzlich steht in der Debatte um die Sterbehilfe die Wahrung und der absolute Schutz des menschlichen Lebens der Autonomie des Einzelnen bzw. dem Recht auf Selbstbestimmung gegenüber. Wo es also für die Befürworter der Sterbehilfe um das Recht auf Selbstbestimmung und das Verkürzen unnötigen Leidens geht, sehen ihre Gegner die Heiligkeit menschlichen Lebens in Gefahr (vgl. Frewer/Winau 2002: S. 153). Die damit einhergehende Frage, ob selbstbestimmtes Leben das Recht auf einen selbstbestimmten Tod impliziert, ist ein wesentlicher Bestandteil dieser Diskussion und soll in den angeführten Pro- und Kontrapunkten im Detail beleuchtet werden.

Wie bereits zuvor angedeutet wurde, sind die Möglichkeiten der effektiven Kontrolle von Schmerzen und belastenden Symptomen und das Wissen über die Verfügbarkeit palliativmedizinischer Möglichkeiten wesentliche Voraussetzungen dafür, dass Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen, ihre Angst vor einem qualvollen Sterben verlieren. Dies setzt dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe, also der Tötung auf Verlangen, stark entgegen. Dennoch kann der Wunsch nach einer frühzeitigen Lebensbeendigung aufkommen. Umfragen in Deutschland und anderen Ländern Europas zeigen, dass sich die Mehrheit der Bevölkerung eine Legalisierung der Sterbehilfe wie es in den Niederlanden, der Schweiz, Belgien und Luxemburg der Fall ist, vorstellen können. In dieser Hinsicht müssen aber medizinische, juristische und weltanschauliche Gesichtspunkte beachtet werden. Denn auf der philosophisch-theologischen Ebene gerät die ethische Diskussion in ein Spannungsfeld zwischen individueller Freiheit, unterschiedlichen Werten und der menschlichen Würde. Auf juristischer Ebene prallen die rechtlich und gesellschaftlich anerkannten Normen unter dem Gesichtspunkt der Autonomie und Selbstbestimmung aufeinander. Im medizinischen Bereich geht es vor allem um die Unterscheidung von passivem Sterbenlassen und aktiven Tötungshandlungen, sowie um die Festlegung von Behandlungsindikationen- und zielen.

Doch im Wesentlichen geht es um das kulturelle Niveau einer Gesellschaft und die Grundlage des humanen Miteinanders. Denn die Art und Weise, wie mit Sterben und Tod umgegangen wird, ist bezeichnend für eine Gesellschaft.

Das gezielte Töten als eine "humane" Möglichkeit der Leidenslinderung in Erwägung zu ziehen, trägt die Gefahr des Missbrauchs in sich. Schnell können die Indikationen erweitert werden und die Tötung auf Verlangen häufiger und mit einer größeren Selbstverständlichkeit als einzige Option angesehen werden. Natürlich bedeutet Sterbebegleitung aber auch Verzicht auf eventuell noch vorhandene Handlungsoptionen, was jedoch nicht mit nichts mehr tun gleichzusetzen ist. Autonomieförderung, Harmonie und gemeinsame Sinnfindung sind die drei wesentlichen Elemente einer guten palliativen Begleitung bis in die Todesstunde. Vielleicht sind genau diese drei wesentlichen Elemente auch die Basis von menschlicher Würde. Somit schafft es die Palliativpflege mit ihrem umfassenden Konzept die einzelnen Komponenten im vorhin erwähnten Spannungsfeld zusammenzutragen und zu vereinen (vgl. Müller-Busch 2012: S. 64ff).

Fraglich ist diesbezüglich aber auch, wie sich die Selbstwahrnehmung eines auf eigentlich Helfen und Heilen ausgerichteten Berufsstandes ändern würde, wenn plötzlich Tötungsvorgänge konkret Gegenstand ärztlicher Tätigkeit werden. Als ein möglicher Entwicklungsprozess von Abstumpfung und Gewöhnung sollten die Gefahren einer Legalisierung definitiv ernst genommen werden. Noch dazu handelt es sich hier um ein Arbeitsfeld, das von Zeitknappheit, Überforderung und Alltagspragmatik geprägt ist, deshalb sollten die Handlungsmaximen gerade auch am Lebensende äußerst sensibel und sorgfältig abgewogen und durchdacht werden.

Die ethische Legitimität der Sterbehilfe begründen die Befürworter unter anderem in der Autonomie des Menschen. Sie wird als persönliches Recht auf Selbstbestimmung gesehen, welches auch die Entscheidungsfreiheit inkludiert, dem Leben selbst ein Ende zu setzen. Dies geht natürlich auch mit dem Wunsch einher, dass diese Art der Tötung strafrechtlich erlaubt wird.

Nach Jean Amery war die Freiheit zum Tod ein "Privileg des Humanen" und ein letzter Akt und Ausdruck von Authentizität, wenn die Bedingungen des Weiterlebens, aus welchen Gründen auch immer, unerträglich erscheinen. Auch David Hume meinte in seinem Aufsatz *On suicide*, dass ein freiwilliger Tod, wenn zum Beispiel das Alter, eine Krankheit oder Unglück zur allgemeinen und auch zur eigenen Belastung wird, weniger schlimm ist, als ein vernichtendes Leben. Seiner Ansicht nach bietet der freiwillige Tod in Situationen, in denen das Leben aus subjektiver und objektiver Sicht nicht mehr lebenswert erscheint, die einzige Möglichkeit, Würde und Humanität zu bewahren (vgl. Müller-Busch 2012: S. 86f). Ansichten, denen auf den ersten Blick kaum widersprochen werden kann.

Somit kann der ärztlich unterstützte Suizid oft als geeignete Alternative zur Tötung auf Verlangen gesehen werden. Doch bei genauerer Betrachtung wirkt es doch etwas irritierend, wenn Tötung als eine ärztliche Aufgabe gesehen wird. Denn steht es nicht im Widerspruch zum Vertrauen in die grundlegende Haltung der Medizin, Gesundheit zu erhalten und zu fördern, sowie Autonomie zu unterstützen, wenn Ärzte und Ärztinnen ihre fachlichen Kompetenzen auch zur gezielten Lebensbeendigung einsetzen und anbieten können.

Natürlich drängt sich hiermit die Frage auf, ob und inwieweit es gerechtfertigt oder notwendig ist, bei Sterbenskranken Suizidversuche zu verhindern, wenn die Erkrankung für den Betroffenen oder die Betroffene besonders schlimm und außerdem irreversibel ist und eine Verhinderung des Suizides oder die nicht mögliche Inanspruchnahme der aktiven Sterbehilfe nur zu einer Verlängerung der unerträglichen Leidenssituation beiträgt. Denn es gibt eben Menschen, für die durch das Leiden an einer unheilbaren Krankheit die Zeit bis hin zum natürlichen Tod nicht mehr lebenswert erscheint und die eventuell auch aus sozialen Zwängen und aus Rücksicht, andere nicht zu belasten, lieber nicht mehr leben möchten. Dieser Wunsch nach einem selbstbestimmten Tod durch Suizid oder das in Anspruch nehmen aktiver Sterbehilfe entsteht oftmals aber auch aus der Angst im fremdbestimmten Sterben die eigene Unabhängigkeit und Kontrolle zu verlieren, wodurch auch die eigene Identität nicht genügend Beachtung findet.

Doch Selbstbestimmung wahrzunehmen bedeutet nicht zwangsläufig den Tod in und durch Suizid oder aktive Sterbehilfe zu suchen, sondern kann auch heißen, sich von der Maschinerie des medizinischen Systems zu lösen, wie es der bekannte Jurist Peter Noll tat. Nach seiner Krebsdiagnose verweigerte er alle Therapieangebote, um sich in Ruhe auf seinen Tod vorzubereiten.

Die Frage nach einer Hilfe zum Sterben beinhaltet immer auch die Herausforderung, sich mit dem Sinn der eigenen Existenz auseinanderzusetzen und die Auseinandersetzung mit dem Tod durch Suizid oder der aktiven Sterbehilfe ist, so niederdrückend dies vielleicht klingen mag, ein Thema des Lebens und in weiterer Folge eigentlich keine Frage des Rechts. Bereits Immanuel Kant hat auf den im Suizid liegenden Widerspruch hingewiesen. Denn für ihn liegt in der Inanspruchnahme der Freiheit zur Selbsttötung gleichzeitig auch deren Selbstaufhebung. In diesem Sinne ist auch die Hilfe zum Suizid als ein Beitrag zur Zerstörung von Autonomie zu sehen. Darauf wird aber in einem späteren Kapitel noch genauer eingegangen. Der Tod ist eine wichtige Vervollständigung des Lebens und wohl die wichtigste existenzielle Er-

fahrung, die das Leben für alle Menschen mit sich bringt. Sollte also die aktive Herbeiführung des Todes tatsächlich in den Verantwortungsbereich menschlichen oder speziell ärztlichen Handelns gelegt werden?

Im moralischen Selbstverständnis von Ärzten und Ärztinnen hat das Töten eigentlich keinen Platz, denn ärztliches Handeln muss immer auf das Leben und die Verbesserung dieses Lebens hin ausgerichtet sein und dies gilt auch für die Sterbesituation. Der Tod kann kein eigenständiges Therapieziel sein, ein Sterben unter würdigen Bedingungen aber sehr wohl, was es aber manchmal schwierig und die Grenze sehr schmal macht. Zusätzlich sollte mit berücksichtigt werden, ob nicht auch jeder Suizid oder die in Anspruch genommene Sterbehilfe, trotz allem Respekt vor einem individuellen Entschluss das eigene Leben zu beenden, ein Appell an die soziale Verantwortung und an die Defizite des menschlichen Miteinanders ist und nicht zwingend Ausdruck einer besonderen alters- oder krankheitsbedingten Morbidität (vgl. Müller-Busch 2012: S. 88ff).

Ein weiterer Punkt, der mit der Auseinandersetzung einhergeht, ist das Argument des Leidens. Die ärztlichen Richtlinien nennen neben der Irreversibilität der Grunderkrankung als Kriterium für die Einstellung der medizinischen Hilfe, dass ein Hinausschieben des Todes für den Sterbenden eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeutet. Wenn das Leiden eines Sterbenden also unerträglich ist, wird der Ruf nach der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe immer lauter. Es soll damit eine Lebensverlängerung, welche die Menschenwürde bedroht, vermieden werden. Mit der Forderung eines menschenwürdigen Sterbens geht sogleich aber auch die Forderung der individuellen Selbstbestimmung über das eigene Leben und den eigenen Tod einher. Dadurch wird Sterbehilfe aber mehr zu einer Hilfe zum Sterben als eine im oder beim Sterben.

Auch diese Argumentation klingt in erster Linie einleuchtend, ist aber dennoch nicht unproblematisch. Denn zum einen ist Leiden kein ärztlicher Befund, der irgendwie objektiv messbar wäre. Zum anderen sind die jeweiligen Empfindungen von Leid von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Damit einher geht auch das Problem der Grenzziehung. Denn wann ist das Leid so stark, dass es eine Tötung rechtfertigt und wurden auch wirklich alle Möglichkeiten zur Linderung ausgeschöpft? Somit gilt es in weiterer Folge zu prüfen, ob es zur Einstellung einer Therapie oder Behandlung nicht doch noch andere Handlungsalternativen gibt.

Es ist bewiesen, dass in vielen vermeintlich ausweglosen Situationen das bloße Hinzutreten eines Menschen, der sich Zeit für die betroffene Person nimmt und

verborgene Möglichkeiten zur Besserung der Situation auslöst, hilft und somit ein Zeichen der Hoffnung spendet. Denn ein Mensch, der neue Gesichtspunkte einbringt, kann es schaffen den Horizont des Betroffenen oder der Betroffenen aufzuschließen und den Blick zu erweitern. Natürlich gibt es dafür keine Garantie, aber die Veränderung der Ausgangssituation bringt neue Möglichkeiten mit sich und kann die bisherige Fixierung auf Sinnlosigkeit und Leiden sprengen. Fraglich ist dahingehend auch, ob Menschen in schweren Leidenszuständen auch tatsächlich sterben wollen, oder ob hinter dem Wunsch, ihrem Leben ein Ende zu bereiten, nicht ein Hilferuf steckt, der nach einer Veränderung ihrer Situation lechzt, worauf schon in vorherigen Unterpunkten hingewiesen wurde. Der Großteil der Erfahrungen aus der Sterbebegleitung, sowie die aus der Sterbeforschung führen auch tatsächlich genau zu einem Punkt hin. Betroffene Menschen wollen nämlich oft nicht wirklich sterben, sie erbitten lediglich eine Veränderung, um weiterleben zu können. Deshalb sollten immer die Motive, die hinter der Todessehnsucht stecken, berücksichtigt und hinterfragt werden. Eine gewagte These dahingehend könnte sein, dass der Wunsch zu sterben nur dort aufkommt, wo intensive menschliche Zuwendung fehlt, denn Schmerzen lassen sich durch moderne Schmerztherapien lindern, auf Einsamkeit hingegen ist nur Begleitung, Zuwendung und geschenkte Zeit eine Antwort. Eine große Hilfe für sterbende Menschen kann auch die Zusage einer Begleitung sein, die verspricht ihn oder sie auf diesem Weg nicht zu verlassen, wenn auch das letzte Stück jeder alleine gehen muss. Für manche kann natürlich auch ein religiöser Glaube tröstend sein. In jedem Fall ist schon alleine das Teilen von Ängsten eine Vergewisserung, dass nicht alles hoffnungslos ist. Deshalb darf es in einem Krankenhaus keine sogenannten „hoffnungslosen“ Fälle geben (vgl. Grewel 2002: S. 29ff).

Aber wird hier letztendlich nicht das Recht auf Leben zu einer Pflicht zum Leben?

Hinter dieser Verwechslung steht auch ein religiöses Weltbild, welches davon ausgeht, dass Gott den Menschen das Leben gegeben hat und nur er allein auch befugt dazu ist, es ihnen wieder zu nehmen. Die Position der Kirche ist also ziemlich eindeutig. Die Deutsche Bischofskonferenz hat in der *Woche für das Leben* vom 4. bis zum 10. Mai 1996 ihre Ansichten zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe auch ganz klar dargelegt.

In dieser Erklärung wird klar ersichtlich, dass kirchliche Vertreter, auch im Wissen über schwere psychische und physische Leiden sterbender Menschen, jede Form von aktiver Sterbehilfe ablehnen. Der Glaube an die Unverfügbarkeit des

menschlichen Lebens und das Gebot „Du sollst nicht töten“ stehen dem entgegen. Darüber hinaus gibt es aber auch noch eine Reihe anderer Gründe, warum die aktive Sterbehilfe ihrer Ansicht nach nicht legalisiert werden sollte.

Zum einen ist es so, dass die Bitte um aktive Sterbehilfe, wie bereits erwähnt, oft in der Angst vor unnötigen Schmerzen gründet. Das Gegenargument hierfür ist, dass die moderne Schmerztherapie eine weitgehende Schmerzlinderung möglich macht. Die Kirchen verlangen hier, das Wissen unter den Ärzten und Ärztinnen weiter zu verbreiten. Außerdem darf das Vertrauensverhältnis zwischen der Ärzteschaft und den Patienten und Patientinnen nicht erschüttert werden. Der ärztliche Auftrag ist es nämlich, dem menschlichen Leben nicht zu schaden, sondern es zu erhalten und zu fördern. Dieses Grundvertrauen wird durch die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe erschüttert, da die Ärztin bzw. der Arzt dem Patienten bzw. der Patientin nicht mehr als Helfende oder Heilender gegenübertritt, sondern als „Tötender“ begegnet. Wäre die Tötung auf Verlangen rechtmäßig erlaubt, wäre der gesamte Lebensschutz in Frage gestellt und Schleusen zur Vernichtung angeblich sinnlosen und unnützen Lebens wären geöffnet. Zusätzlich ist der Ruf nach dem erlösenden Tod nicht selten auch ein Schrei nach Nähe und Begleitung, sowie die Bitte, nicht allein gelassen zu werden. Wo es aus medizinischer Sicht keine Hoffnung mehr auf Heilung gibt, kann der christliche Glaube neue Horizonte in der Annahme und Bejahung des Sterbens als Teil des Lebens erschließen. *„Deshalb sagen die Kirchen: Menschlich-christliche Sterbebegleitung ist die einzige angemessene Antwort auf die Forderung nach aktiver Sterbehilfe!“* (Wiesing 2000: S. 254)

Die christliche Hoffnung für das Leben gründet im Glauben an die Auferstehung Jesu Christi von den Toten. Der christliche Glaube gibt die Gewissheit, dass es ein Leben nach dem Tod gibt. Diese Annahme gibt Gläubigen die Zuversicht und den Mut, auch in den schwierigsten Situationen ihres Lebens die Zeichen für das kommende Reich Gottes wahrzunehmen, denn auch im Sterben werden Betroffene von der Gnade Jesus umfassen. Der Tod ist also nicht das Ende, sondern der Übergang zu neuem Leben. Auf dieser Annahme basiert auch der Grundgedanke eines jeden Hospizes, wo es nicht mehr um das bloße medizinische Bemühen von Heilung geht, sondern die Begleitung todkranker und sterbender Menschen durch Gespräche im Vordergrund steht. Doch können diese angeführten Annahmen und der christliche Glaube Basis für eine säkularisierte und freie Gesellschaft sein?

Das Bedürfnis eines Menschen, sein Lebensende gemäß seiner bzw. ihrer eigenen Überzeugungen zu gestalten, gehört doch zu einem grundsätzlichen Recht.

