

# Aktive und passive Sterbehilfe

Von Johannes Fischer

## I. Einleitung

Die aktive Sterbehilfe findet neuerdings auch in Deutschland prominente theologische Fürsprecher. Kein Geringerer als Hans Küng hat kürzlich zusammen mit Walter Jens ein »Plädoyer für Selbstverantwortung«<sup>1</sup> vorgelegt, das für die Zulassung der Tötung auf Verlangen votiert. Das Buch liegt zweifellos im Trend. Die aktive Sterbehilfe kann auf zunehmende Akzeptanz rechnen. Kirche und Theologie sind dadurch zu einer differenzierteren Einschätzung als bislang herausgefordert. Hierzu sollen die folgenden Überlegungen ein Beitrag sein<sup>2</sup>.

Zunächst ist eine Klärung nötig. Denn die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe stößt bei nicht wenigen Autoren auf Kritik. Andere gebrauchen sie, ohne zu erklären, wie sie sie angesichts dieser Kritik aufrecht erhalten wollen. Für die Kritiker sei stellvertretend Harry M. Kuitert genannt<sup>3</sup>. Er versteht die Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe im Sinne der Unterscheidung von Handeln und Unterlassen und ist der Meinung, daß sie auf einem Irrtum beruht. Denn ob die Lebensverkürzung durch gezieltes Handeln (zum Beispiel durch die Injektion einer Überdosis Morphin) oder durch Unterlassen (zum Beispiel durch Dehydratation) herbeigeführt wird, macht in moralischer Hinsicht keinen Unterschied. In beiden Fällen sind sowohl die Intention als auch die kausale Wirkung dieselbe: Beidemale geht es um die Herbeiführung des Todes<sup>4</sup>. Wählt der Arzt den Weg des Unterlassens, dann kann dies zur Folge haben, daß er damit den Leidensweg des Patienten unnötigerweise verlängert. Unnötigerweise deshalb, weil es, wie gesagt, in moralischer Hinsicht keinen Unterschied macht, ob er den Tod durch Handeln oder durch Unterlassen herbeiführt. Deshalb hat hier der Arzt die Verantwortung für das zusätzliche Leiden des Patienten zu tragen. Kuitert faßt seine Bedenken gegen die Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe in zwei Punkten zusammen: Sie kann dazu führen, daß die handelnde Person (der Arzt) sich aus ihrer moralischen Verantwortung davonestiehlt, indem sie suggeriert, die Lebensverkürzung durch Unterlassen sei mit einem geringeren Maß an moralischer Verantwortung verbunden als die Lebensverkürzung durch Handeln. Und sie läßt ein moralisch fragwürdiges Verhalten, nämlich die Verlängerung unerwünschten Leidens durch passive Maßnahmen, als moralisch höherstehend erscheinen als ein Verhalten, das dem Wunsch des Patienten nach Beendigung seines Leidenszustands auf bestmögliche, nämlich effektive Weise entspricht.

Die Handeln-Unterlassen-Problematik spielt in der bioethischen (und der entsprechenden juristischen) Diskussion eine zentrale Rolle. Kuitert steht dabei mit seiner Kritik nicht allein. Ähnlich argumentieren zum Beispiel H. Kuhse und P. Singer<sup>5</sup>. Die Vorstellung, daß im Falle der Unterlassung einer lebensrettenden medizinischen Maßnahme nicht der Arzt, sondern »die Natur« für den Tod des Patienten ursächlich verantwortlich sei, beruht ihnen zufolge auf einem fragwürdigen Verständnis von »Ursache«. Die Ursache für ein Ereignis liege in sämtlichen positiven und negativen Bedingungen,

die an seinem Zustandekommen beteiligt sind. Auch das Unterlassen einer medizinischen Handlung ist hiernach als negative Bedingung zu den Ursachen des Todes eines Menschen zu rechnen, was sich daran zeigt, daß es durch das Strafrecht als maßgebliche Ursache verfolgt werden kann. Auch Kuhse und Singer ziehen hieraus die Konsequenz, daß die aktive Tötung (in diesem Fall bei schwerstgeschädigten Neugeborenen) moralisch nicht anders zu bewerten ist als die Tötung durch Unterlassen.

Kuiterts Argumentation zugunsten der Euthanasie lautet in etwa wie folgt: Ärztliches Handeln hat sich ausschließlich am Wohl des Patienten zu orientieren. Das Kriterium dafür, was das Wohl des Patienten ist, liegt in dessen Willen und Selbstbestimmung<sup>6</sup>. Der Arzt ist verpflichtet, dem Patientenwillen zu entsprechen, da es moralisch geboten ist, eine Wohltat, um die ein anderer bittet, nicht auszuschlagen<sup>7</sup>. Unter den Bedingungen der modernen Medizin kann das Wohl des Patienten nicht mehr einfach mit der Erhaltung des physischen Lebens gleichgesetzt werden. Vielmehr gehört hier zum Wohl des Patienten, auch auf eine humane Weise sterben zu dürfen. Das ärztliche Handeln muß daher die Sterbehilfe einschließen. »Halten wir an der Sorge für das Wohl des Patienten als der eigentlichen Richtlinie für den Arzt fest, dann ist die Sterbehilfe auf der Linie dieser Fürsorge zu sehen, und die Bitte um Lebensbeendigung an den Arzt wieder auf der Linie der Sterbehilfe.«<sup>8</sup> Da, wie gezeigt, ein Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe nicht gemacht werden kann, schließt das grundsätzliche Ja zur Sterbehilfe auch ein Ja zur Tötung des Patienten ein, falls die für die Euthanasie geltenden Bedingungen – insbesondere die eindeutige Willenserklärung des Sterbewilligen – erfüllt sind.

Das scheint stringent zu sein, und dennoch liegt für das Empfinden nicht weniger Menschen genau an dieser Stelle ein tiefreichender ethischer Konflikt. Darf man einen Menschen töten? Darf dies insbesondere ein Arzt? Und ist es ethisch unbedenklich, einen anderen Menschen um Tötung zu bitten? Beruhen die diesbezüglichen Skrupel nur auf überholten religiösen Vorurteilen, die für den heutigen Menschen keine Geltung mehr beanspruchen können, oder sind hier grundsätzliche Fragen des zwischenmenschlichen Verhältnisses und der Wahrnehmung von Sterben und Tod berührt, welche über die Grenzen einer bestimmten religiösen Tradition hinaus zu beachten sind?

## II. Zum Sinn der Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe

Wenn es eine Schwäche in Kuiterts Argumentation gibt, dann liegt sie darin, daß diesem Konflikt zu wenig Beachtung geschenkt wird. Kuiterts gesamte Argumentation zielt auf den Nachweis, daß die Euthanasie gar keinen wirklichen ethischen Konflikt aufwirft, weil es keinen einzigen stichhaltigen Grund gibt, der gegen sie spricht. Doch müßte eine unvoreingenommene Analyse die zweifellos bestehenden Skrupel vieler Menschen und insbesondere vieler Ärzte genauso in ihrer ethischen Bedeutung zu verstehen und zu erhellen suchen wie die Gründe, welche für die Euthanasie sprechen und unter denen bei Kuitert an erster Stelle das Recht auf Selbstbestimmung steht. Ist es ethisch wirklich unbedenklich, einen Menschen auf dessen Verlangen hin zu töten?

