

<i>Gunnar Duttge</i>	Lebensschutz und Selbstbestimmung am Lebensende, S. 30
<i>Ulrich Eibach</i>	Aktive Euthanasie und Beihilfe zur Selbsttötung: Ein Menschenrecht? S. 38
<i>Bernward Büchner</i>	Zwanzig Jahre JVL – Abtreibung damals und heute, S. 48
<i>Dokumentation</i>	Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbegleitung, S. 57

- Editorial**
- 29 Sterbehilfe
- Thema**
- Prof. Dr. Gunnar Duttge, München*
- 30 Lebensschutz und Selbstbestimmung am Lebensende
- Prof. Dr. Ulrich Eibach, Bonn*
- 38 Aktive Euthanasie und Beihilfe zur Selbsttötung: Ein Menschenrecht?
- Beitrag**
- Vors. Richter am VG a. D.  
Bernward Büchner, Freiburg*
- 48 Zwanzig Jahre JVL – Abtreibung damals und heute
- Rezensionen**
- 53 Bioethische Entscheidungen
- 53 Entwicklungsbiologie
- 54 Der Embryo als Mensch
- 55 Neue Gen-Welt
- Umschau**
- 55 Patientenverfügung
- 56 Erosion der Menschenwürde?
- Dokumentation**
- 57 Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung
- Aus der JVL**
- 59 Herbert Tröndle Ehrenvorsitzender der JVL
- 59 Christian Hillgruber neuer stellv. Vorsitzender
- 59 Pressestimmen zum Symposium der JVL 7.05.2004
- IV **Trends**

## impresum

**Zeitschrift für Lebensrecht (ZfL)**  
ISSN 0944-4521

### Redaktion

Rainer Beckmann, (verantwortlich), Richter am AG, Würzburg (rb), Dr. Ruth Reimann, Richterin am Landgericht, Leichlingen (rei), Knut Wiebe, Richter am Landgericht, Köln (kw)

### Anschrift der Redaktion

Weißdornweg 1  
97084 Würzburg  
eMail: zfl@juristen-vereinigung-lebensrecht.de  
Telefon: 09 31 / 35 99 490

### Herausgeber

Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V.  
Postfach 50 13 30, D-50973 Köln  
Telefon: 0221/13 44 78  
Telefax: 0221/2 22 59 57

www.juristen-vereinigung-lebensrecht.de  
eMail: info@juristen-vereinigung-lebensrecht.de

### Vorstand der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V.

Bernward Büchner, Vors. Richter am VG a. D., Freiburg i. Br.; Prof. Dr. Christian Hillgruber, Bonn; Rainer Beckmann, Richter am AG, Würzburg; Dr. Werner Esser, Notar a.D., Köln; Erika Nagel, Richterin am AG, Brühl

### Satz & Layout

Rehder & Partner Medienagentur, Aachen

### Druck

Luthe Druck und Medienservice, Köln

### Abonnement

Die ZfL erscheint viermal jährlich. Das Jahresabonnement beträgt 18 Euro inkl. Versand (Studenten zahlen 12 Euro).

Zahlungen erfolgen über die Dresdner Bank Köln, BLZ 370 800 40, Konto-Nr. 4 769 600. Bestellungen an den Herausgeber erbeten.

### Hinweis

Die ZfL ist urheberrechtlich geschützt. Namentlich gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Ansicht des Herausgebers wieder. Die Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. ist interdisziplinär und nur dem Recht verpflichtet. Sie ist als gemeinnützig anerkannt.

### Leserbriefe und Manuskripte ...

sind jederzeit willkommen und werden an die Anschrift der Redaktion erbeten.

Herausgeber: Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. (Köln)

## Herausgeberbeirat

Prof. Dr. med. Hermann Hepp, München

Prof. Dr. iur. Christian Hillgruber, Bonn

Prof. Dr. iur. Eike von Hippel, Hamburg

Prof. Dr. phil. Rupert Hofmann, Regensburg

Prof. Dr. iur. Winfried Kluth, Halle

Prof. Dr. iur. Karl Lackner, Heidelberg

Prof. Dr. iur. Winrich Langer, Marburg

Prof. Dr. iur. Joseph Listl, Bonn

Prof. Dr. iur. Dr. h.c. Harro Otto, Bayreuth

Prof. Dr. med. Johannes Pechstein, Mainz

Prof. Dr. theol. Anton Rauscher, Augsburg

Prof. Dr. iur. Wolfgang Rüfner, Köln

Prof. Dr. med. Traute Schroeder-Kurth, Eibelstadt

Prof. Dr. phil. Manfred Spieker, Osnabrück

Prof. Dr. iur. Herbert Tröndle, Waldshut-Tiengen

Prof. Dr. iur. Ralph Weber, Rostock

Prof. Dr. phil. Paul-Ludwig Weinacht, Würzburg

Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen

## Sterbehilfe

Nach langer Zeit relativer Ruhe kommt langsam aber stetig die Diskussion über die Sterbehilfe wieder in Gang. Die Anzeichen, dass es über kurz oder lang zu konkreten politischen Initiativen kommen wird, mehren sich:

- Der SPD-Abgeordnete Rolf Stöckel hat Ende April 2004 einen Antrag zur „Autonomie am Lebensende“ mit vergleichsweise harmlosen Forderungen formuliert, um offenbar die politische Großwetterlage zu testen.

- Anfang Mai sind die neuen Richtlinien zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer veröffentlicht worden (S. 57).

- In einer Stellungnahme hat sich die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz für eine Lockerung des Verbots der Tötung auf Verlangen „in Ausnahmefällen“ ausgesprochen.

- Die von der Bundesjustizministerin eingesetzte Arbeitsgruppe zu Fragen der Sterbehilfe will im Juni ihre Ergebnisse vorstellen.

- Schließlich ist Mitte Juli mit einem Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages zum Thema „Patientenverfügungen“ zu rechnen.

Auch die Juristen-Vereinigung Lebensrecht hat sich in einem Symposium zum 20. Jahrestag ihrer Gründung am 7. Mai 2004 (s. dazu den Beitrag von *Büchner*, S. 48) diesem Thema gewidmet. Zwei Beiträge hierzu finden sie in dieser Ausgabe (*Duttge*, S. 30; *Eibach*, S. 38).

Als allgemeiner Trend in der gesellschaftspolitischen und juristischen Diskussion ist festzustellen, dass die Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten immer stärker in den Vordergrund rückt. Das ist vom Ausgangspunkt her zu begrüßen. Während früher in Ärztekreisen ein vorwiegend paternalistisches Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung anzutreffen war, hat sich zunehmend die Erkenntnis durchgesetzt, dass der Wille des Patienten für Art und Umfang der Behandlung maßgebend ist. Gegen seinen erklärten

Willen darf eine Behandlung nicht durchgeführt werden. Dies gilt auch und gerade für die letzte Phase des Lebens.

Allerdings droht mittlerweile die Gefahr, dass das Kind mit dem Bade ausgeschüttet wird. So richtig es aus rechtlicher Perspektive ist, dass Patienten für den Fall der nicht mehr gegebenen Entscheidungsfähigkeit im voraus verfügen können, welche medizinischen Maßnahmen sie nicht wünschen, so notwendig ist es auch, vor einer übertriebenen „Behandlungsphobie“ zu warnen. Aus Angst vor Übertherapie am Lebensende (Magensonde, „Dahinvegetieren an Schläuchen“ ...) werden in vielen Patientenverfügungen alle möglichen Maßnahmen – oft genug ohne ausführliche ärztliche und juristische Beratung – im vorhinein abgelehnt. Patientenverfügungen wächst offenbar immer stärker die Aufgabe zu, eine vermeintlich überbordende seelenlose „Apparatedizin“ in die Schranken zu weisen.

Das kann aber nicht ernsthaft der Weg zur Sicherstellung eines menschwürdigen Sterbens in unserer Gesellschaft sein. Nicht jeder kann und muss eine Patientenverfügung verfassen. Auch jene Menschen, die sich nicht über hypothetische Entscheidungsfälle am Lebensende den Kopf zerbrechen und sich langfristig vorher schriftlich festlegen wollen, haben das Recht auf einen menschenwürdigen Tod.

Es bleibt also eine vorrangige Aufgabe, durch stärkere Förderung der Palliativmedizin und ein flächendeckendes Angebot an Hospizbetreuung menschliche Begleitung und Hilfe zu organisieren, damit der Wunsch nach einem schnellen und leidfreien Tod nicht einen „Patientenverfügungs-Boom“ auslöst, der unfreiwillig das verwirklicht, was sich so mancher Gesundheitspolitiker vielleicht angesichts knapper Kassen insgeheim wünscht: ein möglichst häufiges „sozialverträgliches Frühableben“.

Rainer Beckmann

Prof. Dr. Gunnar Duttge, München

## Lebensschutz und Selbstbestimmung am Lebensende<sup>1</sup>

### I. Die Sterbehilfedebatte vor dem Rubikon

An aktuellen Anlässen, uns mit dem Schutz des individuellen menschlichen Lebens in der Spätphase menschlichen Existenz auseinanderzusetzen, fehlt es augenblicklich sicher nicht: So finden sich in der Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes vom 7. Mai 2004 die neu gefassten „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ abgedruckt, die sich entgegen dahingehenden Erklärungen<sup>2</sup> nicht auf eine nur „redaktionelle Überarbeitung“ beschränken, sondern den bereits (mit den Grundsätzen aus dem Jahre 1998) eingeläuteten Paradigmenwechsel fortschreiben, wie er schon in der Präambel unmissverständlich zum Ausdruck kommt: „Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht ... *nicht unter allen Umständen*. Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren *nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten* sein können“<sup>3</sup>. Erst in der vorangehenden Woche konnte die Parlamentarische Versammlung des Europarates die Annahme eines Berichtes verhindern, der die Entkriminalisierung der sog. „Euthanasie“ in Anlehnung an das holländische und belgische Modell jedenfalls nahelegte.<sup>4</sup> Wir erinnern uns: Gerade einmal fünf Jahre liegt es zurück, dass diese Parlamentarische Versammlung noch großen Wert auf die Feststellung legte, der „von einem unheilbar Kranken ... ausgedrückte Wunsch zu sterben ... (könne) niemals die juristische Grundlage für seinen Tod aus den Händen Dritter bilden“<sup>5</sup>.

Das scheint jedoch auch unter Mitgliedern des Deutschen Bundestages offenbar keine jedem Zweifel entthobene Überzeugung mehr zu sein, glaubt man den Berichten über einen in den letzten Wochen durch die Medien irrlichternden Entwurf eines „Gesetzes zur Autonomie am Lebensende“, dessen Verfasser bekanntlich einem Verband vorsteht, der in seinen „Eckpunkten zur gesetzlichen Regelung von Patientenrechten“ u. a. auch die Forderung nach Ausnahmeregelungen vom Straftatbestand der aktiven Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) erhebt.<sup>6</sup> Selbst wenn es aber zutreffen sollte, dass in Wahrheit „nur“ – jedenfalls vorerst – die „passive Sterbehilfe“ auf der Agenda der „Modernisierer“ steht, also der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen insbesondere bei (vorgeblich) fehlender Heilungsaussicht und mutmaßlichem Willen des Patienten zu sterben, so sind die gedanklichen Verbindungslinien zwischen den phänomenologisch sehr wohl trennbaren<sup>7</sup> Bereichen lebensverkürzender Vorgänge nicht zu übersehen und drängt sich eine dahingehende Konvergenz insbesonde-

re dann auf, wenn unter Berufung auf die Selbstbestimmung des Menschen einer „Patientenverfügung“ rechtliche Bindungswirkung zuerkannt wird, wie dies im vergangenen Jahr der Bundesgerichtshof in Zivilsachen erstmals höchstrichterlich postuliert hat,<sup>8</sup> und wie dies wohl auch die von der Bundesjustizministerin eingesetzte Kommission zur „Patientenautonomie am Lebensende“ demnächst empfehlen dürfte.<sup>9</sup> Schließlich gehört ihr Vorsitzender, der frühere Bundesrichter *Klaus Kutzer*, einer interdisziplinären Arbeitsgruppe der Göttinger „Akademie für Ethik in der Medizin“ an, die bereits vor Monaten eine weitreichende gesetzliche Freistellung der passiven Sterbehilfe für Fälle gefordert hat, bei denen „eine denkbare oder „angebotene Behandlung“ ... medizinisch nicht mehr indiziert oder sinnvoll erscheint“.<sup>10</sup> Es drängt sich unwillkürlich die Frage auf: Was hat das „ärztliche Behandlungsangebot“ mit der aus dem geplanten Gesetz doch angeblich gestärkt hervorgehenden Patientenautonomie zu tun? Die innere Unruhe wächst, nimmt man mit Erstaunen zur Kenntnis, was Frau *Dr. Hahne*, die Vorsitzende des zuständigen Zivilsenats (der die Bindungswirkung der „Patientenverfügungen“ nunmehr anerkennt) zur Erläuterung dieser Entscheidung in einem Vortrag vor dem Nationalen Ethikrat ausgeführt hat: „Oberster Leitgedanke ... (müsse) das *Wohl* des Betroffenen sein. Dieses Wohl ...

- 1 Überarbeitete Fassung eines Vortrages auf dem JVL-Symposium „Der Schutz des Menschen am Beginn und am Ende seines Lebens“ am 7. Mai 2004 in Köln.
- 2 So insbesondere der Vorsitzende des Ausschusses für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer *Beleites* in seinem „Statement“ v. 4.5.2004, vgl. näher <http://www.bundesaeztekammer.de/30/Ethik/50Sterben/50SterbebegleitungBeleites.html>.
- 3 Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 2004, in: DÄBl. 2004, Heft 19 v. 7.5.2004, vgl. auch: <http://www.bundesaeztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/Sterbebegleitung2004/index.html>.
- 4 Vgl. *Marty*, Report „Euthanasia“ v. 10.9.2003, Document 9898, Ziff. 62: „...decriminalising euthanasia...“, abrufbar unter: <http://assembly.coe.int//Documents/WorkingDocs/doc03/EDOC9898.htm>.
- 5 Siehe *Ärztzeitung Online* v. 29.06.1999; hierauf hat verdienstlich bereits *Geyer* hingewiesen, vgl. in: F.A.Z. v. 27.04.2004, S. 33.
- 6 *Humanistischer Verband Deutschlands* (HDV), Eckpunkte v. 20.9.2003, Ziff. 7.
- 7 Dazu etwa *Duttge*, GA 2001, 158, 173 ff.
- 8 Vgl. BGH NJW 2003, 1588 ff.
- 9 Die Vorschläge der Kommission sollen Ende Juni vorgestellt werden, vgl. *Berliner Zeitung* v. 19.05.2004.
- 10 *Strätling/Kutzer u.a.*, MedR 2003, 483, 484 (Anliegen 1).

(gebiete) zwar lebenserhaltende Maßnahmen, soweit sie ärztlich als sinnvoll angesehen werden, *weil dadurch Heil- und Besserungschancen bestehen*. Aber es ... (gebiete) nicht ... die künstliche Aufrechterhaltung bloßer vegetativer Lebensfunktionen, *ohne dass damit eine greifbare Chance zur Wiedererweckung der menschlichen Persönlichkeit und damit eines menschenwürdigen Daseins besteht*<sup>11</sup>. Mit anderen Worten: Es ist nicht etwa nur die verstärkte Akzentuierung des Selbstbestimmungsrechts im Bereich der passiven Sterbehilfe, die das kategorische Verbot des § 216 StGB in Frage stellt wegen des dort ja vorausgesetzten „ausdrücklichen und ernstlichen Todesverlangens“; unter dem Deckmantel der „Patientenautonomie“ gewinnt immer unverhüllt ein diffuses Konstrukt des „objektiven Patienteninteresses“<sup>12</sup> Eingang in die Bewertung, das schon bei der passiven Sterbehilfe die Alarmglocken schrillen lässt, das aber noch schlimmer unabsehbare Weiterungen für die aktive Sterbehilfe nach sich zöge auf der Grundlage der „modernen“ Abweisung<sup>13</sup> einer zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe verlaufenden fundamentalen Trennlinie, wenn wir nur an alte und pflegebedürftige Menschen in Altersheimen denken – und dies vielleicht auch noch vor dem Hintergrund der ökonomischen Verhältnisse und Perspektiven in der Gesundheitsversorgung.<sup>14</sup>

Diese „Einstimmung“ dient mir gleichsam als Hintergrundbild, um im Folgenden ein Gegenkonzept vorzustellen, das sein besonderes Augenmerk vor allem darauf richten wird, dass derartige Möglichkeiten einer *externen* Bewertung fremden Lebens – zwischen „lebenswert“ und „lebensunwert“<sup>15</sup> – unter keinen Umständen Raum gewinnen, was allerdings zur Folge hat, dass der Gedanke der die Subjektstellung des Menschen erst begründende „Selbstbestimmung“ – freilich ein aufgeklärtes, kein naives Verständnis von Selbstbestimmung – zwangsläufig erhebliche Bedeutung erlangen wird. Dass dies aber nicht – wie für gewöhnlich angenommen – unausweichlich zur „Freigabe“ lebensverkürzender Maßnahmen führt, und zwar schon nicht bei der passiven, aber auch nicht bei der aktiv-direkten Sterbehilfe, das soll im Folgenden veranschaulicht werden. Dazu bedarf es allerdings vorweg einer knappen rechtsphilosophischen Grundlegung, damit überhaupt verständlich wird, von welchen Grundannahmen ausgegangen und sodann Stellung bezogen wird – sowohl zur Tötung auf Verlangen wie auch zum ärztlichen Behandlungsabbruch. Mit der Perspektive der Rechtsphilosophie verbinde ich dabei einen den Bezug zum geltenden Recht wahrenenden, die vorfindlichen Wertentscheidungen und Grenzmarkierungen freilich in kritischer Absicht auf der Suche nach dem „Richtigen“ transzendierenden Blickwinkel, wobei der verfassungsrechtlichen Rahmenordnung als einer in Form gegossenen Rechtsphilosophie zwar keine ausschließliche, sehr wohl aber erhebliche Relevanz zukommt.

## II. Diesseits und jenseits des Rubikons

### 1. Zur Freiheit der Selbsttötung

Ausgangspunkt unserer Überlegungen muss die Frage sein, ob es dem ohne sein Zutun in die Welt „geworfenen“ Menschen als Individuum überhaupt „erlaubt“ ist, über das *eigene* Leben frei zu verfügen – und zwar nicht nur hinsichtlich seiner inhaltlichen Ausgestaltung („Wie soll ich leben“?), sondern auch mit Blick auf das „Ob“, also bzgl. Fortdauer oder Aufgabe des Lebens. Denn wenn sich schon insoweit begründete Vorbehalte formulieren lassen, wie sollte dann noch gerechtfertigt werden können, das Leben *eines anderen* zu beenden oder daran wenigstens mitzuwirken. Dass die Bedenken und Einsprüche gegen eine Entkriminalisierung der Sterbehilfe zu einem gewichtigen Teil noch immer durch eine zumindest ambivalente, häufig sogar eindeutig missbilligende Haltung zum Suizid bedingt sind, wird schlaglichtartig deutlich, wenn etwa der Bundesgerichtshof in Strafsachen noch im Jahre 2001 wie selbstverständlich erklärt, die Rechtsordnung werte eine Selbsttötung als „rechtswidrig“ ungeachtet der Straflösigkeit selbst hieran bloß teilnehmender Personen,<sup>16</sup> und zum Beleg auf ein Präjudiz aus dem Jahre 1954 verweist, in dem es nicht weniger apodiktisch heißt: Es ist das „Sittengesetz“, das „jeden Selbstmord – von äußersten Ausnahmefällen vielleicht abgesehen – streng missbilligt, da niemand selbstherrlich über sein eigenes Leben verfügen und sich den Tod geben darf“<sup>17</sup>.

Versuche einer solcherart „naturrechtlichen“ Verurteilung des Freitodes haben in der Philosophiegeschichte bekanntlich eine lange Tradition.<sup>18</sup> Sie müssen freilich spätestens seit *Humes* nachdrücklichem Plädoyer für die „Wiedereinsetzung“ des Menschen in seine „angeborene Freiheit“<sup>19</sup> als widerlegt angesehen werden. Das gilt insbesondere für die noch immer begegnende „Ge-

11 *Hahne*, in: Nationaler Ethikrat, Wortprotokoll v. 11.6.2003, S. 6 (abrufbar: [http://www.nationalerethikrat.de/veranstaltungen/forum\\_bioethik.html](http://www.nationalerethikrat.de/veranstaltungen/forum_bioethik.html)).

12 *Hahne* (Fn. 11).

13 Siehe etwa *Hoerster*, Sterbehilfe im säkularen Staat, 1998, S. 60.

14 Berechtigte Kritik an der mittlerweile vorherrschenden „Dominanz der Ökonomie im Gesundheitswesen“ hat kürzlich der 107. Deutsche Ärztetag formuliert, vgl. Beschlussprotokoll v. 18.-21.5.2004, Ziff. I, S. 1 ff. ([http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/107\\_DAET/03Beschluss/Beschluesse107.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/107_DAET/03Beschluss/Beschluesse107.pdf)).

15 Zur Forderung einer „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ noch immer „lehrreich“ die gleichnamige Schrift von *Binding/Hoche*, 1920.

16 BGH NStZ 2001, 324, 326 m. abl. Anm. *Duttge*, NStZ 2001, 546 ff.

17 BGHSt 6, 147, 153.

18 Dazu die lesenswerte Monographie von *Decher*, Die Signatur der Freiheit. Ethik des Selbstmordes in der abendländischen Philosophie, 1999 (Bespr. *Duttge*, GA 2003, 179 ff.).

19 Vgl. *Hume*, Über Selbstmord, in: Die Naturgeschichte der Religion, hrsg. von Lothar Kreimendahl, 1984, S. 89 ff.

schenk“-Metapher, wonach also – mit den Worten der päpstlichen Kongregation für die Glaubenslehre<sup>20</sup> – das Leben des Menschen ein „Geschenk der Liebe Gottes“ sei, so dass die Selbsttötung eine „Zurückweisung der Oberherrschaft Gottes und seiner liebenden Vorsehung“ bedeute – oder wie es *Thomas von Aquin* noch etwas deutlicher formuliert hat: eine Sünde gegen Gott, ebenso groß wie dort, wo jemand „einen fremden Sklaven tötet“<sup>21</sup>. Wenn ich es richtig sehe, hat jedoch die neuere Theologie diesen Standpunkt radikaler Entmündigung des Menschen inzwischen weit hinter sich gelassen; mitunter findet sich gerade umgekehrt sogar der Hinweis, dass der christlichen Tradition die Vorstellung von einer *unmittelbaren* Präsenz Gottes in der Welt fremd sei und erst diese Differenz zwischen Schöpfer und Geschöpf die Freiheit des Menschen begründe.<sup>22</sup> Und setzt Sünde nicht Freiheit voraus? Warum ist es, so könnte man mit *Hume*<sup>23</sup> weiter fragen, im Falle einer „Oberherrschaft Gottes“ nicht ebenso „gottlos, ... Häuser zu bauen, den Boden zu bereiten oder den Ozean zu befahren“? Und wäre es bei Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens nicht gleichermaßen „verbrecherisch, für die Erhaltung des Lebens tätig zu sein“? Ist es schließlich nicht sogar „eine Art Gotteslästerung zu glauben, dass irgendein erschaffenes Wesen ... in das Geschäft der Vorsehung eingreifen“ könne? Die göttliche Vorsehung „liegt (doch) weit jenseits des menschlichen Zugriffs“, wie schon *Tacitus* wusste; und der Mensch ist nur aus „krummem Holz“<sup>24</sup>, seine Existenz fortwährend bedroht, sein Leben nicht „heilig“, sondern endlich. Und erst in dieser Unvollkommenheit im Sein ebenso wie im Tun liegt seine Freiheit, aber auch seine Verantwortung.

Warum ist mir dieser Gesichtspunkt so wichtig? Weil der Gedanke einer „Heiligkeit“ menschlichen Lebens offenbar in der Lehre vom absoluten Lebensschutz fortwirkt, so wie auch *Schweitzers* „Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben“ jede Relativierung von sich gewiesen hat.<sup>25</sup> Abgesehen von der damit zwangsläufig einhergehenden Überforderung des Menschen<sup>26</sup> wird dieses Konzept, das den Lebensschutz als nicht mehr hinterfragbares metaphysisches Leitprinzip stipuliert, von einem weltanschaulichen Fundament getragen, zu dem sich im Sinne eines höchstpersönlichen Glaubens mit Geltungskraft für das eigene Leben natürlich ein jeder bekennen darf; als Basis für eine säkulare Rechtsordnung taugt es freilich nicht, weil die Legitimität des ausgeübten Rechtszwangs – hier: das Verbot der Selbsttötung – seine *prinzipielle Akzeptabilität* (freilich nicht zu verwechseln mit einer tatsächlichen Akzeptanz) durch alle Rechtsunterworfenen voraussetzt. Wer die religiöse Perspektive von einer tiefen Verwurzelung des Menschen innerhalb einer göttlichen Schöpfungsordnung nicht teilt, kann sich an eine hieraus begründete Verpflichtung zum Weiterleben auch nicht gebunden sehen. Dementsprechend erkennt

unsere Rechtsordnung, die sich der Religionsfreiheit der Menschen und der weltanschaulichen Neutralität der verfassten Staatsgewalt verpflichtet weiß (vgl. Art. 4 Abs. 1, 140 GG i.V.m. Art. 137 Abs. 1 WRV), keineswegs ein *absolutes* Lebensrecht an; vielmehr lässt das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 GG sogar hoheitliche Eingriffe „auf Grund eines Gesetzes“ zu (S. 3), wengleich natürlich ganz außer Frage steht, dass der hier besonders streng zu handhabende Verhältnismäßigkeitsgrundsatz einen solch schwerwiegenden Eingriff – zu denken wäre etwa an den „finalen Rettungsschuss“<sup>27</sup> oder neuerdings an die Befugnis zur Abwehr eines terroristischen Angriffs mit Flugzeugen im geplanten Luftsicherheitsgesetz<sup>28</sup> – nur ausnahmsweise erlauben wird. Und im Bürgerrechtsverhältnis ist für die Anerkennung des Notwehrrechts, in seinem Kernbereich (bei lebensgefährdendem Angriff) doch gleichsam das „Ur-Recht“ des Menschen<sup>29</sup>, eine Sichtweise geradezu *conditio sine qua non*, die das menschliche Leben bei aller Wertschätzung *nicht* verabsolutiert. In diesem Sinne sieht auch die Europäische Menschenrechtskonvention eine Ausnahme vom Tötungsverbot vor (Art. 2 Abs. 2 EMRK).