In diesem (vorläufigen) Schlussakt sollen sich doch die Überzeugungen, nach denen man gelebt hat, widerspiegeln können und uns nicht Überzeugungen anderer aufgezwungen werden. Unterschiedliche Menschen machen sich mit unterschiedlichen Religionen und moralischen Bekenntnissen verschiedenste Überzeugungen zu Eigen, welches Sterben ihre Werte bestätigt und welches eben nicht. Einige kämpfen gegen den Tod bis zum Schluss, andere wiederum sehnen ein frühzeitiges Sterben herbei, weil sie einem qualvollen Leidensweg entfliehen möchten. Dabei geht es aber nicht nur darum dem Schmerz zu entkommen, sondern auch sich der Qual zu entziehen, möglicherweise nur noch durch beispielsweise Beatmungsgeräte am Leben zu sein oder bis zur Bewusstlosigkeit sediert zu werden. Unterschiedliche Auffassungen prallen hier also dramatisch aufeinander. Doch keine Ansicht sollte Betroffenen je aufgezwungen werden, weder von Ärzten und Ärztinnen, noch von Verwandten oder der Kirche. Denn die Ansichten rund um das Thema Sterben sind höchst subjektiv und letztendlich eine (religiöse) Privatüberzeugung, die nicht allen Staatsbürgern und Staatsbürgerinnen aufgezwungen werden kann, noch dazu wo wir doch in einer säkularisierten Zeit und einem Land leben, in dem der Gesetzgeber zu weltanschaulicher Neutralität verpflichtet ist. In diesem Schema weitergedacht, darf aber auch der Staat den Ärzten und Ärztinnen nicht verbieten, dem Wunsch eines Menschen zu sterben, nachzugehen. Vor allem wenn der betroffene Mensch den weiteren Verlauf seines Leben als Erniedrigung empfindet.

Außerdem ist das in der öffentlichen Diskussion propagierte „Recht auf den eigenen Tod“ oder das „Recht auf menschenwürdiges Sterben“ ein mehrdeutiger Begriff. Denn handelt es sich darum, eine lebensverlängernde Behandlung zu verweigern, so ist dieses Recht grundsätzlich längst gegeben. Gemeint ist daher eigentlich das Recht, von einem anderen getötet zu werden. Doch kann es so ein Recht geben?

In Europa gibt es dies, wie bereits erwähnt, bis auf in den Niederlanden, Belgien, Luxemburg und der Schweiz nicht. Denn dadurch wird das Recht des einen zur Verpflichtung eines anderen. Der Preis für einen sicheren und schnellen Tod fordert den Einsatz eines anderen. Bezahlen soll diesen Preis schließlich ein Berufsstand, der gerade der Erhaltung des Lebens verpflichtet ist.

„Die Forderung nach der Abschaffung von Leid durch Beseitigung des Leidenden mißbraucht [sic!] die Medizin zur Verwirklichung individueller Glücksvorstellungen und zur Leidvermeidung um jeden Preis. Eine solche Forderung mag gleichwohl erhoben werden - ein Recht aber ist daraus nicht abzuleiten.“

(Wiesing 2000: S. 271)

Ein anderes Argument kann aber auch sein, dass es zwischen der verbotenen aktiven Sterbehilfe und der erlaubten passiven Sterbehilfe keinen relevanten Unterschied gibt. Denn der ärztliche Behandlungsverzicht oder -abbruch und die tödliche Injektion ziehen beide gleichermaßen den Tod nach sich. Warum sollte also eine dieser Optionen ausgeschlossen werden? Anscheinend werden hier unterschiedliche Formen von Kausalität miteinander vermengt. *Töten* heißt nämlich dem Wortsinn nach und laut Duden „den Tod von jemandem oder etwas herbeizuführen“ (URL 1: Online Duden, 20.4.2018). Es hat mit Verursachen und Verschulden zu tun. Bei der Injektion eines Herzgiftes wird der Organismus von außen getroffen. *Sterbenlassen* bedeutet hingegen einem Krankheits- und Zerfallsprozess seinen Lauf zu lassen, ohne die zentralen Lebensfunktionen zu substituieren.

Callaghan hat diesen Unterschied in der Kausalität sehr treffend dargestellt. Die tödliche Injektion beendet das Leben des Kranken sowie das des Gesunden. Ein Behandlungsabbruch dagegen führt nur bei einem sterbenskranken Menschen zum Tod. Bei einem Gesunden hätte es hingegen gar keine Auswirkung. Somit wird der Arzt oder die Ärztin nur bei der aktiven Sterbehilfe zum Verursacher bzw. zur Verursacherin des Todes. Die Extubation eines Todkranken ist daher keine Tötung, auch wenn der Tod die Folge der Handlung ist.

Befürworter der aktiven Sterbehilfe weisen sehr oft darauf hin, dass die Technisierung der Medizin ständig in die natürlichen Verläufe eingreife. Doch die Anwendung der Technik im Dienst des Lebens rechtfertigt nicht, sie am Ende auch gegen das Leben zu richten, denn ärztliches Handeln bleibt immer, egal wie viel technische Mittel eingesetzt werden, Hilfe zur Selbsthilfe. Es dient der Erhaltung und der, sofern möglich, Wiederherstellung der autonomen Lebensfunktionen. Infolgedessen ist ein Behandlungsverzicht oder -abbruch zu rechtfertigen, da die Autonomie des sterbenden Organismus nicht wiederherzustellen ist und der Arzt oder die Ärztin kein zusätzliches Leiden verschaffen will. Eine Tötung rechtfertigt sie hingegen in keinem Fall (vgl. Wiesing 2000: S. 268ff).

Trotz der vielen Kontroversen in der geführten Debatte um die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, bzw. der Tötung auf Verlangen und des ärztlich assistierten Suizids bei unerträglichem Leid, besteht Einigkeit darin, dass Palliativmedizin und Hospizbetreuung eine wesentliche Voraussetzung für ein Sterben unter würdigen Bedingungen sind. Dennoch sei erwähnt, dass eine palliative Kultur nichts daran ändert, dass Menschen immer wieder mit äußerst belastenden und schwierigen Entscheidungssituationen konfrontiert sind. Die Dilemma bleiben. Es geht letztendlich um konkurrierende Werte, die in einem Spannungsverhältnis stehen. Denn auch die Kontextabhängigkeit von Willensäußerungen darf nicht unbeachtet bleiben. Nach dieser Auflistung der Pro- und Kontrapunkte wird im Anschluss der Grenzbereich zwischen dem Leben und dem Tod näher beleuchtet.

6. Der Grenzbereich zwischen Leben und Tod

6.1. Sterben und Tod als Tabu

Die Auseinandersetzungen rund um die Themen Sterben und Tod verlaufen in unserer Gesellschaft, wie bereits in den vorherigen Kapiteln ersichtlich wurde, sehr ambivalent und auf unterschiedlichen Bedeutungsebenen. Zum einen ist der Tod allgegenwärtig, andererseits bleibt das Thema lieber unangetastet.

In unserer von Selbstbestimmung gekennzeichneten Kultur in der Ideale wie Erfolg, Leistung, Jugend, Gesundheit und Lebensgenuss vorherrschend sind, gehört das Sterben und der Tod nach wie vor zu Tabuthemen. Es handelt sich dabei um unangenehme Angelegenheiten, die uns Menschen an die Endlichkeit unserer irdischen Existenz erinnern und unserem Planen und Tun Grenzen setzen. Die Angst vor dem Tod und dem Sterben selbst verursacht somit einen Bruch in unserer Vorstellung von Selbstbestimmung. Der moderne Mensch will über sein bzw. ihr Schicksal und jede Situation seines bzw. ihres Lebens entscheiden, frei sein und sich nicht bevormunden lassen.

All das führt zu einem weit ausgedehnten Spagat zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung einerseits und dem Schutz und die Fürsorge für Betroffene, mit der Gefahr der Fremdbestimmung, andererseits. Dies ist eines der Kernprobleme in Bezug auf Patientenautonomie am Ende des Lebens (vgl. Sass/Kielstein 2001: S. 9ff). Die Hilfe zum Sterben, welche eine Praxis des Tötens in unterschiedlichen Formen in sich birgt, stellt sich der Hilfe im Sterben, welche eine medizinische und menschliche Begleitung am Lebensende voraussetzt, gegenüber.

Festzustellen ist aber, dass Vertreter und Vertreterinnen dieser konträren Positionen immer für ein würdevolles Sterben plädieren, nur eben unterschiedliche Gewichtungen bei den Hilfsmethoden setzen.

Bevor hier aber tiefer in die Materie eingegangen werden kann, ist vorab noch eine kurze Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeiten des Sterbens und des Todes notwendig. Vor dem Beginn dieser Debatte sollte zu allererst aber auch darüber nachgedacht werden, was *Leben* eigentlich bedeutet, denn Leben gibt es nie ohne den Tod und umgekehrt. Es gibt beides immer nur im Doppelpack. Deswegen soll dies in den folgenden Unterpunkten durch einen kurzen Aufriss dargelegt werden.

6.2. Die Frage nach dem Leben

Auf der Suche nach einer passenden Definition von *Leben* gibt es von der Antike bis zur Jetzt-Zeit die unterschiedlichsten philosophischen Konzepte und auch die Bemühungen der Wissenschaft um die Beschreibung des Begriffes *Leben* sind sehr mannigfaltig. Bei den meisten Beschreibungen geht es letztendlich aber immer um Listen von Merkmalen, die *Leben* auszeichnen.

Das medizinisch-naturwissenschaftliche Menschenbild betont beispielsweise die biologischen und chemischen Funktionen, die den Organen und den dort arbeitenden Zellen zugeordnet werden. Das sozialwissenschaftliche Menschenbild hebt hervor, dass der Mensch nur in Gemeinschaft mit anderen Menschen leben und überleben kann. Das holistische und humanistische Menschenbild betont die Einheit aus drei verschiedenen Lebensbezügen, nämlich Körper, Geist und Seele. Alle drei stehen in stetiger Wechselwirkung zueinander. Zusätzlich gibt es auch die Auffassung, dass Leben ein chemisches System mit einer stofflichen Grundlage ist. Das Leben in dieser Welt braucht zusätzlich Materie. Menschsein heißt infolgedessen Materie sein. Dies bedeutet einerseits einen Körper zu haben und andererseits auch über einen Geist zu verfügen. Die Fähigkeiten zu denken und zu fühlen sind also an körperliche Funktionen geknüpft und von Bewusstsein und Intelligenz, sowie von physiologischen Vorgängen, abhängig. Darüber hinaus wird auch davon ausgegangen, dass der Mensch eine Seele hat. Sie ist das Innere der Dinge und sozusagen der Wesenskern des Menschen und das zutiefst Bedeutungsvolle. Trotz dieser vielen unterschiedlichen Interpretationen besteht ein allgemeiner Konsens darüber, dass sich menschliches Leben auf jeden Fall vom Leben der Tiere und Pflanzen unterscheidet. Dennoch wird anhand dieser wenigen Beispiele auch klar ersichtlich, dass

die verschiedenen Herangehensweisen teilweise kaum übereinstimmen und es somit nicht einfach ist, etwas so selbstverständliches wie *Leben* eindeutig zu definieren. *Leben* lässt sich also nur schwer in Worte fassen. Zusammenfassend kann jedoch gesagt werden, dass dieses Dasein des Menschen im Idealfall ein harmonisches Zusammenspiel von Körper, Geist und Seele ist. Es besteht, um hier nur einige Merkmale anzuführen, zum Beispiel aus Beziehungen und Freundschaften, sowie Lachen und Weinen, Liebe und Hass, genauso wie aus Geselligkeit und Einsamkeit. Es ist ein Sich-Einlassen, ein ständiges Abschiednehmen um sich Neuem, Unbekanntem öffnen zu können. Genauso ist es mit Arbeiten und Ausruhen, Hoffen und Resignieren, verbunden. Es setzt sich auch aus Kreativität, Verantwortung, Gestalten, Freude und Leid, sowie Kämpfen, Siegen und Verlieren zusammen.

Es geht darum, Herausforderungen anzunehmen, Grenzen zu überschreiten, Ängste zu besiegen, Entscheidungen zu treffen und sich durch Neugierde immer wieder selbst neu zu entdecken. Das menschliche Dasein besteht aus Genuss und Verzicht, sowie Gesundheit und Krankheit. Leben ist Sinnsuche und auch Sinnfindung und letztendlich ein nie endender Lernprozess.

Leben ist also unsagbar vielfältig, aber dennoch vergänglich und begrenzt. Niemandem steht Lebenszeit unendlich zur Verfügung und aus diesem Bewusstsein kann sich eine ganz eigene Lebensweise herauskristallisieren. Die Sterbeforscherin Elisabeth Kühler-Ross vertritt die Auffassung, dass die Verleugnung des Todes dafür verantwortlich ist, dass Menschen ein leeres und zweckloses Leben führen. Denn wer in der Annahme lebt, ewig auf Erden sein zu können, schiebt viele Dinge, die er oder sie noch erledigen möchte, all zu leicht auf. In der Vorbereitung auf Morgen und in der Erinnerung an Gestern geht jedes Heute verloren. Nur im Wissen darüber, dass jeder Tag der letzte sein könnte, ergreifen wir die Chance, an diesem Tag zu reifen und mehr zu dem zu werden, der man wirklich ist (vgl. Wasinger 2005: S. 15ff). Dies war gewiss nur ein kurzer Exkurs und ein einschlägiger Versuch, ansatzweise zu erläutern, was *Leben* an sich sein kann. Wichtig an dieser Stelle festzuhalten ist aber, dass die Art und Weise wie jeder Mensch sein bzw. ihr Leben gestaltet höchst individuell ist, denn jeder geht seinen bzw. ihren eigenen Weg und somit ist jedes Leben einzigartig und infolgedessen auch jeder Tod.

6.3. Was verstehen wir unter Sterben?

Nach der Frage, was Leben ist, folgt die Frage nach dem Sterben. Bei der Debatte, ab wann menschliches Leben beginnt gibt es weit weniger Diskrepanzen, als bei der Auseinandersetzung, wann und wie menschliches Leben endet.

Wie bereits erwähnt wurde und später noch detaillierter ausgeführt wird, verfügen alleine wir Menschen unter allen Lebewesen über das Bewusstsein unserer Sterblichkeit und dies ist einerseits eine große Gabe, andererseits aber auch eine große Aufgabe. Menschenwürdiges Sterben ist sozusagen ein Geschenk, aber in Anbetracht der heutigen Überfluggesellschaft keine Selbstverständlichkeit.

Medien aller Art berichten täglich von Menschen und Massen von Menschen, die zu Tode geschunden oder in den Tod getrieben werden, sei es im Krieg, auf der Flucht, durch Hunger, Naturkatastrophen oder Epidemien. Menschenwürdiges Sterben setzt also in erster Linie einmal menschenwürdiges Leben voraus.

Zu einem menschenwürdigen Umgang mit dem Sterben, gehört definitiv eine Auseinandersetzung mit dem Tod, auch mitten im Leben, dazu. Das bedeutet, Sterben nicht einfach als eine Endphase des Lebens zu sehen, mit dem man sich erst auseinandersetzt, wenn der Tod unvermeidbar vor der Tür steht. Vielmehr sollte Sterben als Dimension des Lebens begriffen werden, die alle Phasen und alle Entscheidungen des Lebens mitbestimmt. Zudem ist Sterben ein Prozess der hin zum Tod führt. Martin Heideggers Ausspruch *„Sobald ein Mensch zum Leben kommt, sogleich ist er alt genug zu sterben“* (zit. nach Jens/ Küng 2009: S. 23) verdeutlicht ganz klar, dass der Mensch, der seinen bzw. ihren Tod nicht verdrängt, sondern annimmt, anders, nämlich bewusster, lebt. Das Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit soll aber nicht als düstere Wolke über dem Leben schweben, sondern lediglich zu einer anderen, achtsameren Grundhaltung führen (vgl. Jens/Küng 2009: S. 22ff).

Im Zusammenhang mit Platon heißt Philosophieren *Sterbenlernen*. Er entwarf auch das Konzept, dass der Körper der Kerker der Seele ist. Erst im Sterben fänden die Seele und der unsterbliche Geist Befreiung (vgl. Frewer/Winau 2002: S.15).

6.4. Was verstehen wir unter Tod?

Zuerst sei noch einmal festgestellt, dass der Tod und das Leben einander bedingen. Außerdem sind Sterben und Tod nicht identisch. Denn Sterben ist eine Phase des Lebens und wer stirbt, lebt noch. Der Tod ist somit ein Lebensakt. Doch solange die Frage nach der Bedeutung des Todes als nebensächlich und unwichtig oder gar als Bedrohung angesehen wird, kann sich der Mensch nicht ganzheitlich selbst erkennen. Das bezieht sich weniger auf ein Leben nach dem Tod, falls es das geben sollte, als viel mehr auf das Leben im Hier und Jetzt, in der materiellen Welt. In diesem Kapitel sollen nun verschiedene Formen und Definitionen von *Tod* vorgestellt werden.

Tod wird ganz allgemein als das Ende des Lebens bezeichnet. Von *Tod* wird also erst dann gesprochen, wenn alle Lebensfunktionen eines Organismus still stehen und alle Erscheinungen des Lebens irreversibel erloschen sind. Im klinischen Alltag wird hingegen von verschiedenen Zuständen gesprochen, wenn es um den Tod geht. Setzen beispielsweise nur Atmung und Herzschlag aus, tritt der klinische Tod ein, wobei der Mensch unter Umständen durch eine Reanimation wiederbelebt werden kann. Greift diese aber nicht, kommt es zu irreparablen Schäden des Gehirns und führt zum Hirntod, welcher aus juristischer Sicht als offizieller Todeszeitpunkt gilt. Für die Feststellung des Hirntodes sind aber genauere Kriterien festgelegt. Darüber hinaus gibt es auch noch den Scheintod. Bei diesem Zustand kann die Atmung und der Herzschlag durch klinische Untersuchungen nicht mehr wahrgenommen werden, was aber nicht heißt, dass diese Funktionen endgültig erloschen sind. Eine spontane Erholung des oder der Scheintoten ist noch möglich.