Es ist offensichtlich dieser Zweifel, durch welchen die Unterscheidung zwischen aktiver

und passiver Sterbehilfe veranlaßt ist. Aktive Sterbehilfe impliziert die Tötung eines Menschen, passive Sterbehilfe tut dies nicht. Daß heißt aber, daß diese Unterscheidung anders gefaßt werden muß, als dies bei Kuitert und anderen Autoren<sup>9</sup> unter dem Eindruck der juristischen Erörterung dieser Unterscheidung<sup>10</sup> geschieht. Primär geht es nicht um die Differenz von Handeln und Unterlassen, sondern vielmehr um die *Wahrnehmung des Todes eines Menschen*, nämlich ob dieser Tat ist oder aber Geschick. Ist er Geschick, dann muß auf ihn gewartet werden, bis er eintritt. Passive Sterbehilfe läßt sich von daher so bestimmen, daß bei ihr *die Situation des Wartens auf den Tod* gewahrt wird; aktive Sterbehilfe ist demgegenüber dadurch charakterisiert, daß sie diese Situation *beendet* oder ihr gar in einer Phase *zuvorkommt*, in welcher der Tod sich noch nicht angekündigt hat.

Wird die passive Sterbehilfe in dieser Weise definiert, dann hängt sie nicht von der Unterscheidung zwischen Handeln und Unterlassen ab. Sie muß sich dann nämlich nicht auf Unterlassungen beschränken und kann durchaus in Maßnahmen bestehen, die aktiv und direkt auf die Abkürzung der Sterbephase zielen. So kann ein Arzt im Rahmen der Situation des Wartens auf den Tod bei einem Sterbenden die Dehydration anordnen, nicht nur um den Sterbeprozess durch die dadurch eintretende Opiatausschüttung zu erleichtern, sondern um ihn abzukürzen. Er dürfte diese Maßnahme kaum als ein Unterlassen begreifen, sondern vielmehr als Handeln verstehen, nämlich als gezielte Reduktion der Flüssigkeitszufuhr, welche spätestens binnen einer Woche zum Tode führt. Entscheidend für die Zuordnung dieser Maßnahme zur passiven Sterbehilfe<sup>11</sup> ist, wie gesagt, daß mit ihr die Situation des Wartens auf den Tod gewahrt wird.

Vielleicht wird man einwenden, daß diese Betrachtungsweise irrational ist. Läuft nicht jene Handlung des Arztes sowohl ihrer Intention wie ihrer kausalen Wirkung nach auf dasselbe hinaus wie eine Spritze mit einer Überdosis Morphium? Ist nicht beidemal die Herbeiführung des Todes das Ziel? Und ist gemessen an diesem Ziel nicht die Spritze der effektivere Weg? Dazu ist mehreres zu sagen. Zum einen ist zu bestreiten, daß bei der passiven Sterbehilfe durch Dehydration die Intention dieselbe ist wie bei der aktiven Sterbehilfe durch eine Überdosis Morphium. Im einen Fall richtet sich die Intention auf die *Abkürzung* der Sterbephase, im anderen Fall richtet sie sich auf deren *Beendigung*. Das ist zweierlei. Zum anderen gilt es zu sehen, daß eine Handlung (oder Unterlassung) ihre Bestimmtheit nicht allein aus der zugrundeliegenden Intention und der kausalen Wirkung bezieht, sondern auch aus der Definition der Situation, in der gehandelt wird. Ein und dieselbe lebensverkürzende Maßnahme hat einen anderen Charakter in einer Situation, in welcher der Tod sich bereits angekündigt hat und auf ihn gewartet wird, als in einer Situation, in welcher dies nicht der Fall ist. Insofern ist eine Betrachtungsweise abstrakt, welche Handlungen oder Unterlassungen nur nach Intention und Wirkung beurteilt und von allen situativen Bezügen absieht. Schließlich sollte man, was das Motiv des Wartens auf den Tod betrifft, besser nicht von einer irrationalen, sondern von einer *vorrationalen* Intuition sprechen, die es hier zu verstehen gilt. Offenbar liegt in unserer Kultur nicht wenig an dem Bewußtsein, daß die Trennung von einem Menschen, welche mit dem Tod eintritt, erlittenes Geschick ist und nicht fremde Tat. Für dieses Bewußtsein aber kommt der Situation des Wartens auf den Tod ausschlaggebende Bedeutung zu. Wenn dieses so ist, dann kommt es hier gar nicht so sehr auf die kausalen Aspekte des ärztlichen Handelns an, auch nicht

darauf, ob es als Handeln oder als Unterlassen einzustufen ist, sondern allein darauf, daß es dieses Bewußtsein ermöglicht, indem es die Situation des Wartens auf den Tod wahr. Abstrakt betrachtet, unter rein kausalem Aspekt, kann man die Dehydration als Tötung eines Menschen einstufen, wenn man unter »Tötung ... eine gegen das Leben einer Person gerichtete Handlung, die ihren Tod *verursacht*«<sup>12</sup>, versteht. Denn zweifellos trägt die Dehydration ursächlich zum Tod bei. Doch in der Situation des Wartens auf den Tod wird sie von den Beteiligten anders wahrgenommen. Dieser Situation kommt gleichsam eine *rituelle* Funktion zu, sofern man unter einem Ritual ein Geschehen versteht, welches der Gewinnung oder Wahrung einer bestimmten Erkenntnis dient, in diesem Fall der Erkenntnis, daß es der Tod (und nicht fremdes Handeln) ist, der uns durch sein Eintreten von einem Menschen getrennt hat. Es kommt hier ein Aspekt medizinischen Handelns in den Blick, welcher in der medizinischen Ethik nicht immer die Beachtung findet, welche er verdient. Das ärztliche Handeln hat nicht nur zu heilen und zu lindern, nicht nur das Wohl des Patienten zu befördern. In ihm gestaltet sich auch das Verhältnis einer Gesellschaft zu Leben und Tod und die Art und Weise, wie Menschen durch den Tod voneinander geschieden werden. Dadurch sind ihm, mag dies bewußt sein oder nicht, Ritual-Funktionen übertragen, welche einer rein kausalen Betrachtung verborgen bleiben müssen.