Soeben war bewusst nicht mehr vom *Schutz* menschlichen Lebens, sondern vielmehr von einem *Recht* des einzelnen Subjekts die Rede: Das ist keineswegs dasselbe! Denn einer Berechtigung ist stets die Freiheit der Wahl immanent; niemand muss an Versammlungen teilnehmen (Art. 8 GG), seine Meinung kundtun (Art. 5 Abs. 1 S. 1 GG) oder Mitglied einer Religionsgemeinschaft werden (Art. 4 Abs. 1 GG). Wer aber nicht zwischen Alternativen wählen darf, dem ist in Wahrheit gar

20 Erklärung zur Euthanasie v. 05.05.1980, Ziff. I (abrufbar unter: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_ge.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_ge.html)).

21 *Thomas von Aquin*, Summa Theologica, hrsg. von der Albertus-Magnus-Akademie Walberberg bei Köln, Bd. 18: Recht und Gerechtigkeit, 64. Untersuchung, 5. Artikel.

22 Vgl. *Anselm*, in: Kodalle (Hrsg.), Das Recht auf ein Sterben in Würde, 2003, S. 121 ff., 125.

23 Wie Fn. 19.

24 *Kant*, Idee zu einer allgemeinen Geschichte in weltbürgerlicher Absicht, in: Weischedel (Hrsg.), Werke in zehn Bänden, Bd. 9, 5. Aufl. 1983, S. 41.

25 Vgl. *Schweitzer*, Kultur und Ethik, 1923 (Nachdruck 1990), insbes. Kap. XXI (S. 328 ff.); *ders.*, Was sollen wir tun? 12 Predigten über ethische Probleme, hrsg. von Martin Strege und Lothar Stiehm, 2. Aufl. 1986, insbes. Kap. 1-2 (S. 17 ff.) und Kap. 4 (S. 57 ff.).

26 Dazu etwa *Groos*, Albert Schweitzer. Größe und Grenzen, 1974, S. 519 ff. m.w.N.

27 Vgl. Art. 66 Abs. 2 S. 2 BayPAG; zu den verfassungsrechtlichen Aspekten des „finalen Todesschusses“ lesenswert *Hunsmann*, in: [http://www.jurawelt.de/download/aufsaeetze/finaler\\_todesschuss.pdf](http://www.jurawelt.de/download/aufsaeetze/finaler_todesschuss.pdf).

28 Siehe § 14 Abs. 3 i.d.F. des Regierungsentwurfs v. 05.11.2003, abrufbar unter: [http://www.bmi.bund.de/Annex/de\\_25108/Regierungsentwurf\\_fuer\\_ein\\_Luftsicherheitsgesetz.pdf](http://www.bmi.bund.de/Annex/de_25108/Regierungsentwurf_fuer_ein_Luftsicherheitsgesetz.pdf).

29 So etwa *Engisch*, Auf der Suche nach der Gerechtigkeit, 1971, S. 275 f.; geschichtliche Hinweise bei *Spendel*, in: Leipziger Kommentar zum StGB, § 32 Rn 1 ff.

kein Recht gegeben. Wenn Art. 2 Abs. 2 GG also ein Recht auf Erhaltung des eigenen Lebens verbürgt, so schließt diese grundrechtliche Garantie zugleich die negative Freiheit, mithin den Willen zum Nichtgebrauch des Rechts zum Leben, d. h. also zum Tode in sich.<sup>30</sup> Um von diesem Lebensrecht doch noch zu einer *Pflicht* des einzelnen – ggf. auch gegen sich selbst – zu kommen, bleibt argumentativ nur der Rückgriff auf die Menschenwürdegarantie des Art. 1 Abs. 1 GG. Ein solcher Rückgriff setzt freilich, was wegen der besonderen Durchschlagskraft einer Beweisführung mit dem „Gewinnargument“<sup>31</sup> des Art. 1 GG häufig (und mitunter nicht ungerne) übersehen wird, die Überwindung höchster Hürden voraus, weil *erstens* auch wegen der systematischen Differenz zu Art. 2 Abs. 2 GG nicht jeder Tötungsakt zugleich als Missachtung der „unantastbaren“ Menschenwürde gewertet werden kann<sup>32</sup>, weil *zweitens* bei der inhaltlichen Konkretisierung dessen, was die Menschenwürde und Modalitäten ihrer möglichen Verletzung kennzeichnet, bekanntlich die größten Unsicherheiten bestehen<sup>33</sup>, jedoch *drittens* die bisherigen Klärungsbemühungen jedenfalls insoweit zu einer allgemein akzeptierten Erkenntnis geführt haben, als nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der Entstehungsgeschichte unserer Verfassung als einer unmissverständlichen Antwort auf das verbrecherische NS-Regime keine objektiv-verpflichtende Dimension (kein Primat einer „Volksgemeinschaft“), sondern vielmehr als Kontradiktion hierzu das Selbstbestimmungsrecht des Individuums, und darin einbegriffen auch ein „Recht zur Unvernunft“<sup>35</sup>, den Kern der Menschenwürdegarantie ausfüllt.

Dennoch ist das Anliegen eines objektiv-rechtlichen Lebensschutzes damit nicht gänzlich vor die Tore des Verfassungsrechts verwiesen oder gar aus dem Kreise aller denk- und akzeptierbaren Konzeptionen einer „gerechten Gesellschaft“ verbannt. Vielmehr macht die funktionelle Verankerung der Menschenwürdegarantie als einer selbst dem verfassungsändernden Gesetzgeber entzogenen (vgl. Art. 79 Abs. 3 GG) „Strukturnorm für Staat und Gesellschaft“<sup>36</sup> den Organen der verfassten Hoheitsgewalt zur fortwährenden Aufgabe, über die hierdurch verbürgte universelle Autonomie hinausgreifend auch unabhängig vom jeweiligen Freiheitsgebrauch der Menschen für eine wenigstens im Mindestmaß menschenwürdige Ordnung Sorge zu tragen.<sup>37</sup> Auch dieser Wertentscheidung der Verfassungsväter und -mütter liegt eine bittere geschichtliche Erfahrung zugrunde, nämlich jene, dass der kollektive Freiheitsgebrauch auch die Möglichkeit einer kollektiven Preisgabe dieser Freiheit in sich schließt. Hieraus entspringt die Überzeugung, dass die Garantie der individuellen Selbstbestimmung der Menschen zwar eine *notwendige*, aber *keine hinreichende* Bedingung für ein menschenwürdiges Dasein ist. Oder anders formuliert: In reiner Sub-

jektivität geht die Menschenwürdegarantie nicht auf; vielmehr bleibt ein Rest an unverfügbarer, aufgegebener Menschenwürde gleichsam als Quelle und Ausdruck für die „Wehrhaftigkeit“ der freiheitlichen Rechtsordnung.<sup>38</sup> Wir haben es hier also mit demselben Paradoxon zu tun, das die philosophische Debatte zum Begriff der „Toleranz“ schon seit langem und derzeit besonders intensiv beschäftigt<sup>39</sup>, mit *Poppers* Worten: „Uneingeschränkte Toleranz führt mit Notwendigkeit zum Verschwinden der Toleranz. Denn wenn wir die unbeschränkte Toleranz sogar auf die Intoleranten ausdehnen, wenn wir nicht bereit sind, eine tolerante Gesellschaftsordnung gegen die Angriffe der Intoleranz zu verteidigen, dann werden die Toleranten vernichtet werden und die Toleranz mit ihnen“<sup>40</sup>. Auf den Kern unseres Themas bezogen dürfte leicht zu erkennen sein, dass mit dieser gleichsam „ordnungsschützenden“ Dimension der Menschenwürdegarantie nunmehr das normative Fundament gelegt ist, um Szenarien eines „Dammsbruchs“ und der „schiefen Bahn“ in die Diskussion einzubeziehen (dazu u. II., 2.).

Der zweite Ansatzpunkt für die normative Bekräftigung eines von bloßer Willkür des einzelnen unabhängigen *Lebensschutzes* liegt – wie eingangs schon angedeutet – erstaunlicherweise im Selbstbestimmungsrecht selbst; die-

30 Die Behauptung des EGMR im Fall *Diana Pretty*, hierin läge eine „Verdrehung des Wortlauts“ (vgl. NJW 2002, 2851, 2852, Ziff. 39), rekurriert auf eine besondere „Fassung“ des Art. 2 EMRK (Lebensrecht), die nur behauptet wird; an anderer Stelle verweist der Gerichtshof jedoch auf die „Unverletzlichkeit des Lebens“ (im Original: „sanctity of life“, Ziff. 65) und drückt damit nurmehr aufs neue die Vorstellung von einer „Heiligkeit des Lebens“ aus (dazu bereits im Text). Im übrigen sollte bei dieser Entscheidung nicht übersehen werden, dass es der Beschwerdeführerin nicht um die Billigung eines geplanten Suizids, sondern um die Anerkennung eines Rechts auf aktiv-direkte Tötung durch ihren Ehemann ging.

31 Neumann, ARSP-Beiheft 33 (1988), S. 139.

32 Dazu m.w.N. Duttge, GA 2002, 241, 249 ff.; grdl. Dreier, DÖV 1995, 1036 ff.

33 Überzeugender Ansatz (Verbot der „utilitaristischen Verrechnung von Menschenleben“ als „Verhaltensanforderung in der Beziehung zu anderen“) bei Hörnle, ARSP 2003, 318 ff., insbes. 324 ff.

34 Statt vieler nur Duttge, in: Siekmann/Duttge, Grundrechte, 3. Aufl. 2000, Rn 208.

35 Zuletzt etwa Hoff, Behandlungsabbruch und Patientenverfügungen, 2003, S. 41.

36 Häberle, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Bd. I, 1987, § 20 Rn 59; vgl. auch BVerfGE 6, 32, 36; 45, 187, 227: „oberstes Konstitutionsprinzip“; BVerfGE 12, 45, 51: „oberster Zweck allen Rechts“; Höfling, in: Sachs (Hrsg.), GG, 3. Aufl. 2003; Art. 1 Rn. 5: „strukturgebende Fundamentalnorm“.

37 Dazu m.w.N. Duttge, in: Schlüchter-GS 2002, S. 775, 786.

38 Vgl. Isensee, in: Isensee/Kirchhof (Fn. 36), Bd. V, 1992, § 111 Rn 115.

39 Zu den Paradoxien der „Toleranz“ aufschlussreich Forst, in: ders. (Hrsg.), Toleranz. Philosophische Grundlagen und gesellschaftliche Praxis einer umstrittenen Tugend, 2000, S. 119 ff.

40 Popper, Die offene Gesellschaft und ihre Feinde, Bd. 1, 7. Aufl. 1992, S. 333 (Anm. 148:4).

ser Aspekt ist daher wegen des Primats freiheitlicher Verfasstheit unserer Ordnung von noch größerer Bedeutung. Anders als die Apologeten einer (in Wahrheit nur scheinbaren) „Liberalisierung“ der letzten Lebensphase meinen, zeigt sich die Autonomie des Menschen nicht schon an der Oberfläche launenhafter Beliebigkeit bloß unter Abwesenheit äußerer Zwänge und damit *sichtbarer* Fremdbestimmung; schon die griechische Antike hat anspruchsvoller die Beherrschung der eigenen Reden und Taten auf das Handeln eines „einsichtigen und begründenden“ Selbst bezogen<sup>41</sup>, also die elementare „Übereinstimmung“ mit sich selbst und daher „Stimmigkeit“ in bezug auf eine „Glückseligkeit“ (eudamonia)<sup>42</sup> vorausgesetzt. Diese wird man aber, um die Individualität nicht im Strome vorgefertigter „Glücks“-Bilder untergehen zu lassen, der sinnstiftenden „Selbstgesetzgebung“ des einzelnen überantworten müssen; und aus der prinzipiellen Fähigkeit zu solcher „Selbstgesetzgebung“ erschließt sich wiederum die Würde des Menschen.<sup>43</sup> Der ihr zugrunde liegende „Vernunftgebrauch“ verlangt daher, wie *Volker Gerhardt* in seiner fundamentalen Ausarbeitung einer „Philosophie der Individualität“<sup>44</sup> überzeugend entwickelt hat, nicht mehr aber auch nicht weniger als eine „Konsistenz und Konsequenz des eigenen Wollens“, gemessen an der Gesamtperspektive des je eigenen Lebens.<sup>45</sup> Eine dahingehende „Mündigkeit“ wird heute allenthalben und nicht zuletzt auch in unserer Rechtsordnung weithin unterstellt und findet sich nur in extremen Sonderfällen – etwa bei hochgradiger psychischer Erkrankung oder Volltrunkenheit (vgl. § 20 StGB) – ausnahmsweise verneint. Es könnte jedoch an vielen Beispielen demonstriert werden, dass diese Annahme nicht nur selten die lebensweltliche Realität verfehlt.<sup>46</sup> Für den Umgang mit menschlichem Leben spricht jedenfalls der auf Erhaltung des Selbst gerichtete Naturtrieb *prima vista* gegen eine *begründete* „Selbstbestimmung zum Tode“ hin. Möglicherweise lässt sich das rigorose *kantische* Verdikt gegen die Selbsttötung – analytisch gilt die Argumentation *Kants* weithin als widerlegt<sup>47</sup> – erst vor diesem Hintergrund verstehen, weil die postulierte Herabwürdigung des Selbst zu einer bloßen Sache – woraus *Kant* den logischen Widerspruch und damit die Unverträglichkeit mit seinem Verallgemeinerungsprinzip ableitet<sup>48</sup> – nicht notwendig und nicht einmal regelmäßig Resultat einer wirklichen „Selbstgesetzgebung“ sein dürfte. Wenn die versuchte oder auch vollzogene Selbsttötung häufiger nur Ausdruck eines verzweifelten „Hilfeschreis“ ist, wie sich der Suizidforschung hinlänglich entnehmen lässt,<sup>49</sup> wenn also der Selbstmörder – mit *Schopenhauer*<sup>50</sup> – durchaus das Leben will und bloß mit den Bedingungen unzufrieden ist, unter denen es ihm geworden, so macht es sich *Hume*<sup>51</sup> zu einfach, wenn er meint, das Leben könne man nur aus guten Gründen wegwerfen. Es ist also nicht ein metaphysisches „Prinzip der Selbsterhaltung“, das einer „erlaubten“ Beendigung menschli-

chen Lebens entgegensteht – bezeichnenderweise wurde die „Selbsterhaltung“ häufiger auch schon *für* die Selbsttötung ins Felde geführt<sup>52</sup>, sondern es ist der fundamentale Zweifel an einem wahrhaftig „selbstbestimmten“ Willen zum Tode auf der Grundlage der naturgegeben auf die Selbsterhaltung hin ausgerichteten Gesamtfunktion jedes Lebewesens. Wenn sich dieser Zweifel allerdings als unbegründet erweist, was anzuerkennen unausweichlich ist, wer den Suizidenten nicht rundweg „psychiatrisieren“ will, so lassen sich gegen eine demgemäß „selbstbestimmte“ Selbsttötung keine Bedenken mehr erheben.

## 2. Zum Verbot der Tötung auf Verlangen

Was folgt nun daraus für die beiden derzeit besonders intensiv diskutierten Bereiche der *auf andere Personen gerichteten* lebensbeendenden Maßnahmen (also der Fremdtötungen im Rahmen der aktiv-direkten und der passiven Sterbehilfe)? Nach dem bisher Gesagten steht außer Frage, dass es die gerne bemühte Formel von der „Heiligkeit des Lebens“ nicht ist, die hier ins Feld geführt werden kann, auch nicht in jener Form, die sie im Hippokratischen Eid gefunden hat, der in seinem fünften Vers bekanntlich ganz ähnlich von der zu bewahrenden „Reinheit und Heiligkeit“ der ärztlichen Kunst spricht.<sup>53</sup> Von der ungesicherten Überlieferung einmal abgesehen und der Frage, inwieweit seine Regeln – ins-

41 Siehe etwa *Platon*, Theaitetos 173c, 175d/e, 176b.

42 Programmatisch *Aristoteles*, Nikomachische Ethik, hrsg. von Günther Bien, 4. Aufl. 1985, Erstes Buch, 5. Kap. (S. 11): „Die Glückseligkeit stellt sich dar als ein Vollendetes und sich selbst Genügendes, da sie das Endziel allen Handelns ist“.

43 Vgl. *Kant*, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten (Akademie-Ausgabe), S. 436: „Autonomie“ als „Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur“.

44 Selbstbestimmung. Das Prinzip der Individualität, 1999.

45 Vgl. *Gerhardt*, Selbstbestimmung (Fn.44), S. 397 ff. passim.

46 Im Kontext der Unfallflucht etwa *Duttge*, JR 2001, 181 ff.

47 Instruktiv *Wittwer*, Kant-Studien 92 (2001), 180 ff. m.w.N. – Zudem finden sich häufig übersehen, dass *Kant* das von ihm postulierte Selbsttötungsverbot nicht in der Rechts-, sondern in der Tugendlehre behandelt!

48 Vgl. *Kant*, Eine Vorlesung über Ethik, hrsg. von Gerd Gerhardt, 1990, S. 164 und 178 f.

49 Siehe etwa die Hinweise und umfangreiche Literatursammlung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention, in: <http://www.suizidprophylaxe.de/>.

50 Die Welt als Wille und Vorstellung, in: Werke in fünf Bänden, hrsg. von Ludger Lütkehaus (Neuedition der Ausgabe letzter Hand aus dem Jahre 1859), 1988, Bd. I, Viertes Buch, § 69.

51 Wie Fn.19.

52 Beispielfhaft *Paul Thiry d'Holbach*, System der Natur oder von den Gesetzen der physischen und der moralischen Welt, übers. von Fritz-Georg Voigt, 1978, S. 243 ff.: „Eine Natur, die darauf beharrt, unsere Existenz unglücklich zu machen, gebietet uns damit, sie zu verlassen; wenn wir sterben, erfüllen wir ebenso einen ihrer Beschlüsse, wie wir es taten, als wir ins Leben traten“.

53 Abgedruckt etwa bei *Benzenhöfer*, Der gute Tod. Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart, 1999, S. 208.



besondere die uns interessierenden Verbote der Giftgabe und der Beratung zum Tode hin – überhaupt *zu seiner Zeit* Geltung beansprucht und erfahren haben, wäre es jedenfalls kurzschlüssig anzunehmen, die konkrete textliche Gestalt eines knapp zweieinhalb Jahrtausende alten Dokuments könnte für die aktuellen Debatten und Fragen etwas Klärendes bereithalten.<sup>54</sup> Die Geschichte entlässt den Menschen nicht aus seiner Verantwortung für die eigene Zeit!

Es bleibt daher nur, an jene Überlegungen anzuknüpfen, mit denen wir der Menschenwürdegarantie eine sowohl „ordnungsschützende“ als auch die „echte“ Selbstbestimmung des einzelnen vor unbedachten und voreiligen Entschlüssen bewahrende Dimension entnommen haben (o. II., 1.). Die letztgenannte auf die Selbstbestimmung gerichtete Argumentationsstrategie scheint allerdings in Fällen des § 216 StGB auf den ersten Blick nicht durchzugreifen, weil die darin geregelte aktiv-direkte Tötung doch ein „ausdrückliches und ernstliches Verlangen des Getöteten“ bereits voraussetzt. Diese „Ernstlichkeit“, von der hier die Rede ist, bildet freilich bei bestehender *Handlungsfähigkeit*, also bei vorhandener Möglichkeit zum Suizid, nur ein „Feigenblatt“ für die in Wahrheit unvermeidlich in Kauf genommene Abwälzung nicht nur der *manuellen Herbeiführung* des Todes auf einen anderen, sondern auch der letztgültigen Entscheidung hierüber, weil für das Vorliegen eines *definitiven* und daher „autonomen“ Entschlusses bei solch „arbeitsteiligem“ Vorgehen<sup>55</sup> gerade keine hinreichende Gewähr besteht: „Viele haben sich die Pistole schon an die Schläfe gesetzt, aber (nur) wenige hatten den Mut, (auch) abzudrücken“ (Roxin)<sup>56</sup>. Wer sich selbst das Leben nehmen kann und dennoch einen anderen hiermit beauftragt, weckt Zweifel an der Endgültigkeit und damit „Ernstlichkeit“ seines Willens zu sterben – zumal in einem Land, das hinsichtlich seiner Palliativmedizin noch immer zu den rückständigsten zu zählen scheint.<sup>57</sup> Der Entschluss, nicht mehr weiterleben zu wollen, ist genuin höchstpersönlicher Natur; seine über jeden Zweifel erhabene Aufrechterhaltung bis zum irreversiblen Überschreiten der letzten Schwelle, bis zu jenem entscheidenden Moment, der kein Aus- oder Zurückweichen mehr zulässt, manifestiert sich erst in einer *Beherrschung* dieses Geschehens und schließt jedes „Delegieren“ des Tötungsakts aus. Wegen der Unwiederbringlichkeit des Verlustes kann die Rechtsordnung Zweifel an einem „autonomen“ Willen zum Tode nicht hinnehmen; sie muss vielmehr in Ausübung ihrer Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 S. 2 GG eine solche *Fremdtötung* untersagen.

Was ist aber mit jenen, die *nicht* mehr handlungsfähig sind und ihren Todeswunsch gar nicht anders als durch die Mithilfe eines Beauftragten und Überantwortung der Tötungshandlung verwirklichen können? Hier las-

sen sich durchaus Fälle vorstellen, in denen zuerst bestehende Zweifel an der „Ernstlichkeit“ des Todeswunsches durch die äußeren Umstände und das Verhalten des Sterbewilligen so weit zurückgedrängt werden, dass die Situation nur noch als schicksalhafte Fremdbestimmung zum Weiterleben gedeutet werden kann. Wenn am Verbot der Fremdtötung auf Verlangen gleichwohl *ausnahmslos* festgehalten werden soll, dann lässt sich das nicht mehr aus dem Gedanken „echter“ Selbstbestimmung und einer hierauf bezogenen Schutzverpflichtung der Gemeinschaft rechtfertigen, sondern nur durch Gründe, die eine *reale* Gefährdung der menschenwürdigen Ordnung bei einer „Freigabe“ solcher Tötungen plausibel machen. Die in diesem Kontext zu thematisierende Sorge vor einem „Dammbruch“, dass also die Anerkennung eines Ausnahmetatbestands unweigerlich auf eine „ethische Abwärtsspirale“ führe, auf der in *the long run* das gesamte Fremdtötungsverbot aufgeweicht werde und am Ende der Respekt vor dem Wert menschlichen Lebens gänzlich verlorengehe<sup>58</sup>, ist in dieser Fassung ohne ergänzende Erwägungen analytisch von problematischer Überzeugungskraft.<sup>59</sup> Das gilt freilich nur so lange, wie der „Dammbruch“ als nurmehr logische Möglichkeit behauptet wird, wenn empirische Anhaltspunkte also fehlen und realistische Szenarien nicht vorstellbar sind. So liegt es für den Gegenstand unserer Betrachtungen aber nicht: Eine neuere Studie, gefertigt im Auftrag der niederländischen Regierung<sup>60</sup>, hat vielmehr im vergangenen Jahr zutage befördert, dass die schon im aufsehenerregenden *Rommelink-Report* enthaltene Zahl von ca. 1.000 Fällen der „nichtfreiwilligen Euthanasie“<sup>61</sup> weder Resultat einer fehler-

54 Wie hier etwa *Kodalle*, *Onkologie* 2003, 169, 173; siehe auch den „medizinhistorischen Kommentar“ von *Bauer*, abrufbar in: <http://www.uni-heidelberg.de/institute/fak5/igm/g47/bauerhip.htm>; „zeitgebundenes Dokument der Medizingeschichte“; weiterhin *Leven*, in: *DÄBl.* 94, Heft 18, S. A-1160 (auch unter: <http://www.bbpp.de/forum/ethik1.htm#Anachronistische>); vertiefend die Beiträge in: *Ausfeld-Hafter* (Hrsg.), *Der hippokratische Eid und die heutige Medizin*, 2003.

55 Vgl. *Jakobs*, *Tötung auf Verlangen, Euthanasie und Strafrechtssystem*, 1998, S. 22: „arbeitsteilige Selbsttötung“.

56 In: 140 Jahre Goldammers Archiv für Strafrecht (Pötz-FS), 1993, S. 177 ff.; siehe auch *ders.*, in: *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, REPCPC 01-10 V.O. (1999) – auch abrufbar unter: [http://criminet.ugr.es/recpc/recpc\\_01-10vo.html#47](http://criminet.ugr.es/recpc/recpc_01-10vo.html#47).

57 Vgl. dazu die Entschließungen des 106. Deutschen Ärztetages v. 20-23.5.2003, *Ziff. II.* ([http://www.bundesaeztekammer.de/30/Aerztetag/106\\_DAET/index.html](http://www.bundesaeztekammer.de/30/Aerztetag/106_DAET/index.html)).

58 Statt vieler nur *Spaemann*, in: *Spaemann/Fuchs, Töten oder sterben lassen?*, 2. Aufl. 1997, S. 12, 21; der Gedanke lässt sich mindestens zurückverfolgen bis zu *Christoph Wilhelm Hufeland*, *Die Verhältnisse des Arztes*, *Neues Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneiwissenschaft* Bd. 16, 3. Stück, 1806, S. 15 f.

59 Vgl. dazu *Hegselmann*, in: *Hegselmann/Merkel, Zur Debatte über Euthanasie*, 1991, S. 197, 206 ff.

60 Siehe den Bericht von *Eisenmenger/Oduncu*, in: *SZ* v. 17.7.2003 (auch: [http://www.trisomie21.de/sterbehilfe\\_holland.html](http://www.trisomie21.de/sterbehilfe_holland.html)).