Der so genannte klinische Tod tritt bei Stillstand von Atmung und Kreislauf ein und ist durch sogenannte unsichere Todeszeichen gekennzeichnet. Dies kann beispielsweise der Verlust des Bewusstseins sein, der Ausfall der Spontanatmung, das Erschlaffen der Muskeln, der Stillstand der Herzaktivität und des Kreislaufes, das Fehlen von Hirnstammreflexen und physiologischen Reflexen, von Reaktionen auf Schmerzreize im Trigeminusbereich, sowie auf visuelle und akustische Reize. Für die endgültige Diagnose des klinischen Todes müssen aber alle genannten unsicheren Todeszeichen vorliegen (vgl. Wasinger 2011: S. 60ff).

Des weiteren gibt es noch den dissoziierten Hirntod. Unter diesem Begriff wird der definitive Ausfall aller Gehirnfunktionen bezeichnet. Durch intensiv-medizinische Unterstützung kann der Herzkreislauf und die Lungenfunktionen noch erhalten bleiben.

Auch Kreislaufreaktionen, Rückenmarksreflexe und die Temperaturregulation können im Gegensatz zum Klinischen Tod noch erhalten bleiben. Unter dem biologischen Tod wird das Erlöschen sämtlicher Organfunktionen beschrieben. Sichere Todeszeichen sind die sogenannten Totenflecken, die Totenstarre, sowie der langsam einsetzende Abfall der Körpertemperatur, die Trübung der Hornhaut und schließlich das Einsetzen von Fäulnis- und Auflösungsprozessen.

Doch egal welche Definition von Tod nun für den betroffenen Patienten zutrifft, geht der Exitus immer mit dem "Scheiden" aus dem Leben einher und trotz aller Möglichkeiten transzendenter Existenzen, geht das Leben in der uns bekannten Welt zu Ende. Der Tod nimmt somit eine nicht rückgängig zu machende Form ein, denn er bedeutet Abschied nehmen und somit ist er immer mit Trennung verbunden. Der Mensch mit all seinen Hoffnungen, Beziehungen, Freuden, Sorgen und Belastungen, seinem bzw. ihrem Leiden hat aufgehört zu sein. Doch mit all dem, schafft der Tod auch die Möglichkeit, eine neue Wirklichkeit entstehen zu lassen (vgl. Wasinger 2011: S. 61ff). Somit wird klar ersichtlich, dass jede Grenzziehung zwischen Leben und Tod vor allem kulturbedingt ist und nicht unmittelbar von der Natur vorgegeben ist.

„Das einzige was wir sagen können ist, dass der Tod durch die Abwesenheit von Leben gekennzeichnet ist, was sich an bestimmten Zeichen ablesen lässt.

(Häcker 2008: S. 35)

7. Die Facetten der Menschenwürde - ein Annäherungsversuch

Die Menschenwürde bildet das Fundament zur Begründung der Menschenrechte und gilt in juristischen sowie in ethischen Diskursen häufig als oberstes Prinzip.

In den Artikeln eins, drei und fünf der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 wird dies folgendermaßen hervorgehoben:

„Artikel 1

Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.

Artikel 3

Jeder hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person.

Artikel 5

Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden .“

(Allgemeine Erklärung der Menschenrechte 1948: URL 2, eingesehen am 9.4.2018)

Diese Artikel besagen aber noch lange nicht, dass der Begriff der Menschenwürde eindeutig ist. Denn unterschiedliche Würdekonzeptionen bringen immer wieder strittige Fragen mit sich.

Im Zusammenhang mit der Thematik dieser Arbeit soll vor allem aber das Verständnis von Würde am Ende des Lebens von sterbenskranken Menschen diskutiert werden. Interessant an dieser Stelle ist, dass abgesehen von den unterschiedlichen Definitionen von Würde, der Begriff von fast niemandem völlig abgelehnt oder für unsinnig oder überflüssig gehalten wird. Ein Indiz dafür, dass damit etwas Unverzichtbares für das Verständnis des Menschseins einhergeht. Somit ist es äußerst notwendig, diesen Begriff in einer groben Analyse zu erklären.

Etymologisch ist das Wort *Würde* (lat. dignitas; engl. dignity) mit dem Wort *Wert* verwandt. Im folgenden Kapitel soll, vor allem mit Hilfe von Immanuel Kants Theorie, herausgefunden werden, wie Würde begründet werden kann und was aus ihr Handlungsrelevantes folgt.

Auf der Suche nach einem klaren Verständnis von Würde sollte vorab aber zwischen zwei Bedeutungskontexten unterschieden werden.

In komparativer Bedeutung ist die Rede von der Würde eines (je bestimmten) Menschen oder je bestimmter Menschen im Unterschied zu anderen. Würde wird in diesem Zusammenhang als ungleich verteilt begriffen. Sie kann mehr oder weniger gegeben sein, erworben aber auch wieder verloren werden. Dies meint zum Beispiel, dass jemand eine hervorgehobene Stellung und Geltung innerhalb einer Gesellschaft aufgrund eines hochrangigen Amtes oder einer herausragender Leistung zugeschrieben bekommt, wie beispielsweise durch die Verleihung der Ehrendoktorwürde. Es geht hier um die soziale Wertschätzung eines Menschen. Eine individuelle Wertschätzung wird einem Menschen auch dann zugesprochen, wenn er oder sie durch sein oder ihr Verhalten Würde ausstrahlt oder eine Handlung würdevoll vollzieht. Darüber hinaus kann Würde aber auch mit der subjektiven Wertschätzung des eigenen Lebens gleichgesetzt werden. Nicht all zu selten vollzieht sich dies aber leider auch auf negative Art und Weise, wenn dauerhaft belastende Lebensbedingungen, wie zum Beispiel eine schwere Krankheit oder Arbeitslosigkeit, vorherrschen. In diesem Zusammenhang wird das Leben oft schnell als unwürdig oder würdelos empfunden.

Ausschlaggebend für das Verständnis von Menschenwürde ist jedoch der zweite Bedeutungskontext, wo von der Würde des Menschen in absoluter Bedeutung die Rede ist. Diese Form kommt allen Menschen allein aufgrund ihres Menschseins gleichermaßen zu. Sie kommt den Menschen nicht mehr oder weniger zu und sie kann auch nicht erworben oder verloren werden. Würde besagt in diesem Kontext also die prinzipielle Gleichheit oder Gleichwertigkeit aller Menschen, unabhängig von Geschlecht, Alter, Herkunft, Religionszugehörigkeit usw. Damit soll aber nicht die Differenz und Andersheit von Individuen nivelliert werden. Sie stellt vielmehr ein Wesensmerkmal dar, dass allen Menschen in gleicher Weise zukommt. Doch wie kann diese im Begriff der Menschenwürde zum Ausdruck gelangende prinzipielle Gleichheit aller Menschen begründet werden und worin genau gründet der allen Menschen gleichermaßen zukommende Wert (vgl. Marschütz 2009: S. 24ff)?

Eine der wirkungsmächtigsten philosophischen Begründungen von Würde geht auf Immanuel Kant zurück. Der aktuelle Begriff inhärenter Würde, welcher Eingang in verschiedene Verfassungen gefunden hat, knüpft an Kants Konzeption an. Dass Menschen Würde haben geht also nicht mehr mit einem gewissen Status einher, sondern entsteht vor allem daraus, dass sie von anderen Menschen in bestimmter

Weise geachtet werden müssen. Würde wird somit zu einem Grundbegriff einer Moral der Achtung. Kants zentrale Überlegungen nehmen ihren Ausgangspunkt bei der Annahme des guten Willens. Dieser folgt dem von Kant begründeten kategorischen Imperativ, welcher auf einer Sollensforderung gründet und unbedingt gilt. Im Bereich des Sollens ist der Mensch dazu befähigt, sich selbst ein moralisches Gesetz zu geben. Diese Fähigkeit des Menschen, sich selbst ein Gesetz zu geben kommt allen moralfähigen Lebewesen zu und die daraus folgenden Resultate sind überindividuell. So auch ist der kategorische Imperativ zu verstehen. Er gilt nämlich für alle moralfähigen Lebewesen an allen Orten und zu allen Zeiten (vgl. Knoepffler/Kunzmann/O'Malley 2011: S. 21ff).

In seiner *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* begründet Kant die Würde des Menschen als einen inneren Wert, der im Unterschied zu einem relativen Wert, den er Preis nennt, durch nichts aufgewogen oder verrechnet werden kann. Es gibt nichts Äquivalentes dazu und es handelt sich um einen unbedingten und absoluten Wert. Kant zufolge sind Menschen vernünftige Wesen und können deshalb auch als Personen bezeichnet werden. Die Vernunft selbst ist der unantastbare absolute Wert, weil die Vernunft keinem außer ihrem selbst zugrundeliegenden Zweck dient und um ihrer selbst willen existiert. Laut Kant sind es also Vernunftwesen, die Würde haben. Doch was bedeutet das genau?

Personen werden laut Kant als freie und vernünftige Wesen aufgefasst, deren Willensfreiheit, Autonomie und praktische Vernunft Ideen sind, die bei jedem moralischen Denken vorausgesetzt werden. Konkret drückt er es so aus, dass eine Person ein Wesen ist, welchem aus Freiheit vollzogene Handlungen zugeschrieben werden können. Mit der hier gemeinten Freiheit geht die Verantwortung für die eigenen Taten und die Folgen der Missetaten einher. Vor allem aber sind Personen sich selbst gegenüber verantwortlich. Dies setzt aber voraus, dass wir als vernünftige Akteure handeln können und über eine Autonomie des Willens verfügen und uns nicht von unseren Neigungen verleiten lassen. Wir gehen davon aus, dass Menschen, die ihren Neigungen unterliegen, das moralische Gesetz zumindest als Maßstab achten und Gewissensbisse empfinden, wenn sie dagegen verstoßen. Das Grundprinzip, welches Kants Vorstellung von Würde zum Ausdruck bringt, ist der kategorische Imperativ:

“Handle so, daß [sic!] du die Menschheit, sowohl in deiner Person als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest.“

(Kant 1968 [1785]: S. 429)

Würde zu haben bedeutet für Kant, wie bereits erwähnt, keinen Preis zu haben. Wer also einen Preis hat, hat keine Würde und wer umgekehrt Würde hat, hat keinen Preis. Mit Preis meint er jedoch nicht bloß einen Marktpreis, der für Güter oder Leistungen steht, sondern auch den Wert, den Dinge haben, die aber nicht gegen Geld getauscht werden können (vgl. Kant 1907/14a: S. 429). Diese Dinge haben einen Affektionspreis und lösen unser Wohlgefallen aus. All jene Dinge haben somit einen relativen Wert. Die Würde hingegen hat einen absoluten Wert. Der Wert der Würde lässt sich somit also nicht mit dem Wert anderer Dinge vergleichen. All jene Dinge und Sachen, die einen relativen Wert haben, können ersetzt und mit etwas Äquivalentem ausgetauscht werden. Der Wert von Wesen, welche Würde haben, darf nicht gegen Güter, welche einen relativen Wert für uns Menschen haben, abgewogen werden. Auch eine Abwägung zwischen der Würde von Personen ist für Kant unzulässig. *„Die Achtung, die wir anderen Personen schulden, ist Achtung ihrer Würde.“* (Schaber 2012: S.40) Zu erwähnen an dieser Stelle ist aber auch, dass der Mensch nicht aufgrund seiner konkreten Persönlichkeit Würde hat, sondern weil er Anteil an der Würde der Menschheit hat. Laut Kant ist nämlich die Menschheit selbst eine Würde. Doch was genau will Kant damit sagen, wenn es darum geht, die Würde der anderen zu achten? Die Antwort verbirgt sich in seiner Selbstzweckformel. Den anderen oder die andere in seiner bzw. ihrer Würde zu achten heißt infolgedessen also für Kant ihn oder sie *„jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel“* (Kant 1907/14a: S. 429) zu behandeln und spricht von einem Instrumentalisierungsverbot. Diese Selbstzweckformel verbietet aber nicht, andere als Mittel zu behandeln, sondern untersagt uns, Personen so wie uns selbst, bloß als Mittel zu benutzen. Menschen werden nämlich täglich als Mittel zu eigenen Zwecken gebraucht. Wie etwa bei der Bedienung in einem Restaurant, beim Einkaufen oder bei einer Informationsbeschaffung. Die Selbstzweckformel besagt also, dass nicht alle Formen andere als Mittel zu behandeln moralisch verwerflich sind. Sie sagt vielmehr, dass dies nur dann geschieht, wenn Menschen eben bloß als Mittel benutzt werden.

Wäre es infolgedessen aber nicht auch bei der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe so, dass Patienten oder Patientinnen, welche Ärzte oder Ärztinnen um eine Hilfe zum Sterben beauftragen, eine Instrumentalisierung derer vollziehen?

Kant geht es vor allem aber auch darum, die eigene Würde zu achten. Das heißt, nicht nur andere Personen, sondern auch die eigene Person nie bloß als Mittel zu benutzen. Wer das Instrumentalisierungsverbot im Hinblick auf sich selbst verletzt, achtet die eigene Würde nicht. Wer also zum Beispiel Suizid begeht, verletzt laut Kant dieses Verbot. Er oder sie bedient sich seiner bzw. ihrer selbst nämlich bloß als Mittel zur Erhaltung eines erträglichen Zustandes bis zum Ende des eigenen Lebens. Dies tut der Mensch im übrigen laut Kant auch dann, wenn er sich vor anderen, durch Kriecherei, wie Kant es nennt, herabsetzt und sich dadurch einen Vorteil erhofft. Wer vor anderen kriecht verletzt die eigene Würde. Die eigene Würde verletzt man im Allgemeinen laut Kant auch dann, wenn man sich zum Knecht von anderen Menschen machen lässt.

Wie zuvor schon erwähnt haben nach Kant Vernunftwesen Würde. Was aber genau ist das nun, was ihnen Würde verleiht?

Menschen haben aufgrund bestimmter Eigenschaften Würde. Konkret verweist Immanuel Kant hier auf die Autonomie. *„Autonomie ist [...] der Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur.“* (Kant 1907/14a: S. 430)

Autonome Wesen werden also nicht durch ihre natürliche Begierden und Neigungen bestimmt, sondern haben die Fähigkeit, diese im Lichte von Gründen zu prüfen und ihr Handeln danach auszurichten. Das eigene Verhalten basiert also auf vernünftigen Überlegungen, was die Autonomie mit der Fähigkeit moralisch zu Handeln verbindet. Vernunftwesen kommt also Würde zu, weil sie fähig sind, moralisch zu handeln. Wichtig an dieser Stelle zu betonen ist aber die Fähigkeit sich moralisch zu verhalten, nicht das Faktum, dass wir uns moralisch verhalten. Wäre nämlich Letzteres das was uns Würde verleiht, so wäre sie etwas, das erworben werden muss und somit auch wieder verloren gehen kann. Personen haben laut Kant aber auch deswegen Würde, weil sie sich nach Gründen bestimmen und handeln können und diese Fähigkeit ist es, die es Personen ermöglicht, nach dem moralischen Gesetz zu handeln. Was Vernunftwesen von allen anderen unterscheidet ist die vernünftige Natur und ihre Selbstzweckgebung (vgl. Kant 1907/14a: S. 437f). Autonomie als Selbstgesetzgebung hat aber wenig mit der Selbstbestimmung in unserem heutigen modernen Sinn zu tun. Denn Selbstgesetzgebung meint eben nicht das individuell-persönliche Bestimmen des eigenen Schicksals, sondern meint eine Normierung des eige-

nen Handelns nach einem moralischen Gesetz, das für alle moralfähigen Lebewesen in gleicher Weise gilt. Daraus würde resultieren dass Kant auch in diesem Punkt gegen die aktive Sterbehilfe ist, weil sie pauschal nicht für alle gleich sein kann. Wenn dementsprechend, eine Handlung also noch dazu durch und durch gut sein soll, ist für Kant nicht das Ziel, sondern der Anfang einer Handlung äußerst wichtig. Es ist für ihn von großer Bedeutung, dass ein Akteur oder eine Akteurin darauf Acht gibt, dass er oder sie nicht nur das vorschriftsmäßig Richtige tut, sondern auch in seinem Innersten das moralisch Gute will. Das von außen, von der dritten Person betrachtete Handeln nach Vorschrift nennt Kant Legalität. Aus der Perspektive der ersten Person, also das Handeln von Innen heraus betrachtet, welches aus gutem Willen besteht, nennt Kant Moralität. Diese Moralität bedeutet, dass sich der Mensch nicht von seiner Lust hinreißen oder von seiner Vorteilssuche korrumpieren lässt, sondern innerlich das Gute um des Guten Willens bejaht, indem er seinen Willen an nichts als an das Gute bindet. Genau in dieser Moralität, der Selbstverpflichtungsfähigkeit zum Guten, liegt laut Kant, die einzigartige Würde des Menschen (vgl. Knoepffler/Kunzmann/O'Malley 2011: S. 202ff).

Selbstbestimmtheit ist Ausdruck von Würde und die Sicherung der Würde des Menschen erweist sich an den Schwächsten.

Zusammenfassend kann also nun gesagt werden, dass die Würde des Menschen nach Kant einen zentralen moralischen Begriff und die Grundlage seiner Rechte darstellt. Für ihn ist die Menschenwürde auch gleichzeitig Personenwürde. Inhärente Würde ist aber nicht etwas, was erworben werden kann. Personen haben sie weil sie Vernunftwesen sind und aufgrund ihrer Fähigkeit, sich nach Gründen zu bestimmen. Die Würde ist gleichzeitig auch etwas, das nicht verloren gehen kann, auch wenn Kant davon redet, dass wer lügt oder sich zum Knecht anderer Menschen macht, seine Rechte mit Füßen treten lässt und somit die eigene Würde wegwirft und vernichtet (vgl. Kant 1907/14b: S. 464). Der Grund der Würde ist die Autonomie von Personen die zugleich auch Aussage darüber gibt, wie wir andere Personen behandeln und ihnen gegenüber treten. Wer autonom handelt bestimmt sich Kant zufolge nach Gründen. Außerdem betont er die restriktive Funktion des Würdebegriffs.

Nach dieser Ausführung von Kants Würdebegriff gilt es nun zu fragen, was nun unter einem würdevollen Sterben zu verstehen ist und ob die Autonomie des Menschen bis zu seinem Lebensende bewahrt werden kann?