An der üblichen Erörterung der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe ist daher vor allem zweierlei zu kritisieren. *Erstens* wird diese Unterscheidung in aller Regel allein unter dem Gesichtspunkt *moralischer* bzw. *juristischer Verantwortlichkeit* diskutiert. Dabei wird übersehen, daß es hier eigentlich um einen prä-moralischen Sachverhalt geht, nämlich um die Wahrnehmung menschlichen Sterbens als Geschick statt als fremde Tat. Bei der moralischen bzw. juristischen Verantwortlichkeit geht es um die intersubjektive Zurechenbarkeit eines Tatbestandes, also um dessen Zurechnung durch andere. Was diese betrifft, so das auch bei Kuitert zu findende Argument, gibt es keinen Unterschied zwischen der Tötung eines Menschen durch Handeln oder durch Unterlassen (ich übergehe die Frage, ob das für alle hier denkbaren Fälle stichhaltig ist<sup>13</sup>). Doch gibt es neben der Zurechnungsperspektive der anderen auch die Perspektive des Handelnden selbst auf sein Verhalten, und beide Perspektiven können durchaus voneinander abweichen. So mag mir ein Verhalten als Klavierspielen bewußt sein, und andere mögen es mir als Ruhestörung zurechnen und mich dafür zur Verantwortung ziehen. Die Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe betrifft zuerst und vor allem die Eigenperspektive des Handelnden selbst, das heißt das Bewußtsein, das der Arzt von seinem Verhalten hat: Weiß er es als Tötung eines Menschen oder als ein Handeln im Rahmen der Situation des Wartens auf den Tod. Man darf annehmen, daß die Skrupel, welche viele Ärzte bezüglich der aktiven Sterbehilfe empfinden, ihren primären Grund nicht darin haben, daß sie moralisch oder juristisch haftbar gemacht werden können, sondern vielmehr in der prä-moralischen und prä-juristischen Intuition, daß der Tod eines Menschen etwas ist, das nicht herbeigeführt werden darf, sondern abgewartet werden muß. Für sie ist daher entscheidend, daß sie ihr Handeln in Übereinstimmung mit dieser Intention wissen können. Was nun *zweitens* die moralische und juristische Zurechnung betrifft, so ist hier die entscheidende Frage, welches der Tatbestand ist, der zugerechnet werden soll. Ist es ein aus allen situativen Bezügen herausgelöster und mithin *abstrakter kausaler Sachverhalt* – in diesem Fall landet man unweigerlich bei der leidigen Diskussion um Handeln und Unterlassen? Oder ist es die im ärztlichen Handeln geschehende Wahrung bzw. Verletzung der vormoralischen Intuition, daß der Tod als Geschick abgewartet werden muß – in diesem Fall kann, wie erläutert, das ärztliche Handeln (mit Einverständnis des Patienten) durchaus auch aktive Maßnahmen umfassen, das heißt kausal auf die Verkürzung der Sterbephase gerichtet sein, wenn nur die Situation des Wartens auf den Tod gewahrt bleibt. Die Frage ist mit anderen Worten, ob nicht auch die moralische und juristische *Zurechnung* letztlich dem *rituellen* Charakter ärztlichen Handelns Rechnung tragen muß. Bei der abstrakt kausalen

Betrachtung besteht die Gefahr, daß Maßnahmen, welche auf die Abkürzung der Sterbephase zielen, nicht mehr möglich sind, weil sie unter die Kategorie der aktiven Sterbehilfe fallen.

Wie das Beispiel der Dehydration zeigt, gibt es innerhalb der Situationsdefinition des »Wartens auf den Tod« einen großen Spielraum für das ärztliche Handeln, den dieses auch nutzen sollte, das Einverständnis des Sterbenden vorausgesetzt. Welche Maßnahmen die Situation des Wartens auf den Tod (noch) wahren und welche nicht, ist letztlich eine Frage des Ermessens und der Konvention unter den Medizinerinnen. Es kann nicht an einer medizinischen Maßnahme als solcher festgemacht werden, sondern hängt davon ab, wie diese sich in den Situationsrahmen des »Wartens auf den Tod« einfügt und welche Funktion sie innerhalb dieses Rahmens hat. Nicht zuletzt aufgrund der dynamischen Entwicklung auf dem Gebiet der medizinischen Techniken läßt sich jene Frage nicht ein für allemal beantworten. Und es ist anzunehmen, daß es unter den Ärzten hierüber immer unterschiedliche Auffassungen geben wird. Dabei ist es jedoch wichtig zu sehen, daß die Kontroverse darüber, ob eine medizinische Maßnahme noch der passiven Sterbehilfe zuzuordnen ist, den Sinn der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe nicht in Frage stellt, sondern daß sie vielmehr diese Unterscheidung voraussetzt. Keinesfalls kann also aus der Tatsache, daß die Grenze zur aktiven Sterbehilfe im Einzelfall strittig sein kann, ein Argument für die Nivellierung dieser Unterscheidung abgeleitet werden, um auf diese Weise die aktive Sterbehilfe zu legitimieren<sup>14</sup>.

Wenn die Maßnahmen der passiven Sterbehilfe ihre Legitimation aus der Situation des Wartens auf den Tod beziehen, dann hängt Entscheidendes von der Frage ab, wann diese Situation gegeben ist und wie sie identifiziert werden kann. Denn wenn sie nicht gegeben ist, dann fallen entsprechende lebensverkürzende Maßnahmen unter die Kategorie der aktiven Sterbehilfe. Problemlos scheint der Fall zu liegen, wenn nach ärztlichem Urteil die eigentliche Sterbephase eingetreten ist (wobei dieses Urteil selbst im Einzelfall durchaus Probleme aufwerfen kann). Der Tod kündigt sich von sich aus an, die Situation der Erwartung des Todes ist damit gegeben, und dies rechtfertigt entsprechende ärztliche Handlungen, die das Herbeikommen des Todes begleiten und gegebenenfalls, wie bei der Dehydration, aktiv unterstützen. Doch was ist bei terminalen Krankheiten, welche sich über Jahre hinweg hinziehen, ohne daß man sagen könnte, daß der Patient im Sterben liegt, wie dies zum Beispiel bei der Alzheimer-Krankheit der Fall ist? Hier läßt sich die Situation des Wartens auf den Tod nicht aus der medizinischen Diagnose ableiten, denn die Tatsache einer terminalen Erkrankung bedeutet nicht automatisch, daß das Leben nur noch unter dem Vorzeichen solchen Wartens steht. Jede vorschnelle Einstufung in dieser Richtung birgt die Gefahr in sich, daß man einen Lebenden auf die Seite des Todes schlägt, lange bevor er an die Schwelle des Todes gelangt ist, und daß dementsprechend keine Anstrengungen mehr unternommen werden, die Lebensmöglichkeiten auszuschöpfen, die er im Kreis seiner Angehörigen oder Freunde noch hat. Ob seine Situation ein Warten auf den Tod ist, kann oder könnte nur der Kranke selbst bestimmen. Für den Fall, daß er seine Situation so wahrnimmt (oder per Patientenverfügung vorwegnehmend so eingestuft hat), ist nun ein wichtiger Unterschied zu beachten zur passiven Sterbehilfe in der Sterbephase. Es muß nämlich unterschieden werden zwischen ärztlichen Maßnahmen, die das Herbei-