61 Dazu näher *Fuchs*, in: *Spaemann/Fuchs* (Fn. 58), S. 31, 39 ff.; *Gordijn*, *Euthanasie in den Niederlanden – eine kritische Betrachtung*, *Berliner Medizinethische Schriften*, Heft 19, 1997.

haften Datenerhebung noch ein „Ausreißer“ war, sondern offenbar nur die erschreckende „Normalquote“ der *unverlangten* (!) Tötungen – und damit unter krasser Missachtung der gesetzlichen Grenzkriterien (vgl. Art. 2 Ziff. 1a des „Gesetzes über die Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und über die Hilfe bei der Selbsttötung“<sup>62</sup>) eindeutig Fälle mindestens des Totschlags – wiedergibt. Nimmt man hinzu, dass als Gründe für eine Tötung trotz fehlenden Verlangens neben der „Aussichtslosigkeit einer Besserung des Gesundheitszustandes“ immerhin in 36 Prozent der berichteten Fälle eine „geringe Lebensqualität“ und in 38 Prozent gar das nicht mehr „Ertragen-Können“ des Patienten seitens der Angehörigen genannt werden<sup>63</sup>, dass weiterhin die Zahl der (jedenfalls gemeldeten) Fälle der aktiven Sterbehilfe seit 1990 um ca. 50 Prozent gestiegen ist<sup>64</sup>, freilich signifikante Anhaltspunkte für ein weiterhin hohes Dunkelfeld bestehen<sup>65</sup> – das mit der „Freigabe“ der Euthanasie gerade „ausgetrocknet“ werden sollte, so lässt dies erschauern und das in den Niederlanden offenbar vermehrt begegnenden Phänomen des Beisichführens sog. „Lebenserhaltungsverfügungen“<sup>66</sup> überaus verständlich erscheinen. Wenn in einer anderen Untersuchung des letzten Jahres zur Frage der ärztlichen Aufklärung für die Niederlande ein Anteil von knapp 50 Prozent an schwer erkrankten Patienten ermittelt wird, die ärztlicherseits für „inkompetent“ angesehen wurden, obgleich es nur in 19 Prozent dieser Fälle überhaupt zu einer Besprechung mit dem Patienten gekommen ist (die demzufolge nicht vor, sondern erst im Anschluss an jene ominöse „(In-)Kompetenzerklärung“ erfolgt sein muss), in 12 Prozent der Fälle weder mit dem Patienten noch mit den Angehörigen<sup>67</sup>, so weckt auch das kein Vertrauen in den „holländischen Weg“.

Das unbeirrte Festhalten an einem strikten Verbot der Tötung auf Verlangen rechtfertigt sich also analytisch durch ein in der Diskussion zum Embryonenschutz bereits bekanntes und auf unsere Fragestellung übertragbares „metaethisches Vorsichtsargument“<sup>68</sup>: *Sind tatsächliche Anhaltspunkte ersichtlich, dass eine selbst eng begrenzte „Freigabe“ der Tötung auf Verlangen zugleich Fälle der „nicht-freiwilligen Euthanasie“ zur Folge haben könnte, so muss von einem solchen Vorhaben abgesehen werden, wenn die hiermit intendierten positiven Auswirkungen in keinem akzeptablen Verhältnis mehr zu dem dadurch bewirkten moralischen Schaden stünden.* Selbst der hohe Belang einer – zumindest in Einzelfällen nicht ausschließbaren – „echten“ Selbstbestimmung verliert sein Gewicht, wenn dies einhergeht mit einer Öffnung jenes „heiligen Tores“, hinter dem das Fundamentalverbrechen jeder Gesellschaft seine Herrschaft ausübt. Dass die gezielte Tötung auf Verlangen wegen ihrer phänomenologischen Nähe zum klassischen Totschlag gleichsam in den sensiblen Bereich des Tötungstabus eindringt, findet sich an anderer Stelle näher ausgeführt.<sup>69</sup> Der Sinn eines solchen Tabus sollte

auch einer rationalen Gesellschaft wenigstens dann zugänglich sein, wenn es zu zerbrechen droht; selbst die kleinste Aufweichung will gut bedacht sein: Der von der Bioethikkommission des Landes Rheinland-Pfalz kürzlich vorgeschlagene Straferzicht „in besonders gelagerten Ausnahmefällen“<sup>70</sup> unter ansonsten unveränderter Beibehaltung des § 216 StGB lässt unwillkürlich an die unselige Formel beim Schwangerschaftsabbruch denken: „rechtswidrig, aber straffrei“. Wir alle wissen, was aus den vermeintlichen „Ausnahmefällen“ geworden ist.

### 3. Zur Begrenzung der passiven Sterbehilfe

Zur *passiven* Sterbehilfe sei abschließend wenigstens die Essenz meiner Überlegungen noch kurz skizziert. Auch innerhalb dieses Problemkreises beanspruchen die im Rahmen unseres Gesamtkonzepts herausgestellten Leitkriterien – Selbstbestimmung, Voreiligkeit- und Ordnungsschutz – *allesamt* sorgfältige Beachtung: Die „ordnungsschützende“ Dimension steht dabei einer den natürlichen Verlauf „abkürzenden“ und daher „vorzeitig“ todbringenden Intervention *entgegen*, und zwar ganz unabhängig davon, ob man den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen als bloßes Unterlassen oder doch als aktives Tun sehen möchte.<sup>71</sup> Der Grund für solche Zurückhaltung ganz gegen den vorherrschenden Zeitgeist liegt auf der Hand: Mir scheint die Sorge nicht übertrieben zu sein, dass im Falle einer erweiterten Ermöglichung der „Selbstbestimmung zum Tode“ unter Einbeziehung auch des *präterminalen* Stadiums Behandlungen selbst bei fehlender dahingehender Patientenerklärung und ohne hinreichende Verifikation einer „aussichtslosen Lage“ – die sich ja ohnehin niemals mit der an sich erforderlichen Sicherheit prognostizieren

62 Ziff. 1a lautet: „Die Sorgfaltskriterien im Sinne von Art. 293 Abs. 2 StGB beinhalten, dass der Arzt ... zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten hat“.

63 Vgl. *Klaschik*, *Der Internist* 1999, 276, 280.

64 *Eisenmenger/Oduncu* (Fn. 60).

65 Siehe *Ärzte-Zeitung* v. 7.4.2003: nur (geschätzte) 50 % der Fälle werden ordnungsgemäß gemeldet.

66 Vgl. etwa *Hoppe*, „Statement“ zur Neufassung der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Ethik/50Sterben/40SterbebegleitungHoppe.html>.

67 Vgl. *van der Heide/Deliens u.a.*, in: *The Lancet* 2003 (Vol. 361), S. 345, 348.

68 Im Kontext des Embryonenschutzes aufschlussreich *Damschen/Schönecker*, in: dies. (Hrsg.), *Der moralische Status menschlicher Embryonen*, 2003, S. 187, 250 ff.

69 Vgl. *Duttge*, *GA* 2001, 158, 171 ff.

70 *Justizministerium Rheinland-Pfalz*, Pressemeldung vom 4.5.2004, Ziff. II (auch unter: <http://cms.justiz.rlp.de/justiz/index.jsp>).

71 Zum Streitstand zuletzt etwa *Groß*, *Schlüchter-GS* 2002, S. 173 ff.

lässt<sup>72</sup> – womöglich allein aufgrund von *externen* „Lebensqualitäts“-Bewertungen oder gar aus schlicht eigenorientierten Gründen der an der Entscheidung Beteiligten unter dem Deckmantel des eingangs schon erwähnten „objektiven Interesses des Patienten“<sup>73</sup> vorzeitig abgebrochen werden könnten. Insbesondere die mit einer langwierigen intensivmedizinischen Behandlung einhergehenden Belastungen für die Angehörigen könnten sich leicht zu einer „tödlichen Gefahr“ für den Betroffenen entwickeln.<sup>74</sup> Wiederum wäre der moralische Schaden exorbitant; schon das non-liquet über das mögliche Ausmaß eines Missbrauchs zwingt zur Vorsicht, zumal die vom Bundesgerichtshof in Zivilsachen nunmehr betonte Kategorie des „irreversibel tödlichen Verlaufs“<sup>75</sup> keinerlei nachvollziehbare Begrenzung erkennen lässt. Klarheit besteht nach den ergänzenden Hinweisen der Senatsvorsitzenden nur insoweit, als auf das Moment der „Todesnähe“ verzichtet werden soll<sup>76</sup>, so dass die Fälle der Wachkomatösen erfasst wären.<sup>77</sup> Wo aber verläuft die Grenze? Strenggenommen sind wir doch alle längst in einem irreversibel tödlichen Verlauf unserer Entwicklung begriffen!

Die Frage einer Bindungswirkung von Patientenverfügungen stellt sich mir also von vornherein *nur für das Terminalstadium*, dort, wo die Intervention nicht mehr zur gezielten Lebensverkürzung erfolgen kann, sondern allein zu dem Zweck, den natürlichen Sterbevorgang nicht künstlich zu verlängern.<sup>78</sup> Auch mit dieser begrenzten Reichweite, die im übrigen der häufiger beschriebenen Furcht vor einer sozialen Drucksituation in Richtung einer Abgabe entsprechender Erklärungen die Grundlage entziehen würde, verliert die Patientenverfügung nicht ihren Sinn: Denn unter den Bedingungen der modernen Apparatemedizin ist Sterben wohl so gut wie immer Folge eines Behandlungsverzichts und damit unvermeidlich Resultat einer medizinisch-ärztlichen Entscheidung.<sup>79</sup> Ob man in dieser Endphase seines Lebens noch weiterkämpfen oder einfach nur zur Ruhe kommen will, darüber bestehen unter den Menschen offensichtlich sehr unterschiedliche Vorstellungen; der amerikanische Rechtsphilosoph *Ronald Dworkin* hat in seinem „Life’s Dominion“ („An den Grenzen des Lebens“) für beide Haltungen eindrucksvolle Beispiele geschildert.<sup>80</sup> Dann ist es aber fürwahr eine „menschverachtende Tyrannei“, Betroffene zu nötigen, auf eine Weise zu sterben, die nach Meinung *anderer* die „richtige“ ist. Denn was man zu erdulden bereit ist, wann es ein Ende haben soll, ist – sofern nicht das Schicksal vorgreift – eine ganz und gar höchstpersönliche und von niemand anderem vertretbare Entscheidung – im übrigen auch nicht von einem „Vorsorgebevollmächtigten“<sup>81</sup>. Um so mehr führt die Suche nach „allgemeinen Wertvorstellungen“<sup>82</sup> in die Irre; die Kennzeichnung dahingehender „Vernünftigkeiten“-Spekulationen mit dem Begriff der „mutmaßlichen Einwilli-

gung“ bietet nur das irreführende Etikett für die anstelle dessen in Wahrheit geübte *Fremdbestimmung*.<sup>83</sup>

Selbst die in einer Patientenverfügung enthaltene Erklärung ist mit Blick auf das in einwilligungsunfähigem Zustand akut bedrohte „Selbstbestimmungsrecht“ des einzelnen nicht unproblematisch, weil sie letzte Zweifel darüber, ob der in gesunden Tagen bekundete Wille auch noch in der aktuellen Situation gelten soll, nicht restlos beseitigen kann.<sup>84</sup> Immerhin ist es aber der authentische Wille dieses Menschen, der seinem „wertbezogenen Interesse“<sup>85</sup> anders als im Wege einer „antizipierten Erklärung“ gar nicht Ausdruck zu verleihen vermag. Dass eine solche Willensbekundung dann in hilfloser Lage auch den nötigen Respekt erfährt, diese Hoffnung sollte nicht enttäuscht werden. Zielt sie auf einen Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen<sup>86</sup>, so setzt eine rechtliche Bindung des verantwortlichen Arztes allerdings voraus, dass diese Verfügung wirklich das größtmögliche Maß an Vertrauenswürdigkeit verdient – dass sie also Ausdruck einer wohlüberlegten und auch noch aktuell gültigen Bestimmung dessen ist, was nicht mehr unternommen werden soll, um den natürlichen Sterbevorgang zu verzögern. Daher bedarf es vor Abgabe einer solchen Erklärung einer umfassenden medizinischen und rechtlichen Beratung<sup>87</sup>, um die bestehenden Unsicherheiten in beiderlei Hinsicht zu beseitigen und eine aufgeklärte, differenzierte und auch die höchstpersönlichen Vorstellungen des Betroffenen aufgreifende, eben nicht nur formularmäßige Verfügung zu ermöglichen. Eine Bekräftigung dieser Bestimmung innerhalb überschaubarer Zeitintervalle würde die Zweifel hinsichtlich ihrer aktuellen Gültigkeit erheblich abmildern<sup>88</sup> und eine amtliche Niederlegung einen zuverlässigen Zugriff auf das Dokument ermöglichen. Wie dage-

72 Sehr zu Recht betont von *Stratenwerth*, Schreiber-FS 2003, S. 893, 894.

73 Siehe o. bei Fn. 11 f.

74 Aufschlussreich der von Arzt berichtete Leserbrief, in: Schreiber-FS 2003, S. 583, 585.

75 BGH NJW 2003, 1588 ff.

76 Explizit *Hahne*, in: Nationaler Ethikrat (Fn. 11), S. 6.

77 So bereits *Meier*, FGPrax 2003, 167, 168.

78 Wie hier auch die überzeugenden Überlegungen von *Müller-Busch*, in: Nationaler Ethikrat (Fn. 11), S. 10.

79 Ebenfalls *Müller-Busch* (Fn. 78), S. 11.

80 *Dworkin*, Life’s Dominion, 1993, S. 208 ff.

81 Vgl. dagegen die erstaunlich unkritische Haltung von *Strätling/Kutzer* u. a., MedR 2003, 483, 489.

82 BGHSt 40, 257 ff.

83 Zu Recht kritisch auch *Höfling*, JuS 2000, 111, 116 f.

84 Mit dieser Überlegung habe ich in GA 2001, 158, 177 meine zurückhaltende Position begründet.

85 Zu diesem Begriff näher *Dworkin* (Fn. 80).

86 „Lebenserhaltungsverfügungen“ sollten dagegen keiner besonderen Form bedürfen!

87 Wie hier bereits *Stackmann*, MedR 2003, 490, 493.

88 Vgl. *Verrell*, NSTZ 2003, 449, 451.

gen die neuerdings von der Bundesärztekammer erfundene „mündliche Patientenverfügung“ die nötige Sicherheit bieten und das ärztliche Handeln erleichtern soll<sup>89</sup>, bleibt ebenso rätselhaft wie manch anderer der neu verabschiedeten Grundsätze.<sup>90</sup>

### III. Ausblick

Dabei vermag das ärztliche Berufsethos doch gar keine autonome „Sonderethik“ für den „heilenden“ Umgang mit Patienten zu schaffen, sondern erfährt für diesen spezifischen Lebensbereich seine wesentliche „Vorprä-

gung“ durch die übergreifende „Makroethik“ der Gesellschaft. Es liegt also an uns, durch überzeugende Argumentation die nötigen Begrenzungen abzusichern. Sonst werden wir uns am Ende als jene „Zauberlehrlinge“ wiederfinden, denen es nicht mehr gelingt, die herbeigerufenen Geister wieder loszuwerden.

89 Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 2004 (Fn. 3), Ziff. V.

90 Exemplarisch: Gleichstellung der Wachkoma-Patienten mit solchen, bei denen eine „infauste Prognose“ besteht (Ziff. III i.V.m. Ziff. II.); Anrufung des Vormundschaftsgerichts bei Ablehnung einer ärztlich indizierten lebenserhaltenden Maßnahme nur als „Sollvorschrift“ (Ziff. IV.).

Prof. Dr. Ulrich Eibach, Bonn<sup>1</sup>

## Aktive Euthanasie und Beihilfe zur Selbsttötung: Ein Menschenrecht?

### Weltanschauliche Hintergründe der Diskussion und ihre christlich-ethische Beurteilung

#### I. Einleitung

Über „aktive Euthanasie“ wird fast überall in der westlichen Welt kontrovers diskutiert. Die Gründe dafür sind nur zum Teil in innermedizinischen Gegebenheiten zu suchen. Hier sind die gesteigerten technischen Möglichkeiten, Leben zu erhalten, zu erwähnen. Das wirft die Frage auf, ob all das, was die Medizin zur Verlängerung des Lebens tun kann, wirklich dem Wohlergehen des einzelnen Menschen dient. In neuester Zeit spielen aber nicht zuletzt die durch die zunehmende Langlebigkeit der Menschen und die damit bedingte zunehmende Zahl chronisch kranker, meist multimorbider und pflegebedürftiger Menschen aufgeworfenen sozialökonomischen Probleme offen oder verborgen eine wesentliche Rolle. Unter anderem durch die Fortschritte der Medizin wird die Zahl der chronisch kranken und pflegebedürftigen, vor allem der betagten Menschen stetig gesteigert. Dazu gehört nicht zuletzt die zunehmende Zahl der Menschen mit schweren hirnorganischen Beeinträchtigungen, zu Beispiel infolge Schlaganfällen und vor allem Demenzen. Insbesondere das Leben dieser Menschen stellen unsere Vorstellungen von *einem menschenwürdigen Leben in Frage*, und zugleich sind und werden sie immer mehr zu einer sozialökonomischen Belastung. Diese Gruppe von kranken Personen spielt in der gegenwärtigen Diskussion über Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen eine nicht zu

unterschätzende Rolle. Dabei ist man aber in diesen Diskussionen meist tunlichst bemüht, die sozialökonomischen Hintergründe auszublenden und nur den Willen und das Wohlergehen des betroffenen Individuums zu thematisieren. Damit wird schon deutlich, dass die medizintechnischen Fortschritte in der Lebenserhaltung keinesfalls alleiniger Grund der gegenwärtigen Diskussionen, ja dass sie nicht einmal der hauptsächliche Grund sind, denn Menschen früherer Zeiten, in denen es kaum Möglichkeiten zu Schmerzbekämpfung gab, haben unsäglich mehr leiden müssen als heutige Menschen.

Ausschlaggebend sind vielmehr die gewandelten Lebens- und Wertvorstellungen in der Gesellschaft seit den 1960-ziger Jahren, deren entscheidendes Kennzeichen eine rapide Säkularisierung ist. Das „Tabu“ der „aktiven Euthanasie“ erscheint als eine letzte, religiös begründete Bastion gegenüber einer Lebenseinstellung, die für das „*autonome*“ Individuum auch die *uneingeschränkte Verfügung über das eigene Leben* postuliert. Damit verbunden ist die Vorstellung, dass das Leben durchgehend nach eigenen Wünschen *planbar* sei oder möglichst sein sollte. Die Fiktion vom gesunden und leidfreien Leben und

1 Der Autor ist Klinikseelsorger am Universitätsklinikum Bonn. Der Aufsatz ist eine überarbeitete Fassung seines Vortrages auf dem JVL-Symposium „Der Schutz des Menschen am Beginn und am Ende seines Lebens“ am 7. Mai 2004 in Köln.

Sterben bis zum Tod greift immer mehr um sich. Die Folge ist, dass man nicht mehr bereit ist, ein schweres Lebensgeschick als „Verhängnis“ hin- und anzunehmen, wenn man dieses Geschick durch eine „erlösende Tat“ beenden kann. Wenn man schon „nichts mehr machen“ kann, dann kann man das Leben, das angeblich nur noch sinnloses Leiden ist, doch wenigstens „weg machen“; denn welchen Sinn soll es denn haben, ein solches Leben bis zum bitteren Ende zu leben, wenn der Tod das radikale Ende dieses Lebens ist, der Mensch kein „Jenseits“ dieses „Diesseits“ hat. Dementsprechend ist mit der zunehmenden Säkularisierung der Industriegesellschaften die Zustimmung zur „aktiven Euthanasie“ bei „Gesunden“ stetig angestiegen, in Deutschland von 50% im Jahre 1973 auf ca. 80% im Jahre 2002.

Was sind die weltanschaulich wesentlichen Hintergründe dieser Diskussion um „aktive Euthanasie“? Ich möchte dies an einem Gespräch mit einer niederländischen Krankenschwester verdeutlichen, die in Deutschland ein Altenpflegeheim leitet:

*Sie berichtet, dass ihr Vater vor etwa einem Jahr in Holland infolge aktiver Sterbehilfe „gestorben“ sei. Er sei krebskrank gewesen, hätte in der letzten Zeit stark abgenommen, aber keine schweren Schmerzen, wohl aber Angst gehabt, die verbleibende Lebenszeit könne „unwürdig“ und belastend werden. Er bat den Hausarzt um „aktive Sterbehilfe“. Dieser habe der wiederholt vorgetragenen Bitte entsprochen. Die Familie – auch sie – versammelte sich am Krankenbett. Der Hausarzt kam, gab dem Vater ein Zäpfchen, das ihn langsam bewusstlos werden ließ. Nach sieben Stunden kam er wieder und setzte eine tödliche Spritze. Die Frau sagte, dass das Erleben sie noch sehr beschäftige. Sie habe den Schritt nicht für richtig gehalten. „Aber ich hatte doch nicht das Recht, meinen Vater davon abzuhalten, es ist doch sein eigenes Leben und seine freie Entscheidung gewesen!“ Auf die Frage, warum der Hausarzt dieses Verfahren gewählt habe, sagte sie: „Damit die Familie Abschied nehmen und den Vater im Sterben begleiten konnte.“ Meine Rückfrage, ob es auch den Grund hatte, dass der Schein eines natürlichen Sterbens gewahrt wurde, bejahte sie. Im weiteren Gespräch stellte sich heraus, dass sie die Frage bewegte, ob nicht viele der Bewohner des Heims, das sie leitet, in einem schlimmeren Zustand sind als ihr Vater es war, ob deren Leben nicht „unwürdig“ ist und warum sie noch leben und ob sie noch leben wollten, wenn man ihnen die Möglichkeit „aktiver Euthanasie“ eröffnete. Auf meine Frage hin, wann denn ein Menschenleben „unwürdiges Leben“ sei, sagte sie, dass das in Holland jeder für sich entscheiden müsse. Ich wies darauf hin, dass es in einer Gesellschaft und einem Staat, die die aktive Euthanasie moralisch und rechtlich billigen, fast selbstverständlich sei, dass sich schwerkranke Menschen in ihrem Krankheitsprozess irgendwann sehr aktiv und bewusst mit dieser Möglichkeit auseinandersetzen und sich fragen: „Warum eigentlich nicht? Warum nicht einem möglicherweise ‚unwürdigen‘ Leben und ‚Sterben‘ durch eine Tötung zuvorkommen?“ Irgendwann werde die Beschäftigung mit dieser Möglichkeit – wie bei Suizidanten – dann zum Entschluss des*

*Kranken und – da dieser ja von allen Beteiligten als sein „freier“ Entschluss respektiert werden müsse und vielleicht auch von ihnen gebilligt werde – auch zur Tat. Auf die Frage, was wäre, wenn dieser Weg nicht in einer derartigen Weise rechtlich eröffnet worden wäre, wenn ihr Vater rechtlich nicht die Möglichkeit der aktiven Euthanasie gehabt hätte, antwortete die Frau: „Denn hätte mein Vater irgendwie sein Leben anders beendet. Vielleicht wäre es überhaupt nicht so schlimm geworden, wie er dachte. Bei uns im Heim müssen die Menschen ja auch damit klar kommen!“*

An den Befragungen, die 1990 und 1995 in den Niederlanden durchgeführt wurden, ist besonders auffällig, dass als Gründe für die Euthanasie an erster Stelle ein „aussichtsloses“ und *subjektiv* unerträgliches Leiden (74%), an zweiter Stelle aber schon die *vorsorgliche* Vermeidung von Entwürdigung (54%), dann „schwerem Leiden zuvorkommen“ (54%), „sinnloses“ Leiden (44%) und dann erst tatsächlich eingetretener subjektiv schwer erträglicher Schmerz (32%) und schließlich der Wunsch, der Familie nicht zur Last zu fallen (13%), genannt wurden. Dies zeigt an, in welchem hohem Maße Euthanasie als „Vorsorgemaßnahme“ durchgeführt wird, um eine bloß mögliche „Entwürdigung“ und mögliches „schweres Leiden“ zu vermeiden.<sup>2</sup>

Dem Ansatz bei der Selbstbestimmung entspricht es, dass die subjektive Einschätzung des Leidens und der Würdigkeit des Lebens und damit der Wille des kranken Menschen fast allein ausschlaggebend sein sollen für den Umgang mit dem Leben. Der Mensch soll ein Recht haben, selbst zu bestimmen, welches Maß an Leiden er sich zumuten will. Für die Niederlande heißt das: Er soll wählen dürfen, ob er ein leidvolles Leben bis zu einem natürlichen Tod aushalten oder das Leben vorher beenden oder beendet haben möchte. Beides sind im Grunde gleichrangige Optionen, die der Staat den Menschen anbietet und deren Wahl er der Selbstbestimmung des betroffenen Menschen überlassen muss. Auf diesem Hintergrund werden also letztlich die Entwicklung guter palliativ-medizinischer Behandlungsformen und die aktive Euthanasie zu gleichrangigen Möglichkeiten, zwischen denen der Mensch nach seinem subjektiven Ermessen wählen darf. Die subjektive Einschätzung dessen, was tragbar ist, hängt aber ganz wesentlich davon ab, welche palliativmedizinischen Behandlungen dem Kranken von Ärzten angeboten werden und damit einerseits wiederum von deren Kenntnisstand über Palliativmedizin und andererseits von deren weltanschaulichen Einstellungen, ob sie nämlich ein „natürliches Sterben“ an einer Krankheit und eine Beendigung des Lebens durch den Patienten selbst

2 J. Wils: Zur Ethik der Euthanasie, Düsseldorf 1999; U. Eibach: Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in Fragen der Bioethik aus christlicher Sicht, Neukirchen-Vluyn 2000, S. 152 ff.

oder auch unter Beihilfe von Ärzten und durch die Hand der Ärzte als moralisch gleichrangige Formen des Sterbens betrachten, zwischen denen jeder nach eigenem Ermessen wählen darf.