Wie kann menschliches Leben also würdig enden? Auf welche Weise kann die Medizin zu einer sinnvollen Sterbebegleitung und einem „guten Tod“ beitragen?

Kants zentrales Argument gegen eine Selbsttötung, auch in einer sehr verzweifelten Lage, resultiert daraus, dass der Mensch durch seine Selbsttötung die notwendige Bedingung aller moralischen Möglichkeiten seiner Person, zurücklässt. Denn wenn er oder sie tot ist, kann er oder sie nicht mehr moralisch handeln. Außerdem verletzt der Mensch durch seinen Suizid den kategorischen Imperativ, da er sich als bloßes Mittel gebraucht, also nicht als Zweck an sich selbst (vgl. Knoepffler/Kunzmann/O'Malley 2011: S. 24f). Doch auch wenn der Kategorische Imperativ nach Kant in vielerlei Hinsicht als oberstes Handlungsprinzip gilt und bis heute in vielen ethischen Debatten Eingang und Zustimmung findet, blieb er nicht unkritisiert und sorgte seit jeher für kontroverse Diskussionen. „Kategorisch“ ist dieses Prinzip deswegen, weil Kant darin eine absolute Verpflichtung sieht. Ein „Imperativ“ ist es deswegen, weil die Verpflichtung seiner Überzeugung nach jeden Menschen ohne Unterschied betrifft. Daraus lassen sich wesentliche und allgemeingültige Besonderheiten herauslesen. Zum einen, weil der Kategorische Imperativ an das Prinzip der Gegenseitig anknüpft und im weitesten Sinne auch an die Goldene Regel erinnert. Er geht aber weit darüber hinaus und dehnt den Blick auf die sozialen Auswirkungen aus. Denn Entscheidungen die dahingehend getroffen werden, werden auch auf ihre soziale Kompatibilität geprüft, was bedeutet, dass moralisch verantwortliches Handeln sozial kompatibel sein soll, was aber keine Reduktion auf den kleinsten gemeinsamen Nenner ist, sondern im Gegenteil, an den moralischen Grundsatz der sittlichen Selbstverpflichtung appelliert. Zum anderen steht der Mensch als sittlich vernünftiges Wesen durch den Kategorischen Imperativ ständig im Auftrag, sein Handeln und seine Entscheidungen, sowie seine Wünsche immer mit dieser Kompatibilität zu messen, was auch in Bezug auf die aktive Sterbehilfe prägnant ist, da dadurch die individuelle Selbstbestimmung in ein anderes Licht gerückt wird. Bereits Hegel meinte dazu, dass sich mit dem Kategorischen Imperativ zwar ein Befehl exakt umsetzen ließe, die moralische Qualität dabei aber zu wenig berücksichtigt wird. Zudem fördert die Anwendung des Kategorischen Imperativs einen starken Universalismus, der keine Möglichkeit bietet individuelle und spezielle Probleme zu lösen. Der Einzelfall, der gerade auch in Bezug auf Sterbehilfe wichtig ist, kann hier nicht berücksichtigt werden. Zudem bringt Hegel hervor, dass durch das pure Formaldenken auch die Möglichkeit entsteht, unmoralische Entscheidungen nicht nur zu entschuldigen, sondern geradezu rechtfertigen (vgl. Peintinger 2008: S. 33f).

8. Was ist der Mensch?

Beim Verfassen des nachstehenden Kapitels ist mir die grundsätzliche Frage in den Sinn gekommen, ob es nach all den Erkenntnissen der spezialisierten, wissenschaftlichen Anthropologie und den vielen empirischen Ergebnissen unterschiedlicher Disziplinen überhaupt noch notwendig ist, sich die Frage nach dem Wesen des Menschen zu stellen? Abgesehen davon gibt es in unserer pluralistisch geformten Gesellschaft eine Vielzahl von Antwortmöglichkeiten, da erscheint die philosophische Anthropologie aufgrund ihrer Einseitigkeit doch fast überholt, oder? Noch dazu, weil es ohnedies keine definitive und endgültige Antwort auf diese Frage geben kann. Doch nach einem kurzen, zweifelhaften Moment wurde ganz klar ersichtlich, dass auf diese Frage, egal in welchem Kontext sie steht, nicht verzichtet werden kann. Sie kann zudem in kein Korsett irgendeiner forschenden Disziplin gepresst werden. Es handelt sich dabei nämlich um keine Frage, die einfach gestellt werden kann. Sie drängt sich viel mehr zwingend auf. Somit ist die Frage unumgänglich und muss gestellt werden. Die Vielzahl der Antwortmöglichkeiten ist kein Einwand gegen die Frage, sondern unterstreicht vielmehr ihre Dringlichkeit. Außerdem hängt von der Antwort auf die Frage nach dem Wesen des Menschen für die Ethik sehr viel ab. Wird der Mensch nämlich, so wie es die Behavioristen tun, als reines Sinneswesen gesehen, wodurch menschliches Verhalten eben ausschließlich nach einem Reiz-Reaktions-Schema beobachtet bzw. ausgewertet wird, dann wäre die Ethik ohnedies überflüssig. Da ja menschliches Handeln demzufolge vollständig von der Natur des Menschen determiniert und für moralische Überlegungen kein Platz wäre. Aber auch die Ansicht von John Hospers, der den Menschen als ein Produkt seiner Anlagen und Umweltverhältnissen sieht, ist fragwürdig. Denn wie kann jemand zur Verantwortung seiner Handlungen gezogen werden, wenn sein Charakter zum Teil aus Erbfaktoren und zum Teil aus Faktoren der frühkindlichen Umwelt entstanden ist? Schließlich sind das Faktoren, die er oder sie sich nicht selbst ausgesucht hat. Aber auch wenn der Mensch als reines Vernunftwesen gesehen wird, würde die Ethik überflüssig werden. Denn als ein ausschließlich vernünftiger Mensch wäre er ja schon immer der, der er sein soll. Daher wäre das Nachdenken darüber, was einen guten Menschen auszeichnet, ebenso überflüssig. Die meisten anthropologischen Entwürfe sind daher aus einem Spannungsverhältnis heraus entstanden, weil das gegensätzliche Sein zwischen Sinnlichkeit und Vernunft, Leib und Seele sowie Körper und Geist, einen klaren Dualismus im Wesenskern des Menschen aufzeigt. Der Mensch ist nämlich weder ausschließlich Sinnes- noch Geisteswesen.

Vielmehr ist er beides auf je unterschiedliche Art. Wie er aus diesen verschiedenen Aspekten nun zur Identität mit sich selbst gelangen kann, versucht die Anthropologie herauszufinden.

Doch die einen Philosophen, wie zum Beispiel Platon, Aristoteles, Descartes usw., sehen das Streben nach der Einheit des Menschen mit sich selbst als einen Prozess der Vergeistigung an. Andere wie beispielsweise Schelling, Marx, Nietzsche usw. betonen die Leibgebundenheit des Geistes und dachten die Selbstidentifikation des Menschen als einen Prozess der Verleiblichung. Die moderne Anthropologie versucht nun von einer empirisch gesicherten und biologisch nachprüfaren Basis aus Erkenntnisse über das Wesen des Menschen zu erlangen. Doch auch dadurch kann der bestehende Dualismus nicht ganz überwunden werden. Was jedoch, trotz aller unterschiedlicher Ansätze und Erklärungsmuster feststeht ist, dass der Mensch „mehr“ als ein Tier und „weniger“ als ein Gott ist (vgl. Pieper 2003: S. 72ff). Das spezifisch Humane seines Menschseins zeigt sich letztendlich in dem, was er, laut Kant *„als freihandelndes Wesen aus sich selbst macht oder machen kann und soll.“* (zit. nach: Pieper 2003: S. 76)

8.1. Auf der Suche nach einer Antwort bei Immanuel Kant

Vor allem im Zusammenhang mit der Diskussion um die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, dem Tod und dem Sterben an sich, rückt die Frage nach dem Menschen in den Mittelpunkt und bildet eine wichtige Ausgangsbasis, um alle weiteren Aspekte bearbeiten zu können. Erst nach einer Auseinandersetzung damit können andere Schlüsse gezogen werden, denn ein gewisses Menschenverständnis prägt auch das moralische bzw. medizinische Handeln. Auch welche Vorstellungen grundsätzlich vom Menschen an sich vorherrschen spielen für das Arzt-Patienten-Verhältnis eine wichtige Rolle. In der philosophischen Anthropologie geht es um die Frage nach dem Wesen des Menschen und in weiterer Folge darum, was ihn auszeichnet, woher er kommt, wodurch er sich von anderen Lebewesen unterscheidet und wie er sich selbst sieht. Was ist seine Zukunft und was darf er hoffen?

Laut Volker Gerhardt dient die Frage „Was ist der Mensch?“ der Verständigung des Menschen über sich selbst. Sie ist von ihm an sich selbst gerichtet. Große Neugierde steckt dahinter und dürfte eine zentrale Antriebsfeder sein. Man möchte nämlich mehr über sich selbst wissen und klären, welche Stellung der Mensch im Dasein hat und welche Bedeutung ihm im Vergleich zu andern Lebewesen zukommt und was er oder sie außerdem von sich selbst zu halten hat. Der Horizont der Frage

hängt in erster Linie aber vom Fragenden selbst ab, also von seinem oder ihrem Wissen, dem kulturellen Hintergrund, sowie von den unterschiedlichen Erwartungen (vgl. Gerhardt 1999: S. 45ff).

Es darf also nicht außer Acht gelassen werden, dass sich die Antwort auf die Frage, wer der Mensch sei, in erster Linie nach dem Kontext des Fragenden richtet. Für den neurobiologisch arbeitenden Wissenschaftler oder die Wissenschaftlerin ist der Mensch wahrscheinlich ein Säugetier mit einer zu beachtenden Begabung zur sprachlichen Kommunikation, die zum Verständnis des Fremden und des Eigenen beitragen kann. Im Selbsterleben der europäischen Tradition sind Menschen die Gestalter und Träger ihrer Gefühle, Gedanken, Wünsche und Ziele. Andere wiederum sprechen von der Stellung des Menschen im Kosmos, wieder andere beziehen die Position gegenüber dem Göttlichen mit ein und für wieder andere scheint der Prozess der Evolution zu genügen. Laut Höffe lässt sich die Frage aber am besten mit zwei Grundaussagen beantworten, die bis zur Antike zurückgehen. Der Mensch ist ihm nach nämlich ein vernunft- und sprachbegabtes Lebewesen, sowie ein Sozial-, Rechts- und Politikwesen. Kurz gesagt, ein vernünftiges politisches Tier. Aber bereits Platon und Aristoteles, sowie Schopenhauer, Nietzsche, Feuerbach, Herder, Plessner, Schiller, Sartre, Lewis und viele mehr, haben die Frage bereits aufgegriffen und sind ihr nachgegangen. Alleine dadurch wird die Vielstimmigkeit der Antworten nur all zu deutlich.

Ich beziehe mich in dieser Arbeit aber vor allem auf Immanuel Kant und Helmuth Plessner, da die beiden wie kaum jemand anders der Frage so präzise nachgegangen sind und ihre Antworten unmittelbar in das Themenfeld der Sterbehilfe führen. Denn eine Bestimmung oder besser gesagt eine Definition des Menschen bildet nämlich auch Konsequenzen für die Lebensführung. Ich möchte mit Kant beginnen.

In einem einzigen Begriff zusammengefasst liegt für Kant nämlich die Bestimmung des Menschen in der Selbstbestimmung. Er besitzt das besondere Merkmal sich selbst zu bestimmen und hebt sich dadurch von anderen Lebewesen ab. Für ihn ist der Mensch also ein Tier mit speziellen Eigenschaften, welche es von anderen Tieren unterscheidet. Das geschieht eben alleine schon dadurch, dass der Mensch sich fragen kann wer oder was er eigentlich ist. In der theoretischen Bedeutung liegt die Selbststimmung zum Beispiel schon darin, dass der Mensch sich Namen gibt und sich mit seinen eigenen Begriffen beschreiben kann, wodurch er auf sich selbst Einfluss nehmen kann. Er muss sich aber in der logischen Konsequenz auch selbst die Mühe machen, zu sagen was oder wer er ist und kann dies nicht von anderen

verlangen. Darüber hinaus gibt es aber einen noch viel weitreichenderen Sinn von Selbstbestimmung bei Kant. Denn wenn wir davon ausgehen, dass der Mensch sich selbst begreifen kann, resultiert daraus die Erwartung, dies auch wirklich zu tun. Somit gelangen wir zu dem zentralen Punkt von Kants Antwort. Für ihn ist der Mensch nämlich ein Tier, das einen Herren über sich braucht. Dieser Herr kann aber niemand anders sein als er selbst. Es geht also um eine Selbstherrschaft, was bedeutet, dass sich der Mensch selbst das Gesetz seines Handelns zu geben hat und aus eigenem Willen tun muss, was er aus eigener Einsicht erkennt. Darin liegt laut Kant die Autonomie des Menschen, die besagt, dass er sein Leben selbst zu führen hat. Er kann nicht einfach nachmachen, was andere Tiere tun, sich momentan geltenden Gesetzen überlassen oder sich gerade vorherrschenden äußeren Bedingungen fügen. In der Selbstbestimmung liegt der Anspruch zu prüfen, ob er dem Gebotenen aus eigenem Willen zustimmen kann und dies entscheidet er durch seine eigene Vernunft. Alles was ihr widerstrebt und dennoch vom Menschen getan werden muss, ist Fremdbestimmung. Kant zufolge entsteht bewusstes menschliches Handeln in Form von Regeln durch, wie er dies nennt, Maximen, die aus Gewohnheit, Erziehung oder eigenen Erkenntnissen entspringen.

Diese Maximen lassen sich mit Hilfe vernünftiger Einsicht prüfen und zu Prinzipien oder Gesetzen des eigenen Handelns machen. Folgt man ihnen, handelt man infolgedessen autonom. Dies meint aber nicht, dass jeder Mensch ein Meister in der Erfindung eigener Gesetze ist oder der Mensch alleine alles aus sich erzeugt. Autonomie und Selbststimmung heißt in diesem Zusammenhang, dass die Regeln, denen man folgt, folgen will oder soll, der eigenen Einsicht entsprechen.

Selbsterkenntnis, Vernunft und die eigene Einsicht sind also essentiell für die Dimensionen der Selbstbestimmung. Für Kant ist der Mensch ein mit Vernunft begabtes Lebewesen, also ein Tier, das seine eigenen Gründe hat. Diese Selbstbeschreibung ist heute weitgehend anerkannt, vor allem dort, wo die Menschenrechte gelten. Denn wie bereits im vorangegangenen Kapitel erwähnt, hat laut Artikel 3 der Charta der Menschenrechte jeder Mensch das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person. Artikel 12 verbietet das Eingreifen in die Privatsphäre und Artikel 15 sichert die freie Wahl des Wohnsitzes. Somit wird das anthropologische Merkmal der Selbstbestimmung zur Grundlage aller Rechte und was rechtlich anerkannt wird, ist ethisch nicht bedeutungslos.

Kant bezieht die Selbststimmung des Einzelnen nämlich in eine Fassung, die alle Menschen betrifft, wenn er sagt:

“Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst:“

(vgl. Kant 1907/14b: S. 42)

Dadurch muss sich der Mensch, der zwar als Individuum gilt, als ein Teil der Menschheit verstehen und damit ist eine Besonderheit gegeben, die es auch nur beim Menschen gibt. Denn bei Pflanzen und Tieren hört die Bestimmung beim Namen der Spezies auf. Ein selbstbestimmter Mensch entledigt sich aber trotz seiner Selbstbezogenheit nicht dem konventionellen Ertragen seines Kollektivs.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass sich der Mensch als Individuum nur dann erkennen kann, wenn er sich auch als Teil seiner Gattung begreift. Durch das Leben in dieser Gattung werden die hier vorherrschenden Begriffe übernommen und somit Teil der empirischen Welt (vgl. Ganten et al 2008: S. 4ff).

Mit dieser Ausführung ist also umrissen, welche Antwort auf die Frage nach der Natur des Menschen gegeben werden kann. Wenn damit aber schon alles gesagt wäre, stände es schlecht um den Menschen und die Philosophie an sich, denn die Vielfalt des menschlichen Daseins erlaubt und verlangt eine Vielzahl von Antworten. Es geht nämlich auch darum, wie sich der Mensch in unterschiedlichen Lagen versteht und verhält und unter welchen Bedingungen dies geschieht, denn erst damit wird auch die Pluralität der menschlichen Lebensweisen erkennbar.

8.2. Auf der Suche nach einer Antwort bei Helmuth Plessner

Auch Helmuth Plessner, wie bereits oben angeführt, ging der Frage nach dem Wesen des Menschen nach und entwickelte in seinem Werk *Die Stufen des Organischen und der Mensch* das Konzept der „Exzentrischen Positionalität des Menschen“, welches in dem folgendem Kapitel erläutert werden soll.

Gleich zu Beginn macht Plessner auf den Bedeutungswandel der Anthropologie aufmerksam. Im 18. Jahrhundert dominierte nämlich der Begriff der Vernunft die philosophische Auseinandersetzung zum Thema Mensch, im 19. Jahrhundert war es der Begriff der Entwicklung und erst im 20. Jahrhundert rückte ein „neuer“ Begriff, nämlich der des Lebens, ins Zentrum der Diskussion. Plessner versuchte also die Stellung des Menschen neu zu bestimmen und eine Verbindung zwischen Geist und Natur zu schaffen. Außerdem beschäftigt er sich damit, wie es überhaupt zur

Entwicklung des Geistes kommen kann. Im Mittelpunkt steht jedoch stets der Mensch. Der Mensch aber nicht als Objekt einer Wissenschaft oder als Subjekt seines Bewusstseins, „*sondern als Objekt und Subjekt seines Lebens, d.h. so, wie er sich selbst Gegenstand und Zentrum ist.*“ (Plessner 1965: S. 31)

Der Mensch existiert also nicht als Körper, nicht als Seele oder Bewusstseinsstrom, nicht als abstraktes Subjekt, für welches die Gesetze der Logik oder die Normen der Ethik gelten, sondern als psychophysisch indifferente oder neutrale Lebenseinheit an und für sich. Um die Exzentrizität des Menschen nach Plessner verstehen zu können, muss zuerst geklärt werden, was er unter dem Begriff der „Positionalität“ versteht. Unter Positionalität versteht Plessner die Tatsache, dass alle Lebewesen in eine Umwelt hineingesetzt werden, also positioniert werden. Sie werden aber zusätzlich durch eine Grenze zu ihrer Umwelt bestimmt.