kommen des Todes unterstützen (wie die Dehydratation) und solchen, die es nicht verhindern (wie die Nicht-Behandlung eines Alzheimer-Kranken mit Antibiotika im Falle einer Lungentzündung oder der Verzicht auf künstliche Ernährung im Fall der Nahrungsverweigerung). Hier also spielt die Unterscheidung zwischen Handeln und Unterlassen in der Tat eine gewisse Rolle. Maßnahmen der ersten Art müssen auf die eigentliche Sterbephase beschränkt bleiben, das heißt sie sind – wenn der Tod etwas ist, das erwartet werden muß – erst legitim, wenn der Tod sich von sich aus angekündigt hat. Unterlassungen der zweiten Art sind auch außerhalb der Sterbephase legitim, freilich nur, wie gesagt, falls eine diesbezügliche Willenserklärung des Patienten vorliegt. Im Prinzip bereitet dies keine Probleme, da es das Recht eines jeden Patienten ist, eine Behandlung zu verweigern. Kurzum: Auch im Fall einer terminalen Krankheit, die noch nicht in die Sterbephase eingetreten ist, ist passive Sterbehilfe im Sinne der hier aufgestellten Definition möglich, wobei in diesem Fall nicht die ärztliche Diagnose, sondern allein der Wille des Patienten darüber bestimmt, ob die Situation des Wartens auf den Tod gegeben ist oder nicht. Der Patientenwille qualifiziert hier die Situation so, daß der ärztliche Verzicht auf eine lebenserhaltende Maßnahme nicht als Tötung durch Unterlassung, sondern als angemessenes Verhalten im Rahmen der Erwartung des Todes begriffen werden kann.

Dies soll zur Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe genügen. *Die Unterscheidung beruht auf der Prämisse, daß sich das Ritual des Wartens auf den Tod auch unter heutigen medizinischen Bedingungen aufrechterhalten läßt.* Auch wenn zutrifft, daß Leben und Sterben sich heute nicht mehr ungebrochen »natürlich« vollziehen, sondern medizinischen Eingriffen vielfältigster Art unterliegen, auch wenn insbesondere das Sterben sich heute unter einem unvergleichlich größeren medizinischen Aufwand vollzieht als zu früheren Zeiten, kann doch das ärztliche Handeln so ausgerichtet werden, daß es die Situation des Wartens wahrt. Die Frage ist, warum es sie wahren soll.

### III. Zur ethischen Problematik der aktiven Sterbehilfe

Es gibt die Auffassung, und man trifft auf sie auch in der Sterbehilfediskussion, daß es sich bei der Tötungshemmung um eine durch das Christentum vermittelte und folglich religiös bzw. kulturell bedingte Einstellung handelt, welche angesichts einer veränderten Situation von Krankheit und Sterben heute ohne Schaden revidiert werden kann. Ärzte, welche diesbezüglich Skrupel haben, sind damit lediglich einer traditionellen Sicht des Todes verhaftet. Gegen diese Auffassung könnte sprechen, daß ein Tötungsverbot gegenüber Menschen universal, in allen Religionen und Kulturen anzutreffen ist, wobei der Kreis, auf den es sich bezieht – die Angehörigen der eigenen Sippe, des eigenen Volkes, der Menschheit insgesamt – durchaus unterschiedlich gezogen werden kann. Offenbar geht es hier um eine fundamentale Bedingung menschlichen Lebens und Zusammenlebens, und man sollte es sich daher in diesem Punkt nicht zu leicht machen. Die folgende Überlegung versucht, sich diesem anthropologischen Sachverhalt anzunähern. Sie geht von der *personalen* Verfaßtheit menschlicher Existenz aus und zielt auf die These, daß die Tötung eines Menschen unvereinbar ist mit seinem Person-Status.

Angenommen, es läßt sich für diese These eine gewisse Plausibilität erzeugen, dann ergibt sich die nicht unwichtige Anschlußfrage, wie die Tötung auf Verlangen heute dennoch zunehmende Akzeptanz gewinnen kann. Ich sehe drei Gründe, die ich im folgenden näher erläutern will: An erster Stelle ist die *Entpersonalisierung* des Tötungsvorgangs zu nennen: Die Tötung gilt nicht der Person des Sterbewilligen, sondern sie befreit, als ärztliche Maßnahme, diese Person von einem unerträglich gewordenen physischen Leben. Zweitens spielt auch hier, wie bei der passiven Sterbehilfe, die *Definition der Situation* eine fundamentale Rolle. Die Tötungshandlung wird von den Beteiligten auf einen höheren Notstand zurückgeführt, also auch hier dem Tod letztlich der Charakter des unabwendbaren Geschicks gegeben und auf diese Weise die Integrität der Person-Beziehung gewahrt: Nicht in dieser liegt der Grund für die Tötung, sondern in einer für alle Beteiligten unerträglich gewordenen Notlage. Der dritte und wohl wichtigste Grund ist die sich schleichend vollziehende *Ausgliederung des Lebendigen* aus den gewohnten personalen bzw. sozialen Bezügen. Damit entfällt die Notwendigkeit entsprechender Rücksichten, und das hat zur Folge, daß die Vorstellung, der Tod sei etwas, das nicht herbeigeführt werden darf, sondern abgewartet werden muß, ihren Sinn verliert. Wo nicht mehr gemeinsam gewartet wird, sondern einsam auf den Stationen der Krankenhäuser und Pflegeheime, da ist nicht mehr einzusehen, warum überhaupt gewartet werden soll und nicht vielmehr einem jeden freigestellt werden kann, das Warten entweder selbst zu beenden oder beenden zu lassen.

Zunächst: Inwiefern ist die Tötung eines Menschen unvereinbar mit seinem Person-Status? Die Antwort hängt davon ab, wie der Begriff der Person bestimmt wird.