Eine Befragung der „Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin“ aus dem Jahre 2002 macht deutlich<sup>3</sup>, dass die Zustimmung unter Ärzten und Pflegenden zur aktiven Sterbehilfe und dem assistierten Suizid zunimmt, je weniger palliativmedizinische Behandlungen bekannt sind, je weniger man auf dem Gebiet der Behandlung todkrank Menschen Erfahrungen hat, aber auch je weniger eine Kenntnis der standesethischen (z.B. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung) und rechtlichen Bestimmungen zur passiven und aktiven Sterbehilfe vorhanden ist. Wesentlich für die Einstellung zu diesen Fragen dürfte allerdings auch die persönliche weltanschauliche Einstellung zu Fragen sein, die mit diesem Thema im Zusammenhang stehen, also zum Leiden, Sterben und Tod, zur Selbstbestimmung des Menschen, zu sinnvollem und menschenwürdigen Leben usw.

In der subjektiven Einschätzung dessen, was ein nicht zumutbares Leiden für einen Menschen ist, schwanken schwerkranke Menschen oft hin und her. Dies hängt von vielen subjektiven und objektiven Befindlichkeiten und Umständen ab. Erst recht müssen sich die Einschätzungen des Kranken nicht mit denen Außenstehender, z.B. der Angehörigen, der Pflegekräfte und nicht zuletzt der Ärzte decken. Wie sehr die Einschätzung dessen, was ein Arzt nach seinem Ermessen, nicht nur subjektiv, sondern auch „objektiv“ als unerträglich, als nicht zumutbar erachtet, von seinem Kenntnisstand, aber auch der Erfahrung der Pflegenden, von dem stationären Umfeld u.a. abhängt, soll an einem Beispiel verdeutlicht werden.

*Herr B., Chefarzt i.R., leidet an einem metastasierenden Karzinom im Endstadium. Wegen kaum noch erträglicher Schmerzen begibt er sich in die Behandlung eines ihm gut bekannten Chefarztes, der auf dem Gebiet der Schmerzbehandlung durchaus gute Kenntnisse hat. Die zweiwöchige stationäre Behandlung zeigt keinen nennenswerten Erfolg. Da ich Herrn B. seelsorgerlich begleitete, rate ich ihm dringend, in eine spezialisierte Palliativeinrichtung zu gehen. Dort besuche ich ihn am zweiten Tag nach seiner Aufnahme. Die Schmerzen sind schon so im Griff, dass er sich ganz zufrieden zeigt und nach acht Tagen mit dieser schmerztherapeutischen Einstellung nach Hause entlassen werden kann. Als die Schmerzen nach ca. drei Wochen wieder schwer erträglich werden, ermutige ich ihn, wieder zur stationären Behandlung zu gehen. Er ist zurückhaltend, weil er Sorge hat, dass er durch eine weitere Erhöhung der Schmerzmittel (Opiate usw.) in seinem Bewusstsein eingetrübt werden könnte. Das widersprach seiner Einstellung. Zwei Tage später lässt er sich wegen der weiter zu nehmenden Schmerzen wieder aufnehmen. Als ich ihn bald darauf besuche, ist er zwar deutlich schwächer, aber die Schmerzen sind wieder unter Kontrolle.*

*Er ist voll bei Bewusstsein und in der Lage, ein längeres seelsorgerliches Gespräch über den Weg zum „ewigen Leben“ zu führen. Drei Tage später sinkt er ins Koma, nimmt mich, als ich zu einem geistlichen Abschiednehmen im Rahmen der Familie gebeten werde, aber noch deutlich wahr. Tags darauf ist er nochmals bei Bewusstsein und spricht noch, klagt aber nicht über Schmerzen; am folgenden Tag stirbt er.*

Es ist unverkennbar, dass unter den Rahmenbedingungen einer derart qualifizierten palliativmedizinischen Einrichtung die Angst, das Lebensende könne „mensenunwürdig“ werden, kaum aufkommt, und damit auch der Wille, einer solchen „Entwürdigung“ durch aktive Sterbehilfe zuvor zukommen, kaum geäußert wird.

## II. Zu den weltanschaulichen und philosophischen Hintergründen der Diskussion

Das Gespräch mit der niederländischen Krankenschwester macht deutlich, um welche weltanschaulichen und ethischen Fragen es in der Diskussion über den assistierten Suizid und die aktive Euthanasie in erster Linie geht. (1) Man geht in den Niederlanden davon aus, dass der Mensch die *Freiheit* haben soll, die Art und den Zeitpunkt seines Todes selbst zu bestimmen, um ohne Schmerzen und Leiden sein Leben beenden zu können. (2) Zweitens wird angenommen und vorausgesetzt, dass es ein aufgrund von Krankheit und Behinderung sinnloses und „*mensenunwürdiges*“ Leben gibt, das man durch Selbsttötung oder durch „aktive Euthanasie“ beenden oder möglichst – wie im geschilderten Fall geschehen – vorsorglich vermeiden darf. (3) Drittens wird implizit angenommen, dass das „*natürliche*“ Sterben an einer Krankheit einerseits und andererseits die Selbsttötung, die Beihilfe zur Selbsttötung und die Tötung auf Verlangen und gegebenenfalls auch die Tötung ohne ausdrückliches Verlangen bei angeblich „mensenunwürdigem“ Leben ethisch betrachtet gleichrangige Möglichkeiten sind, zwischen denen der Mensch nach seinem Ermessen wählen darf.

### 1. Wesentliche Argumente für ein Recht auf Selbsttötung und Tötung auf Verlangen

Schon 1967 schrieb der amerikanische Ethiker *Joseph Fletcher*: „Die Kontrolle des Sterbens (gemeint ist der selbstbestimmte Todeszeitpunkt) ist wie die Geburtenkontrolle eine Angelegenheit menschlicher Würde. Ohne sie wird der Mensch zur Majonette der Natur“, und

3 C. Müller-Busch, E. Klaschik, S. Woskanjan, Eine Alternative zur aktiven Euthanasie. Eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu verschiedenen Formen der Sterbehilfe, in: Deutsches Ärzteblatt Jg.101 (2004), A-1077 –78 (Langfassung [www.aerzteblatt.de/plus1604](http://www.aerzteblatt.de/plus1604)).

das sei des Menschen *unwürdig*. Damit sind die zwei Punkte genannt, die für die theologisch-ethische Beurteilung der aktiven Euthanasie entscheidend sind, erstens das Verständnis von der *Autonomie* des Menschen, die ein uneingeschränktes *Selbstverfügungsrecht* über das eigene Leben und damit auch die Vorstellung einschließt, der Mensch könne oder solle sogar den Zeitpunkt und die Art seines Todes planen und selbst bestimmen, und zum anderen die Behauptung, es gebe ein Leben, das des Menschen *unwürdig* sei, und dieser Zustand der Unwürdigkeit trete ein, wenn der Mensch sein Leben nicht mehr frei selbst bestimmen und gestalten kann.

Die Renaissance und die Aufklärung, insbesondere ihr Vollender *Immanuel Kant*, haben die Autonomie als den entscheidenden Inhalt der Menschenwürde herausgestellt.<sup>4</sup> Nach Kant hat ein Lebewesen *Würde*, sofern es sich in *Freiheit* selbst gemäß dem durch die *Vernunft* erkannten allgemeingültigen *Sittengesetz* bestimmt. Demnach ist jede Fremdbestimmung des Menschen unwürdig. Für Kant ist die Freiheit allerdings keine empirische Größe in der Welt sinnlicher Erscheinungen, sondern ein „Postulat“ der „praktischen Vernunft“, und vor allem hat Kant dabei nur den Menschen als *Vernunft- und Geisteswesen* im Blick, das sich in seinem sittlichen Handeln selbst bestimmen soll. Als *Naturwesen* ist der Mensch notwendig fremdbestimmt, determiniert. Und dies ist für Kant kein Übel, sondern eine unabwendbare Gegebenheit. Daher hat Kant aus seinem Freiheitsverständnis auch kein absolutes *Verfügungsrecht* über das *eigene Leben* abgeleitet und das eigene *Leben nicht als Besitzgut* wie andere Güter betrachtet, über die er nach seinem Belieben verfügen darf. Er hat die Selbsttötung mit der Begründung abgelehnt, dass die Autonomie nicht die Möglichkeit einschließe, die Bedingungen ihrer eigenen Möglichkeit, nämlich das *Leben* zu vernichten.

Eine entscheidende Wende im *Freiheitsverständnis* wird vollzogen, wenn die Freiheit die Rückbindung an Gott oder – nach Kant – an das allgemein verpflichtende Sittengesetz verliert, der Mensch in seiner Autonomie nur bezogen auf sich selbst gedacht (Selbstverwirklichung) und wenn zuletzt die *Autonomie als eine Qualität* in der Welt sinnlich wahrnehmbarer Erscheinungen verstanden wird, deren Vorhandensein oder Fehlen man empirisch nachweisen kann. Wird diese empirische Entscheidungs- und Handlungsautonomie dann zum hauptsächlichen Inhalt der Menschenwürde oder gar mit ihr gleichgesetzt, dann wird aus ihr auch das Recht auf Selbstbestimmung über den Zeitpunkt und die Art des eigenen Todes, also auf *Selbsttötung*, oder auch ein Recht auf Tötung durch andere gefolgert. Zugleich wird damit die Behauptung verbunden, dass es ein bloß *biologisch menschliches Leben* geben kann, das der *Menschenwürde* entbehrt, weil es noch nicht oder nie oder nicht mehr über eine derartige empirische Autonomie verfügt. Der-

artiges Leben sei „untermenschlich“ und „mensenunwürdig“, „lebensunwert“.

Diese Folgerungen aus dem „Tode Gottes“ hat als erster in konsequenter Weise *Friedrich Nietzsche* im „Lied vom freien Tod!“ in „Also sprach Zarathustra“ so zugespitzt, dass er sagt: „Stirb zu rechten Zeit!“ Die „faulen Äpfel“ solle man nicht so lange an den Bäumen hängen lassen, bis der Wind sie herabstößt. Man solle die „dumme physiologische Tatsache des naturbedingten Todes“ zu einer „moralischen Notwendigkeit“, einer Tat der Freiheit werden lassen. „Ich lobe mir den *freien Tod*, der kommt, weil *ich* will“ und nicht, weil die „Natur“ oder ein „Gott“ es will. Den Tod solle man sich geben, bevor das Leben seiner Freiheit beraubt und so zum bloßen „Dahinvegetieren“, zum „*lebensunwerten*“ Leben werde. Man postuliert also ein absolutes Verfügungsrecht über das eigene Leben, das man auch an andere delegieren können soll. Begründet werden derartige Tötungswünsche mit einem negativen Werturteil über das Leben, das als „mensenunwürdig“ einstuft wird. Beide Argumente sind Ausdruck und Folge der Säkularisierung unserer Lebensvorstellungen, - mit Nietzsche gesprochen - einerseits dessen, dass die Menschen „Gott getötet“ haben und daher ihr eigener Gott und Schöpfer sein müssen, und andererseits dessen, dass dieses irdisch diesseitige Leben kein Jenseits dieses Diesseits kennt und dass es deshalb schwer einsichtig zu machen ist, warum der Mensch ein schweres und innerweltlich hoffnungsloses Leben bis zu seinem bitteren Ende durchstehen und sich nicht vorher von seinem Dasein „erlösen“ oder „erlösen“ lassen soll.

*Jean Paul* hat schon lange vor Nietzsche in seinem Roman „Siebenkäs“ (1796/97) diese „gottlose“ Weltsicht, die den „autonomen“ Menschen zu seinem eigenen Gott erhebt, in seiner „Rede des toten Christus vom Weltgebäude herab, dass kein Gott sei“ so ausgedrückt: „Ach, wenn ein jedes Ich sein eigener Vater und Schöpfer ist, warum kann es nicht auch sein eigener Würgeengel sein?“ Wie bei *Nietzsche* haben wir es auch bei heutigen Befürwortern des „Freitods“ und der „aktiven Sterbehilfe“<sup>5</sup> fast immer mit Kombinationen von *negativen Lebenswerturteilen* und einer *Außerkraftsetzung des Tötungsverbots im Namen der Freiheit* des Individuums zu tun.

Aus der Radikalisierung der empirischen Entscheidungs- und Handlungsautonomie zu einem uneingeschränkten Verfügungsrecht über das eigene Leben

4 Grundlegung zur Metaphysik der Sitten (GMS) Akademie Ausg. Bd. IV., S. 435; vgl. *Pieper, A.*: Artikel „Autonomie“, in: Lexikon der Bioethik, hrsg. von W. Korff u.a., Bd. I, Gütersloh 1999, S. 289 ff.; *Baumann-Hölzle, R.*: Autonomie und Freiheit in der Medizin-Ethik. Immanuel Kant und Karl Barth, Freiburg 1999.

5 *H.-M. Kuitert*: Der gewünschte Tod. Euthanasie und humanes Sterben, Gütersloh 1991; *W. Jens/H. Küng*: Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, München 1995.

folgt die Gleichsetzung der *Autonomie* mit der *Würde* des Menschen und wird das Recht auf Selbsttötung bzw. der Tötung auf Verlangen gefolgert, durch die einem „autonomielosen“ und daher angeblich „würdelosen“ Leben vorgebeugt oder es beendet werden soll. Wenn in erster Linie oder gar nur die empirische Autonomie der Inhalt der Menschenwürde ist, dann ist sie das höchste zu schützende Gut, dann ist primär sie und nicht das Leben zu schützen, dann ist auch der Tötungswille – außer vielleicht bei bestimmten schweren psychischen Erkrankungen – immer zu achten, und dann ist Leben, das dieser Autonomie entbehrt, ohne Würde, ohne Menschenrechte, nur biologisches Leben, das des Menschen unwürdig ist und von dem man sich selbst oder mit der Hilfe anderer „erlösen“ darf.

Dies schließt dann letztlich ein, dass dem Menschen die Möglichkeit eröffnet werden muss, zu wählen, wie er sterben möchte. Jede Erweiterung der Wahlmöglichkeiten in der Verfügung über das eigene kreatürliche Leben entspricht, wenn man die Menschenwürde mit empirischer Autonomie gleichsetzt, der Würde des Menschen, und eine Einschränkung dieser an sich möglichen Wahlmöglichkeiten in der Verfügung über das Leben widerspricht letztlich der Menschenwürde. Diese Sicht ist gleichbedeutend mit dem Postulat, dass der Mensch wenigstens ein moralisches *Recht auf Selbsttötung* hat, weil deren Verbot nicht nur einer Einschränkung der persönlichen Freiheit, sondern auch einer Missachtung der Menschenwürde gleichkäme. Entsprechend folgern immer mehr Rechtsphilosophen, ja selbst Verfassungsrechtler (z. B. Matthias Herdegen in seinem neuen Kommentar zu Artikel 1 Abs. 1 des Grundgesetzes), dass sich aus der Menschenwürde, deren primärer Inhalt die empirische Autonomie ist, das Recht auf uneingeschränkte Verfügung über das als Besitz verstandene eigene Leben, also ein *Recht* (und nicht nur die Möglichkeit) *auf Selbsttötung* ergibt, das folgerichtig auch das Recht auf Beihilfe zur Selbsttötung, wenn nicht gar das Recht auf Tötung auf Verlangen einschließen müsste, sofern die „Tötungshilfe“ von anderen aus freien Stücken vollzogen wird.

## 2. Von der Tötung auf Verlangen zur Tötung ohne Einwilligung

Wenn ein nicht mehr freiheitliches, durch *selbstbewusste Interessen* bestimmtes Leben des Menschen unwürdig sein soll, dann käme es einer Missachtung der Menschenwürde gleich, Menschen in einem derartigen Dasein „dahinvegetieren“ zu lassen, wenigstens dann, wenn ein solches Leben ihrem tatsächlichen oder *mutmaßlichen Willen* nicht entspricht. Im Grunde ergäbe sich aus diesem Ansatz eine moralische Pflicht, Menschen von einem solchen Dasein durch einen „Gnadentod“ auch dann zu erlösen, wenn sie nicht mehr aus-

drücklich bitten können. Denn wenn es derart „menschunwürdiges Leben“ gibt, dann ist es inkonsequent, einen derartigen „Gnadentod“ nur zu vollziehen, wenn dies dem tatsächlich geäußerten Willen der Betroffenen entspricht und wenn Menschen sich im Sterben befinden. Man dürfe – so etwa der australische und jetzt in den USA (Princeton) lehrende Bioethiker *Peter Singer*<sup>6</sup>, der deutsche Rechtsphilosoph *Norbert Hoerster*<sup>7</sup> u.a. – zugleich davon ausgehen, dass „vernünftige“ und „rational“ denkende Menschen, die nichts Gegenteiliges geäußert haben oder deren eindeutige Lebenseinstellungen dem nicht widersprechen, einer „Erlösung“ von einem „menschunwürdigen Dasein“ in der Regel zustimmen, dass ihr „mutmaßlicher“ Wille den allgemeinen und angeblich „rational“ begründeten Wertvorstellungen entspricht. Da „allgemeine Wertvorstellungen“ aber ein wandelbarer und schwer fassbarer Begriff ist, entsteht die Frage, wer die „Definitionshoheit“ darüber besitzt, was derart allgemeine und einer „rationalen“ Lebensauffassung entsprechende allgemeine Wertvorstellungen sind.

Die juristische Konstruktion des „mutmaßlichen Willens“, mit der Juristen die Autonomie des Menschen als oberstes zu achtendes Gut festhalten wollen, öffnet mithin die Türen zu weitergehenden Erwägungen. Welcher Mensch möchte z.B. schon im Zustand einer fortgeschrittenen Alzheimer-Demenz leben? Soll dann das „rationale“ Urteil der Mehrheit der „aufgeklärten Allgemeinheit“ festlegen, ab wann es sich im Verlauf der Krankheit um ein „lebensunwertes Leben“ handelt, in dem kein „vernünftiger“ Mensch mehr leben will? Ist erst einmal die entscheidende Weichenstellung in der Gesellschaft vollzogen, dass es ein „menschunwürdiges“ und „lebensunwertes“ Leben gibt, so liegt dieser Schritt nahe.<sup>8</sup> Dass damit die Türen zur „Tötung lebensunwerten Lebens“ geöffnet werden, ist unübersehbar. Zuerst entscheidet der Betroffene selbst, wann sein Leben nicht mehr „lebenswert“, sondern „tötenswert“ sein soll; dann entscheiden andere nach seinem „mutmaßlichen“ Willen – der als „gemutmaßter“ Wille mehr über den Willen der anderen als den des Betroffenen aussagt –; dann entscheidet die „Allgemeinheit“ nach Kriterien, die sie für rational und „vernünftig“ hält und die sich auch immer mehr mit dem „ökonomisch Vernünftigen“ decken werden. Und wenn sich die Belastungen der Gesellschaft durch die stetig zunehmende Zahl multimorbider und schwerstpflegebedürftiger, vor allem älterer Menschen als nur noch schwer tragbar erweisen, wird die Gesellschaft die Kriterien für eine „gelenkte

6 *P. Singer*: Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionellen Ethik, (dtsh.) Erlangen 1998.

7 *Sterbehilfe im säkularen Staat*, Frankfurt 1998.

8 *U. Eibach*: Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Euthanasie und ‚lebensunwertes‘ Leben, Wuppertal 1998, S.148 ff.



Sterblichkeit“ – wenn auch zunächst einmal nur in der Form der Vorenthaltung von lebensnotwendigen medizinischen und pflegerischen Leistungen – festlegen, weil sie die Menschenwürde letztlich in den „Gebrauchswert“ eines Menschen auflöst.<sup>9</sup> Wo liegt da ein grundsätzlicher Unterschied zu dem, was der berühmte Strafrechtler *Karl Binding* und der Psychiater *Alfred Hoche* in ihrer gemeinsamen Schrift „Über die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens – Ihr Maß und ihre Form“ (Leipzig 1920, 2. Aufl. 1922) propagiert haben? Der theoretische Kern der Vorschläge dieser keinesfalls nationalsozialistisch denkenden Autoren, die später Grundlage der NS-Verbrechen an behinderten Menschen wurden, bestand darin, dass ein Menschenleben den Wert eines schützenden *Rechtsguts* in dem Maße verliert, wie aus dem *Nutzen* ihres Lebens für die Gesellschaft *Schaden* wird.

Selbstverständlich ist nach dieser Sicht die „aktive Euthanasie“ nicht auf Menschen zu begrenzen, die an einer tödlichen und unaufhaltsam zum Tode fortschreitenden Krankheit leiden, also auf *Sterbende*. Auch Menschen, die schwer behindert, hirnorganisch geschädigt, pflegebedürftig, multimorbid, dement sind oder auch nur an schweren psychischen Erkrankungen leiden, bei denen der Sterbeprozess aber noch keinesfalls begonnen hat und deren Tod nicht absehbar ist, fallen unter die ins Auge gefassten Formen der „Euthanasie“. *Sterbehilfe* ist also kein angemessener Ausdruck für diese Formen der Euthanasie bei Menschen, deren Sterbeprozess nicht begonnen hat, die vielmehr lediglich in einem angeblich „menschewürdigen“ Zustand leben. Wenn es primäres Ziel der aktiven Euthanasie ist, dem Menschen das Recht einzuräumen, die Art und den Zeitpunkt seines Todes selbst zu bestimmen, ja wenn man meint, dass es des Menschen eigentlich unwürdig ist, durch Krankheit in den Zustand der Entmündigung der Autonomie versetzt zu werden und den Tod als „Naturereignis“ zu erleiden, dann wird die grundlegende Unterscheidung zwischen Menschen, deren Sterben als unabwendbares Naturgeschehen begonnen hat, und kranken und pflegebedürftigen Menschen, bei denen dies keineswegs der Fall ist, ethisch gesehen unwichtig.<sup>10</sup> Der Begriff „aktive Euthanasie“ oder – sachgerechter - *geplante Tötung* von Menschen, die ihr Leben selbst oder das andere für „menschewürdig“ erklärt haben, trifft den Sachverhalt richtiger.

### 3. Pragmatische Argumente gegen die aktive Euthanasie

Diejenigen, die die liberale Ausgangsbasis bei der mit der Menschenwürde gleichgesetzten Autonomie teilen, sich aber dennoch gegen Tötung auf Verlangen wenden, fürchten, dass durch eine rechtliche Freigabe der Tötung auf Verlangen die freie Selbstbestimmung und damit die Würde anderer angetastet wird, dass die Frei-

gabe der Tötung auf Verlangen notwendig oder faktisch zur Tötung ohne Verlangen und ohne Einwilligung führen wird. Um dies möglichst zu verhindern, müsse man die Tötung auf Verlangen weiterhin unter Strafe stellen.

Befürworter der „aktiven Euthanasie“ – wie z. B. *N. Hoerster* – weisen nicht zu Unrecht darauf hin, dass dieses so genannte „Dammbruch-Argument“ ein *empirisches* und kein *grundsätzliches Argument* gegen die „aktive Euthanasie“ sei. Wenn man anerkenne, dass die Autonomie der grundlegende Inhalt der Menschenwürde sei, so müsse man fragen, wodurch die Autonomie von mehr Menschen verletzt würde, durch ein Verbot oder durch eine Erlaubnis der aktiven Euthanasie. Diese empirische Frage könne nur durch empirische Untersuchungen geklärt werden. Zudem sei es nicht ausgeschlossen, dass man rechtliche Wege finde, eine Tötung gegen den eindeutig geäußerten Willen weitgehend zu verhindern. Und dem Argument, dass kein Mensch einen anderen – auch keinen zur Hilfeleistung verpflichteten Arzt – verpflichten könne, bei sich „aktive Euthanasie“ auszuführen, könne dadurch begegnet werden, dass dies auch gar nicht nötig sein wird, da es – wie auch Befragungen unter deutschen Ärzten zeigen<sup>11</sup> – genügend Ärzte/innen gibt, die zu einem derartigen Schritt bereit seien. Die gesamte Argumentation entbehrt nicht der Logik, wenn man davon ausgeht, dass die Autonomie der primäre oder gar der alleinige Inhalt der Menschenwürde ist, und wenn man dem Menschen ein uneingeschränktes Verfügungsrecht über sein Leben einräumt und so den Schutz des Lebens eindeutig dem Schutz der Autonomie unterordnet. Dies ist auch gegenüber denjenigen festzuhalten, die aus der Autonomie des Menschen ein Recht auf Selbsttötung und *Recht auf Beihilfe zur Selbsttötung* und dementsprechend eine Straffreiheit dieser Beihilfe für Personen mit Garantenpflicht (Ärzte, Pflegekräfte, Angehörige, Betreuer) ableiten möchten.<sup>12</sup> Man meint, dass dann, wenn wie bei der Selbsttötung die „Tatherrschaft“ eindeutig beim Betroffenen bleibe, die Tötung ohne Verlangen und auch ein psychischer oder sonstiger Druck anderer auf den kranken Menschen, um die Tötung zu bitten, faktisch ausgeschlossen sei. Dies würde aber zu der ungerechten und absurden Situation führen, dass gerade den Menschen, deren Zustand so hilflos und daher angeblich „menschewürdig“ ist, dass sie sich nicht mehr selbst den Tod geben können, und die dazu notwendig auf die

9 *U. Eibach* (Fn. 2), S. 167 ff.

10 *U. Eibach* (Fn. 8), S. 87 ff.

11 *K.-H. Wehkamp*: Sterben und Töten. Euthanasie aus der Sicht deutscher Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer empirischen Studie. Berliner medizinethische Schriften, Heft 23, Dortmund 2000.

12 So auch ein noch nicht veröffentlichtes „Mehrheitsvotum“ der „Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz“.