Der Philosoph unterscheidet in seiner Anthropologie in weiterer Folge zwischen organischen und anorganischen Körpern. Wesentlich dabei ist, dass organische Körper eine Beziehung zu ihrer Umwelt haben. Wie sich diese Beziehung auswirkt muss je nach der Position der einzelnen Lebewesen anders betrachtet werden. Anorganische Wesen verfügen über keinen eigenen Übergang von „Innen“ nach „Außen“, sie sind nicht in diesem Doppelaspekt. Organische Körper haben ihre Grenze selbst, sie ist Teil ihres Seins. Sie sind zum Wechsel von „Innen“ nach „Außen“ bestimmt. Organische Körper sind somit dynamisch und raumbehauptend, anorganische Körper sind raumerfüllend und statisch (vgl. Plessner 1965: S. 127ff).

Ausgehend von der Positionalität bzw. den Organisationsformen unterscheidet Plessner zwischen drei Arten des Lebens. Zum einen die offene Positionalität der Pflanze, die geschlossene des Tieres und die exzentrische Position des Menschen. Pflanzen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie kein Zentrum haben, weshalb auch keine Individualität entstehen kann. Es findet ein rein offener Austausch mit ihrer Umwelt statt und es geht um den Stoffwechsel und die Fortpflanzung, somit sind sie unmittelbar und unselbstständig in ihre Umwelt eingegliedert.

„Offen ist diejenige Form, welche den Organismus in allen seinen Lebensäußerungen unmittelbar seiner Umgebung eingliedert und ihn zum unselbstständigen

Abschnitt des ihm entsprechenden Lebenskreises macht.“

(Plessner 1965: S. 219)

Tiere bilden hingegen geschlossene Kollektive und die Teilnahme an solchen macht es ihnen möglich, Individualität entstehen zu lassen. Sie sind sich ihrer Individualität

aber nicht bewusst. Das Tier lebt aus seiner Mitte heraus und in seine Mitte hinein, aber es lebt nicht als Mitte. Tiere leben also zentrisch und verfügen infolgedessen über ein Zentrum, oder ein ortloses Selbst.

„Es erlebt Inhalte im Umfeld, Fremdes und Eigenes, es vermag auch über den eigenen Leib Herrschaft zu gewinnen, es bildet ein auf es selbst rückbezügliches System, ein Sich, aber es erlebt nicht - sich.“

(Plessner 1982: S. 9)

Das Tier verfügt somit nicht über eine volle Reflexivität. Diese ist alleine dem Menschen aufgrund seiner exzentrischen Position gegeben. Durch sein Selbstbewusstsein erkennt er die Zentralität seiner Existenz und kann sich so in Distanz zu sich selbst und seinem Umfeld setzen, was heißt, dass der Mensch nicht lebt und erlebt, sondern er erlebt sein Erleben (vgl. Plessner 1965: S. 288ff).

Der Mensch ist also zentrisch und exzentrisch zugleich, lebt somit in einem Doppelaspekt von Körper und Seele und als psychophysisch neutrale Einheit dieser Sphäre und zugleich in einer Welt, die Außenwelt, sowie Innenwelt und Mitwelt miteinander vereint. Die Außenwelt, die eine räumlich-zeitliche Ausdehnung darstellt, zeigt sich unter dem Doppelaspekt der Existenz von Leib und Körper. Der Mensch existiert als Körper über den er durch seinen Leib verfügt.

Der Doppelaspekt der Innenwelt zeigt sich durch die Seele und das Erlebnis. In der Distanz zu ihm selbst, ist sich der Mensch als Innenwelt gegeben, als die Welt im Leib. Das Lebewesen Mensch erlebt und verinnerlicht seine Erlebnisse, wenn er in seinem Selbstsein aufgeht. Wie intensiv er das gestaltet formt infolgedessen sein psychisches Leben. Erleben kann somit als der seelische Vollzug im Hier und Jetzt angesehen werden. Der Mensch kann aus seinem Zentrum „heraustreten“ und sich selbst „von außen betrachten“. Ein Mensch, welcher somit positional dreifach charakterisiert ist, heißt Person. Er ist Subjekt seines Erlebens, seiner Wahrnehmung und seiner Aktionen. Er weiß es und will es.

Ein Charakteristikum des Menschen ist aber auch, wie bereits erwähnt, die Möglichkeit des „Außer-sich-stehens“, was sich vor allem in der Mitwelt zeigt. Die exzentrische Positionalität des Menschen, auf der Außen- und Innenwelt beruhen, besagt, dass jeder einzelne Mensch sein individuelles eigenes Ich unterscheiden muss. Dies kann aber nur geschehen, wenn der Mensch auf andere Personen trifft. Mit dieser Mitwelt ist also nicht nur die soziale Sphäre der Mitmenschen gemeint,

sondern auch die Sphäre des Geistes. Plessner unterscheidet somit den Geist von Seele und Bewusstsein. Die Mitwelt ist ihm zu Folge das reine Wir oder eben der Geist. Den Geist hat der Mensch aber nicht so wie er seinen Körper und seine Seele hat, denn diese besitzt er nur dadurch, dass er selber Körper und Geist ist. Der Geist ist eine Sphäre in welcher wir stehen und durch diese wir als Personen existieren können. Der Mensch ist also seine Mitte (als organisches Wesen lebend) er hat seine Mitte (den Organismus beherrschend) und er existiert über sie hinaus (reflexive Distanz zum Sein und Tun habend). Diese drei Stufen von oder Formen der Lebewesen mit ihren differenzierten Positionen zu sich und der Umwelt stellen die Grundlage für Plessners philosophische Anthropologie dar.

Diese Dreiteilung ist sozusagen das Basiskonzept, welches er durch insgesamt vier Gesetze erweitert. In seiner späteren Schrift *„Macht und menschliche Natur“* fügt Plessner noch ein weiteres anthropologisches Gesetz, das Gesetz der Unergründlichkeit des Menschen, das die Dimension des Politischen erschließt, hinzu. In dieser Arbeit sollen aber nur die ersten drei behandelt werden, da das vierte Gesetz für die Frage nach dem Wesen des Menschen weniger wichtig ist.

1. Gesetz: Das Gesetz der natürlichen Künstlichkeit

Dieses Gesetz geht der Frage auf den Grund, welche Grundmerkmale die Existenz des Menschen annehmen muss und wie er die exzentrische Position durchführt.

Das Fundament für Plessners erstes Gesetz ist die Aussage:

„Als exzentrisch organisiertes Wesen muß [sic!] er sich zu dem, was er schon ist, erst machen. [...] Der Mensch lebt nur, indem er sein Leben führt. Mensch sein ist die 'Abhebung' des Lebendigseins vom Sein und der Vollzug dieser Abhebung [...].“

(Plessner 1982: S.16)

Der Mensch ist Plessner zufolge ein künstliches Wesen, welches nur dann Mensch ist, wenn er vollzieht. Genau dadurch unterscheidet sich der Mensch vom Tier und von den Pflanzen. Natürlichkeit ist keine Eigenschaft des Menschen, sondern das Künstliche. Bedingt durch die exzentrische Positionalität bedarf der Mensch also einer Ergänzung. Aufgrund des Bruchs zwischen Seele und Leib ist der Mensch nicht ganz und kein vollständiges Wesen, er befindet sich in einer „Nacktheit“ und „Hälftenhaftigkeit“ und um sich zu vervollständigen handelt er künstlich. Genau diese

Künstlichkeit ist für Plessner auch der Grund, warum der Menschen Kulturen bildet. Die Kultur bringt nämlich die konstitutive Gleichgewichtslosigkeit seiner besonderen Positionalitätsart ins Gleichgewicht.

Der Mensch ist also nicht von Natur aus mit Mitteln ausgestattet, die sein Überleben garantieren, wie das zum Beispiel bei den Tieren in Bezug auf den Instinkt der Fall ist. Doch dieser biologische Nachteil wird zum Vorteil des Menschen, denn somit kann er auf viele verschiedene Arten leben. Dies wiederum fordert aber, dass er tätig ist, was heißt, dass er Sorge tragen und gestalten muss, um überleben zu können. Die damit einhergehende Künstlichkeit ist ein wesensentsprechender Ausdruck der menschlichen Natur. Die Künstlichkeit im Handeln, Denken und Träumen ist das innere Mittel, mit dem sich der Mensch in Einklang bringt.

„Der Mensch lebt also nur, wenn er ein Leben führt. [...]

Er muß [sic!] tun, um zu sein.“

(Plessner 1982: S. 25)

Die „Kultur“ macht den Menschen zum Menschen und hilft ihm Halt zu finden. Denn Gegensätze werden immer da sein. Das Naturgesetz trifft auf das Sittengesetz, Pflicht kämpft gegen Neigung, die Gebundenheit schränkt die Freiheit ein und schafft einen Konflikt in der Mitte der Existenz des Menschen. Der Mensch stellt also Anforderungen an sich, er lebt nicht einfach nur dahin. Sein Gewissen ist die Quelle der Sittlichkeit und die führt zur konkreten Moral. Im gleichen Atemzug wird sie ihm aber auch zur Zensur. Die Kultur entlastet den Menschen von einem gewissen Handlungsdruck und sorgt für eine Verfestigung von Lebensgrundlagen. Wer hat den Menschen also domestiziert, wenn nicht er selbst?

Denn warum hat auch gerade der Mensch die exzeptionelle Furcht, die ihm zum künstlichen Schutz drängt? Warum sind seine Bedürfnisse so, dass sie auf natürliche Weise keine, oder zumindest keine vollständige, Befriedigung erlangen können? Vielleicht, weil der Mensch sich seiner Sterblichkeit bewusst ist? Natürlich, jedes Lebewesen, welches tierisch organisiert ist, ängstigt sich, wenn es Bedrohung und eine Einengung des eigenen Lebensraums spürt, doch es lebt letztlich in der Gegenwart und nicht in Hinblick auf die Zukunft, so wie der Mensch. Die Todesfurcht und die Angst um das eigene Leben ist somit etwas spezifisch Menschliches und in einem viel tieferen Sinn kulturbildend. Natürlich ist diese Angst alleine nicht für die

Erfindung von Werkzeugen und der Kultivierung zu erklären, denn alleine die menschliche Lebensführung setzt dies schon voraus.

Wie aber unterscheidet sich die Intelligenz des Menschen von der tierischen? Am Beispiel von der Herstellung von Waffen lässt sich dies gut erklären. Das Experiment Köhlers hat nämlich gezeigt, dass hochentwickelten Tieren eine primitive Produktion von Werkzeugen gelingt. Der Unterschied zum Menschen ist aber, dass das Tier nicht weiß, was es tut. Es behält zwar die Prozesse zur Herstellung der Waffe im Gedächtnis und kann die Vorgänge wiederholen, aber es kennt den mit dem Handlungsergebnis erschaffenen Sachverhalt nicht. Dies ist nur ein Beispiel in der Argumentation, wie der Mensch vom Willen zur Macht und vom Trieb zum Mehrsein kommt. Die Selbststeigerungstendenz des Menschen, sein Drang zum Orgien Feiern, sein Geltungsbedürfnis, sein Leistungsgedanke und sein Machtrieb darf nicht als Fundament zur Erschaffung der Kultivierung gesehen werden, sondern viel mehr als ein Symptom seiner exzentrischen Positionalität. Denn der Mensch muss, wie bereits schon erwähnt, tun, um zu leben.

Doch eine Tat genügt ihm nicht. Er ist gekennzeichnet von Rastlosigkeit und von einem ständigen Überbieten des bereits Getanen. Um in sein Gleichgewicht zu kommen, wird der Mensch zum dauernd nach Neuem strebenden Wesen. Die ewige Überbietung ist ein fortlaufender Prozess. Die Übersteigerung ist das einzig annehmbare Mittel der Kompensation seiner Halbheit, Nacktheit und Gleichgewichtlosigkeit. Dem Mensch wurde die höchste Organisationsform zugeschrieben. Deswegen versucht er sich durch die Arbeit nur das zu verschaffen, was ihm die Natur schuldig geblieben ist.

Um abschließend alle angeführten Argumente noch einmal auf den Punkt zu bringen führt Plessner folgendes aus:

„Der Mensch erfindet nichts, was er nicht entdeckt. Das Tier kann finden, erfinden kann es nicht, weil es nichts dabei findet (d.h.entdeckt).

Es deckt sich ihm das Ergebnis seines Tuns nicht auf.“

(Plessner 1982: S. 30)

Es bedarf also so viel mehr, um Sittlichkeit zu erlangen. Weil der Mensch von Natur aus halb ist, schafft er sich die Künstlichkeit als Mittel, um mit sich und der Welt ins Gleichgewicht zu kommen. Das heißt aber nicht, dass Kultur eine Kompensation von Komplexen ist. Sie ist ontisch einfach notwendig (vgl. Plessner 1982: S. 15ff).

2. Gesetz: Das Gesetz der vermittelten Unmittelbarkeit, Immanenz und Expressivität

Auch in seinem zweiten Gesetz schafft Plessner ein gewisses Paradoxon und versucht darin den Drang nach Sozialität zu begründen. Er spricht dem Menschen ein Ausdrucksbedürfnis zu und erklärt in weiterer Folge die Expressivität des Menschen. Im ersten Gesetz wurde betont, dass ein Wesensmerkmal des Menschen seine Künstlichkeit ist. Im zweiten Gesetz wird unter anderem der Verzicht darauf und die mögliche Ablösbarkeit von der Künstlichkeit analysiert.

Plessner betont hier, dass für jedes technische Hilfsmittel und jedes erzeugte Werkzeug, sowie für alles andere vom Menschen Erschaffene, also Künstliche, ein inneres Gewicht notwendig ist. Denn auch das einfachste Werkzeug ist nur insoweit Werkzeug, wenn ihm ein Sachverhalt vorliegt und ihm ein Seinsverhalt zugeschrieben wird. Was also in die Sphäre der Kultur eingeht, zeigt Gebundenheit an das menschliche Urherbertum und zugleich aber Unabhängigkeit von ihm. Soweit der Mensch entdeckt, kann er auch erfinden und er kann nur das machen, was es an sich schon gibt. Dies verhält sich genauso dazu, dass der Mensch nur dann ist, wenn er sich dazu macht was er ist und nur lebt, wenn er sein Leben führt. Wer also nach etwas sucht, hat eigentlich schon gefunden. Doch Erfindung bedeutet die Umsetzung von der Möglichkeit in die Wirklichkeit. Denn nicht der Hammer hat beispielsweise existiert, bevor er erfunden wurde, sondern die Tatsache, dass er Ausdruck verleiht. Genauso ist es mit der Erfindung des Grammophons. Dieser Errungenschaft ging nämlich der Tatbestand voraus, dass sich Schallwellen mechanisch transformieren lassen und dieses Phänomen hat kein Mensch erschaffen. Trotzdem aber musste die Form für diese Transformation gefunden werden und daraus resultierte eine Ausdrucksleistung die von etwas Natürlichem zur Künstlichkeit führt.

„Jede Ausdrucksleistung zerfällt ihrem inneren Wesen und ihrer äußeren Erscheinung nach in Inhalt und Form, in das Was und das Wie des Ausdrucks.“

(Plessner 1982: S. 32)

Es geht also um die Einsicht in den Wesenszusammenhang zwischen exzentrischer Positionsform und Ausdrücklichkeit als Lebensform des Menschen. Wir alle kennen aus Erfahrung den Drang sich auszudrücken oder sich mitteilen zu wollen, was darauf hin deutet, dass der Mensch zum geselligen Leben geboren ist. Das Ausmaß

des Mitteilungsbedürfnis unterliegt aber persönlichen Schwankungen. Doch diese Tatsache zeigt, dass sich der Mensch nicht selbst verborgen bleibt, denn er steht in einer Beziehung zu fremden Dingen, die den Charakter der vermittelten Unmittelbarkeit haben.

Der Mensch steht also gleichzeitig in einer vermittelten und unvermittelbaren Beziehung zu seiner Außenwelt. Um diese scheinbare Widersprüchlichkeit durchleuchten zu können, muss die exzentrische Positionalität mit berücksichtigt werden. Wie bereits erläutert, ist der Mensch nach Plessner ein zentrisches Wesen. Er ist also zugleich teilhaftig an der Vermittlung zwischen ihm selbst und seiner Umwelt. Daraus lässt sich schließen, dass der Mensch in einer indirekten Beziehung zu äußeren Dingen steht. Er selbst lebt sie aber als direkte, unmittelbare Beziehung. Plessner schreibt den Tieren eine ähnliche Fähigkeit zu, aber wieder mit dem Unterschied, dass sich Tiere ihrer Zentrität nicht bewusst sind, womit dem Tier jede Beziehung als unmittelbar erscheint. Der Mensch ist ein Vermittler zwischen ihm und der Außenwelt, er erfasst die direkte und indirekte Beziehung. Plessner nennt die Eigenschaft, dass dieser Vermittlungsprozess im menschlichen Bewusstsein abläuft, "Bewusstseinsimmanenz". Aus dieser Beziehung zwischen dem Menschen und der Außenwelt entsteht die sogenannte Mitwelt bzw. der Drang nach Sozialität. Daraus resultiert Plessner, dass der Mensch ein Ausdrucksbedürfnis hat und begründet die Expressivität des Menschen in seinem zweiten Gesetz.