Dieser Begriff nimmt in der heutigen Bio-Ethik einen zentralen Rang ein. Dabei läßt sich die Fülle unterschiedlicher Person-Konzepte kaum noch auf einen gemeinsamen Nenner bringen. Wenn es etwas gibt, worüber einigermaßen Konsens besteht, dann ist es dies, daß Wesen, die Person-Status haben, einen besonderen Lebensschutz genießen sollten. Man kann geradezu sagen, daß der Person-Begriff eben diese Funktion hat, solche Wesen auszuzeichnen. Er tritt in dieser Funktion weithin an die Stelle des Begriffs des Menschen, welcher in der bioethischen Debatte, nicht zuletzt aufgrund der Speziesismus-Kritik (Singer), in seiner ethischen Bedeutung umstritten ist. Mißlich an dem Dickicht der Personbegriffe ist vor allem dies, daß hier faktisch *Nominaldefinitionen* zum Kriterium dafür gemacht werden, ob das Leben bestimmter Wesen schützenswert ist oder nicht. Will man dies vermeiden, dann muß man anders vorgehen, als gemeinhin vorgegangen wird: Nicht zuerst nach einer Definition suchen und für das solchermaßen Definierte dann eine Unverletzlichkeit des Lebens postulieren, sondern vielmehr von dem ausgehen, worüber Konsens besteht, und also fragen, was es denn ist, das uns an der Tötung eines Menschen<sup>15</sup> hindert, und das Gefundene dann als seine Persönlichkeit bestimmen. Auch bei diesem Vorgehen mag es verschiedene Antworten und Person-Konzepte geben. Ein elementarer Sachverhalt, der hier auf jeden Fall in Rechnung zu stellen ist, ist zweifellos der folgende. Wir sind mit uns selbst nur über die Perspektive des bzw. der anderen verbunden. Alles Bewußtsein von mir selbst, von meinem Erleben und Handeln als *meinem* Erleben und Handeln, bildet sich im Spiegel dieser Perspektive. Daß ich diese Perspektive auslöschen könnte, ist daher nicht einmal als Vorstellung vollziehbar. Im Prinzip begegnet sie mir im Antlitz eines jeden Menschen. Die Auslöschung dieses Antlitzes, die Tötung eines Menschen als Trägers dieser Perspektive rührt daher an das Unvorstellbare, Entsetzliche<sup>16</sup>. Nur wenn das Opfer zuvor zur »Unperson« gemacht und aus dem Kreis derer ausgeschlossen worden ist, denen der Täter eine menschliche Perspektive auf sich verstattet, oder wenn, wie bei der Entpersonalisierung des Tötens, die Tötungshandlung nicht dem anderen als Träger dieser Perspektive, sondern vielmehr ausschließlich seinem unerträglich gewordenen physischen Leben gilt, wird eine solche Handlung als vorsätzliche möglich. Von daher legt sich

folgende Bestimmung des Person-Begriffs nahe: Einen Menschen als Person wahrnehmen heißt, ihn als Träger der Perspektive wahrnehmen, durch die wir mit uns selbst verbunden sind und aus welcher wir das Bewußtsein unserer selbst beziehen. So gefaßt bezeichnet der Person-Begriff eine Relation. Person ist ein Mensch nicht kraft irgendwelcher inhärenter Eigenschaften (wie zum Beispiel Rationalität und Selbstbewußtsein), sondern Person ist er dadurch, daß andere (real oder potentiell) auf ihn als Person bezogen sind. Seine Personalität kommt ihm *von außen* zu.

Auf zwei Konsequenzen für die Medizinethik sei hier nur hingewiesen. Personalität im hier vorgeschlagenen Verständnis setzt das *leibliche Gegenüber* der Perspektive des anderen voraus. Embryonen oder Föten kann daher kein Person-Status zuerkannt werden, sondern allenfalls der Status von werdenden Personen. Das entspricht dem üblichen Verständnis von »Person«: Der Name, durch den eine Person identifiziert ist, wird erst nach der Geburt zuerkannt. Der Person-Begriff markiert also eine Differenz zwischen ungeborenem und geborenem Leben, und das ist nicht unwichtig im Blick auf die heute diskutierte Frage, warum man nicht, wenn man die Abtreibung in bestimmten Fällen für erlaubt hält, auch die Säuglingstötung in entsprechenden Fällen erlaubt. Die Antwort ist, daß bei der Säuglingstötung die Ebene der Person-Beziehung betroffen ist. Im Blick auf den Lebensschutz des ungeborenen Lebens muß dann anders als mit dem Person-Status argumentiert werden, sei es mit dem ethischen Status *menschlichen Lebens* oder (teleologisch) mit dem ethischen Status einer *werdenden Person*. Zum Zweiten ist im relationalen Person-Begriff enthalten, daß mit der Frage, ob ein menschliches Wesen (zum Beispiel ein geistig Behinderter) Person ist oder nicht, unsere *Beziehung* zu ihm erfragt wird: Ob wir zu ihm in Person-Beziehung stehen oder nicht. Die Antwort auf diese Frage aber läßt sich nicht aus intersubjektiv feststellbaren Eigenschaften an dem betreffenden Wesen selbst ableiten. Sie liegt andererseits auch nicht in unserer Entscheidung und Willkür. Denn wir sind darauf angewiesen, daß die Perspektive der anderen Person, über die wir allererst mit uns selbst verbunden sind, *uns vorausgeht und vorgegeben* ist. Würden wir sie also zu einer Angelegenheit unserer Willkür machen, so würden wir sie als uns vorgegebene Perspektive aufheben. Daher handeln wir unserer eigenen Menschlichkeit zuwider, wenn wir es zu einer Sache unserer Willkür machen, ob ein menschliches Wesen Person ist oder nicht. (Und es wäre im übrigen auch nicht sehr vorteilhaft für das menschliche Zusammenleben, wenn jeder frei wäre, jedem anderen den Person-Status ab- oder zuzuerkennen, wie es im paßt.) Insbesondere wird ein Mensch nicht erst durch unsere Annahme Person<sup>17</sup>. Die Frage ist vielmehr, wie gesagt, ob wir zu dem betreffenden menschlichen Wesen in Person-Beziehung *stehen*, im Sinne *vorgegebener* Bezogenheit. Die Antwort hierauf hängt offensichtlich von einer bestimmten Erschlossenheit der Beziehung zu diesem Wesen ab, welche über das intersubjektiv Demonstrierbare und dezisionistisch Entscheidbare hinausgeht und in die praerationale beziehungsweise religiöse<sup>18</sup> Dimension reicht. In der gegenwärtigen medizinethischen Diskussion ist es eine wichtige Aufgabe gerade der theologischen Ethik, das Bewußtsein für diese religiöse Implikation des Person-Begriffs offenzuhalten.

Damit ist ein Zusammenhang hergestellt zwischen Person-Status und Tötungshemmung. Nur wenn die Integrität der Personbeziehung gewahrt bleibt, können Menschen sich zu Menschen entwickeln, kann sich menschliche Identität im Spiegel des Antlitzes anderer Menschen bilden. Von hierher erschließt sich der humane Gehalt der Vorstellung, daß der Tod als definitive Trennung von einem anderen Menschen nur Geschick sein kann und nicht fremde Tat. Mit dem Ritual des gemeinsamen Wartens auf den Tod wird etwas vollzogen, das der Person-Beziehung zum anderen Menschen geschuldet ist und damit zugleich der eigenen Menschlichkeit.

Was nun die aktive Sterbehilfe betrifft, so fiel das Urteil leicht, wenn man einfach sagen könnte, hier werde die Person-Beziehung, als ein unbedingt zu schützendes Gut, verletzt. Doch wird man den Befürwortern der Tötung auf Verlangen kaum unterstellen dürfen, daß sie die Person des Sterbewilligen mißachten. Sie werden ganz im Gegenteil für sich in



Anspruch nehmen, daß gerade sie dessen Person achten, indem sie seinen Willen ernstnehmen. Und sie werden vermutlich beipflichten, daß die menschliche Person ein unbedingt zu schützendes Gut ist. Die für die ethische Beurteilung entscheidende Frage ist damit, ob und wie aktive Sterbehilfe unter Wahrung der Integrität der Person-Beziehung möglich ist.