Hilfe anderer angewiesen sind, die Möglichkeit der Ausführung ihres Tötungswunschs verweigert wird. Deshalb – so argumentieren N. Hoerster u. a. – müsse nicht nur die Beihilfe zur Selbsttötung und die Tötung auf Verlangen erlaubt, wenigstens aber straffrei sein, sondern auch die Möglichkeit gegeben werden, dass Menschen in Patientenverfügungen voraus bestimmen können, dass sie, falls ihr Leben zu einem angeblich „mensenunwürdigen“ Zustand wird, von ihm durch eine aktive Euthanasie erlöst werden möchten und dass auch diejenigen, die diesen Tötungswillen vollziehen, straffrei bleiben, ja dass auch eine Tötung von Menschen in derartigen Zuständen erlaubt sein sollte, die dies nicht mehr ausdrücklich verlangen können und die auch keine entsprechenden Voraussetzungen abgefasst haben.

### III. Theologisch-ethische und seelsorgerliche Aspekte der Euthanasie

#### 1. Selbstbestimmter Tod und die Ohnmacht gegenüber der Übermacht des Todes?

Nach F. Nietzsche sollen Sterben und Tod nicht als die *Persönlichkeit* entmächtigende Mächte erlitten werden. Man soll ihnen durch eine menschliche Tat zuvorkommen. Dem „Größenwahn“, wir seien die freien Herren unseres eigenen Lebens und könnten dieses nach unseren Vorstellungen durchgehend planen, entspricht die Allmachtsfantasie, dass Menschen auch Herren über den Tod werden können, und damit der „medizinische Machbarkeitswahn“, der die Übermacht des Todes über alle menschliche Macht leugnet oder verdrängt. Wenn dann trotzdem alle Therapien erfolglos bleiben, wenn die Fiktion der Macht über den Tod nicht aufrechtzuerhalten ist und wenn im Altern und Sterben auch die Fiktion eines umfassend selbstbestimmten Lebens zerbricht, dann möchte man wenigstens dem Leben ein Ende setzen dürfen, nicht das Enden der Fiktion vom selbstbestimmten Leben in einem angeblich freiheits- und daher würdelosen bloßen „Dahinvegetieren“ erleiden müssen.

Die Fiktion des durchgehend selbstbestimmten Lebens ist Ausdruck eines „geistigen Größenwahns“, der dem „technischen Machbarkeitswahn“ eines oft blinden Kampfes gegen den Tod und der Leugnung der Übermacht des Todes über menschliches Wollen und Können in komplementärer Weise entspricht.<sup>13</sup> Beide entspringen derselben geistigen Wurzel, der Selbsteinsetzung des Menschen als uneingeschränkten Herrn und Besitzer seines Lebens. Beide leugnen die Tatsache der Geschöpflichkeit, der Abhängigkeit vom Unverfügbaren, von Gott, der Natur und auch vom Mitmenschen und das Unterworfenheit des Menschen und seiner

Freiheit unter die Macht des unverfügbaren Todes (vgl. Paulus, Brief an die Römer 8,18ff.). Sie kennen keine Ethik des *Verzichts* und des „*Erleidens*“, sondern nur eine Ethik der aktiven Lebensgestaltung, *des Herrseins des Ichs über das Leben*, nur eine „*Ethik der Macht*“, die die *Ohnmacht* durch Macht zu überspielen versucht, keine Ethik des „*Seinlassens*“, der inneren Annahme des „*Verfügten*“ (Schicksal). Das *Erleiden* von Krankheit bis hin zur Entmächtigung des Ichs wird als mit allen Mitteln zu vermeidende größte Demütigung des autonomen „*Selbstbewusstseins*“ und des „*Größenwahns*“ erfahren, aus dem heraus gezeugt wird, dass es durch die Macht des Todes letztlich immer zur Entmächtigung des „*Ichs*“ und seiner Freiheit kommt, auch dann, wenn der Mensch sich selbst den Tod gibt oder von anderen geben lässt. Im „*Schwindel der Angst*“, die eine tödliche Krankheit meist aufsteigen lässt, bricht die Freiheit in der Regel ohnmächtig zusammen (S. Kierkegaard). „Nicht das ist die Funktion des Todes, der Ichheit auf den Thron zu helfen, sondern umgekehrt ist seine Funktion, sie vom Thron zu stürzen“.<sup>14</sup> Der Mensch ist erst frei, wenn er von der Angst vor dem Verlust seiner empirischen Autonomie befreit ist.

Die Herausforderung des Todes besteht darin, dass der Mensch sich mitsamt seiner Autonomie *loslassen*, sein Leben der Fürsorge Gottes und auch der Menschen übergeben kann im – begründeten – Vertrauen darauf, dass Gott ihm die Kraft gibt, auch die letzte Wegstrecke seines irdischen Lebens zu bestehen, und darauf, dass andere Menschen ihn darin in würdevoller Weise pflegen und begleiten. Die *Entmächtigung der Persönlichkeit im Altern und im Sterben ist des Menschen nicht unwürdig, sie gehört zu seiner Kreatürlichkeit*. Die Frage ist nur, welche Antwort der Mensch auf diese Herausforderung des Todes gibt, ob er sie – wie Nietzsche – mit der Fiktion der Freiheit überspielt und das der Freiheit beraubte Leben als „mensenunwürdig“, bloß biologisches „Dahinvegetieren“ und daher als „tötenswert“ einstuft oder ob er dieses Geschick auch *erleiden*, tragen oder vielleicht auch annehmen kann, ohne das Urteil „lebensunwertes Leben“ zu fällen und zu vollziehen. Je mehr die Bereitschaft wächst, *sich selbst loszulassen*, über sich *verfügen* zu lassen, um so mehr schwindet der Schrecken des Todes und selbst der vor der Entmächtigung der Persönlichkeit im Sterben. Er wandelt sich zur Zuversicht, dass es nicht des Schrittes einer aktiven Tötung bedarf, um diesen schweren letzten Weg des irdischen Lebens zu bestehen.

Vorstellungen von einem selbstbestimmten Sterben und Tod finden sich vor allem bei Menschen, die sehr *autonom* leben, insbesondere bei Männern, die das Steuer ihres Lebensschiffs stets in der Hand hielten, die sich

13 U. Eibach (Fn. 8), S. 79 ff.

14 V. E. Frh. von Gebstatel: Aspekte des Todes, in: A. Jores (Hg.): Der Tod. Synopsis Bd.3, Hamburg 1949, S. 60 ff.

ein Hilfsbedürftig- und Abhängigwerden, eine Entmündigung ihrer Persönlichkeit im Altern und Sterben nicht vorstellen wollen und können. Gedanken, sich das Leben zu nehmen, ehe das Leben und Sterben zu belastend und der Selbstbestimmung beraubt wird, kommen bei vielen, vielleicht den meisten todkranken Menschen als Durchgangsstadium in der inneren Auseinandersetzung mit dem tödlichen Krankheitsgeschick auf. Bei einigen aber verfestigen sie sich zu einem fast immer einseitigen Entschluss.

Fallbeispiel mit Kommentar:

*Ein 80-jähriger General a. D. ist mit einem metastasierenden Karzinom aus einem anderen Krankenhaus in die Klinik eingewiesen worden. Er äußert im Gespräch mit dem Klinikpfarrer, wie er aus dem Leben zu scheiden gedenkt: „Herr Pfarrer, ehe es so weit ist, werde ich 'in Ehren abtreten'!“. Pfarrer: „Sie wollen sich das Leben nehmen, um nicht auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein!?“ Er: „Genau, das sehen Sie richtig. Man darf nicht von anderen abhängig werden!“ Pfarrer: „Und Ihre Frau, wenn die einen Brustkrebs hat, der so ähnlich metastasiert, die soll auch in Ehren abtreten, bevor sie auf Ihre Hilfe angewiesen ist!?“ Der General ist sichtlich verunsichert durch die Frage und antwortet dann nach einer längeren Pause: „Ich würde sie schon gerne pflegen!“*

Die Antwort macht die Widersprüchlichkeit des Ideals vom selbstbestimmten Tod hinreichend deutlich. Es ergab sich ein intensives und offenes Gespräch zwischen dem Seelsorger und dem Patienten. Der Seelsorger versuchte dem Patienten zu vermitteln, dass die Angst vor Hilfebedürftigkeit zwar berechtigt ist, dass der Ausweg eines „Freitods“ aber nicht Ausdruck von Freiheit, sondern von Angst und mithin – psychologisch gesehen – von Unfreiheit ist, dass er erst frei sei, wenn er von dieser Angst befreit sei, wenn er sein Leben *loslassen*, in die Hand Gottes und anderer Menschen loslassen könne, sich nicht mehr an sich selbst und seine Möglichkeiten klammern müsse. Ferner verdeutlichte der Seelsorger ihm, dass er selbst gesagt habe, dass das *Angewiesensein* auf andere Menschen das Menschenleben nicht *entwürdigen* kann, da er ja selbst seine Frau gerne pflegen wolle, so weit es in seinen Kräften stehe. Deshalb könne auch sein Angewiesensein auf die Liebe und *Fürsorge* seiner Frau sein Leben nicht entwürdigen, ja wahre Liebe könne Leben niemals entwürdigen, sondern lasse die Würde des Menschen erst wirklich aufscheinen, und wahre *Freiheit* bewähre sich gerade darin, dass sie von der Angst, die Würde zu verlieren, befreit wird dazu, sich der liebenden Fürsorge Gottes und von Menschen anzuvertrauen, insbesondere derer, die mir in Liebe verbunden sind. Die Herausforderung des Sterbens könne für ihn gerade darin bestehen, diese Liebe anzunehmen, die Autonomie ihr unterzuordnen und so die Angst vor dem Verlust der Würde zu überwinden. Die Würde werde letztlich nur in und durch die Liebe zum

wirklichen und ganzen und nicht nur dem autonomen Leben geachtet. Der Patient wurde bald wieder in das andere Krankenhaus verlegt. Zwei Wochen nach Entlassung teilte er telefonisch mit, dass er sich von dem Gedanken, „rechtzeitig in Ehren abzutreten“, „verabschiedet“ habe.

Die Vorstellung vom *selbstbestimmten Sterben* und *Tod* ist nicht nur eine weitgehend wirklichkeitsfremde und ethisch sehr problematische Leitidee. Nach christlicher Sicht ist die freie Selbstbestimmung für die Begründung der *Würde* des Menschen nicht konstitutiv. Der Mensch konstituiert sich weder in seinem Dasein noch in seiner Würde durch sein freies Wählen und Handeln. Er wird ohne sein Zutun ins Dasein „geworfen“, ob er es will oder nicht. Das „Schicksal“ – für Christen letztlich die „Erwählung“ und das schöpferische Handeln Gottes – geht allem Selbstbewusstsein und aller Selbstverfügung voraus, und letztere enden im Abbau des Lebens in ersterem. Leben beginnt und endet in einer *Passivität*, die durch die Aktivität anderer, vor allem Gottes bedingt ist<sup>15</sup>, der dabei in und mit den und durch die Kräfte der Natur wirkt, so dass der Beginn des Lebens wie auch sein Ende primär als „Naturereignisse“ erlitten werden, ohne dass dieses Unterworfenensein unter die Natur an sich als ein Übel zu betrachten ist. Hinsichtlich des ins Dasein rufenden Aktes des Schöpfers wie auch seines Todes ist der Mensch ein grundlegend von Gott und den von ihm geschaffenen natürlichen Bedingungen des Lebens, aber auch von den Gottes Schöpfung bedrohenden und zerstörenden Faktoren des Lebens abhängiges Wesen. Dieser Abhängigkeit kann der Mensch nicht mit der Wunschvorstellung, ja Fiktion eines durchgehend selbstbestimmten Lebens entfliehen. Zwischen einem „natürlichen“ Tod infolge Krankheit und dem Tod, den sich der Mensch selbst gibt und von anderen geben lässt, besteht – wenigstens aus theologischer Sicht – ein grundsätzlicher Unterschied.

## 2. Menschenwürde: „Menschenunwürdiges“ Leben und Sterben?

In der Diskussion über Sterbehilfe nimmt die Vorstellung vom *menschenwürdigen* Leben und Sterben eine Schlüsselstellung ein. Sie setzt offen oder insgeheim voraus, dass es ein „menschenunwürdiges“ Leben gibt, nicht nur in dem Sinne, dass zur Hilfe berufene Menschen einen sterbenden Menschen „unwürdig“, d. h. nicht seiner Menschenwürde entsprechend achten und behandeln, sondern auch in dem Sinne, dass es natürliche, nicht von Menschen verursachte Umstände gibt, die den Menschen seiner *Würde* berauben. Die Rede

<sup>15</sup> E. Jüngel: Tod, Stuttgart 1971, S. 116.

vom „menschenunwürdigen“ Leben und Sterben hängt also mit einem Verständnis der *Menschen- und Personwürde* als empirischer Qualität zusammen, die durch Krankheit und Behinderung in Verlust geraten oder erst gar nicht entwickelt sein kann.

Nach christlicher Sicht gründet die *Gottebenbildlichkeit*, die *Würde des Menschen* nicht in aufweisbaren Qualitäten, sondern darin, dass Gott ihn zu seinem Partner erwählt, geschaffen und zu einer besonderen Verantwortung für sein Handeln und die Schöpfung und zu ewiger Gemeinschaft mit sich bestimmt hat. *Person* ist der Mensch dadurch, dass Gott ihn mit dieser besonderen Bestimmung und Verheißung auszeichnet. Sie werden nicht dadurch hinfällig, dass der Mensch ihnen nicht entspricht oder aufgrund von Krankheit, Behinderung usw. nicht entsprechen kann. Auch dann bleibt die besondere Verheißung und Bestimmung Gottes für sein Leben bestehen, geht dieses Leben der Vollendung seiner Bestimmung im Sein bei Gott, im „ewigen Leben“, im „Reich Gottes“ entgegen. Hier erst vollendet sich alles Leben zur Bestimmung seines Daseins, zur *Gottebenbildlichkeit*. Alles Menschenleben bleibt hinsichtlich der selbsttätigen Entsprechung seiner Berufung zur Gottebenbildlichkeit in diesem irdischen Leben mehr oder weniger *Fragment*, das sich nach seiner „Erlösung“ und Vollendung sehnt (Römer 8,18 ff.; 1.Johannes 3,2). Die Gottebenbildlichkeit ist und bleibt dem faktischen Menschenleben *transzendent*, überschreitet also die diesseitigen Erfahrungsmöglichkeiten, ist letztlich sowohl hinsichtlich ihrer Grundlegung wie auch ihrer Vollendung eine „eschatologische“, also allein in Gottes Handeln gründende und in der Auferweckung zum „ewigen Leben“ durch Gott vollendete Größe, die allerdings gerade als solche diesem *konkreten irdischen Leben schon jetzt von Gott zugesprochen* und als „transzendentes“ *Prädikat zugeeignet* ist.<sup>16</sup> Sie ist also deshalb *unverlierbar*, weil das von Gott geschaffene Menschenleben auf die Erfüllung dieser verheißenen Gottebenbildlichkeit im „ewigen Leben“ unterwegs ist.

Zu Recht hat der Arzt *V.v.Weizsäcker* (1947)<sup>17</sup> in seiner Auseinandersetzung mit den Verbrechen der Medizin im „Dritten Reich“ darauf verwiesen, dass ohne die Vollendung auch allen schwer behinderten Menschenlebens zur Gottebenbildlichkeit im „ewigen Leben“ es in der Tat „lebensunwertes“ Leben gibt, von dem nicht einsichtig ist, warum Menschen es noch ertragen und andere Menschen es noch als Menschenleben achten und behandeln sollen und nicht vernichten dürfen. Ohne „ewiges Leben“ wird auch das zeitliche Leben relativ, hat keinen *einmaligen, unverlierbaren*, keinen „ewigen Wert“, wird – zumindest an seinen Rändern, wo es sich nicht mehr selbst verwirklichen kann – „lebensunwert“, eine Einsicht, die die Theologie und die Kirchen schon in der Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Ideologie nur zaghaft vertreten haben und die sie in der gegenwärtigen säkularen Welt noch weniger zur Gel-

tung zu bringen wagen.<sup>18</sup> Wer die Dimension des „*Ewigen Lebens*“ verliert, gerät unter den Zwang, die Würde und den Lebenswert nach weltimmanenten Wertmaßstäben rechtfertigen zu müssen und dabei die Würde und zuletzt auch das Lebensrecht schwerst behinderter und durch Krankheit und Altern „abgebauter“ Menschen doch irgendwann Preis geben zu müssen. Erst unter dieser Voraussetzung gibt es Leiden, das wirklich absolut sinnlos ist und ein Leben, das „menschenunwürdig“ ist und von dem Menschen sich und andere dann durch einen „Gnadentod“ auch „erlösen“ dürfen.

Gegen solche Tendenzen kann man sich letztlich auf dem Boden eines Menschenbilds, das die Menschenwürde an empirischen Qualitäten (Selbstbewusstsein, Freiheit usw.) festmacht, nicht überzeugend wehren, sondern nur dadurch, dass man die Würde der Person „transzendent“, in Gottes Handeln für den Menschen begründet *glaubt*. Leben und die mit ihm zugleich geschenkte Würde werden nicht durch selbsttätiges Handeln konstituiert, sie sind *verdanktes* Leben, *verdankte Würde*. Daraus folgt, dass die *Menschenwürde* nicht als empirische Qualität bewiesen werden kann, dass sie geglaubt und im Glauben behauptet werden muss als eine unempirische Größe, die dem *ganzen psychophysischen Organismus* (=Lebensträger, Leib) von Gott her *zugesprochen* und *zugeeignet* ist, so dass sie jedem Moment des Lebens und Sterbens gilt. Das organismische Leben, das von Menschen gezeugt und geboren ist, hat unverlierbar Teil an der besonderen Bestimmung und Würde des Menschenlebens, ist und bleibt in seinem irdischen leiblichen Leben von seinem Beginn bis zu seinem Tod *Mensch* und zugleich *Person*. Das Personsein gerät durch körperlichen und geistigen Verfall nicht in Verlust. Daher muss sich kein Menschenleben für sein Dasein selbst „rechtfertigen“. Und andere Menschen und der Mensch selbst müssen daher dem Leben nicht erst Personsein und Würde zusprechen und haben nie das Recht, ihm das Personsein abzusprechen und es als „menschenunwürdiges“ und „lebensunwertes“ Leben einzustufen, auch nicht das eigene Leben, wohl aber die Pflicht, seine Würde als mit dem Leben zugleich vorgegebene Größe *anzuerkennen* und alle Menschen entsprechend zu achten und zu behandeln.

Das Leben und Sterben von Menschen ist so lange nicht „menschenunwürdig“, wie es gemäß seiner Menschenwürde geachtet und entsprechend behandelt wird. *Es gibt kein „menschenunwürdiges“ Leben, wohl aber eine menschenunwürdige Behandlung von Menschenleben durch ande-*

16 *U. Eibach*: Gentechnik und Embryonenforschung – Leben als Schöpfung aus Menschenhand? Eine ethische Orientierung aus christlicher Sicht, Wuppertal 2002, S. 39 ff.

17 Euthanasie und Menschenversuche, in: *Gesammelte Schriften* Bd. 7, Stuttgart 1987, S. 91 - 134

18 *U. Eibach* (Fn. 8), S. 37 ff.

re Menschen, und dies in einem nicht geringen Maße, nicht zuletzt in Einrichtungen, in denen pflegebedürftige alte, vor allem demenzkranke Menschen, betreut werden (Pflegeheime, gerontopsychiatrische Einrichtungen u. a.). Vor dieser Art der Behandlung haben die Menschen – nicht zu Unrecht – Angst, und diese Angst vor entwürdigender Behandlung ist – insbesondere bei alten Menschen – ein ganz entscheidender Grund für die Forderung nach „aktiver Euthanasie“. Aber es wäre der grundsätzlich falsche Weg, diese Probleme mit der stetig wachsenden Zahl chronisch kranker und schwerst pflegebedürftiger, vor allem alter Menschen dadurch zu lösen, dass man nicht für eine menschenwürdige Behandlung dieser schwächsten Menschen sorgt, sondern die Tür zur „gelenkten Sterblichkeit“ und zur aktiven Euthanasie, zum „Gnadentod“ öffnet.<sup>19</sup>

### 3. Aktive Euthanasie in „tragischen“ Grenzfällen?

Es soll nicht bestritten werden, dass in der Diskussion über „aktive Euthanasie“ zahlreiche Fälle im Blick sind, bei denen es für die Betroffenen weder um die autonome Selbstbestimmung über die Art des eigenen Todes noch um die Einstufung des eigenen Lebens als „lebensunwertes Leben“ geht. Weltanschauliche Fragen sind für viele dieser Menschen in ihrer bedrängenden Lebenssituation kaum relevant. Aber die öffentliche Diskussion ist nicht zu lösen von weltanschaulichen Fragen bzw. von nicht weiter hinterfragbaren und begründbaren philosophischen und theologischen Entscheidungen. Wir haben daher die beiden wesentlichen Argumente für eine aktive Euthanasie, die Autonomie des Menschen und die Vorstellung von einem „menschensunwürdigen“ Leben, aus theologisch-ethischer und seelsorgerlicher Sicht kritisch beurteilt, bestreiten aber nicht, dass es in seltenen Fällen auch „tragische Grenzfälle“ und Konflikte des Lebens und Sterbens gibt, die auch bei einer Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung nicht zufriedenstellend behandelt und die auch nach normativ ethischen und rechtlichen Regeln nicht mehr hinreichend oder überhaupt nicht mehr beurteilt werden können und bei denen die aktive Euthanasie als Ausweg erwogen und dann vor dem eigenen Gewissen und gegebenenfalls auch vor der Rechtsordnung verantwortet werden muss.<sup>20</sup> Es muss dann die Bereitschaft bestehen zur *Schuldübernahme*, auch ohne vorweg normativ ethisch und rechtlich abgesichert zu sein. Verantwortung für das Leben und Handeln in Grenzsituationen des Lebens schließt die Möglichkeit des Schuldigerwerdens und die Bereitschaft dazu ein. Sie muss schon bei der so genannten „indirekten Sterbehilfe“ gegeben sein, die bei sterbenden Menschen eine Lebensverkürzung als Preis für die Wahrung eines erträglichen Lebens und eine wirksame Schmerzlinderung in Kauf nimmt. Unsere Rechtsprechung kennt für solche

„tragischen Lebenssituationen“ die „Rechtsfigur“ des „übergesetzlichen Notstands“, bei dem von Strafe, ja von Strafverfolgung überhaupt abgesehen werden kann und in denen heute auch in Deutschland kein Staatsanwalt und Richter ernsthaft eine Verurteilung erwägen wird. Für diese tragischen Grenzfälle bedarf es also nicht einer Gesetzesänderung, die die „aktive Euthanasie“ billigt.

## IV. Zusammenfassung

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

- (1) Der Mensch soll die *Freiheit* haben, die Art und den Zeitpunkt seines Todes selbst zu bestimmen. Die Menschenwürde (Art.1 Abs. 1 GG) bestehe primär in der empirischen Autonomie des Menschen. Diese schließe ein absolutes Selbstverfügungsrecht über das Leben und damit ein Recht auf Selbsttötung und auch auf Beihilfe zur Selbsttötung und ein Recht auf Tötung auf Verlangen ein, sofern der, der die Tötung vollzieht, diese aus freien Stücken durchführt.
- (2) Zweitens wird angenommen und vorausgesetzt, dass es ein aufgrund von Krankheit und Behinderung sinnloses und „*menschensunwürdiges*“ bzw. lebensunwertes Leben gibt. Der Mensch soll einmal das Recht haben, ein solches Leben durch Selbsttötung oder durch „aktive Euthanasie“ zu beenden und es vorsorglich möglichst zu vermeiden, andererseits aber auch das Recht, einem Leben und Sterben mit Schmerzen und Leiden durch aktive Beendigung des Lebens zuvor zu kommen. Das menschliche Leben soll durchgehend nach menschlichen Wünschen planbar sein.
- (3) Drittens wird implizit angenommen, dass das „*natürliche*“ Sterben an einer Krankheit einerseits und andererseits die Selbsttötung (einschließlich der Beihilfe zur Selbsttötung, der Tötung auf Verlangen und gegebenenfalls auch der Tötung ohne ausdrückliches Verlangen bei angeblich „menschensunwürdigem“ Leben) ethisch betrachtet gleichrangige Möglichkeiten sind, zwischen denen der Mensch nach seinem Ermessen wählen darf. Die Gesellschaft und der Staat hätten beide Möglichkeiten, das Leben zu beenden, als (gleichrangige) Möglichkeit anzubieten.