3. Gesetz: Das Gesetz des utopischen Standorts. Nichtigkeit und Transzendenz

Einleitend zu diesem Gesetz sagt Plessner, dass die exzentrische Form den Menschen zur Kultivierung drängt, zugleich drückt sie ihm aber auch den Stempel der Vergänglichkeit auf. Die Wurzellosigkeit des Menschen macht ihn seine Nichtigkeit in der Welt bewusst und korrelativ die Nichtigkeit der Welt. Dies erweckt in ihm die Erkenntnis seiner Einmaligkeit und auch die Zufälligkeit seines Daseins. Daraus resultiert die Idee des Weltgrundes, des in sich ruhenden Seins, des Absoluten oder Gottes. Die Exzentrität ermöglicht keine genaue Fixierung.

Das "Nichtfestsitzen" des Menschen eröffnet ihm große Freiheiten, fordert aber ständige Entscheidungen. Will der Mensch eine Entscheidung, so bleibt ihm nur der Glaube. Darin steckt der Kern aller Religiosität und in der Unterschiedlichkeit aller Religionen ist ihnen eines aber allen gleich, nämlich dass sie ein Definitivum schaf-

fen, so Plessner. Das, was die Natur oder der Geist dem Menschen nicht geben kann, vermag die Religion zu geben. Das Individuum ist Individualität und seine Lebenszeit ist durch den Tod begrenzt. Das individuelle Dasein des Menschen zeigt sich auch dadurch, dass er alle Möglichkeiten hat, auch anders sein zu können. Doch letztlich ist jeder Einzelne gleich wie der andere und somit ersetzbar in der Welt. Erst das Wir, also die Gemeinschaft, bildet den Hintergrund, von dem sich der Einzelne als Individualität abheben kann. Denn von Natur, aus seinem Wesen heraus, kann der Mensch kein klares Verhältnis zu seinen Mitmenschen finden und bilden. Was die Individuen voneinander unterscheidet ist in weiterer Folge die innere Wirklichkeit seelischen Seins.

„Die Exzentrizität seiner Lebensform, sein Stehen im Nirgendwo, sein utopischer Standort zwingt ihn, den Zweifel gegen die göttliche Existenz, gegen den Grund für diese Welt und damit gegen die Einheit der Welt zu richten. Gäbe es einen ontologischen Gottesbeweis, so dürfte der Mensch nach dem Gesetz seiner Natur kein Mittel unversucht lassen, ihn zu zerbrechen.“

(Plessner 1982: S. 60)

Aus dem utopischen Standort resultiert ein Widerspruch, denn der Mensch nimmt zugleich eine Position ein und auch nicht. Der Mensch hat in sich keinen Halt und braucht daher etwas, dass ihm Halt verschafft. An dieser Stelle kommt die Religion ins Spiel. Gott wird als etwas Einheitliches gedacht, nach der auch der Mensch strebt, welcher aber seiner Individualität gegenüber steht. Der Mensch hat als utopisches Wesen keinen Halt, daher braucht er etwas, dass ihm Orientierung verschafft. Dies passiert durch die Vorstellung eines Gottes, einer Welt sozusagen. Der Mensch strebt nach Einheitlichkeit, der aber seine Individualität gegenübersteht. Im selben Atemzug zwingt ihn seine Exzentrizität zu einem Zweifel an Gott (vgl. Plessner 1982: S. 55ff).

Welche Schlüsse dieser Ausführungen zu den Fragen nach dem Wesen des Menschen sind nun für das Thema der Sterbehilfe relevant?

Nach Plessner zeichnet sich ein selbstbestimmter und vernunftbegabter Mensch durch seine Reflexionsfähigkeit aus. Doch dieser Ausführung muss noch etwas hinzugefügt werden. In der Debatte rund um die Sterbehilfe vollziehen die einzelnen Akteure durch ihr Tun oder Unterlassen nämlich Handlungen. Entscheidend dahingehend ist somit auch die Frage, was Handeln in diesem konkreten Zusammenhang ist bzw. was darunter zu verstehen ist.

Grundsätzlich spielt sich Handeln zwischen Menschen und im Umgang mit Menschen ab. Ergänzt zu Helmut Plessners theoretischem Ansatz, soll an dieser Stelle auch noch jener von Michael Quante angeführt werden.

Er meint, dass der von sich selbst aus geäußerte Wunsch nach Sterbehilfe tief mit der Personalisierung des eigenen Lebens verbunden ist. Wir definieren unsere Persönlichkeit nämlich laut Quante auch durch das, was wir bereits erlebt haben und was wir vermutlich noch erleben werden. Dies ist eine Fähigkeit, die uns von anderen Lebewesen, so wie es auch Plessner meint, unterscheidet, da wir in Hinblick auf die Zukunft erahnen und zum Teil wissen können, was auf uns zukommt. Die Identifikation ergibt sich also aus erlebter Vergangenheit und antizipierter Zukunft. Aus dieser Evaluation, welche eine Bewertung für das eigene Leben ermöglicht, kann der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe resultieren. Dies ist die Artikulation der individuellen Wertvorstellung einer Person und in diesem Zusammenhang Ausdruck der personalen Autonomie und somit mit Respekt zu behandeln, denn sie ist in weiterer Folge die Realisation eines in unseren Kulturkreisen anerkanntes und wichtiges Ideal. Die Rede ist hier vom Ideal ein eigenes Leben zu führen, eine eigene Persönlichkeit auszubilden und der eigenen Individualität Ausdruck zu verleihen. Was diese Personalität aber bedingt ist ein Wissen über die eigene Existenz zu haben. Dies befähigt uns Menschen die Aspekte möglicher zukünftiger Entwicklungen abzuschätzen und deshalb gewisse Handlungen abzulehnen oder vorzuziehen, wie zum Beispiel eine gefährliche Operation und deren schmerzhaften Folgen auszuschließen und dafür ein weniger qualvolles Verfahren zu wählen. Daraus kann eben auch das Verlangen zu sterben entstehen. Dieser Wunsch kann durchaus rational und Ausdruck einer autonomen Entscheidung sein und er kann aus der Sicht des Betroffenen bzw. der Betroffenen eben genau zu seiner bzw. ihrer Persönlichkeit passen. Wenn er also nicht irrational, sondern nachvollziehbar und mit der Persönlichkeit kohärent ist, dann verdient diese Entscheidung jeglichen ethischen Respekt. Ein spezifisches Merkmal des Menschen, welches ihn von anderen Entitäten unterscheidet, ist also das Bemühen,

ein personales Leben zu führen. Es ist der Anspruch, sein eigenes Leben zu führen, den eigenen Weg zu gehen und den eigenen Handlungen eine persönliche Note zu verleihen. Dazu gehört unter anderem Selbstverwirklichung, Autonomie, Freiheit sowie Integrität und all das soll in Bezug auf die Sterbehilfe gewährleistet werden. Doch trotz all dieser Anerkennungen bleiben die Dilemmata rund um dieses Thema aufrecht (vgl. Quante 2002: S. 230f).

Auf die zentrale Frage, was der Mensch ist, welche in diesem Kapitel auf philosophische Art beantwortet wurde, möchte ich abschließend noch auf den Menschen als Mitmensch verweisen und somit einen weiteren Aspekt mit in die Thematik bringen. Denn was auch immer ein philosophischer Ansatz oder eine Ethik über den Menschen zu sagen hat, ist jeder Mensch auch Mitmensch und steht in Beziehungen zu anderen Menschen. Darum ist Mitmenschlichkeit die dem Menschen eigene Einstellung und Haltung. Mitmenschlichkeit bedeutet daher auch Hinwendung zum anderen, ebenso wie Annahme der Angewiesenheit auf andere. Wer mitmenschlich lebt teilt sein Leben, seine Güter und seine Erfahrungen mit anderen (vgl. Ganten et al 2008: S. 112f).

9. Das Prinzip der Patientenautonomie - Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts

9.1. Das Arzt-Patienten-Verhältnis und der ärztliche Ethos

Im Allgemeinen ist unter Autonomie freie Selbstbestimmung gemeint. Doch diese allgemeine Bestimmung umfasst inhaltlich wesentlich mehr. Es geht vor allem in Bezug auf die Sterbehilfe darum, dass Patientinnen und Patienten zu einer authentischen Entscheidung finden. Im folgenden Kapitel soll ein normatives Verständnis von Autonomie als ein moralisches Recht dargestellt werden. Es wird von der Annahme ausgegangen, dass in der Krankenversorgung ein individuelles moralisches Recht auf Achtung der Autonomie gilt.

Wie kann also die Sicherung der Selbstbestimmung und die Akzeptanz von Abhängigkeit in Beziehung zueinander gebracht werden? Bei der Verteidigung der Selbstbestimmung am Lebensende werden oft die Voraussetzungen dafür vergessen. Diese basieren nämlich auf Wahlmöglichkeiten, sowie einer fachlich fundierten Begleitung, welche zu ethisch qualifizierten Entscheidungswegen führen soll. Es stellt sich weiters auch die Frage, ob die hoch gepriesene Selbstbestimmung nicht die Instrumentalisierung eines Ideals verdeckt. Denn ist es nicht ein Eingriff in die moralische Identität, wenn ein Mensch der sterben will, ein Mitwirken von einer anderen Person verlangt? Hinzu kommt noch die Frage, ob im Falle der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe nicht auch der ärztliche Ethos und das Arzt-Patienten-Verhältnis in Gefahr ist. Denn gerade bei diesem Verhältnis handelt es sich um eine ganz bestimmte Form des Miteinanders von Menschen. Die Ausgangssituation basiert nämlich auf Not und Hilfe und besitzt einen Anrufcharakter, der danach trachtet, die Not zu beheben bzw. diese so gut wie möglich zu lindern. Die Quelle des Sollens ist der in Not geratene und hilfsbedürftige Mitmensch. Der ärztliche Ethos ist von seinem Ursprung her nämlich ein Ethos der Fürsorge und sein oberstes Gebot ist das für den Patienten oder die Patientin Beste zu ermöglichen. Es handelt sich also auch um ein Vertrauensverhältnis, welches aus verschiedenen Rollen besteht und in dem beide Seiten eine gewisse Erwartungshaltung haben, die es vor allem aus medizinischer Sicht mit fachlicher und menschlicher Kompetenz zu erfüllen gilt. Das Besondere am Arzt-Patienten-Verhältnis entsteht aus einer Verbindung von Ungleichheit und Gleichrangigkeit. Gleichrangigkeit deswegen, weil Ärztinnen und Ärzte Patienten und Patientinnen als Mitmenschen gegenüberstehen. Der Patient bzw. die Patientin ist in erster Linie kein Krankheitsfall, sondern ein Mit-

mensch, der eben nicht gesund ist. Diese Anerkennung gebührt ihm oder ihr unabhängig von Alter, faktischem Zustand oder temporär verfügbaren Fähigkeiten. Doch gleichzeitig herrscht auch eine Ungleichheit, weil es sich um eine multifaktoriell bedingte Abhängigkeitssituation der Hilfsbedürftigkeit handelt. Die Situation ist nämlich in den allermeisten Fällen von einer Gegenüberstellung von Experte und Laie geprägt. Der Ethos der Fürsorge basiert also auf zwei Grundsätzen. Nämlich, so weit als möglich, Wohl zu tun und zu heilen und so gut als möglich, niemandem zu schaden. Dieser Grundsatz der Schadensvermeidung gilt nicht nur für die im Heilberuf Tätigen, sondern auch für die Patientinnen und Patienten, wenn sie zum Beispiel eine Ansteckungsgefahr für andere darstellen. Der Grundsatz der Verpflichtung zum Wohltun betrifft nicht nur Ärzte und Ärztinnen sondern auch Personen, die sich mit der Pflege von kranken Menschen befassen. Der Fürsorgeethos wurde zunächst in Analogie zum Vater-Kind-Verhältnis verstanden. Also so wie sich fürsorgliche Eltern um das eigene Kind kümmern, so sollte dies auch die Ärztin bzw. der Arzt tun. In dieser Ähnlichkeit steckt aber die immanente Gefahr des Paternalismus. Darunter wird allgemein ein Handeln verstanden, welches sich gegebenenfalls auch gegen die Einwilligung des Kranken und dessen Interesse richtet. Das Problem des Fürsorgeethos liegt also einerseits in der Schwierigkeit das Beste für die Patientin oder den Patienten in Erfahrung zu bringen und andererseits in der Gefahr einer Subjektvergessenheit. Schnell kann dem zufolge nämlich vergessen werden, dass es sich um einen Mitmenschen und um kein bloßes Behandlungsobjekt handelt. Die Grenze zwischen echter Fürsorge und (unbewusster) Manipulation, sowie Heilungsauftrag einerseits und Eigeninteresse (z.B. Forschungsinteresse) andererseits, kann schnell ineinander greifen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis hat sich daher vom Paternalismus hin zur Patientenautonomie entwickelt. Dieser Wandel hat sich aus verschiedenen Gründen vollzogen. Durch die Auflösung patriarchalischer Gesellschaftsstrukturen kam es vor allem in westlichen Industriegesellschaften zu einer Individualisierung und Privatisierung vieler Lebensbereiche. Im Zuge dieser Individualisierung wurde und wird Fürsorge auch oft als Bevormundung empfunden. Die Autonomie bildet zudem einen Schutz gegen medizinische Machbarkeiten, die als sinnlos empfunden werden, wie zum Beispiel Lebensverlängerung um jeden Preis, denn das Mögliche und Machbare dient nicht zwingend dem Wohl des Menschen. Die Patientenautonomie versucht also der immanenten Gefahr des Fürsorgeethos entgegenzusteuern. An dieser Stelle sei erwähnt, dass dem tatsächlichen Wortsinn nach *Autonomie* Selbstgesetzgebung heißt, was die Fähigkeit des

Menschen, sich selbst zu bestimmen und das sittlich Gesollte und nicht das bloß naturhaft Erstrebte zu tun, meint. Autonom handelt derjenige, welcher in diesem Sinne Urheber seiner eigenen Handlungen ist.

„Versteht man unter Gewissen die Fähigkeit der praktischen Vernunft, unter Berücksichtigung aller relevanten Gesichtspunkte und Umstände das hier und jetzt moralisch richtige Handeln zu bestimmen, dann heißt autonom handeln so viel wie nach seinem Gewissen handeln.“

(Pöltner 2002: S. 94)

In der öffentlichen Debatte um die Patientenautonomie vollzieht sich aber eine individualistische Umdeutung des Begriffs in Richtung alleiniger Selbstverfügung und Freiheit von sittlicher Selbstverpflichtung. Auf diese Weise wird sittlich begründete Selbstbestimmung, also Autonomie, mit dem Anspruch auf Wunscherfüllung verwechselt, was medizin-ethische Folgen mit sich zieht. Dieser Autonomie-Anspruch schlägt nämlich zum Teil in eine gewisse Heteronomie-Zumutung um. Die ärztliche Verantwortung reduziert sich somit auf eine rein technische Seite des Handelns und die im Heil- und Pflegeberuf Tätigen werden zu bloßen Ausführungsorganen von Patientenwünschen. Selbstverständlich unterliegt aber auch dieses Handeln sittlichen Maßstäben und gesetzlichen Rahmenbedingungen, die eingehalten werden müssen. Hinzu kommt, dass Angebot und Nachfrage auch in diesem Zusammenhang einander bedingen, denn mit dem Angebot des Möglichen steigt natürlich auch das Bedürfnis, alle Chancen in Erwägung zu ziehen, wodurch Autonomie zu einem Druckmittel für das medizinisch Machbare wird. Das Problem des Prinzips der Patientenautonomie liegt auch im Begriff der Freiwilligkeit und Selbstständigkeit der Patientenentscheidung. Eine Patientin oder ein Patient entscheidet nämlich nur dann freiwillig und selbstständig, wenn sie oder er ausreichend aufgeklärt wurde und so zu einer wohlüberlegten und gewissenhaften Entscheidung gekommen ist. Dies setzt voraus, dass der oder die Betroffene das Gesagte mit den möglichen Folgen und Risiken auch verstanden hat. Eine selbstständige Entscheidung ist es erst dann, wenn sie frei von einem psychischen Zwang getroffen werden kann und sich jeglicher Manipulation widersetzt. Natürlich ist hier auch das Lebensalter mit zu berücksichtigen. Die sittliche Ernstnahme von Kindern und Minderjährigen erfordert natürlich andere Maßstäbe. Ein spezielles Problem bildet auch der Krankheitseinfluss von psychisch kranken Menschen.

Trotz juristischer Regelungen bleibt hier der Konflikt zwischen der Respektierung der Autonomie und dem Fürsorgeprinzip aufrecht. Der Arzt bzw. die Ärztin steht im Spannungsfeld zwischen unterlassener Hilfestellung und Freiheitsentzug. Ein weiteres Problem der Patientenautonomie besteht auch darin, wo eine stellvertretende Entscheidung für andere notwendig ist. Dies ist bei Ungeborenen, Unmündigen, Nicht-Einwilligungsfähigen, genauso aber auch bei Patientinnen und Patienten der Fall, welche sich durch die Entscheidungsmöglichkeiten überfordert fühlen. Denn nicht immer ist der Zwang zu entscheiden das Beste für Betroffene. Hier muss eruiert werden, was zumutbar ist und was nicht. An dieser Stelle sind die im Heilberuf Tätigen aufgerufen, im Sinne des Patienten oder der Patientin zu handeln. Sollte es der Fall sein, dass der oder die Betroffene nicht mitentscheiden kann, gilt es den mutmaßlichen Willen bzw. die Einwilligung eines mit der Vertretung des Patienten bzw. der Patientin Beauftragten miteinzubeziehen.