Hier springt nun an erster Stelle eine bestimmte *dualistische Sichtweise* ins Auge, von der die Sterbehilfe-Debatte unterschwellig bestimmt ist. Sie trennt zwischen der *Person* und deren *physischem Leben*. Dieser Dualismus begegnet bereits im Postulat des Rechts auf Selbstbestimmung über den eigenen Tod. Denn gemeint ist ja hier immer nur der physische Tod, nicht der Tod als ein in personale und soziale Bezüge eingebettetes Geschehen. Solcher Dualismus ist verständlich vor dem Hintergrund, von dem her die Befürworter der aktiven Sterbehilfe argumentieren: Das Medizinsystem droht das Lebensende zu enteignen, und deshalb muß das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Tod gefordert werden. Freilich sollte man sehen, daß man mit dieser Argumentation genau jene dualistische Perspektive übernimmt, welche dem Medizinsystem von seinen Kritikern angelastet wird und welche in anderer Weise eine Enteignung in sich schließt, nämlich die *Reduktion* eines Menschen auf seine rein physische Existenz.

Wie dem auch sei: Die dualistische Sicht ermöglicht es, die aktive Sterbehilfe so zu verstehen, daß dabei die Integrität der Person-Beziehung nicht verletzt wird. Die durch den Arzt ausgeführte Tötung gilt nicht der Person des Patienten, sondern dessen unerträglich gewordenem physischen Leben. Einem operativen Eingriff vergleichbar befreit sie den Patienten von seinem Leiden, indem sie ihn von seinem Leben befreit.

Seine institutionelle Verankerung erfährt dieser Dualismus dadurch, daß nach Meinung der Befürworter die aktive Sterbehilfe dem Arzt vorbehalten bleiben soll. Ist doch dieser von Berufs wegen für die Belange des physischen Lebens zuständig. Natürlich gibt es viele sehr vernünftige Gründe dafür, warum die aktive Sterbehilfe in der Verantwortung des Arztes stehen sollte. Aber die Professionalisierung der Tötung als ärztliche Maßnahme ist doch zugleich auch notwendig, um die Entpersonalisierung des Vorgangs sicherzustellen. Man braucht sich nur vorzustellen, die Verwandten müßten selber den Sterbewilligen töten oder dieser müßte sich mit seinem Wunsch, getötet zu werden, an seine Frau oder seine Tochter wenden. So aber können sich alle Beteiligten an den Gedanken halten, daß hier einer, der von Berufs wegen zur Linderung physischen Leidens zuständig ist, mit aller gebotenen Sorgfalt seines Berufsstandes tätig geworden ist und den Sterbewilligen von seinem Leiden befreit hat, indem er ihn von seinem Leben befreit hat. Auch hier geht es also genau genommen um eine *Ritualisierung*, welche bei den Beteiligten ein bestimmtes Bewußtsein ermöglicht, nämlich daß die Tötung nicht der Person des Sterbewilligen gilt, sondern allein dessen leibliche Existenz beendet, und daß sie infolgedessen auch nicht auf der persönlichen Beziehungsebene verantwortet werden muß.

Freilich, auch wenn die Tötung nicht der Person gilt, so kann doch kein Beteiligter davon absehen, daß er die Person betrifft und deren Leben ein Ende macht. Besonders nahestehende Menschen, Verwandte und Freunde, können sich dies nicht verbergen. Es ist eben doch die eigene Mutter, die getötet werden soll, oder der eigene Vater oder das eigene Kind. Was kann einen Menschen veranlassen, dazu innerlich Ja zu sagen? Damit komme ich zum zweiten Punkt.

Es ist schwer vorstellbar, daß Angehörige oder Freunde, die unmittelbar von einer solchen Entscheidung betroffen sind, sich an abstrakten moralischen Prinzipien orientieren wie jenen: daß ein jeder Mensch das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Tod hat und daß man eine Wohltat, um die man gebeten wird, nicht verweigern darf. Ihr Verhältnis zu der sterbewilligen Person beruht nicht auf derartigen universalistischen Grundsätzen, sondern sie wissen sich zu dieser in einer singulären Beziehung mit einer singulären Geschichte, und ihr Problem ist, daß ihr Ja zu dieser Entscheidung mit dieser Beziehung zusammenstimmen muß. Insofern können sie den Vorgang nicht entpersonalisieren, sondern sind eminent dessen personaler Dimension konfrontiert. Diese aber schließt eigentlich eine Tötung aus. Daran ändert wenig, daß es der Betroffene selbst ist, der nach Tötung verlangt. Denn die Beziehung zu einer Person betrifft tiefere Schichten als nur die Willens- oder Interessenebene, und man verharmlost den hier bestehenden Konflikt, wenn man ihn auf die einfache Frage reduziert, warum man jemandem, der um eine solche Wohltat bittet, nicht zu Willen sein soll.

So bleibt hier ein Konflikt, der weder durch die Entpersonalisierung der Tötungshandlung noch durch das Ausweichen auf die Ebene universalistischer moralischer Prinzipien aus der Welt zu schaffen ist. Letztlich kann dieser Konflikt wohl nur so verarbeitet werden, daß man die Tötung als durch eine Notlage erzwungen begreift, um die Integrität der Beziehung zur getöteten Person zu wahren. Der Tod ist dann auch hier durch höhere Gewalt bedingt, wie dort, wo er als Geschick kommt. Man hat nicht aus freien Stücken die Einwilligung zur Tötung gegeben, sondern weil die ganze Situation so beschaffen war, daß von ihr eine Nötigung ausging, der man sich nicht entziehen konnte. So werden die Beteiligten ihre Einwilligung zum Beispiel damit begründen, daß die Leiden der getöteten Person unerträglich geworden seien und daß man es nicht mehr habe mit ansehen können. Oder man wird sagen, daß man es angesichts der verzweifelten Intensität des Bittens um Beendigung des Lebens nicht über sich gebracht hat, sich diesem Verlangen zu widersetzen. Wer so spricht, der macht einen höheren Notstand geltend. Dies findet seinen Niederschlag übrigens auch in der niederländischen Rechtsprechung, welche eine Notlage des Arztes zur Bedingung für die Euthanasie macht, wohlgermerkt nicht des Sterbewilligen, sondern des Arztes, der die Tötung ausführt<sup>19</sup>. Sieht man also genauer zu, so muß man feststellen, daß auf seiten jener, die konkret von einer Euthanasie-Entscheidung betroffen sind und diese Entscheidung mittragen sollen, die Rechtfertigungsgründe von sehr anderer Art sind, als es die Befürworter der Euthanasie postulieren. Die eigentliche Grundlage ist nicht das allseits zu respektierende Selbstbestimmungsrecht des Sterbewilligen, nicht die *Maxime*, daß eine Wohltat, um die einer bittet, nicht verweigert werden darf, sondern der Rekurs auf einen höheren Notstand.