19 U. Eibach (Fn. 2), S. 167 ff.

20 U. Eibach (Fn. 8), S. 207 ff.

2. *Christlich-ethische Auseinandersetzung mit diesen Postulaten*

- (1) Die *Menschenwürde* ist keine immanente empirische Eigenschaft und Qualität, sondern ein „transzendentes“, von Gott dem ganzen menschlichen Leben von seinem Beginn bis zu seinem Tod zugesprochenes und daher unverfügbares Prädikat, das durch Krankheit und Behinderung nicht in Verlust geraten kann. Deshalb kann es kein „menschenunwürdiges“ und „lebensunwertes“ Leben, sondern nur eine menschenunwürdige Behandlung von Menschen durch Menschen geben.
- (2) Unter dieser Voraussetzung bekommt auch das schwere Leiden im Altern und Sterben einen anderen Sinn. Der Mensch verliert seine Würde selbst dann nicht, sein Leben wird selbst dann nicht „menschenunwürdig“, wenn es durch die Krankheit zur Entmündigung der autonomen Persönlichkeit kommt, der Mensch seine empirische Autonomie (Fähigkeit zur Selbstbestimmung) verliert und in jeder Hinsicht auf die Hilfe anderer angewiesen ist.
- (3) Die Herausforderung des Sterbens und Todes besteht darin, mich mitsamt meiner Autonomie der Fürsorge Gottes und der Fürsorge von Menschen zu übergeben im Vertrauen darauf, dass ich die Kraft bekomme, diesen Lebensweg bis zu seinem „natürlichen“ Ende zu gehen, und darauf, dass ich in würdevoller Weise behandelt und gepflegt werde und dass das Menschenmögliche getan wird, dass dieses Vertrauen auch berechtigt ist.
- (4) Die empirische Autonomie (Selbstbestimmung) ist nicht der primäre Inhalt der Menschenwürde. Sonst ist und würde ein Leben ohne Autonomie „Würde-los“, wäre nicht mehr menschliches Leben, dem Würde zukommt.
- (5) Die Autonomie des Menschen ist immer begrenzt, nicht zuletzt durch die Bedingungen der Natur. Menschliche Leben ist „verdanktes“ Leben, Gabe Gottes, und der Mensch ist nicht absoluter Herr und Besitzer seines Lebens, hat also auch kein uneingeschränktes Verfügungsrecht über sein Leben und deshalb auch *nicht das Recht auf Selbsttötung*, geschweige denn auf Tötung auf Verlangen durch andere.
- (6) Deshalb sind auch das „natürliche“ Sterben und das Sterben – genauer, die Tötung - durch eigene oder die Hand anderer Menschen keine gleichrangigen „Optionen“ des Sterbens. Dem Menschen muss daher nicht die moralische und rechtliche Freiheit und Möglichkeit eröffnet werden, zwischen diesen beiden Optionen wählen zu dürfen oder zu müssen. Selbsttötung und Tötung auf Verlangen sind keine sich aus der Menschenwürde ergebende Menschenrechte, weil der primäre Inhalt der Menschenwürde nicht in einer empirischen Entscheidungs- und Handlungsautonomie besteht, die zu einem möglichst uneingeschränkten Verfügungsrecht über das Leben zu erweitern ist.

beitrag

*Vors. Richter am VG a. D. Bernward  
Büchner, Freiburg*

## **Zwanzig Jahre JVL – Abtreibung damals und heute\***

Die Juristen-Vereinigung Lebensrecht konnte kürzlich auf ihr zwanzigjähriges Bestehen zurückblicken. Dieses Jubiläum war allerdings kein Anlass, ein Fest zu feiern. Wenn in einem Staat, der den Anspruch erhebt, ein Rechtsstaat zu sein, Bürgerinnen und Bürger die mehr denn je begründete Sorge um das Recht eines jeden Menschen auf Leben zusammengeführt hat und nach wie vor verbindet, so ist das schließlich Grund nicht zum Jubeln, sondern zu tiefem Bedauern. Nach zwanzig Jah-

ren möchten wir mit der gebotenen Nüchternheit gleichwohl Rückschau halten auf die Gründungsphase unserer Vereinigung sowie auf den seither gemeinsam zurückgelegten Weg und uns zugleich mit dem Blick nach vorne Themen zuwenden, die uns auch künftig besonders beschäftigen werden.

Die Gründung der JVL am 8. Juni 1984 findet ihre Erklärung in dem bereits damals unzulänglichen Lebensschutz ungeborener Kinder. Mit dem ersten Abtreibungsurteil von 1975 hatte das BVerfG bekanntlich die 1974 vom Bundestag beschlossene Fristenregelung als

\* Überarbeitete Fassung der Einführungsrede des Vorsitzenden der JVL zum Symposium am 7. Mai 2004 in Köln

verfassungswidrig verworfen, zugleich aber einer Indikationenregelung den Weg geebnet, ohne sich zum Rechtscharakter der Indikationen hinreichend klar zu äußern.<sup>1</sup> Die daraufhin erfolgte Neuregelung von 1976 sah mehrere Indikationen, unter ihnen eine soziale Indikation vor, bei deren Vorliegen der Abbruch einer Schwangerschaft „nicht nach § 218 strafbar“ war. Die Beantwortung der Frage, was dies konkret bedeutete, ob die Abtreibung in den indizierten Notlagefällen gerechtfertigt oder lediglich strafbefreit sein sollte, hatten die Gesetzesinitiatoren ausdrücklich „der Literatur und Rechtsprechung überlassen“. Eine gründliche Auseinandersetzung mit dieser wie auch mit anderen durch die gesetzliche Neuregelung aufgeworfenen Fragen blieb jedoch weitgehend aus. Ohne tiefer gehende Begründung wurde insbesondere in der strafrechtlichen Literatur die Auffassung vertreten, bei sämtlichen Indikationen handele es sich um Rechtfertigungsgründe.

Nur wenige waren damals bereit, gründlicher nachzudenken. Vor allem *Willi Geiger*, früher 26 Jahre lang Richter am BVerfG, trat in einem 1980 erschienenen Beitrag „Zur sozialen Indikation einer Abtreibung“<sup>2</sup> der Rechtfertigungsthese entgegen, indem er darauf hinwies, die Streitfrage sei nicht in erster Linie strafrechtlich zu lösen. Vielmehr ergebe sich die Antwort aus dem Verfassungsrecht. Ausgehend von der auch vom BVerfG bestätigten Gleichwertigkeit geborenen und ungeborenen menschlichen Lebens gelte das absolute Verbot der Tötung eines unschuldigen, nicht angreifenden Menschen auch schon zugunsten noch Ungeborener, so dass die „soziale Indikation“ keinen Rechtfertigungsgrund hergeben könne. In einem weiteren, 1982 erschienenen Beitrag<sup>3</sup> wies *Geiger* darauf hin, dass es dem Gesetzgeber nicht freistehe, aus politischer Opportunität mittels Unzumutbarkeitserwägungen einen neuartigen Rechtfertigungsgrund zu konstruieren. Die Unzumutbarkeit normgerechten Verhaltens dürfe nicht in die Bewertung der Tat auf der Rechtmäßigkeitsebene einfließen, sondern könne nur Einfluss auf die Sanktion einer rechtswidrigen Tat haben. Im Hinblick auf das damals beim BVerfG bereits anhängig gewesene Verfahren betreffend die Abtreibung als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen, das letztlich erfolglos geblieben ist, um das sich *Wolfgang Philipp* gleichwohl besondere Verdienste erworben hat, machte *Geiger* ferner deutlich, dass die an einen „nicht rechtswidrigen“ Schwangerschaftsabbruch gebundene Kassenleistung für „soziale Indikationen“ nicht rechtens sein könne.<sup>4</sup>

Die Frage der Rechtsnatur der Indikationen beschäftigte bereits zu Beginn der 80er Jahre auch den Kölner Notar *Werner Esser*. Im Stadium des Entwurfs eines 1981 erschienenen eigenen Beitrags<sup>5</sup> wandte sich *Esser* an *Willi Geiger*, mit dem sich sodann ein reger Gedankenaustausch entwickelte. Eine weitere Autorität, mit der *Esser*

damals Kontakt suchte, war *Herbert Tröndle*, Honorarprofessor an der Universität Freiburg und Präsident des Landgerichts Waldshut, der 1978 mit der 38. Auflage die Bearbeitung des Kommentars zum Strafgesetzbuch „*Dreher/Tröndle*“ übernommen hatte. In seiner Kommentierung der Abtreibungsparagrafen äußerte *Tröndle* von Anfang an Zweifel bezüglich eines Verständnisses indizierter Abtreibungen als rechtmäßig. In der 1982 erschienenen 41. Auflage des Kommentars erklärte er die Einwände gegen die Rechtfertigungsthese unter Verweis auf *Willi Geiger* erstmals für begründet, um diese These sodann in den weiteren Auflagen immer eingehender zu widerlegen.

Im Kontakt *Werner Essers* mit den genannten und mit weiteren Persönlichkeiten reifte der Plan, sich zusammenzuschließen, um – wie es *Esser* anlässlich des zehnjährigen Bestehens der Juristen-Vereinigung formuliert – „der bis dahin tonangebenden oberflächlichen bis leichtfertigen Behandlung der rechtlichen Abtreibungsproblematik in Gesetzgebung, Rechtsprechung und Fachliteratur entgegenzuwirken.“<sup>6</sup> Der letzte Anstoß zur Vereinsgründung war schließlich ein auf Initiative *Werner Essers* erwirkter Beschluss des Amtsgerichts Köln, mit dem es erstmals in der deutschen Rechtsgeschichte gelang, eine beabsichtigte, nur scheinbar notlagenindizierte Abtreibung auf Antrag des Ehemannes der Schwangeren zu verhindern.<sup>7</sup>

Als Gründungsmitglieder konnte *Werner Esser* vierzehn namhafte Juristen gewinnen, die in der Gründungsversammlung anwesend oder durch Bevollmächtigte vertreten waren, nämlich die Professoren *Friedrich Wilhelm Bosch*, *Günter Dürig*, *Willi Geiger*, *Karl Lackner*, *Adolf Laufs*, *Gerhard Maria Müller* (Bundesarbeitsgerichtspräsident i. R.), *Wolfgang Riefner* und *Herbert Tröndle*, ferner der Senatspräsident i. R. *Hans Desch*, der Vorsitzende Richter am Oberlandesgericht *Alexander Papsthart* sowie die Rechtsanwälte *Helge Andresen*, *Hermann Maassen* (Staatssekretär i. R.), *Wolfgang Philipp* und *Heinrich Vigano* (Ehrenpräsident der Bundesrechtsanwaltskammer). Zum ersten Vorsitzenden der Vereinigung wurde *Professor Riefner* gewählt, der dieses Amt in der schwierigen Anfangsphase bis November 1985 mit großem Geschick und Erfolg wahrnahm, zu seinem Stellvertreter *Professor Tröndle* und zum Sekretär *Werner Esser*.

1 BVerfG, Urteil v. 25.2.1975, BVerfGE 39, 1.

2 Die Neue Ordnung 1980, S. 81 ff.

3 Willi Geiger, Gesetzeszwang contra Gewissensgebot, in: Rheinischer Merkur v. 5.3.1982.

4 Hierzu *Werner Esser*, Lebensrechtler der ersten Stunde, ZfL 1994, S. 15 ff.

5 *Werner Esser*, Rechtfertigt § 218a StGB die Indikationsfälle?, ArztR 1981, S. 260 ff.

6 *Werner Esser*, Etwas stolz dürfen wir sein, ZfL 1994, S. 22.

7 Amtsgericht Köln, Beschluss v. 15.3.1984, FamRZ 1985, S. 519.

Das Wirken unserer Vereinigung in den letzten zwanzig Jahren lässt sich in der gebotenen Kürze nur schwer auch nur annähernd vollständig darstellen. Das wohl Wichtigste, was wir geleistet haben, waren und bleiben die unzähligen Beiträge, welche einzelne Mitglieder, angeregt durch den Gedankenaustausch untereinander, veröffentlicht und mit denen wir die rechtswissenschaftliche wie die interdisziplinäre Auseinandersetzung mit Fragen des Lebensschutzes, insbesondere im Zusammenhang mit der Abtreibung, ganz wesentlich belebt und bereichert haben. Teilweise handelt es sich um Vorträge, die bei unseren Tagungen gehalten wurden und die in siebzehn Ausgaben unserer *Schriftenreihe* sowie in der seit 1992 von uns herausgegebenen *Zeitschrift für Lebensrecht* nachzulesen sind. Die in diesen Organen publizierten Beiträge, die den Benutzern zahlreicher Bibliotheken zugänglich sind, werden in einschlägigen Publikationen häufig zitiert. Mit Abstand am vollständigsten dokumentiert sind die Beiträge zu den die Abtreibung betreffenden Fragen in der Kommentierung *Herbert Tröndles* vor Paragraph 218 und zu den Paragraphen 218 folgende, welche unter den vorliegenden Kommentaren die weitaus vollständigste und gründlichste Darstellung aller relevanten Probleme bietet – ein einzigartiges, für den Lebensschutz höchst bedeutsames Werk, das mit der 1999 erschienenen 49. Auflage des „*Tröndle/Fischer*“<sup>8</sup> leider seinen Abschluss gefunden hat. Neben *Willi Geiger* und *Werner Esser* war es *Herbert Tröndle*, der die Arbeit unserer Vereinigung am stärksten geprägt hat. Seine unschätzbaren Verdienste haben wir besonders gewürdigt, indem wir ihm zum 80. Geburtstag eine Sonderausgabe unserer *Zeitschrift für Lebensrecht* gewidmet haben.<sup>9</sup>

Wenn die drei genannten Persönlichkeiten hier besonders erwähnt werden, insbesondere weil es ohne ihr Engagement die JVL gar nicht gäbe, dann sollen nicht die wirklich vielen anderen Mitglieder vergessen werden, die zum gemeinsamen Mühen der Vereinigung in hervorragender Weise beigetragen haben. Ihre Namen mit Anspruch auf Vollständigkeit zu nennen, ist an dieser Stelle jedoch nicht möglich.

Aus verschiedenen Anlässen hat die JVL im Lauf der Jahre eine Reihe grundsätzlicher Erklärungen und Stellungnahmen abgegeben, beispielsweise zur gesamtdeutschen Neuregelung zum Schutz vorgeburtlichen Lebens<sup>10</sup>, zum zweiten Abtreibungsurteil des BVerfG<sup>11</sup> sowie zu den später eingebrachten Gesetzentwürfen.<sup>12</sup> Zum Thema „Schmerzempfinden des ungeborenen Kindes“ konnten wir eine beachtenswerte Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer „Pränatale und perinatale Schmerzempfindung“ initiieren.<sup>13</sup> Mit einer Anfrage an die Ärztekammern haben wir ferner 1987 deren Bewusstseinsstand über „Recht oder Unrecht“ indizierter Abtreibungen erkundet. Das Ergebnis hat *Werner Esser* in einem ZfL-Beitrag

dargestellt.<sup>14</sup> Auf die Erwähnung einer Vielzahl weiterer Aktivitäten muss notgedrungen verzichtet werden.

Mit Recht darf gefragt werden, was die Bemühungen der JVL letztlich gebracht haben. Gewiss ist es auch ihr bisher nicht gelungen, Entscheidungen des Gesetzgebers betreffend den Schutz menschlichen Lebens maßgeblich zu beeinflussen. Aber vergebens war das Bemühen der Vereinigung ganz gewiss nicht. Insbesondere zweierlei darf als Erfolg verbucht werden. Der Versuch des Bundesgesetzgebers, den Schwangerschaftsabbruch nach bescheinigter Beratung für „nicht rechtswidrig“ zu erklären, wäre wohl kaum gescheitert, wenn es nicht gelungen wäre, die Einsicht in die verfassungsrechtliche Unmöglichkeit dieses Unterfangens zu fördern. Wenngleich das BVerfG und der Gesetzgeber aus dieser Einsicht bisher nicht die gebotenen Konsequenzen gezogen haben, ist dies ein nicht zu unterschätzender Teilerfolg. Ferner dürften die in dem Memorandum der JVL vom November 1998 „Beratungskonzept“ und Mitwirkung der Kirche<sup>15</sup> sowie in Veröffentlichungen verschiedener Mitglieder<sup>16</sup> dargelegten Argumente mit zu der Entscheidung der katholischen Kirche beigetragen haben, in ihrer Schwangerenberatung auf die Erteilung von Beratungsscheinen zu verzichten. Die Notwendigkeit dieses Schrittes für eine Verbesserung des Lebensschutzes insgesamt ist allerdings leider vielfach noch gar nicht erkannt worden. Sonst gäbe es nicht den Verein „*Donum vitae*“.<sup>17</sup>

Wie diese Darstellung unseres bisherigen Wirkens zeigt, stand für die JVL die Abtreibungsproblematik besonders in der Anfangsphase ganz im Vordergrund. Weil der Schutz des menschlichen Lebens unteilbar ist, hat die Vereinigung in den letzten Jahren jedoch zunehmend auch den anderen Gefährdungen des Menschen am Beginn und am Ende seines Lebens ihre Aufmerksamkeit geschenkt. Bei einem ganztägigen Symposium am 7. Mai 2004 standen sie ganz im Mittelpunkt des Interesses. Die aktuelle Situation bezüglich der Abtreibung

8 Tröndle/Fischer, Strafgesetzbuch, 49. Aufl. 1999.

9 ZfL 1999, Heft 2.

10 Das Menschenrecht auf Leben sichern, JVL-Schriftenreihe Nr. 8 (1991), S. 65 ff.

11 BVerfG, Urteil v. 28.5.1993, BVerfGE 88, 203; hierzu die Stellungnahme der JVL, ZfL 1993, S. 27 ff.

12 ZfL 1994, S. 2 ff.

13 DÄBl. Heft 47/1991; hierzu JVL-Schriftenreihe Nr. 9 (1992), S. 75 ff.

14 Werner Esser, ZfL 1996, S. 32 ff.

15 ZfL 1998, S. 41 ff.

16 Zahlreiche Nachweise bei Rainer Beckmann, *Der Streit um den Beratungsschein*, Naumann-Verlag Würzburg 2000, sowie Manfred Spieker, *Kirche und Abtreibung in Deutschland*, Schöningh 2000.

17 Hierzu Bernward Büchner, „*Donum vitae*“ und die kirchliche Schwangerenberatung, *Die Neue Ordnung* 2003, S. 370 ff. mit weiteren Nachweisen.



gen beschäftigt die JVL jedoch heute ebenso wie damals in der Gründungsphase, weshalb hierzu auch an dieser Stelle einige Bemerkungen angebracht sind.

Die Vereinigung hat im Mai 2003 unter dem Titel „Zehn Jahre Fristenregelung in vereinigten Deutschland“ eine Bilanz vorgelegt.<sup>18</sup> Die spärliche Resonanz bei den Verantwortlichen konnte nicht überraschen. Das Wegducken und Weghören, wenn es um Abtreibung geht, ist eben nach wie vor verbreitet, bis hinein in kirchliche Kreise. Zu diesem Thema wird mehr denn je geschwiegen. Von denen, die sich noch äußern, werden häufig folgende Meinungen vertreten: Die Gesamtzahl der Abtreibungen liege in Deutschland immerhin niedriger als in anderen Ländern. Unsere Regelung sei wegen der obligatorischen Beratung jedenfalls besser als eine reine Fristenregelung wie anderswo. Sie sei das Ergebnis eines mühsam errungenen gesellschaftlichen Kompromisses, ein Ergebnis, das nach wie vor akzeptabel sei, insbesondere weil der Schwangerschaftsabbruch nach Beratung ja nur straffrei sei, aber rechtswidrig bleibe. Hierzu ist Folgendes zu bemerken.

Die Korrektur- oder Nachbesserungspflicht des Gesetzgebers besteht dann, wenn sich nach hinreichender Beobachtungszeit herausstellt, „dass das Gesetz das von der Verfassung geforderte Maß an Schutz nicht zu gewährleisten vermag“. So das BVerfG.<sup>19</sup> Ausschlaggebend ist also allein, was unsere Verfassung gebietet. Ein diesem Maßstab nicht oder nicht mehr entsprechendes Gesetz lässt sich selbstverständlich weder mit einem Verweis auf die vielfach ohnehin nicht vergleichbaren Verhältnisse in anderen Ländern noch unter Berufung auf einen gesellschaftlichen Kompromiss rechtfertigen.

Was die Zahl der Abtreibungen in Deutschland betrifft, ist das erklärte Ziel, mit dem „Beratungskonzept“ einen besseren Lebensschutz Ungeborener zu erreichen, auch insoweit verfehlt worden, selbst nach den Erhebungen des Statistischen Bundesamts. Danach lag die seit der jüngsten Gesetzesreform zunächst deutlich angestiegene Gesamtzahl der gemeldeten Abtreibungen seit 1996 annähernd gleich bleibend jährlich zwischen 130.000 und 135.000, wobei die kontinuierliche Zunahme bei den Minderjährigen Grund zu besonderer Sorge ist. Es ist jedoch ein Anstieg der relativen Abtreibungshäufigkeit festzustellen, weil im selben Zeitraum sowohl die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter von 15 bis 45 als auch die Zahl der Lebend- und Totgeburten rückläufig ist. Wie *Manfred Spieker* plausibel zu machen vermochte, ist die tatsächliche Gesamtzahl der Abtreibungen etwa doppelt so hoch wie die in der amtlichen Statistik ausgewiesene. Seit der erstmaligen Einführung der Fristenregelung vor nunmehr dreißig Jahren wurden nach *Spieker* in Deutschland schätzungsweise 8 Millionen Kinder vor ihrer Geburt getötet,<sup>20</sup> eine erschreckende

Zahl, die annähernd einem Zehntel der aktuellen Bevölkerungszahl entspricht.

Ob die deutschen Fristenregelung, wie behauptet wird, einer so genannten reinen wirklich vorzuziehen ist, erscheint höchst zweifelhaft, schon weil aus verschiedenen Gründen, die wir in unserer jüngsten Bilanz erneut dargelegt haben, eine dem Schutz des Ungeborenen wirklich dienende Beratung gar nicht gewährleistet ist. Abgesehen davon ist das „Beratungskonzept“ mit einem äußerst hohen Preis erkaufte. „Beratene“ Schwangerschaftsabbrüche sind nämlich keineswegs „nur straffrei“. Vielmehr sind sie angeblich konzeptbedingt – bis hin zum Vorhalten eines flächendeckenden Netzes ambulanter und stationärer Einrichtungen als Staatsaufgabe sowie zur Finanzierung aus öffentlichen Mitteln – in einer Art und Weise sozialstaatlich umhegt, die einer massiven Förderung gleichkommt.

Welches Ausmaß diese Förderung angenommen hat, war vor wenigen Monaten der Presse zu entnehmen.<sup>21</sup> Das BVerfG hatte es bekanntlich ausgeschlossen, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Schwangerschaftsabbrüche nach Beratung zu gewähren, soweit es sich um den Abbruch, das heißt um die Tötung selber handelt. In Fällen wirtschaftlicher Bedürftigkeit könnten solche Leistungen allerdings ausnahmsweise in Betracht kommen.<sup>22</sup> Das Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen<sup>23</sup> sieht aufgrund dessen die danach nur ausnahmsweise zulässige Leistungsgewährung vor, wobei die für die Bedürftigkeit maßgebliche Einkommensgrenze deutlich höher liegt als bei der Sozialhilfe und nur das Einkommen der Frau angerechnet wird. Die den Krankenkassen entstandenen Kosten werden ihnen von den Ländern erstattet. Aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage des Abgeordneten *Hubert Hüppe* (CDU) vom 10. September 2003<sup>24</sup> geht hervor, dass die Bundesländer den Krankenkassen seit 1996 für rund 90 Prozent aller nach der so genannten Beratungsregelung durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche Kostenerstattung gewährt haben, wobei der Anteil der Erstattung von Land zu Land unterschiedlich ist. Für mehr als 800.000 Abtreibungen wurden seither

18 ZfL 2003, S. 71 ff.

19 BVerfGE 88, 203, 309.

20 Manfred Spieker, Dokumentation mit vielen Unbekannten, Rheinischer Merkur v. 22.4.2004; Guido Heinen, Immer mehr Abtreibungen in Deutschland, Die Welt v. 11.3.2004.

21 Georg Paul Hefty, Die Subventionierung der Abtreibungen, FAZ v. 5.1.2004; Stefan Rehder/Veronika Blasel, Kindstötung auf Kosten des Steuerzahlers, Die Tagespost v. 15.11.2003.

22 BVerfGE 88, 203, 315 ff., 321.

23 Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz v. 21.8.1995, Artikel 5 (BGBl. I S. 1049 ff, 1054).

24 Deutscher Bundestag, Drucksache 15/1556 v. 19.9.2003.

über 250 Millionen Euro bezahlt. Die Bundesländer geben also insgesamt jährlich rund 42 Millionen Euro für die Tötung ungeborener Kinder aus. Deren Finanzierung durch den Staat ist zur Regel nahezu ohne Ausnahme geworden.