Die ärztliche Aufklärung stellt unumstritten eine existenzielle Entscheidungshilfe dar und bedarf somit besonderer Aufmerksamkeit. Da das ärztliche Handeln in die leiblich-seelische Integrität des Betroffenen bzw. der Betroffenen eingreift, ist es in erster Linie an die Zustimmung derer gebunden, was eine sorgfältige Aufklärung verlangt. Wichtig ist, dass die Patientin bzw. der Patient weiß, worauf sie oder er sich einlässt. Auch die Tragweite der jeweiligen Entscheidung sollte ermessen werden können, was auch Selbstbestimmungsaufklärung genannt wird. Sinn und Zweck der Patientenaufklärung besteht eben darin, Hilfe bei Entscheidungen zu leisten. Dabei steht der Arzt bzw. die Ärztin immer in einem Spannungsverhältnis von Fürsorge, Beförderung des Patientenwohls und Respektierung der Autonomie. Sinn bei dieser Entscheidungshilfe ist es über bloße medizinische Sachinformationen hinaus zu gehen. Hierfür gibt es eine Grundregel: Je dringender der Eingriff ist, desto geringer sollte der Umfang der Aufklärung sein und umgekehrt. Die Basis für das Aufklärungsgespräch zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient soll der Wille für eine gemeinsame Wahrheitsfindung sein. Aufrichtigkeit, gegenseitiges Zuhören, sowie Wohlwollen und Wahrhaftigkeit sind weitere wichtige Elemente eines effektiven Aufklärungsgesprächs. Es geht also um eine gewisse Grundhaltung, die darüber entscheidet, ob eine Konversation gelingt oder nicht. Fürs Erste geht es natürlich darum, medizinische Fakten zu klären. Darunter fällt neben Therapievorschlügen, Prognose, Prävention usw. auch eine Sicherheitsaufklärung. Den Betroffenen ist es nämlich geschuldet, sie darüber zu informieren, was auf sie zukommt. Dies ist besonders in Hinblick auf die Verrechtlichungstendenz der Medizin von immer größerer

Bedeutung, denn Klagen mit Berufung auf mangelnde Aufklärung lassen sich vor Gericht besser durchsetzen, als die Berufung auf ärztliche Kunstfehler. Eine präventive Aufklärung dient dazu, wie der Name bereits verrät, den Patienten und Patientinnen die Möglichkeit zu geben, sich frühzeitig auf den zu erwartenden Krankheitsausbruch bzw. -verlauf einzustellen. Ein weiteres Grundelement für die Stärkung des Arzt-Patienten-Verhältnis ist die ärztliche Schweigepflicht. Sie eröffnet einen Schonraum, in dem es erlaubt ist, alles auszusprechen und jede Hilfe zu suchen. Eine Ausnahme zu dieser Pflicht zur Verschwiegenheit gibt es nur, wenn eine Gefährdung oder Verletzung von Rechten Dritter mit ins Spiel kommt. Nicht außer Acht gelassen werden sollte auch die Interpretationsmöglichkeit des Gesagten. Denn was der oder die Betroffene hört, wird von dem jeweils persönlichen Erwartungs- bzw. Befürchtungshorizont mitbestimmt. Zum Schutz aller sollte hier eben auch eine Dokumentation der Aufklärung vollzogen werden. Als letzter Punkt sei hier auch noch angeführt, dass es in einem Aufklärungsgespräch immer um eine ganzheitliche Orientierung gehen sollte. Eine wirksame Entscheidungshilfe ist dann gewährleistet, wenn Krankheit nicht als reine Funktionsstörung gesehen, sondern als Existenzform betrachtet wird. Denn dem Kranken bzw. der Kranken bleiben in dieser Zeit gewisse Möglichkeiten verwehrt, deshalb steht immer auch der Weltbezug des Betroffenen zur Debatte.

Die Kunst einer ärztlichen Gesprächsführung liegt also in der Fähigkeit, einen Mittelweg zwischen Erregung unnötiger Angst und Hoffnungslosigkeit, sowie falsche Hochstimmung zu finden. Ziel der Patientenaufklärung ist das Beste für die Patientinnen und Patienten hervorzubringen. Die daraus resultierende Schwierigkeit besteht in der Ermittlung dieses Besten. Der behandelnde Arzt bzw. die Ärztin kann den Betroffenen bzw. die Betroffene und seine bzw. ihre Lebensgeschichte gar nicht so gut kennen wie er bzw. sie sich selbst. Somit muss in erster Linie der Betroffene selbst am besten wissen, was gut für ihn ist. Diese These findet auf den ersten Blick viel Zuspruch und wirkt einleuchtend. Dem sei aber das Phänomen der Selbsttäuschung und der existenziellen Verwirrung entgegengesetzt (vgl. Pöltner 2002: S. 89ff). Zur Achtung fremder Autonomie gehört also die Berücksichtigung ihrer möglichen Einschränkung. Wichtig an dieser Stelle ist auch herauszufinden, welchen Einfluss die Krankheit und das Leiden auf die Autonomiefähigkeit der Betroffenen hat. Denn gerade in Situationen des absoluten Leidens und extremer Schwäche vollzieht sich noch einmal ein völliger Perspektivenwechsel. Kann also ein wohlüberlegter und freiwilliger Tötungswunsch aus dem Respekt der Autonomie zu einem Recht auf

aktive und individuelle Sterbehilfe werden? Wichtig ist es hier Autonomie von einem autonom geäußerten Wunsch zu differenzieren, denn Wünsche können aufgrund von Autonomie geäußert werden, fallen aber nicht zwingend identisch mit ihr zusammen. Der Respekt vor Patientenautonomie ist deshalb nicht deckungsgleich mit der Pflicht zur Erfüllung von autonom geäußerten Wünschen. Es geht vielmehr darum, die Voraussetzungen für die geäußerten Wünsche zu achten. Zudem gibt es keine freischwebende, anonyme Autonomie, sondern immer nur jemandes Autonomie. Wer Autonomie achten möchte, kann immer nur jemanden achten, also das Leben eines Menschen. Eine Tötung auf Verlangen wäre somit das genaue Gegenteil, nämlich die Zerstörung fremder Autonomie und somit die Selbstaufhebung der Achtung.

„Zur Respektierung eines fremden Gewissensentscheids gehört die Prüfung des Inhalts. Verbindlich ist nicht das fremde, sondern das eigene Gewissen.“

(Pöltner 2002: S. 266)

9.2. Tötung auf Verlangen - Gibt es ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben?

Mit der Auseinandersetzung der Patientenautonomie geht auch unumgänglich das Thema der Sterbehilfe einher. Ein weiteres Schlagwort, welches in dieser Diskussion kaum wegzudenken ist, ist „selbstbestimmtes Sterben“, welches eng in Verbindung mit der Tötung auf Verlangen steht. Zudem muss aufgezeigt werden, dass es verschiedene Arten von Selbstbestimmung in Bezug auf Sterbehilfe gibt.

„Selbstbestimmtes Sterben kann diejenige Art der Selbstbestimmung bezeichnen, durch die der Sterbevorgang beeinflusst und gestaltet wird, ohne den Tod anzustreben, oder aber die Entscheidungsmacht zur direkten Herbeiführung des eigenen Todes - sei es aus eigener Kraft oder unter Mithilfe Dritter.“

(Beckmann 2004: S. 205)

Es gibt drei Argumentationen, welche die Befürwortung einer Tötung auf Verlangen stützen. Zum einen wäre es die Respektierung des Wunsches des sterbewilligen Patienten bzw. der Patientin. Zum anderen die Unerträglichkeit des Leidens, welches ein Mensch verspürt und zuletzt das Recht auf den eigenen Tod und die moralische Irrelevanz in der Unterscheidung von Tun und Unterlassen. Dies bedeutet in weiterer Folge, dass sittliche Selbstbestimmung das Recht auf selbstbestimmtes Sterben impliziert, was bedeutet, dass über das Wann und Wie der Beendigung des eigenen

Lebens entschieden werden kann. Ein unwürdig oder als unwert empfundenenes Leben kann demzufolge beendet werden. Durch die Respektierung fremden Willens kann der bzw. die Todeswillige nicht daran gehindert werden sich freiwillig töten zu lassen. Aus dem Prinzip des Respekts vor der Autonomie entspringt das Recht, auf Verlangen getötet zu werden. Gesundheit wird oftmals als etwas Positives empfunden, Krankheit als etwas Negatives. Wenn für jemanden das eigene Leben aufgrund einer beispielsweise unheilbaren Krankheit als unwert empfunden wird, dann ist in diesem Fall die Tötung auf Verlangen eine Wohltat und kein Übel. Weiters argumentieren Befürworter der aktiven Sterbehilfe so, dass es zwischen Töten und Sterbenlassen keinen moralisch relevanten Unterschied gibt, weil das Resultat beide Male das gleiche ist, nämlich der Tod. Er wird nur einmal durch Tun und ein andermal durch Unterlassen herbeigeführt, doch in beiden Fällen ist er das Mittel zur Leidensminderung. Der Unterschied auf die Absicht die dahintersteckt sei zu wenig tragfähig, weil beides vorsätzlich geschieht. Es geht also in weiterer Folge darum, die ethische Frage einer grundsätzlichen Rechtmäßigkeit einer Tötung auf Verlangen zu klären. Denn dieses Verlangen ist eine Handlung, die nicht ohne physische Beihilfe eines Dritten möglich ist und da Handlungen immer eine individual-ethische als auch eine sozial-ethische Dimension haben, gilt es beide in gleicher Weise zu berücksichtigen. Was sind also die Argumente gegen die Tötung auf Verlangen?

Zu allererst muss geprüft werden, ob das, was faktisch vom Sterbewilligen ausgesprochen wird, auch deckungsgleich mit dem ist, was die Person zu verstehen geben will. Könnte der Todeswunsch denn nicht auch ein verschlüsselter Ruf nach mitmenschlicher Zuwendung sein? Das „Recht auf den eigenen Tod“ suggeriert einen moralischen Anspruch sich gegebenenfalls selbst zu töten oder getötet zu werden, sofern es sinnvollerweise einen moralischen Anspruch auf Getötetwerden überhaupt geben kann. Denn wer soll auf die Tötung eines anderen auf dessen Verlangen hin verpflichtet werden können. Gehört also zu einem menschenwürdigen Sterben das Getötetwerden auf Verlangen? Stirbt jemand unwürdig, wenn die verlangte Tötung verweigert wird? Dies kann nicht unmittelbar beantwortet werden, da das Recht auf einen menschenwürdigen Tod an das menschenrechtliche Würdeverständnis appelliert, zugleich aber auch einen instrumentalistischen Wertbegriff inkludiert und einen Dualismus hervorruft. Das Leben als solches wird nämlich in moralisch relevant und irrelevant aufgeteilt. Relevant ist das personale Leben des Menschen, irrelevant ist das biologische. Kuhse und Singer vertreten die Ansicht, dass das Leben solange nützlich ist, solange die erwünschten Zustände überwiegen.

Nehmen die unerwünschten Zustände überhand, gilt es als lebensunwert. Der Wert, welcher einem bestimmten Mensch hinzukommt, ist demzufolge nichts anderes als die Gesamtheit der persönlichen Wertschätzungen oder eigenen Bewertungen. Der einzelne Träger seines Lebens entscheidet über die subjektive Empfindung dieser Dinge. Liegt das Weiterleben nicht mehr im Interesse des Betroffenen bzw. der Betroffenen, sei eine Tötung in keinem Fall verwerflich, weil sie letztendlich seinem bzw. ihrem Interesse dient. Somit ist es auch egal, ob es eine Selbsttötung oder eine verlangte Tötung ist und infolgedessen kann auch bei der aktiven Sterbehilfe die Rede von Würde sein. Die erwünschte Tötung ist demzufolge auch Ausdruck der Achtung der Patientenautonomie. Es wäre eine gerechtfertigte Antwort auf einen Zustand der Würdelosigkeit. Doch diese Option versteht Würde als einen Lebenswert und setzt voraus, dass ein Mensch seine Würde grundsätzlich auch wieder verlieren könnte. Der Begriff des Lebenswerts deckt sich jedoch nicht mit dem menschenrechtlichen Würdebegriff, worauf später noch näher bei Kant eingegangen wird. Natürlich gibt es menschenunwürdige Zustände in die Menschen geraten können und unter denen sie auch leben müssen. Menschenunwürdig ist aber nicht die Existenz eines Menschen, sondern gegebenenfalls die Umstände, denn Unwürdigkeit bedeutet nicht Würdelosigkeit. Unwürdig können die Umstände des Sterbens sehr wohl sein, das Sterben selbst jedoch nicht.

„Menschenwürdig sterben kann nicht heißen, getötet werden. Die Würde eines Sterbenden achten heißt, sein Sterben achten. Würdig besagt: teilhaftig eines Sterbebeistandes. Menschenunwürdig stirbt nicht, wem die verlangte Tötung, sondern wem der Sterbebeistand in der Vielfalt seiner palliativ-medizinischen und mitmenschlichen Möglichkeiten verweigert wird. Lebensschutz ist in sich Strebeschutz [...].

Töten widerspricht dem Schutz, der dem Sterbenden gebührt.“

(Pöltner 2002: S. 271)

Aus dem resultiert sehr wohl ein Recht zu sterben und nicht um jeden Preis weiterleben zu müssen. Doch dieses Recht ist eines auf *Enden-lassen* und dazu gehört maximal die Erfüllung des Wunsches nach Therapieverzicht oder Behandlungsabbruch, was eben ein Zulassen des Sterbens bedeutet.

Neben diesen individual-ethischen Dimensionen sind auch die sozial-ethischen zu berücksichtigen. Welche Auswirkungen hätte eine institutionalisierte Tötung auf Verlangen und wie beeinflusst es das gesamte gesellschaftliche Zusammenleben? Dies kann wahrlich nicht eindeutig vorhergesagt werden. Das Argument, vorerst

einmal abzuwarten was passiert und vorerst zu schauen, ob die Befürchtungen überhaupt eintreten, würde den Menschen zu einem Experimentierobjekt machen. Gibt es handfeste Gründe für gewisse Befürchtungen, empfiehlt es sich definitiv davon zulassen. Durch den im vorherigen Kapitel näher erläuterten ärztlichen Ethos entsteht darüber hinaus eine Unvereinbarkeit einer Tötung auf Verlangen mit ihm. Ärzte und Ärztinnen haben den Auftrag zu heilen und wenn dies nicht mehr möglich ist gilt es die Schmerzen zu lindern. Eine Tötung hat zudem nichts mit der Wiederherstellung oder Erhaltung von Gesundheit zu tun. Das Fachwissen befähigt Ärztinnen und Ärzte zwar dazu einen schmerzlosen Tod herbeizuführen, aber nicht zu töten. Die Ärzteschaft würde ihr Können zu beliebigen Zwecken verkaufen und ärztliches Handeln würde in ein technisches Herstellen umgedeutet werden. Hinzukommt die Zerstörung der Vertrauensbasis des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Die Patientin bzw. der Patient muss ständig fürchten, dass der eigentliche Helfer zu einem Töter wird. Tritt Misstrauen an die Stelle von Vertrauen kann eine Situation von Not und Hilfe in keinem Fall menschengerecht bewältigt werden. Natürlich gibt es auch hier wieder ein Gegenargument, welches von Vertrauensstärkung spricht, wenn jemand wirklich sterben möchte und dazu auch einen rechtlichen Rückhalt hat. Dieser Hinweis auf Vertrauensmaximierung wirkt aber nur rein formal. Hinzu kommt eine Druckausübung vom Umfeld des Betroffenen bzw. der Betroffenen und der Gesellschaft. Es würde eine gewisse Erwartungshaltung erzeugen und unter dem Deckmantel des Mitleidsarguments können gesellschaftliche Nützlichkeit wie zum Beispiel ökonomischer Art entstehen. Außerdem geht es weniger darum ob ein Arzt oder eine Ärztin letztendlich tatsächlich tötet oder nicht, denn für die Erzeugung von Misstrauen genügt seine bzw. ihre grundsätzliche Bereitschaft. Würde der Selbstbestimmung höchste Verbindlichkeit für Dritte zugesprochen werden, würde es auch keinen Grund mehr geben, depressiven Menschen oder Lebensüberdrüssigen, die ja an sich keine Sterbenden sind, die verlangte Tötung zu verweigern. Somit wird klar, dass auch eine präzise Ausnahmeregelung nicht stand hält, sondern nur ein grundsätzlich strafrechtliches Verbot helfen kann. Selbstverständlich gibt es auch in diesem Bereich Extremfälle, in denen alle noch so ausgeklügelten und theoretischen Überlegungen zur Selbstbestimmung an ihre Grenzen stoßen und in der Praxis kaum echte Entscheidungshilfen sind. Doch diese Fälle sind dennoch Ausnahmen und können nicht als Maßstab zur normativen Behandlung des Problems gelten. Tragische Grenzfälle mit neuen Gesetzen beantworten zu wollen würde diese Fälle zum akzeptierten Bestand des Rechtes mit den Konsequenzen machen. Damit geht

eine Verschiebung der Maßstäbe einher und die Auflösung des strafrechtlichen Lebensschutzes wäre zu befürchten. Aus Extremfällen können prinzipiell keine Handlungsregeln abgeleitet werden. Es wird immer wieder zu tragischen Situationen und Konflikten kommen, bei denen am Ende die verlangte Tötung um jeden Preis steht. Doch diese dafür nötigen Handlungen können kein Teil des ärztlichen Ethos sein oder einer rechtlichen Regelung untergeordnet werden. Das strafrechtliche Verbot einer Tötung auf Verlangen mit allen dementsprechenden Sanktionen dient der Beförderung und Sicherung des Vertrauens zwischen Hilfsbedürftigen und Hilfeleistenden und hat den Sinn ein sterbewilliges Klima und das Abgleiten in eine Pseudonormalität zu verhindern (vgl. Pöltner 2002: S. 266ff).