Hieraus resultiert eine gewisse Inkonsistenz in der Argumentation der Befürworter. Man möchte etwas für Recht erklärt wissen, für das man gleichzeitig einen höheren Notstand geltend macht beziehungsweise das nur unter diesem Aspekt als tolerierbar erscheint. Der Gedanke eines höheren Notstands aber impliziert, daß die aktive Sterbehilfe gerade nicht als Recht, sondern als zu tolerierende, weil durch die Umstände erzwungene *Ausnahme* vom geltenden Recht begriffen werden muß. Diese Schiefelage findet sich auch in gewissen Argumentationsstrategien für die aktive Sterbehilfe. Man verweist auf die *Nötigung*, die in der Schwere des Leidens eines Menschen für alle Beteiligten liegen kann, indem man entsprechende Fälle eindringlich vor Augen führt, und leitet daraus die moralische und rechtliche *Legitimität* der Tötung auf Verlangen ab, indem man daran appelliert, daß diese doch in den genannten Fällen »erlaubt« seine müsse oder »gerechtfertigt« sei. Eine solche Argumentation

aber ist rein suggestiv. Sie spielt mit einer doppelten Bedeutung, welche die Wörter »erlaubt« und »gerechtfertigt« haben können. Einerseits kann gemeint sein »nicht zu verurteilen beziehungsweise zu tolerieren«, andererseits kann gemeint sein »moralisch oder rechtlich legitim«. Daraus, daß eine Tötung auf Verlangen von niemandem verurteilt werden kann, weil sie aus einer wirklichen Notlage für alle Beteiligten heraus erfolgt ist, kann nicht gefolgert werden, daß sie moralisch oder rechtlich unbedenklich und legitim war.

Ich komme damit zum dritten Punkt, der mir der wichtigste zu sein scheint: Wenn der Gedanke, daß der Tod nicht herbeigeführt werden darf, sondern abgewartet werden muß, seine Begründung aus der zu wahren Integrität der Person-Beziehung bezieht, dann verliert dieser Gedanke seinen Sinn, wenn das Lebensende aus den eingelebten sozialen Bindungen ausgegliedert wird und dadurch zu etwas wird, was der einzelne mit sich alleine abmachen muß. Das aber ist heute weithin der Fall. Gewartet wird auf den Tod auf den Stationen der Krankenhäuser und Pflegeheime, und dies oft in großer Einsamkeit. Im Durchschnitt sterben heute 75 Prozent und in Großstädten bis über 90 Prozent in Kranken- und Pflegeinstitutionen<sup>20</sup>. Aufgrund der sozialen Bedingungen – doppelte Berufstätigkeit, zu kleine Wohnung, sonstige familiäre Belastungen – sehen sich die Angehörigen häufig zur häuslichen Pflege nicht in der Lage. Hinzu kommt die abnehmende Bindungskraft familiärer Beziehungen, welche durch eine zeitaufwendige Betreuung und Pflege sehr rasch überfordert sein können. Hinzu kommt aber auch eine gegenüber früheren Zeiten größere Befangenheit und Hilflosigkeit gegenüber Sterben und Tod, welche ebenso zur Verdrängung des Sterbens aus der Gemeinschaft beiträgt. »Wenn es wahr ist, daß der Tod der Verlust von Gemeinschaft ist, dann lassen wir viele Sterbende schon vor ihrem Tod sterben. Weil wir unsere eigenen Trennungsängste nicht verarbeitet haben, neigen wir dazu, die Sterbenden schon vor dem Eintreten ihres Todes aus der Gemeinschaft mit uns zu verdrängen.«<sup>21</sup> Schließlich ist auch dies ein wichtiger Punkt, daß Ärzte und Pflegepersonal in der Regel weder die Zeit noch eine entsprechende Ausbildung für die Begleitung Sterbender haben und daß andererseits in Deutschland Seelsorger, die eine solche Ausbildung haben, wenn überhaupt, dann nur sehr zufällig und unzureichend in die Gesamtbetreuung Kranker und Sterbender in den Kliniken integriert sind<sup>22</sup>. So trägt auch das Medizin-System mit seiner Abspaltung des physischen Lebens von der Person zur Ausgrenzung des Sterbenden aus personalen Bezügen bei.

Wenn auf diese Weise das Lebensende zu etwas wird, das der einzelne mit sich selbst abmachen muß, dann stellt sich die Frage, welches Recht die Allgemeinheit dann noch hat, ihm diesbezüglich moralische oder juristische Vorschriften zu machen. Welches Gut ist hier noch zu schützen, das es rechtfertigen könnte, die Tötung auf Verlangen unter entsprechende Sanktionen zu stellen? Die Unverletzlichkeit des Lebens der Person? Dem wird mit der Entpersonalisierung des Tötungsvorgangs als ärztlicher Maßnahme Rechnung getragen. Eine bestimmte Auffassung von Humanität und von humanem Sterben, mit der die Tötung auf Verlangen unvereinbar ist? Sie wird nicht durch Sanktionen geschützt, welche eine Handlung unter Verbot stellen, durch welche Menschen einem inhumanen Sterben zu entfliehen suchen. Man mag es bedauern und für falsch halten, daß Menschen diesen Schritt tun. Aber ein Recht, sie daran durch Sanktionen zu hindern, hätte man nur, wenn durch ihre Entscheidung und ihr Handeln etwas verletzt würde, worauf man selbst ein Recht hat oder

was die Grundlagen des Zusammenlebens betrifft. In dem Maße, wie das Lebensende aus der Gemeinschaft ausgegliedert wird, verliert die Allgemeinheit das Recht auf moralische und juristische Einmischung.

Das einzige Argument, dem hier Gewicht zukommen kann, ist der Hinweis auf einen möglichen Dammbrech-Effekt. Die Freigabe der Tötung auf Verlangen, so die Befürchtung, könnte dazu führen, daß allgemein die Hemmschwelle bezüglich der Tötung menschlichen Lebens sinkt, zum Beispiel was die Tötung schwerstbehinderter Neugeborener oder von Menschen im Koma betrifft. Wenn man Berichten über die niederländische Situation Glauben schenken darf<sup>23</sup>, dann muß mit einem solchen Bewußtseinswandel gerechnet werden. Und in der Tat ist eine solche Senkung der Hemmschwelle ja bereits in der besagten dualistischen Sichtweise angelegt, nach der nicht eine Person getötet, sondern vielmehr eine Person von einem unerträglichen physischen Leben befreit wird. Diese Sichtweise kann die Skrupel senken gegenüber der Tötung auch solcher Personen, die keinen ausdrücklichen diesbezüglichen Willen äußern können. Warum soll nicht auch ihnen die Wohltat solcher Befreiung zuteil werden? Was spricht dagegen, die Euthanasie in dieser Weise auszuweiten?