Es ist unbegreiflich, dass hiervon in den Medien kaum Notiz genommen worden ist. Selbst angesichts der alarmierenden demographischen Entwicklung wird es nicht einmal für erwähnenswert gehalten, dass der Staat trotz knapper Finanzen hohe Millionenbeträge statt zur Förderung des Lebens für dessen Vernichtung ausgibt. Die Gesundheitsreform hätte Anlass geboten, dem ein Ende zu machen. Aber dies wurde offenbar ernsthaft nicht in Erwägung gezogen. In einer Broschüre des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung mit dem Titel „Die Gesundheitsreform: eine gesunde Entscheidung für alle“ steht unter dem Stichwort „Schwangerschaftsabbruch“ zu lesen: „Für die Versicherten ändert sich nichts, da diese Leistungen auch weiterhin über die Krankenkasse abgerechnet werden. Da es sich um Leistungen handelt, die im gesamtgesellschaftlichen Interesse sind, werden diese aus Steuermitteln finanziert.“ Das Bundesministerium scheut sich also nicht zu verkünden, die Tötung Ungeborener, für deren Schutz einzutreten seine Pflicht wäre, liege im gesamtgesellschaftlichen Interesse, weshalb sie aus Steuermitteln zu finanzieren sei – ein Zynismus, der kaum zu überbieten ist. Wegen der rund 300 Euro, um die es geht, werden im übrigen auch bedürftige Frauen nicht darauf verzichten, die Dienste geschulter Mediziner in Anspruch zu nehmen. Davon ganz abgesehen: Weil der Sozialstaat auf dem Boden des Grundgesetzes nur mit den Mitteln des Rechtsstaats verwirklicht werden kann, wie das BVerfG festgestellt hat,<sup>25</sup> kann auch Bedürftigkeit die Finanzierung nicht gerechtfertigter Tötungen durch den Staat nicht legitimieren.<sup>26</sup>

Wegen des verfassungsrechtlichen Verbots des Schwangerschaftsabbruchs, von dem auch das BVerfG ausgegangen ist, bleibt dieser von Verfassungs wegen auch nach einer Beratung rechtswidrig. Die geltenden Gesetze behandeln dieses Unrecht jedoch in jeder praktisch relevanten Hinsicht wie Recht. Seiner Pflicht, das verfassungsrechtliche Verbot des Schwangerschaftsabbruchs zu bestätigen und zu verdeutlichen,<sup>27</sup> ist der Gesetzgeber nicht nachgekommen. Die Abtreibung nach Beratung wird inzwischen nicht mehr als rechtswidrig angesehen. Das Landgericht Heilbronn hat in einem Urteil zum Ausdruck gebracht, was gewiss viele denken: „Ein Schwangerschaftsabbruch ..., dessen Voraussetzungen detailliert geregelt sind und an dessen Durchführung zudem staatliche und kirchliche Stellen mittelbar mitwirken, ist nach dem Verständnis eines unvoreingenommenen und verständigen Publikums wenn auch nicht erwünscht, so doch rechtmäßig.“<sup>28</sup>

Manche meinen allerdings, aus dem Wortlaut des § 219 StGB auf die Rechtswidrigkeit „beratener“ Abbrüche schließen zu können.<sup>29</sup> Dort heißt es, der Frau müsse, „bewusst sein, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat und dass deshalb nach der Rechtsordnung ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann, wenn der Frau durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, dass sie die zumutbare Opfergrenze übersteigt.“ Gerade diese Formulierung ist jedoch alles andere als geeignet, ein klares Rechtsbewusstsein zu vermitteln. Damit wird nämlich das Lebensrecht des ungeborenen Kindes seiner eigentlichen Bedeutung zuwider unter den Vorbehalt der Zumutbarkeit nach eigener Einschätzung der Schwangeren gestellt.<sup>30</sup> Ein Lebensrecht des Kindes gegenüber seiner Mutter hat davon abgesehen in einem „Beratungskonzept“, das der Schwangeren die Letztentscheidung über Leben oder Tod ihres Kindes überlässt, keinen Platz, es sei denn, es wird statt als unbedingtes Achtungsgebot lediglich als Faktor im Rahmen einer diskursethischen Gesamtabwägung missverstanden, dessen Gewicht der individuellen Einschätzung überlassen bleibt.<sup>31</sup>

Angesichts der sinnentstellenden Relativierung durch den Gesetzgeber gilt es, das Lebensrecht auch der Ungeborenen auf Leben entschlossen zu verteidigen. Anlass hierzu gibt zudem eine von der Abtreibungslobby verfolgte Umwert-Strategie, über die *Andreas Reimann* kürzlich im *Lebensforum* berichtet hat.<sup>32</sup> Danach hat sich in den USA ein *Center for Reproductive Rights (CRR)* zum Ziel gesetzt, weltweit die Anerkennung eines „Rechts auf reproduktive Gesundheit“ durchzusetzen, das beispielsweise die freie Verfügbarkeit der frühabtreibenden „Pille danach“ und als Kernstück ein „Recht auf Abtreibung“ beinhalten soll. Begründet wird dieses angebliche Recht im Wege der Umwertung geltender Normen

25 BVerfGE 88, 203, 319.

26 Ebenso Christian Hillgruber, ZfL 2003, S. 38 ff., 44.

27 BVerfGE 88, 203, 273.

28 LG Heilbronn, Urteil v. 27.11.2001 - 3 O 2388/ 01 III -, ZfL 2002, S. 20, 21.

29 So z. B. Heinz-Theo Rauschen, in: Johannes Reiter (Hrsg.), *Der Schein des Anstoßes*, Herder 1999, S.140.

30 Die Verfassungsrichter Mahrenholz und Sommer haben in ihrer Abweichenden Meinung zum zweiten Abtreibungsurteil zu Recht die Auffassung vertreten, ein eigenes Subsumieren der Konfliktlage unter das Kriterium einer an den beiden gesetzlichen Indikationen orientierten zumutbaren Opfergrenze müsse die Frau überfordern (BVerfGE 88, 338, 346). Im Übrigen wird wohl kaum eine Frau abtreiben, obwohl sie die Belastung durch das Austragen des Kindes für zumutbar hält.

31 Hierzu Bernward Büchner, *Ist abtreiben wirklich noch Unrecht?*, JVL-Schriftenreihe Nr. 17 (2000), S. 9 ff., 13 ff.

32 Andreas Reimann, *Die Umwert-Strategie*, *Lebensforum* 1/2004, S. 12 ff.

nach Art der Winkeladvokaten, indem es zum Beispiel aus dem Verbot der Diskriminierung der Frauen hergeleitet wird. Da ja Abtreibung eine „Gesundheitsdienstleistung“ sei, die nur von Frauen benötigt werde, sei das Verbot der Abtreibung eine Form der Diskriminierung von Frauen. In diesem Zusammenhang erscheint auch erwähnenswert, dass eine Fachtagung des *pro familia* Bundesverbandes Mitte Mai 2004 in Bonn unter dem Thema stand „Sexuelle und reproduktive Rechte sind Menschenrechte“.

Das gesetzliche „Beratungskonzept“ hat einen Verfall des Rechtsbewusstseins bewirkt, für dessen Erhaltung und Stärkung zu sorgen das Mindeste ist, was ein Rechtsstaat zu leisten hat.<sup>33</sup> Hierüber sollte eigentlich unter allen, denen es mit dem Lebensrecht ungeborener Kin-

der ernst ist, ein Konsens zu erreichen sein, ebenso darüber, dass die geltende Regelung dringend der Korrektur bedarf, ohne die eine Wiederherstellung des Rechtsbewusstseins nicht möglich ist, einer Korrektur, die auch wegen der skandalösen Spätabtreibungen überfällig ist. Deshalb wird die JVL nicht nachlassen, gemeinsam mit den anderen Lebensrechtsorganisationen im Bundesverband Lebensrecht für die Einsicht in die Notwendigkeit einer Gesetzeskorrektur zu werben und die Erfüllung der Korrekturpflicht des Gesetzgebers anzumahnen.

<sup>33</sup> Das BVerfG sieht hierin eine Grundvoraussetzung für den Schutzeffekt eines „Beratungskonzepts“ (BVerfGE 88, 203, 261, 268, 272, 274, 278, 280, 320).

## rezensionen

### Bioethische Entscheidungen

*Erwin Bernat*

*Bioethische Entscheidungskonflikte im Spiegel der Judikatur. 50 Fälle mit Anmerkungen und Fragen*

Verlag Österreich, Wien 2003

542 S., 29,80 EUR

Mit diesem „case book“ hat Erwin Bernat, Professor für Medizinrecht und Rechtsphilosophie an der Universität Graz, wieder ein Buch zu den Grenzfragen von Medizin und Recht vorgelegt. Wie schon der Titel andeutet, handelt es sich nicht um einen „Grundriss“ zu diesem Rechtsgebiet, sondern um eine Entscheidungssammlung. Trotzdem ist es weit mehr: eine induktive Darstellung des Biorechts. Anhand von gerichtlich entschiedenen Fällen kann der Leser die Argumentationen nachvollziehen, die zu den teilweise sehr unterschiedlichen Regelungen in Europa und darüber hinaus geführt haben. Neben Entscheidungen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz sind vor allem Urteile aus Nordamerika und Australien (jew. in englisch) berücksichtigt worden.

Thematisch ist die Darstellung in 15 Kapitel gegliedert, wobei die Themenbereiche Schwangerschaftsabbruch, Fortpflanzungsmedizin, Organentnahme und Sterbehilfe als Schwerpunkte dienen. Damit sind alle wichtigen Fragen des Medizinrechts der Gegenwart abgedeckt. Für den Leser sehr hilfreich sind die „Anmerkungen und Fragen“, die jedes Kapitel abschließen. Sie sollen dabei helfen, verschiedene normative Stand-

punkte gegeneinander abzuwägen, sich eine eigene Meinung zu bilden und diese Meinung argumentativ zu verteidigen. In den „Anmerkungen und Fragen“ wird auch auf weiterführende Literatur hingewiesen. Damit ist das Buch gerade für Studenten von besonderem Wert. Darüber hinaus wird es jeder zu schätzen wissen, der sich mit bioethischen und biorechtlichen Fragen befassen will, aber Probleme mit der Beschaffung der nicht immer leicht zugänglichen Original-Urteile hat. (rb)

### Entwicklungsbiologie

*Werner Müller/Monika Hassel*

*Entwicklungsbiologie und Reproduktionsbiologie von Mensch und Tieren*

Dritte, vollständig überarbeitete und stark erweiterte Auflage

Springer-Verlag, Heidelberg 2003

669 S., 204 Abb., 39,95 EUR

Wer sich mit dem Beginn des menschlichen Lebens und den damit verbundenen Rechtsfragen befasst, wird sich unweigerlich mit den biologischen und embryologischen Fakten befassen müssen. Neben den eigentlichen Embryologie-Lehrbüchern eignen sich hierfür auch die Werke der Entwicklungsbiologie. Die Neuauflage des Lehrbuches von Werner Müller und Monika Hassel bietet reiches Anschauungsmaterial und er-

schließt auch Angehörigen anderer wissenschaftlicher Fachrichtungen die Zusammenhänge der biologischen Entwicklung des Menschen.

Die Darstellung berücksichtigt die wichtigsten Modellorganismen in der Entwicklungsbiologie. Im Vordergrund stehen die allgemeinen Prinzipien und Grundmuster der komplexen Entwicklungsvorgänge. Dabei werden u. a. auch die aktuellen und hoch umstrittenen Themen der Stammzellforschung, des therapeutischen Klonens und der Gentherapie berücksichtigt. Von großem Nutzen sind auch die zahlreichen Abbildungen, das englisch-deutsche Glossar und das ausführliche Sachverzeichnis.

Zweifelhaft sind zuweilen jedoch die rechtlichen Anmerkungen, die in einigen Kapiteln eingefügt sind. So wird z. B. zum Schwangerschaftsabbruch ausgeführt, dass die medizinische Indikation auch Spätabtreibungen ermögliche. Es folgt dann die Angabe: „Wie eng oder freizügig „schwerwiegende Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes“ interpretiert wird, ist offen und den Beratungsstellen freigestellt“ (S. 198). Tatsächlich ist aber bei der medizinischen Indikation (§ 218 a Abs. 2 StGB) weder eine Pflichtberatung vorgesehen, noch hat die Beratungsstelle über die Indikation zu entscheiden. Wenn die Autoren weiterhin schreiben, dass in Zusammenhang mit § 219 Abs. 1 S. 2 StGB (Pflichtberatung) die Frage der Zumutbarkeit „von der Beratungsstelle beurteilt“ werde, zeigt auch dies, dass den Beratungsstellen nach dem geltenden System eine Rechtfertigungsfunktion hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruchs zugeschrieben wird, die sie nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1993 nicht haben und aus verfassungsrechtlichen Gründen auch nicht haben können.

Von diesen Schwächen abgesehen, ist das Buch jedoch in seiner fachlichen Qualität von hohem Rang. Es bietet einen wirklich umfassenden Überblick zur Entwicklungsbiologie und berücksichtigt gerade neuere Erkenntnisse aus der genetischen und molekularen Forschung. (rb)

## Der Embryo als Mensch

*Rainer Beckmann/Mechthild Löhr (Hrsg.)  
Der Status des Embryo. Medizin - Ethik - Recht  
Verlag Johann Wilhelm Naumann, Würzburg 2003  
301 S., 14,90 EUR*

Nach seinen Büchern zur Abtreibung (Rezension in ZfL 1998, 35) und zum Streit um den Beratungsschein (Rezension in ZfL 2000, 34) zeichnet Rainer Beckmann nun gemeinsam mit der Vorsitzenden der Christdemokraten für das Leben (CDL), Mechthild Löhr, als Mitherausgeber des Buches „Der Status des Embryos“ ver-

antwortlich. Das Buch enthält – thematisch geordnet – eine Reihe von Aufsätzen namhafter Autoren zur Bioethik. Die Beiträge sind wegen ihrer wissenschaftlichen Genauigkeit und Aktualität zwar anspruchsvoll, aber auch für den interessierten Laien verständlich. In ihrer Gesamtheit geben sie einen umfassenden Überblick zu allen Fragen, die mit dem menschlichen Embryo und dem Umgang mit ihm in der modernen Biomedizin zusammenhängen.

Diskutiert werden das Entstehen des Embryos, seine Individualentwicklung und damit seine Würde als Mensch, aber auch seine Gefährdung durch die so genannte „verbrauchende Embryonenforschung“ und seine Selektion in der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik. Darüber hinaus befassen sich die Beiträge mit dem „therapeutischen“ und dem reproduktiven Klonen, der Ethik des Heilens, der Forschungsfreiheit, dem moralischen Status des Embryos und seinem einfachgesetzlichen wie verfassungsrechtlichen Schutz. Erörtert wird auch das Problem der so genannten „überzähligen“ Embryonen, die bei der In-vitro-Fertilisation entstehen. Nicht zuletzt wird auf die wirtschaftlichen und politischen Fragen hingewiesen, die mit der Embryonenforschung verbunden sind. Ein Blick auf die amerikanische Klondebatte rundet die Darstellung ab.

Im Anhang des Buches finden sich Auszüge aus dem Grundgesetz und den beiden Abtreibungsurteilen des Bundesverfassungsgerichts, das Embryonenschutz- und das Stammzellgesetz. Ferner erleichtern Schaubilder zu den im Buch angesprochenen medizintechnischen Verfahren (Präimplantationsdiagnostik, Gewinnung embryonaler Stammzellen, Klontechnik) und ein Glossar das Verständnis der komplexen biomedizinischen Probleme.

Das Thema „Status des Embryos“ mag für manchen Beobachter etwas am Rande liegen, ein Thema „für Spezialisten“. Es geht aber nicht nur um einige wenige „überzählige“ Embryonen sondern um grundlegende ethische und rechtliche Prinzipien, die zunächst nur im Einzelfall in Frage gestellt werden, dann aber generell an Geltungskraft verlieren. Da die Menschenwürde und das Recht auf Leben in jeder Phase des Menschseins von Bedeutung sind, werden sich die Begründungen für Ausnahmen am Anfang des Lebens auch auf andere Entwicklungsphasen übertragen lassen. Gerade weil jedes Menschenleben eine unauflösbare Einheit ist, darf die Embryonendebatte nicht als unwichtiges Randthema betrachtet werden. Der Status, den der Embryo in unserer Gesellschaft und unserer Rechtsordnung einnimmt, bestimmt gleichzeitig den Status des Menschen generell.

Das Buch kann im Ergebnis jedem empfohlen werden, der fundierte Informationen sucht und sich an der gesellschaftlichen Debatte über den künftigen Umgang mit menschlichen Embryonen beteiligen will. Für den konkurrenzlos günstigen Preis von 14,90 EUR erhält

man eine aktuelle Sammlung von Argumenten für den uneingeschränkten Schutz menschlicher Embryonen.  
(kw)

## Neue Gen-Welt

*Joachim Bublath*

*Die neue Welt der Gene. Visionen, Rätsel, Grenzen.*

*Droemersch Verlag, München 2003*

*256 S., zahlr. farb. Abb., 25,90 EUR*

Die Gentechnik macht mit immer neuen Schlagzeilen von sich reden. Ethische Grundsätze sind ins Wanken geraten. Das Klonen von menschlichen Embryonen ist bereits erfolgt, die Geburt des ersten geklonten Menschen scheint nur noch eine Frage der Zeit zu sein. Was ist schon heute möglich, was wird erforscht und was bleibt trotz allen Fortschritts doch Zukunftsmusik?

In seinem neuen Buch bietet der aus dem Fernsehen bekannte Wissenschaftsjournalist Joachim Bublath eine ebenso fundierte wie verständliche Einführung in das komplexe Forschungsgebiet der Genetik und in die Pro-

bleme, die sich aus dem wachsenden Wissen für die Menschheit ergeben. Auch wenn das menschliche Erbgut entschlüsselt ist, bleibt das genaue Zusammenspiel der Gene noch weitgehend ein Rätsel. Weiß die moderne Genetik tatsächlich genug, um erfolgreich in die Entwicklungsprozesse der Natur eingreifen zu können? Und wo sollte sie – trotz ausreichenden Wissens – aus ethischen Gründen das Machbare dennoch unterlassen?

Der Autor hält sich in seinem populärwissenschaftlichen Buch mit Bewertungen zurück. Zwar werden nicht nur die Grundlagen der Genetik und die faszinierenden Fortschritte in der Genforschung erläutert, sondern auch deren Gefahren angesprochen. Die Kritik beschränkt sich aber auf das Infragestellen mancher Entwicklung. Insgesamt überwiegt die Faszination der Forschung.

Wer als Laie eine erste Einführung in die Chancen und Gefahren der Gentechnologie sucht, kann aus dem Buch Nutzen ziehen. Zahlreiche Graphiken und Bilder veranschaulichen die teilweise doch komplizierte Materie. Wer tiefer in die vor allem ethische Argumentation einsteigen möchte, sollte sich auf andere Weise informieren. (rb)

## umschau

### Patientenverfügung

In der **FamRZ 2004, 317 ff.** berichtet **Prof. Dr. Volker Lipp**, Göttingen, über das Thema „**Sterbehilfe**“ und **Patientenverfügung**. Der Begriff „Sterbehilfe“ ist hervorgehoben, weil es nicht um eine strafrechtliche Beurteilung im Sinne von „Tötung auf Verlangen“ geht, sondern um die zivilrechtliche Zulässigkeit ärztlicher Behandlungsmaßnahmen, wie die Anordnung oder Fortsetzung von lebensverlängernden medizinischen Maßnahmen.

Grundlage der Erörterungen sind Entscheidungen des BGH (Beschl. vom 17.3.2003, ZfL 2003, 50) und des OLG München (Urt. vom 12.2.2003, ZfL 2003, 20). Im Fall des OLG München ging es um die Forderung von Arzt und Betreuer, die künstliche Ernährung des im Koma liegenden Patienten einzustellen. Trotz Zustimmung des Vormundschaftsgerichts wollte das Pflegeheim dem nicht nachkommen. Erst auf Nichtzulassungsbeschwerde hin ist die Revision zum BGH zugelassen worden. Die Revisionsentscheidung steht noch aus. Dem Fall des BGH lag zugrunde, dass der förmlich bestellte Betreuer vom Vormundschaftsgericht die Einstellung der künstlichen Ernährung seines Betreuten durch das Krankenhaus verlangte, da dies der Patientenverfügung entspre-

che. Nachdem Amts- und Landgericht sich auf den Standpunkt gestellt hatten, angesichts der Patientenverfügung bedürfe es keiner vormundschaftlichen Genehmigung hat der BGH auf Vorlage des OLG Schleswig das Antragsverfahren an das Amtsgericht zurückverwiesen, da dies in der Sache entscheiden müsse. Wie das AG dann entschieden hat, ist nicht bekannt.

Der Autor ruft zunächst die Grundsätze der Zulässigkeit ärztlichen Handelns in Erinnerung, wonach der Arzt für die von ihm vorgesehene Heilbehandlung die Zustimmung des Patienten benötigt und der Patient seine Zustimmung auch jederzeit widerrufen könne. Liege der Patient „im Sterben“, habe also der Sterbeprozess bereits begonnen, so seien lebensverlängernde oder lebenserhaltende Maßnahmen medizinisch nicht (mehr) indiziert. Biete der Arzt keine Therapie oder die Fortsetzung einer Therapie nicht mehr an, so beruhe dies auf seiner alleinigen Verantwortung für die Indikationsfeststellung, so dass es zu einem Widerspruch des Patienten nicht kommen könne. Nur wenn der Arzt aus medizinischer Sicht bestimmte Maßnahmen für indiziert halte, bedürfe es der Zustimmung des Patienten.

Im Weiteren beschäftigt sich der Autor eingehend mit der Situation des einwilligungsunfähigen Patienten, der

Verbindlichkeit einer Patientenverfügung, der Notwendigkeit einer Betreuerbestellung bei vorliegender Patientenverfügung und dem Ineinandergreifen von Patientenverfügung und Befugnissen eines gerichtlich bestellten Betreuers und gibt damit eine lesenswerte Übersicht zum derzeitigen Meinungsstand.

Abschließend plädiert der Autor für eine Anerkennung der Patientenverfügung als Instrument der Patientenautonomie. Ist eindeutig, dass der Patient keinerlei Behandlung wolle, so gebe auch das Grundrecht auf Gewissensfreiheit oder die Berufung auf ihre eigene Menschenwürde weder Ärzten noch Pflegenden ein Recht zur künstlichen Ernährung des Patienten mittels einer PEG-Sonde. Der BGH könne nun in der anstehenden Revisionsentscheidung klarstellen, ob eine lebensverlängernde Maßnahme auch außerhalb der unmittelbaren Sterbephase eingestellt werden müsse, wenn der Patient diese ablehne, und ob der Betreuer eines Patienten die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts benötigt, um bestimmte ärztliche Maßnahmen abzulehnen, wenn der wirkliche oder mutmaßliche Wille des Patienten dazu feststehe. (kw)

### Erosion der Menschenwürde?

In der *JZ* 2004, 313 ff. wirft *Prof. Dr. Friedhelm Hufen*, Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Staats- und Verwaltungsrecht an der Universität Mainz, die Frage nach der „**Erosion der Menschenwürde?**“ auf. Der Autor verneint deren Aushöhlung ungeachtet der immer wieder geäußerten Kritik an Embryonen- und Stammzellforschung sowie der In-Vitro-Fertilisation wegen der dabei überzählig entstehenden Embryonen. Insbesondere sieht er in der Forschung zur Verhinderung und Verminderung von Leiden einen wichtigen Schutzauftrag. Diesen führt er auf das in Art. 1 GG postulierte Gebot, die Menschenwürde zu achten und zu schützen zurück. Dabei sei der Beginn der Menschenwürde und der Beginn des menschlichen Lebens besonders umstritten. Als Beginn des menschlichen Lebens käme der Zeitpunkt der Nidation (Einnistung des befruchteten Eies in die Gebärmutter) in Betracht. Zu befürworten sei aber letztlich, weil ohne festen Zeitpunkt, ein wachsendes Lebensrecht mit ansteigender Menschenwürde, was dem Fortschreiten der Entwicklung des menschlichen Lebens entsprechen würde. Solche Stufen- und Wachstumstheorien würden zudem von immer mehr Verfassungsjuristen vertreten.

Unabhängig von der Absehbarkeit konkreter Erfolge, so der Autor weiter, sei die Forschung an embryonalen Stammzellen mit der Menschenwürde vereinbar, weil sie

dem Lebensschutz und der Gesundheit künftiger Patienten dienen könne. Deshalb müsse zumindest an nicht mehr zur Implantation vorgesehenen Embryonen geforscht werden dürfen. Ebenso stehe die Menschenwürde einer medizinischen Forschung am nicht einwilligungsfähigen Patienten nicht von vornherein entgegen. Entscheidend sei eine Abwägung zwischen dem Risiko des Eingriffs und der möglichen Hilfe für andere (!) Menschen. Die „Unantastbarkeitsformel“ des Art. 1 GG stehe nicht entgegen, da sich auch die Menschenwürde – ebenso wie anderes Verfassungsrecht – fortentwickeln müsse; medizinischer Fortschritt aber könne die Menschenwürde nicht beeinträchtigen. Nur „Fundamentalkritiker“ würden sich dem entgegenstellen.

Was der Autor als „Fundamentalkritik“ bezeichnet, ist indes nichts anderes als eine in sich konsequente Argumentation. Deshalb hat auch derjenige, der den Beginn des menschlichen Lebens in der Befruchtung oder genauer gesagt in der Kernverschmelzung sieht, keine Probleme, den Embryo von seinem frühesten Stadium an als mit Würde ausgestatteten Menschen anzusehen und ihn dementsprechend unter den Schutz des Art 1 GG zu stellen. Zudem können sich die „Fundamentalkritiker“ auf die Humanbiologie (vgl. zuletzt die Beiträge von *Wisser* und *Herzog*, in Beckmann/Löhr: *Der Status des Embryos*, 2003) stützen. Naturwissenschaftlich ist also, auch wenn der Autor dies – ohne Beleg – in Abrede stellt, längst anerkannt, dass mit der Kernverschmelzung ein neuer Mensch entsteht. Dies zeigt sich auch darin, dass vom Abschluss der Kernverschmelzung an eine neue und von der Mutter unterscheidbare DNA vorliegt. Der Hinweis des Autors auf die Rechtsprechung des BVerfG kann nicht überzeugen. Denn das BVerfG spricht in seinen Abtreibungsurteilen (NJW 1975, 574 und 1993, 1753) nur davon, dass das Leben „jedenfalls“ mit der Nidation beginne; zum Zeitraum davor ist ausdrücklich keine verfassungsgerichtliche Festlegung erfolgt, wohl aber eine Andeutung dahin, dass es nahe liege, den Beginn des Lebens mit der Befruchtung anzunehmen (BVerfG NJW 1993, 1753). Schon deshalb kann von einer „rigiden Kernverschmelzungsthese“, wie Hufen es nennt, nicht gesprochen werden.

Dem Autor ist auch im Übrigen zu widersprechen: die Menschenwürde begrenzt weder die medizinische Forschung noch vereitelt sie medizinische Heilmaßnahmen. Die Menschenwürde verbietet lediglich die Forschung am lebenden Menschen, ganz gleich in welchem vor- oder nachgeburtlichen Entwicklungsstadium er sich befindet, ganz gleich auch, in welchem Alter, Gesundheits- oder Pflegezustand er ist. Selbst wenn die Forschung zu Therapien für derzeit unheilbare Krankheiten führen soll, kann kein Mensch ohne oder gegen seinen Willen dazu herangezogen werden, Forschungsobjekt zu sein. (kw)

## Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Beschlossen vom Vorstand der Bundesärztekammer am 30. April 2004, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, 7. Mai 2004, S. A-1298.

### Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a.: menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten; dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. Ein offensichtlicher Sterbevergang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.

Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden.

### I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können.

Die Hilfe besteht in palliativ-medizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.

Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unter-

lassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht.

Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt kann auch Angehörige des Patienten und diesem nahe stehende Personen informieren, wenn er annehmen darf, dass dies dem Willen des Patienten entspricht. Das Gespräch mit ihnen gehört zu seinen Aufgaben.

### II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

Bei Patienten, 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, kann eine Änderung des Behandlungszieles indiziert sein, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden und die Änderung des Therapieziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen. In Zweifelsfällen sollte eine Beratung mit anderen Ärzten und den Pflegenden erfolgen.

Bei Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktionen ersetzen soll, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben. Eine weniger schwere Schädigung ist kein Grund zur Vorenthaltung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern. Wie bei Erwachsenen gibt es keine Ausnahmen von der Pflicht zu leidensmindernder Behandlung und Zuwendung, auch nicht bei unreifen Frühgeborenen.