An dieser Stelle angelangt, rückt auch die Beihilfe zum Suizid als mögliche Alternative zur Tötung auf Verlangen in das Zentrum der Diskussion. Doch dieses medizinisch assistierte Sterben ist äußerst problematisch, da ihre Mehrdeutigkeit die Grenzen zwischen Beihilfe zum Suizid, Tötung auf Verlangen und Sterbenlassen verwischt. Doch im Unterschied zur Tötung auf Verlangen wird bei der Suizidbeihilfe die Tötungshandlung vom Sterbe- bzw. Suizidwilligen selbst ausgeführt und nicht vom Helfenden. Der Helfende stellt lediglich das tödliche Mittel zur Verfügung. Doch auch hier können die Grenzen verschwimmen, wenn beispielsweise das tödliche Medikament wegen Gebrechlichkeit oder Bewegungsunfähigkeit in den Mund gegeben werden muss. Wer also Beihilfe leistet, akzeptiert den Suizid und bejaht die Motive und Gründe, welche die Betroffene bzw. den Betroffenen dazu gebracht haben. Wer das Mittel zur Verfügung stellt, trägt Mitverantwortung am Suizid, denn die Verantwortung beschränkt sich nicht nur auf die Beihilfe, sondern auch auf die voraussehbaren Folgen. Dennoch gibt es einen Unterschied wer diese Beihilfe leistet und in welcher Form dies geschieht. Das kann zum Beispiel ein bewusstes und regelmäßiges Verschreiben von Schmerzmitteln sein, welche bei zu hoher Dosierung in Zukunft einen Suizid ermöglichen. Es kann sich aber auch so vollziehen, dass eine Ärztin oder ein Arzt den Patienten oder die Patientin an einen selbst zu betätigenden Suizidapparat anschließt. Hier kann der oder die Betroffene durch Knopfdruck eine tödliche Injektion auslösen. So wie auch davor erwähnt, lässt sich auch diese Hilfeleistung nicht mit dem ärztlichen Ethos vereinen. Eine institutionalisierte Duldung ärztlicher Suizidbeihilfe würde zwar die Tatsache nicht ändern, dass sich der Suizid grundsätzlich einer gesetzlichen Regelung entzieht, könnte jedoch unerwünschte Auswirkungen auf gesellschaftliche Einstellungen haben. Ein suizidfreundliches Klima könnte eine Tötung auf Verlangen als zweckmäßiger erscheinen lassen.

Fuchs betrachtet dieses Prozedere aber außerhalb einer ärztlichen Standesethik und vertritt die Meinung, dass gewisse Grauzonen viel zu schnell in das Licht der Öffentlichkeit gerückt werden. Denn bei der Hilfe zur Selbsttötung kann sich auch ein letzter Liebesdienst zwischen zwei sehr vertrauten Menschen hervortun. In der Dunkelheit dieser Grauzone kann gerade die Helligkeit zwischen zwei Menschen liegen. Zu schnell versuchen wird laut Fuchs gewisse Grauzonen in gesetzliche Regelungen zu pressen. Ihm zufolge sollte die Verantwortung im Verborgenen bleiben, dort wo sie hingehört, nämlich zu der individuellen Gewissensentscheidung (vgl. Pöltner 2002: S. 278ff).

Schlussendlich soll den vorstehenden Überlegungen angeführt werden, dass es ein „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ gibt, welches sich aber darauf beschränkt, die eigene Sterbephase zu gestalten und gegebenenfalls bestimmte medizinische Maßnahmen am Lebensende nicht in Anspruch zu nehmen. Die entscheidende Grenze liegt deswegen nicht zwischen der Selbst- und Fremdtötung, sondern zwischen Sterbenlassen und Töten. Sterbenlassen ist eine mögliche und berechtigte Handlungsoption. Wer tötet steht hingegen außerhalb der Sphäre des Rechts, abgesehen von seltenen Ausnahmesituationen. Wer aus der Menschenwürde oder dem Selbstbestimmungsrecht ein Verfügungsrecht über das eigene Leben ableitet begibt sich auf einen gefährlichen Weg, welcher unschön enden kann. Die Rede von „selbstbestimmtem Sterben“ kann sich daher eigentlich nur auf die Beeinflussung der letzten Phase des Lebens beziehen, nicht aber auf eine Verfügung über das Leben selbst (vgl. Beckmann/Löhr/Schätzle 2004: S. 229ff). Die sozial-ethischen und individual-ethischen Gründe bedingen einander also. Im einzelnen betrachtet werden sie zu schwach sein, um einer Legalisierung von der Tötung auf Verlangen Widerstand zu leisten. Doch vergleicht man die Situation mit einem Seil, so können die einzelnen Fäden einem dermaßen großen Druck nicht stand halten, verbunden aber sehr wohl.

10. Zusammenfassung & Fazit

Am Ende dieser Arbeit wird klar ersichtlich, dass das Thema Sterbehilfe viele Emotionen hervorruft und äußerst kontrovers diskutiert wird. Die Entwicklungen der modernen Medizin haben trotz der vielen positiven Effekte auch neue Herausforderungen mit sich gebracht. Menschen, die noch vor einigen Jahrzehnten infolge ihrer Erkrankung gestorben wären, überleben heute. Doch die gewonnene Lebenszeit geht oft mit starken Einschränkungen einher, die zum Teil von den betroffenen Personen und deren Angehörigen als belastend empfunden werden. Dank der Intensivmedizin kann das Sterben zwar hinausgezögert werden, doch wo ursprünglich Heilung das Ziel war, tritt nun auch die Frage auf, ob, ab wann und wie das Sterben zugelassen werden soll. Mit dem dadurch entstandenen Wertpluralismus werden die Forderungen nach einem gesellschaftlichen Konsens und nach einer eindeutigen Orientierungshilfe immer lauter.

Durch die gesetzlichen Regelungen gibt es diesbezüglich zwar eine gewisse Verdeutlichung der Leitlinien und im weiteren Sinn einen Rechtsfrieden, dennoch existieren viele ethische Probleme. Angefangen damit, ob es ein Recht auf einen „selbstbestimmten“ Tod geben kann, was Würde auszeichnet, wodurch das menschliche Leben seinen Wert erlangt und ob die Autonomie einzelner mitunter zu Gunsten des Schutzes aller verletzt werden darf. Das Altern, Krankheit und die damit verbundenen körperlichen Veränderungen, das Angewiesensein auf die Hilfe anderer, das Sterben an sich, Abschiednehmen und Verlust, sind oft schmerzhafteste Bestandteile des Lebens, die außergewöhnliche Maßnahmen erfordern.

Es stehen also nach wie vor viele offene Fragen im Raum, die, wenn überhaupt, nur fragmentarisch beantwortet werden können und wahrscheinlich auch keine abschließenden Antworten finden, da sie sich im Wandel der Zeit stetig verändern werden. Sie führen mitunter in eine Aporie. Fest steht jedoch, dass Sterben nicht normierbar und jeder Tod einzigartig und individuell ist. Somit liegt es in der Natur der Sache, dass es keine zufriedenstellende Lösung für alle geben kann. Dennoch sollte die Basis der Diskussion Humanität, Nächstenliebe, Solidarität und Toleranz sein. Denn auf allen zusammenhängenden Ebenen des Lebens, egal ob auf biologischer, philosophischer, theologischer oder juristischer, gibt es keine absolute Wahrheit, sondern nur ein subjektives Empfinden und emotionale Bekenntnisse.

Aber genau deswegen sollte die gesamte Debatte stets kritisch beobachtet und mit besonderer Aufmerksamkeit betrachtet werden.

Durch die Palliativmedizin und -pflege gibt es mittlerweile erfolgreiche Konzepte und Mittel, um belastende Symptome weitgehend zu kontrollieren. Darüber hinaus unterstützt sie Angehörige, wo Hilfe benötigt wird. Somit könnte sie zu einer neuen Sterbekultur beitragen, dass die letzte Lebensphase nicht zwangsläufig von medizinischer Routine fremdbestimmt erlebt werden muss, sondern Raum für individuelles Gestalten und Durchleben lässt. Am Ende des Lebens soll jedoch in keinem Fall ein Urteil stehen.

Und genau deswegen ist es so schwierig eine eindeutige Antwort auf all die Fragen zu geben, da wie bereits angeführt, jedes Leben und somit auch jeder Sterbeprozess und Tod äußerst individuell ist. Doch jeder dahingehende Wunsch, der autonom und bedacht geäußert wird, ist unbedingt mit Respekt zu behandeln und ernst zu nehmen. Im Entstehungsprozess dieser Arbeit habe ich meine Meinung oft geändert, ob die aktive Sterbehilfe legalisiert werden soll oder nicht. Durch viele in der Literaturrecherche entdeckte Einzelfälle kamen meine Ansichten immer wieder ins Schwanken. Letztendlich bin ich aber zu dem Entschluss gekommen, dass die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe dem Öffnen der Büchse der Pandora gleicht. Mit dem offiziellen und legalen Töten auf Verlangen kommen nicht nur Ärzte und Ärztinnen sondern vor allem Betroffene und deren Angehörige in ein Dilemma, das letztendlich nur mit Humanität beantwortet werden kann, welche sich mit jeder Art von Tötung widerspricht. Eine solidarische und fachliche Begleitung von sterbenden Menschen gehört definitiv zu den wichtigen und großen Herausforderungen unserer Zeit. Fest steht, dass sich niemand aus Angst vor Einsamkeit, Isolation oder gar unwürdiger Behandlung einen schnellen Tod herbeisehnen sollte.

11. Schlussworte

Stufen

*„Wie jede Blüte welkt und jede Jugend
Dem Alter weicht, blüht jede Lebensstufe,
Blüht jede Weisheit auch und jede Tugend
Zu ihrer Zeit und darf nicht ewig dauern.
Es muß das Herz bei jedem Lebensrufe
Bereit zum Abschied sein und Neubeginne,
Um sich in Tapferkeit und ohne Trauern
In andre, neue Bindungen zu geben.
Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,
Der uns beschützt und der uns hilft, zu leben.*

*Wir sollen heiter Raum um Raum durchschreiten,
An keinem wie an einer Heimat hängen,
Der Weltgeist will nicht fesseln uns und engen,
Er will uns Stuf' um Stufe heben, weiten.
Kaum sind wir heimisch einem Lebenskreise
Und traulich eingewohnt, so droht Erschlaffen,
Nur wer bereit zu Aufbruch ist und Reise,
Mag lähmender Gewöhnung sich entrafen.*

*Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde
Uns neuen Räumen jung entgegen senden,
Des Lebens Ruf an uns wird niemals enden ...
Wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde!“*

(Hesse 1972: S. 187)

Hermann Hesse

Ich möchte meine Arbeit mit dem Gedicht „Stufen“ abschließen. Aus dem einen Grund, weil kaum ein anderes lyrisches Werk alle Stufen des Lebens, die sinnbildlich für die Höhen und Tiefen eines jeden Lebensweges stehen, so gut beschreibt, wie jenes von Hermann Hesse. Außerdem gefällt mir der positive Zugang, der sich in jedem Vers verbirgt. Ein lebensbejahendes Gedicht, das unser menschliches Dasein in all seinen Facetten erfasst und zeigt, dass Leid und Glück ganz nahe beisammen liegen und dass das Leben im Angesicht des Todes noch einmal eine ganz andere Dimension annimmt.

Passend zu den vorliegenden Fragen dieser Diplomarbeit schließt sich mit diesem Gedicht für mich der Kreis, denn es zeigt, dass jede Lebensstufe zeitlich begrenzt ist und zu ihrer jeweiligen Zeit blüht. Der Mensch soll sich also bei jedem Ruf des Lebens mit Tapfer- und Heiterkeit, sowie ohne Trauer von seinem alten Lebensstadium verabschieden und einen Neubeginn wagen. Zusätzlich gilt es, sich an keine Lebensstufe zu klammern, da der, wie Hesse es beschreibt „Weltgeist“ für ihn keine Einengung, sondern eine Ausweitung von Stufe zu Stufe vorsieht. Dieser Stufenprozess ist nicht zwangsläufig mit dem Tod abgeschlossen, denn das Leben ruft fortwährend. Somit soll der Mensch den Tod als eine Art Genesung oder nächsten Schritt betrachten, denn letztlich ist auch er nur der Abschied von einer Lebensstufe und eröffnet den Weg zu einer neuen.

12. Bibliographie

12.1. Literatur

Beckmann, Rainer; Löhr, Mechthild; Schätzle, Julia (Hrsg.): *Sterben in Würde. Beiträge zu Debatte über Sterbehilfe*. Krefeld: Sinus Verlag 2004.

Frewer, Andreas; Winau, Rolf (Hrsg.): *Grundkurs Ethik in der Medizin in vier Bänden. Ethische Kontroversen am Ende des menschlichen Lebens*. Band 4. Erlangen/ Jena: Palm und Enke Verlag 2002.

Ganten, Detlev; Gerhardt, Volker; Heiling, Jan-Christoph; Nida-Rümelin, Julian (Hrsg.): *Was ist der Mensch?* Berlin: Walter de Gruyter 2008.

Gerhardt, Volker: *Selbstbestimmung. Das Prinzip der Individualität*. Stuttgart: Reclam 1999.

Grewel, Hans: *Lizenz zum Töten. Der Preis des technischen Fortschritts in der Medizin*. Stuttgart: Klett-Cotta 2002.

Hepp, Hermann (Hrsg.): *Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben!* Düsseldorf: Patmos Verlag 1992.

Hesse, Hermann: *Stufen. Ausgewählte Gedichte*. Baden-Baden: Suhrkamp Verlag 1972.

Kant, Immanuel: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Berlin/New York: Akademie-Ausgabe, Band IV 1907/14a.

Kant, Immanuel: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Berlin: Akademie-Ausgabe, Band IV 1968 [1785], S. 385-464.

Knoepffler, Nikolaus; Kunzmann, Peter; O'Malley, Martin (Hrsg.): *Facetten der Menschenwürde*. Freiburg: Verlag Karl Alber 2011.

Marschütz, Gerhard: *Theologisch ethisch nachdenken. Band 1: Grundlagen*. Würzburg: Echter Verlag 2009.

Marschütz, Gerhard: *Theologisch ethisch nachdenken. Band 2: Handlungsfelder*. Würzburg: Echter Verlag 2011.

Müller-Busch, H. Christof: *Abschied braucht Zeit. Palliativmedizin und Ethik des Sterbens*. Berlin: Suhrkamp 2012.

Peintinger, Michael: *Ethische Grundfragen in der Medizin*. Wien: Facultas Verlag 2008.

Pieper, Annemarie: *Einführung in die Ethik*. Tübingen: A. Francke Verlag 2003.

Plessner, Helmuth: *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie*. Berlin: Walter de Gruyter 1965.

Plessner, Helmuth: *Mit anderen Augen. Aspekte einer philosophischen Anthropologie*. Stuttgart: Reclam Verlag 1982.

Pöltner, Günther: *Grundkurs Medizin-Ethik*. Wien: Facultas Verlag 2002.

Sass, Hans-Martin; Kielstein, Rita: *Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht*. Münster: LIT-Verlag 2001.

Schaber, Peter: *Menschenwürde*. Stuttgart: Reclam 2012.

Wasinger, Romana. *Leben im Sterben. Liebevolle Begleitung in der letzten Lebensphase*. Wien: Styria Premium 2011.

Wasner, Maria; Pankhofer, Sabine (Hrsg.): *Soziale Arbeit in Palliativ Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer 2014.

Woellert, Katharina; Schmiedebach, Heinz-Peter: *Sterbehilfe*. München: Ernst Reinhard Verlag 2008.

Wiesing, Urban (Hrsg.): *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. Stuttgart: Reclam 2000.

Jens, Walter; Küng, Hans: *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. München: Piper Verlag 2009.

Quante, Michael: *Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag 2002.

12.2. Internetquellen

Online Duden:

URL 1: <https://www.duden.de/rechtschreibung/toeten>) (zuletzt eingesehen am 3.3.2018)

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948:

URL 2: <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf> (zuletzt eingesehen am 9.4.2018)

13. Abstract

Ich setze mich in dieser Arbeit mit dem Thema der Sterbehilfe und den damit verbundenen ethischen Problemfeldern auseinander. Es handelt sich dabei um einen großen Themenkomplex, der sich über viele unterschiedliche Fachgebiete erstreckt. Der Schwerpunkt der Auseinandersetzung liegt aber in diesem Fall auf der moral-philosophischen Ebene. In diesem Zusammenhang sollen zu allererst allgemeine Grundbegriffe rund um das Themenfeld der Sterbehilfe und der Palliativmedizin geklärt werden, um in weiterer Folge die Pro- und Kontrapunkte zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ausführlich behandeln zu können. Wesentlicher Bestandteil dieser Arbeit ist auch den Begriff der Autonomie, vor allem in Bezug auf Patientinnen und Patienten, und jenen der Menschenwürde genauer zu erläutern. Damit eng verbunden sind die Fragen, wer das Recht hat, über Leben und Tod zu entscheiden, ob das Recht zu Leben zu einer Pflicht werden kann, ob ein selbstbestimmtes Leben einen selbstbestimmten Tod impliziert und wie autonom der Mensch im Angesicht des Todes oder einer schweren Krankheit entscheiden kann, soll oder darf? Es geht also um Fragen nach dem Wesen des Menschen und seinem Bezug zum Umfeld. Ziel dieser Arbeit soll sein, eine Antwort auf die Frage, was der Mensch ist, zu erhalten und diese im Zusammenhang mit Sterbehilfe und in Bezug auf den Tod spezifisch zu beantworten.

Zur Bearbeitung des Themas dieser Diplomarbeit wird eine vergleichend literaturwissenschaftliche Methode bevorzugt.

14. Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name:	Johanna Christiane Graf
Geburtsort:	Krems an der Donau, Niederösterreich
Geburtsdatum:	26.08.1990
Staatszugehörigkeit:	Österreich
E-Mail Adresse:	johanna.graf@winzerin.at

Ausbildung:

Seit 2011	Lehramtsstudium an der Universität Wien Unterrichtsfächer: Deutsche Philologie, Philosophie und Psychologie
2010	Reife- und Diplomprüfung (Matura) an der Höheren Bundeslehranstalt für Tourismus in Krems
2005 - 2010	Höhere Bundeslehranstalt für Tourismus Krems
2001 - 2005	Katholische Privathauptschule der Englischen Fräulein Krems
1997 - 2001	Volksschule Stratzing / Droß

Zusätzliches:

Wintersemester 2016/2017	Erasmusaufenthalt an der Ludwig-Maximilian Universität München
-----------------------------	---