### III. Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit

Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom; auch so genanntes Wachkoma) haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Therapie einschließlich – ggf. künstli-

cher – Ernährung ist daher unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens grundsätzlich geboten. Soweit bei diesen Patienten eine Situation eintritt, wie unter I – II beschrieben, gelten die dort dargelegten Grundsätze. Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf kein alleiniges Kriterium für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sein. Hat der Patient keinen Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten, wird in der Regel die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein.

#### IV. Ermittlung des Patientenwillens

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt die durch den angemessen aufgeklärten Patienten aktuell geäußerte Ablehnung einer Behandlung zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Ablehnung einer Behandlung für den Arzt bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat, und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind.

Soweit ein Vertreter (z. B. Eltern, Betreuer oder Bevollmächtigter in Gesundheitsangelegenheiten) vorhanden ist, ist dessen Erklärung maßgeblich; er ist gehalten, den (ggf. auch mutmaßlichen) Willen des Patienten zur Geltung zu bringen und zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Wenn der Vertreter eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen.

Liegt weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten eine bindende Erklärung vor und kann eine solche nicht – auch nicht durch Bestellung eines Betreuers – rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können neben früheren Äußerungen seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahe stehende Personen als Auskunftspersonen einbezogen werden, wenn angenommen werden kann, dass dies dem Willen des Patienten entspricht.

Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so soll der Arzt für den Patienten die ärztlich indizierten Maßnahmen ergreifen und sich in Zweifelsfällen für Lebenserhaltung entscheiden. Dies gilt auch bei einem apallischen Syndrom.

#### V. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen

Mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen nimmt der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wahr. Sie sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes.

Eine Patientenverfügung (auch Patiententestament genannt) ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines einwilligungsfähigen Patienten zur zukünftigen Behandlung für den Fall der Äußerungsunfähigkeit. Mit ihr kann der Patient seinen Willen äußern, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näher umrissenen Krankheitssituationen medizinische Maßnahmen eingesetzt oder unterlassen werden sollen.

Anders als ein Testament bedürfen Patientenverfügungen keiner Form, sollten aber schriftlich abgefasst sein. Mit einer Vorsorgevollmacht kann der Patient für den Fall, dass er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn, u. a. in seinen Gesundheitsangelegenheiten, zu treffen (§ 1904 Abs. 2 BGB).

Vorsorgevollmachten sollten schriftlich abgefasst sein und die von ihnen umfassten ärztlichen Maßnahmen möglichst benennen. Eine Vorsorgevollmacht muss schriftlich niedergelegt werden, wenn sie sich auf Maßnahmen erstreckt, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Schriftform ist auch erforderlich, wenn die Vollmacht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen umfasst.

Die Einwilligung des Bevollmächtigten in Maßnahmen, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes, es sei denn, dass mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist (§ 1904 Abs. 2 BGB). Ob dies auch bei einem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen gilt, ist umstritten. Jedenfalls soll sich der Arzt, wenn der Bevollmächtigte eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichtes soll der Arzt die Behandlung durchführen.

Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können Vorschläge zur Person eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung seiner Aufgaben geäußert werden. Eine Betreuung kann vom Gericht für bestimmte Bereiche angeordnet werden, wenn der Patient nicht in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, und eine Vollmacht hierfür nicht vorliegt oder nicht ausreicht. Der Betreuer entscheidet im Rahmen seines Aufgabenkreises für den Betreuten. Zum Erfordernis der Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht wird auf die Ausführungen zum Bevollmächtigten verwiesen.



### Herbert Tröndle Ehrenvorsitzender der JVL

In der Mitgliederversammlung der Juristen-Vereinigung Lebensrecht am 8. Mai 2004 in Köln stand die Neuwahl eines/r stellvertretenden Vorsitzenden an, da Prof. Dr. Herbert Tröndle, der dieses Amt seit der Gründung der JVL im Jahr 1984 innegehabt hatte, aus Altersgründen nicht mehr kandidierte. Er vollendet im Sommer das 85. Lebensjahr. Sein überragendes Engagement für die Anliegen der Juristen-Vereinigung wurde vom Vorsitzenden Bernward Büchner ausführlich gewürdigt. Prof. Tröndle wurde von der Mitgliederversammlung einstimmig zum Ehrenvorsitzenden der Juristen-Vereinigung Lebensrecht gewählt.

### Christian Hillgruber neuer stellv. Vorsitzender

Im Rahmen der Mitgliederversammlung wurde auf Vorschlag des Vorstandes Prof. Dr. Christian Hillgruber zum neuen stellvertretenden Vorsitzenden der Vereinigung gewählt. Prof. Hillgruber, geb. 1963, war nach seiner Habilitation 1997 zunächst an der Universität Heidelberg (1997/98) und anschließend am Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Völkerrecht und Rechtsphilosophie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (1998-2002) tätig. Seit Oktober 2002 ist Prof. Hillgruber Inhaber eines Lehrstuhls für Öffentliches Recht an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.

Aus der Berichterstattung über das Symposium „Der Schutz des Menschen am Beginn und am Ende seines Lebens“ anlässlich des 20-jährigen Bestehens der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V.:

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 10.05.2004

#### Der selbstbestimmte Tod

**Die Juristen-Vereinigung Lebensrecht befasst sich mit dem Nutzen von Patientenverfügungen / Von Reinhard Müller**

Über das ungeborene Leben lässt sich leicht streiten. Denn die Diskussion über den Beginn des Menschseins und seinen Schutz bleibt meist abstrakt. Anders ist das bei den Grundfragen am Ende des Lebens: Jeder kann von heute auf morgen unmittelbar betroffen sein. Gewissheit gibt es nur über das Ob, aber nicht über das Wie des Sterbens. Wie kann der Wunsch nach einem Sterben in Würde in Erfüllung gehen? Der Leiter des Hospizes Stuttgart, Christoph Student, wies auf einer Kölner Tagung der Juristen-Vereinigung Lebensrecht darauf hin, dass die Menschen früher Mittel und Wege gehabt hätten, mit der Angst vor dem Tod umzugehen: Rituale und Öffentlichkeit. Heute sei das Sterben dagegen ein einsamer Prozess. Etwa die Hälfte der Menschen sterbe im Krankenhaus, doch das sei, so Student,

denkbar schlecht darauf vorbereitet. Kranke erlebten, dass über sie gesprochen werde, aber nicht mit ihnen. „Sie werden klein gehalten.“ Wer sich nicht füge, bekomme „die Aggression der Institution zu spüren“. Kann hier eine Patientenverfügung helfen? Student bezweifelt das, da sie nicht den Dialog ersetze. Nützlich seien Patientenverfügungen nur, um sich mit dem eigenen Tod auseinanderzusetzen. Sicherheit schaffen solche Erklärungen demnach nur für Gesunde. Aber als Gesunder habe man keine Vorstellung von den Bedürfnissen als Schwerkranker.

Kritisch äußerte sich auch der Münchner Strafrechtler Gunnar Duttge mit Blick auf die Selbstbestimmung des Patienten. Das Ansinnen des Bundesgerichtshofs, die so genannte passive Sterbehilfe - also den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen - von früheren Äußerungen und persönlichen Wertvorstellungen des Betroffenen abhängig zu machen, eröffne breiten Raum für eine „verschleierte Fremdbestimmung“. Für eine wirksame Patientenverfügung forderte er formelle und verfahrensmäßige Sicherungen. Damit solle gewährleistet werden, dass eine einmal geäußerte Erklärung als aktuell gültige Bestimmung dessen verstanden werden kann, was an lebensverlängernden Maßnahmen abgelehnt wird. Dazu gehöre nicht nur eine umfassende medizinische und rechtliche Beratung, sondern auch eine wiederholte Bekräftigung innerhalb überschaubarer Zeiträume.

Duttge lehnte die vorweggenommene Delegation auf einen „Vorsorgebevollmächtigten“ ab. Dem stehe die „höchstpersönliche Natur“ einer selbstbestimmten Entscheidung gegen die Fortdauer des eigenen Lebens entgegen. Und von welchem Zeitpunkt an hat eine Krankheit den „irreversiblen tödlichen Verlauf“ genommen, den der Bundesgerichtshof als Kriterium benannt hat? Duttge wies auf den verbreiteten Missbrauch der Sterbehilfe hin, den eine Studie in den Niederlanden offenbart habe, einem Land mit einer freizügigen Rechtslage. Offenbar hat dort schon eine Gegenbewegung eingesetzt: Immer mehr Menschen tragen nun „Lebenserhaltungsverfügungen“ bei sich.

Hospizleiter Student brachte demgegenüber eindrucksvolle Beispiele, wie man - trotz der Angewiesenheit auf Pflegekräfte - in Selbstbestimmtheit sein Leben zu Ende bringen kann. Das Nachlassen der eigenen Kräfte müsse keinesfalls bedeuten, dass andere Macht über den Kranken erhielten. Student fürchtet, dass dem Patienten durch einseitige Verfügungen letztlich Isolation droht und sogar der - strafbaren - aktiven Sterbehilfe Vorschub geleistet wird. Entscheidend sei das Leben in menschlichen Beziehungen und der Dialog, der auch mit Bewusstlosen möglich sei. Aber nicht jeder wird in einem Hospiz betreut. Wie geht man mit dem schriftlich geäußerten Willen eines alten Menschen um, er wolle auf keinen Fall wiederbelebt werden? Student sagte, man könne auch nach einem „klinischen Tod“ unter

Umständen vollkommen wiederhergestellt werden. Aber mancher will eben, dass dieser Versuch gar nicht erst unternommen wird.

Der einzige Garant für ein Sterben in Würde sei ein Geflecht von menschlichen Beziehungen, sagte der Mediziner. Aber woher soll dieses Beziehungsgeflecht kommen, das wir dann im Alter so dringend benötigen? Der Staat kann es fördern. In einer Broschüre des Gesundheitsministeriums heißt es allerdings, Leistungen für Schwangerschaftsabbrüche würden weiterhin aus Steuermitteln finanziert, denn sie seien „im gesamtgesellschaftlichen Interesse“.

Die Tagespost, 11.05.2004

### **Wissen ist Ohnmacht**

von Stefan Rehder

Mit einem hochkarätig besetzten Symposium beging die Juristen-Vereinigung Lebensrecht (JVL) am Wochenende ihr 20-jähriges Bestehen. ... Gewöhnlich sind Geburtstage, erst Recht die runden, ein willkommener Anlass, ein Fest zu feiern. Dass die „Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V.“ (JVL), die demnächst auf ihr 20-jähriges Bestehen zurückblicken kann, am vergangenen Wochenende anstelle eines Festes ein hochkarätiges Symposium veranstaltete, mag wohl auch daran gelegen haben, dass bereits die Existenz der Vereinigung kein Grund zur Freude ist. Schon die Gründungsmitglieder, die am 8. Juni 1984 die JVL ins Leben riefen, hätten darauf wohl gut und gerne verzichtet. Doch die Folgen der Novellierung des Paragraphen 218 im Jahr 1976 hatten nach Ansicht namhafter Juristen wie des früheren Richters am Bundesverfassungsgericht Willi Geiger, des längst legendären Strafrechtskommentators Herbert Tröndle sowie weiterer angesehener Professoren, unter ihnen Günter Dürig, Adolf Laufs oder Wolfgang Rüfner, so gravierende Folgen, dass sie sich auf Betreiben des Kölner Notars Werner Esser zusammenschlossen, um der „oberflächlichen bis leichtfertigen Behandlung der rechtlichen Abtreibungsproblematik in Gesetzgebung, Rechtsprechung und Fachliteratur entgegenzuwirken.“

### **Geballter Sachverstand, munter ignoriert**

Dass der JVL dies in den vergangenen zwei Jahrzehnten gelungen ist, davon zeugt heute nicht nur eine siebzehnbändige Schriftenreihe und die seit 1992 herausgegebene „Zeitschrift für Lebensrecht“ (ZfL), sondern auch die häufige Zitation der darin enthaltenen Beiträge in der übrigen Fachliteratur. Dies sowie eine Reihe von Einzelerfolgen wie die Initiation einer Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer „Pränatale und perinatale Schmerzempfindung“, vermögen jedoch nicht darüber hinwegzutäuschen, dass

die im Bundestag vertretenen Parteien – von einzelnen Bundestagsabgeordneten abgesehen – und in der Frage des Beratungsscheins auch die Deutsche Bischofskonferenz, den in der JVL versammelten geballten Sachverstand in der Praxis bislang munter ignoriert haben. ...

Den Auftakt machte der Stuttgarter Philosoph Robert Spaemann, der über den „Beginn des Menschseins“ referierte. Wo in juristischen Debatten der Begriff der Person auftauche, da sei „äußerste Vorsicht“ geboten, mahnte Spaemann. Da sich biologisch betrachtet nicht bestreiten lasse, dass das Menschsein bereits mit dem Vorliegen eines neues Genoms begonnen habe, werde heute versucht, über den Begriff der Person Differenzierungen einzuführen, mit denen Menschen in zwei Arten unterteilt würden: Solche, die bereits Personen seien und solche, die dies noch nicht seien. Mit solch intellektuellen Taschenspielertricks werde versucht, einer Gruppe von Menschen Rechte zu bestreiten, die alle Menschen besäßen. Wer dies anstrebe, müsse jedoch zeigen, wie der Mensch zur Person werde.

Doch das sei, so Spaemann, im Grunde unmöglich. Da „aus etwas nicht jemand wird“, seien alle Menschen immer auch Personen. Denn im Laufe ihrer Entwicklung bildeten Menschen nicht das Personsein aus, sondern nur die personalen Eigenschaften. Personale Eigenschaften könnten aber nur Personen entwickeln. Um personale Eigenschaften ausbilden zu können, seien Menschen darauf angewiesen, als Personen behandelt zu werden. Dies gelte unabhängig von ihrem Alter. ...

### **Wo beginnt die Menschenwürde?**

Nachdem der Philosoph sowohl den Grünen als auch Teilen der CDU ins Stammbuch geschrieben hatte, dass „das Kind von der Zeugung an ein von der Mutter unterscheidbarer Organismus ist; wenn auch von diesem abhängig“, zeigte Günter Rager, Direktor der Abteilung Anatomie der Universität Fribourg, dass es für die philosophische Rede vom Individuum tatsächlich ein biologisches Äquivalent gebe.

Bereits die befruchtete Eizelle erfülle sämtliche Kriterien, die erforderlich seien, um von ihr als einem „Individuum im biologischen Sinn“ sprechen zu können. So nehme der Embryo einen definierten Raum ein und grenze sich von allem anderen deutlich ab. ... Als diese distinkte Einheit stehe der Embryo im Austausch mit seiner Umwelt. Eingebettet in diese stelle er ein dynamisches sich selbst organisierendes System dar. Als solches entwickle und differenziere er sich von seinem Beginn bis zu seinem Lebensende. Trotz des ständigen Austauschs seines Baumaterials bleibe er über die Zeit seines Lebens hinweg mit sich identisch.

Dennoch würden Einwände gegen die Auffassung erhoben, dass der Embryo von der Fertilisation an als ein menschliches Individuum betrachtet werden müsse.

Ernst zu nehmen seien solche Einwände jedoch laut Rager nur dann, wenn sie zeigen könnten, dass es Ereignisse gibt, die dem Embryo von außen etwas Wesentliches hinzufügen, das er nicht schon als Möglichkeit in sich enthalte. So werde etwa behauptet, der Embryo sei für die Ausbildung seiner Körperachsen auf die Einnistung in den Uterus angewiesen. Zahlreiche Befunde zeigten jedoch, dass die Körperachsen bereits in der Präimplantationsphase angelegt seien. Dies werde inzwischen sogar von dem Jesuiten Christan Kummer anerkannt, der dies lange Zeit bestritten hatte.

Kritik äußerte Rager auch an der Biochemikerin und Nobelpreisträgerin Nüsslein-Volhard. Diese führe ins Feld, dass der Uterus notwendig für die Vervollständigung des embryonalen Entwicklungsprogramms sei, könne dafür jedoch weder Befunde oder Beweise vorgelegen. „Es bleibt bei der Behauptung“, so Rager. ...

Winfried Kluth, Lehrstuhlinhaber für Öffentliches Recht und Dekan der Juristischen Fakultät der Universität Halle, erklärte, die Rechtswissenschaften hätten die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse über den Beginn des menschlichen Lebens zur Kenntnis zu nehmen, müssten jedoch zu einer selbstständigen Bewertung dieser Erkenntnisse gelangen. Da es aber, wie Rager dargelegt hatte, keine qualitative Zäsur in der Entwicklung des Menschen gebe, müsse auch der Schutz des Grundrechts auf Leben mit der Vereinigung von Ei- und Spermazelle ansetzen. Dies habe das Bundesverfassungsgericht mit der Formulierung, wo menschliches Leben existiert, komme ihm Menschenwürde zu, zum Ausdruck gebracht.

### **Der Versuch, die Verfassung umzuinterpretieren**

Kritik übte Kluth ... an der Umsetzung der verfassungsrechtlichen Vorgaben im Gesetzesrecht. Der Schutz individuellen menschlichen Lebens sei während der Schwangerschaft nur unzureichend gegeben. Das so genannte Schutzkonzept bezeichnete Kluth als „fragwürdig“ und forderte seine Überprüfung. ...

Welchen Niederschlag derartige Uminterpretationsversuche bereits in der Praxis gefunden haben, darauf machte der Strafrechtsexperte Herbert Tröndle in seinem Schlusswort aufmerksam. Als „pervers“ bezeichnete Tröndle den Umstand, dass die verfassungswidrige Finanzierung von Abtreibungen in einer Broschüre des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema Gesundheitsreform als „im gesamtgesellschaftlichen Interesse“ liegend bezeichnet werde. Wörtlich heißt es dort unter dem Stichwort Schwangerschaftsabbruch: „Für die Versicherten ändert sich nichts, da diese Leistungen auch weiterhin über die Krankenkassen abgerechnet werden. Da es sich um Leistungen handelt, die im gesamtgesellschaftlichen Interesse sind, werden diese aus Steuermitteln finanziert.“ ...

Idea Spektrum, 12. Mai 2004:

### **In gesunden Tagen denkt man ganz anders**

Starke Zweifel am Nutzen so genannter Patientenverfügungen wurden bei einer Tagung der Juristen-Vereinigung Lebensrecht in Köln laut. In solchen Verfügungen regelt ein Mensch, wie Ärzte ihn im Fall schwerster Krankheit behandeln sollen. Darin werden häufig lebensverlängernde Maßnahmen wie künstliche Beatmung oder Dauerernährung über eine Magensonde abgelehnt. „Der Wille eines Menschen in gesunden Tagen gilt nur sehr bedingt als Handlungsanweisung in kranken Tagen“, sagte der Gesamtleiter des Hospizes Stuttgart, der Medizinprofessor Christoph Student. Ein Hauptgrund für den Wunsch nach passiver oder aktiver Sterbehilfe sei die Angst, von anderen abhängig zu sein.

Viele Patienten erlebten dann aber im Hospiz, dass die Pflegekräfte ihnen dienten und ihre Schwäche nicht ausnutzten. Durch diese Erfahrung verschwinde häufig der Wunsch, dem Leben ein Ende zu setzen. „Patientenverfügungen beschreiben einen Zustand, von dem man schlicht nicht weiß, ob er so eintrifft.“

### **Vorsicht Niederlande!**

Der Strafrechtsexperte Prof. Gunnar Duttge (München) kritisierte die Euthanasiepraxis in den Niederlanden, wo trotz liberaler Gesetze jährlich rund 1.000 Menschen getötet würden, bei denen der Patient vorher nicht ausdrücklich eingewilligt habe. Allein aus Vorsicht sei es - so Duttge - deshalb in Deutschland geboten, am Verbot der aktiven Sterbehilfe festzuhalten. Das Argument der mutmaßlichen Einwilligung von Patienten, die sich nicht mehr äußern können, gebe breiten Raum für eine verschleierte Fremdbestimmung. Aus Angst vor unerwünschter Sterbehilfe trügen manche Menschen in den Niederlanden bereits eine Lebenserhaltungsverfügung bei sich.

### **Theologe gegen Gesetzesänderung**

Der evangelische Theologe und Klinikseelsorger Prof. Ulrich Eibach (Bonn) wandte sich gegen den der Euthanasie zugrunde liegenden Gedanken eines menschenunwürdigen Lebens. „Es gibt kein menschenwürdiges Leben, wohl aber eine menschenunwürdige Behandlung durch andere Menschen.“

Es könne allerdings bei Schwerstkranken zu tragischen Grenzfällen kommen, die auch mit verbesserter Schmerztherapie nicht zufrieden stellend zu behandeln seien. Wer dann Schmerzmittel verabreiche, die auch lebensverkürzend wirkten, müsse schon heute nicht mit Strafe rechnen. Deshalb sei für die Grenzfälle keine Gesetzesänderung nötig, die die aktive Euthanasie billigt.

## 76.000 Unterschriften gegen Spätabtreibungen

Mit der Übergabe von knapp 76.000 Unterschriften im Bundesjustizministerium haben die Initiatoren der Kampagne [www.Tim-lebt.de](http://www.Tim-lebt.de) Ende April in Berlin noch einmal mit Nachdruck auf die besonders grausame Praxis der sogenannten Spätabtreibungen aufmerksam gemacht.

Seit der Novellierung des § 218 im Jahr 1995 sind in Deutschland Abtreibungen bis zum Einsetzen der Geburtswehen – auch ohne vorherige Beratung – nicht nur straffrei, sondern auch nicht rechtswidrig, wenn sie „unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt sind, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“ (§ 218a Abs. 2 StGB)

Die Sprecherin der Kampagne Claudia Kaminski sagte: „Es war der erklärte Wille des Gesetzgebers durch Abschaffung der bis dahin geltenden embryopathischen Indikation klar zu stellen, dass eine mögliche Behinderung des ungeborenen Kindes niemals als Rechtfertigung für seine Abtreibung herhalten könne. De facto ist jedoch das Gegenteil erreicht worden. Heute werden Kinder oft schon beim leisesten Verdacht auf leicht zu behobende Fehlbildungen wie Lippen-Kiefer-Gaumenspalten abgetrieben.“ Kaminski erinnerte daran, dass Ärzte, die die Geburt eines Kindes mit Behinderung „verschuldeten“, nach der sogenannten Kind-als-Schaden-Rechtsprechung für dessen Unterhalt aufzukommen hätten. Um die Haftung auszuschließen, würden Frauen heute nicht nur gedrängt, jede ver-

fügbare Untersuchung durchführen zu lassen. „Im Zweifelsfall raten die Ärzte dann auch so gut wie immer zur Abtreibung. Ärzte die sich weigerten, dies zu tun, haben so gut wie keine Chance eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen. Aus diesem Teufelskreis, bei dem der Druck auf die Schwangere, sich für die Abtreibung ihres Kindes zu entscheiden, vielfach unerträglich hoch ist, gibt es nur einen Ausweg: Die Änderung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen“, so die Ärztin. „Wir appellieren daher heute an die Bundesregierung, dem grauenhaften Unrecht endlich ein Ende zu setzen und sich einer Reform der Abtreibungsgesetzgebung nicht länger zu verschließen.“

## WHO denkt bei Abtreibungen um

Ein offizieller Vertreter der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zugegeben, dass auch legale Abtreibungen nicht unbedingt „sichere“ Abtreibungen sind. Das berichtet das „Catholic Family and Human Rights Institute“ (C-FAM) im wöchentlich erscheinenden „Friday Fax“ (21. Mai). Auf dem „Global Population Forum 2004“ habe Gunta Lazdane von der WHO ausgeführt, dass bis zu 20 Prozent der Fälle von Müttersterblichkeit auf eine Abtreibung zurückgehen, auch dann, wenn sie legal vorgenommen wird. Man müsse sich die Frage stellen, ob „sichere“ Abtreibungen tatsächlich sicher seien. Bisher haben Abtreibungsbefürworter immer wieder argumentiert, dass nur illegale Abtreibungen „unsicher“ sind. Abtreibungen müssten daher weltweit legalisiert werden. Nur auf diese Weise könne sicher gestellt werden, dass Frauen bei einer Abtreibung nicht sterben müssten.

## Uruguays Senat gegen Liberalisierung von Abtreibung

Überraschend hat der Senat von Uruguay ein Gesetz zur Freigabe der

Abtreibung abgelehnt. Das meldet die katholische Tageszeitung „Die Tagespost“ (8. Mai). Nach Regierungsplänen sollten vorgeburtliche Kindstötungen in den ersten drei Monaten ohne Einschränkungen erlaubt werden, so die Zeitung. Bereits im Dezember 2002 habe das Unterhaus den entsprechenden Entwurf verabschiedet. Im Vorfeld der Entscheidung hatte laut der „Tagespost“ die katholische Kirche an die Senatoren appelliert, dass das menschliche Leben vom Zeitpunkt seiner Zeugung an geschützt werden müsse. Die Senatoren dürften sich nicht von wirtschaftlichen oder parteipolitischen Interessen beeinflussen lassen.

## Delphi-Studie zur Stammzellforschung

Die Forschung mit adulten Stammzellen sollte nach Ansicht deutscher Experten verstärkt werden. Das berichten „Die Welt“, die „Financial Times Deutschland“ (18. Mai) unter Berufung auf die Ergebnisse der sogenannten Delphi-Studie, einer vom Berliner Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC) und vom Forschungszentrum Jülich durchgeführten Umfrage zu den Zukunftschancen der Stammzellforschung. Im Auftrag des Forschungsministeriums waren dafür Experten aus der Grundlagenforschung, der Industrie und der ethischen Begleitforschung befragt worden. Den Zeitungen zufolge bewerteten die Experten dabei die embryonale Stammzellforschung zurückhaltender, als die humane embryonale Stammzellforschung. „Es gibt die Gefahr, dass Krebs entsteht, und zu wenig Zielgenauigkeit bei der Ausdifferenzierung. So könnten statt der erwarteten Nervenzellen plötzlich Knorpel wachsen“, zitiert „Die Welt“ Projektleiter Christof Tannert. Dennoch sei als „größtes Risiko für Patienten, Forschung und Industrie“ die Abwanderung von Stammzellwissenschaftlern wegen eingeschränkter Forschungsbedingungen bezeichnet worden, so die Zeitungen weiter.