Die Logik der Argumentation für die aktive Sterbehilfe enthält hier eine gewisse Unklarheit. Auf der einen Seite wird das *Recht auf Selbstbestimmung* über den eigenen Tod aus dem Recht eines jeden Menschen auf ein humanes Sterben ohne langes Leiden und Siechtum abgeleitet<sup>24</sup>. Dieses letztere Recht müßte dann freilich auch willensunfähigen menschlichen Wesen zugestanden werden. Warum sollen sie in einer inhumanen Situation ausharren müssen, welcher der Willensfähige mit der Entscheidung zur Euthanasie entkommen kann? Um der Konsequenz der Euthanasie an willensunfähigen menschlichen Wesen zu entgehen, wird auf der anderen Seite die Legitimität der Euthanasie allein aus dem Recht auf Selbstbestimmung abgeleitet. Damit hat man ein Kriterium, um willensunfähige menschliche Wesen von der Euthanasie auszunehmen, da sie zur Selbstbestimmung nicht in der Lage sind. Doch wirkt auch dies Fragen auf. Geht es bei der Euthanasie-Problematik tatsächlich nur um die Verwirklichung des Rechtes auf Selbstbestimmung, und zwar abstrakt, um seiner selbst willen? Oder wird nicht vielmehr das Recht auf Selbstbestimmung deshalb eingeklagt, weil man sich selbst und andere nicht einem inhumanen Sterben ausgeliefert sehen möchte? Was dabei die leitende Vorstellung von einem »humanen« Sterben betrifft: Ist es tatsächlich nur deshalb human, weil es selbstbestimmt ist, oder nicht vielmehr deshalb, weil einem Menschen schweres und langes Leiden erspart bleibt? Wenn aber dies der eigentliche Grund für die Forderung nach Zulassung der Euthanasie ist, daß dem Menschen schweres Leiden erspart bleiben soll, weil es inhuman, das heißt gegen seine Würde ist, dann endet man wieder bei der Frage, warum dies dann nicht auch für willensunfähige Menschen gelten muß.

Um hier ein Kriterium zu gewinnen, kann man auf die Funktion verweisen, welche bei der aktiven Sterbehilfe der *Verständigung mit dem Sterbewilligen* zukommt. Er will von einem unerträglich gewordenen Leidenszustand befreit werden. Damit markiert er selbst die für die Entpersonalisierung des Tötungsvorgangs notwendige Differenz zwischen seiner Person und seiner physischen Existenz und stellt so für die Beteiligten sicher, daß mit der Tötungshandlung nicht über seine Person verfügt wird. Dies entfällt, wo eine Verständigung nicht möglich ist. Weil die betreffende menschliche Person sich nicht äußern kann, entlastet hier nichts die aktive Tötung von dem Verdacht, daß man sich mit ihr einer (behinderten, zur Last gewordenen) *Person* entledigt, das heißt eines Wesens, das, wie sehr es auch in seinen Lebensmöglichkeiten beeinträchtigt sein mag, dazu bestimmt ist, Teil des eigenen Lebens zu sein. Hier also tangiert die Tötung eminent die Person-Beziehung, und dies ist der Grund, warum sie ethisch und moralisch-rechtlich anders bewertet werden muß als die Tötung auf Verlangen.

Eine Freigabe der aktiven Sterbehilfe an willensunfähigen menschlichen Personen wäre daher problematisch. Und auch die passive Sterbehilfe sollte hier auf die eigentliche Sterbephase beschränkt sein. Der Verzicht auf den Erhalt des Lebens mit medizinischen Maßnahmen kann hier nur den Grund haben, daß diese Maßnahmen nach ärztlichem Urteil ihren Sinn verloren haben, das heißt nichts mehr bessern und retten<sup>25</sup>. Ein so begründeter Verzicht zielt nicht auf die Beendigung des Lebens und ist folglich nicht eigentlich der Euthanasie zuzurechnen.

Allerdings können sich auch hier ethische Konflikte ergeben. Denn die Frage ist berechtigt, ob nicht aufgrund solcher ethischen Skrupel menschlichen Wesen Leiden aufgebürdet werden, die ihnen erspart werden könnten. Muß dies nicht mindestens ebenso große ethische Skrupel verursachen? Helga Kuhse und Peter Singer haben das Problem an Fallbeispielen schwerstbehinderter Neugeborener dargestellt. Wichtig scheint mir auch hier zu sein, daß die Ethik nicht den Ehrgeiz haben sollte, Konflikte aus der Welt zu schaffen, indem sie suggeriert, sie ließen sich auf eindeutige Lösungen bringen. Das bedeutet, daß auch hier allenfalls ein Handeln aus einem Notstand heraus denkbar ist, das von den Handelnden auf ihre Verantwortung genommen werden muß, nicht aber generelle moralische oder juristische Legitimationen.

Freilich, die Differenzierung zwischen willensfähigen und willensunfähigen menschlichen Personen nimmt der Dammbuch-Befürchtung kaum etwas von ihrem Gewicht. Denn man muß in der Tat befürchten, daß die Subtilität solcher Unterscheidungen sich im allgemeinen Bewußtsein verschleift. So wird man, was die rechtliche Seite betrifft, wohl letztlich bei jenem Kompromiß enden, der sich ähnlich wie in den Niederlanden möglicherweise auch in Deutschland abzeichnet: daß man um des befürchteten Dammbuch-Effektes willen jegliche Euthanasie unter Strafandrohung stellt; daß man aber zugleich der veränderten Situation des Sterbens in der modernen Gesellschaft dadurch Rechnung trägt, daß man die Tötung auf Verlangen unter gewissen Bedingungen von Strafverfolgung ausnimmt.

Insgesamt ist damit deutlich geworden, daß die aktive Sterbehilfe ihre eigentliche Begründung gar nicht so sehr aus dem postulierten Recht auf Selbstbestimmung über das eigene Lebensende bezieht. Was diese betrifft, so muß man vielmehr sagen, daß das Lebensende erst durch seine Verdrängung aus den personalen und sozialen Bedingungen frei wird für die Selbstbestimmung des einzelnen. Hier liegen wohl die wichtigsten Gründe für den heutigen Bewußtseinswandel.

Anzufragen bleibt im übrigen die Rede von *humanem Sterben*. Folgt man der Argumentation der Befürworter der Tötung auf Verlangen, dann ist es korrekter zu sagen, daß mit ihr ein Mensch einem inhumanen Sterben zu entkommen oder zuvorzukommen sucht. Ist sein Sterben damit schon human? Die Rede von humanem Sterben kann hier leicht zur Beschönigung werden. Wenn das menschliche Leben mehr ist als bloß physisches Leben, müßte dann nicht ein humanes Sterben, wenn es so etwas gibt, mehr sein als bloß physisches Ableben? Es dürfte dann in ihm nicht vergessen oder verdrängt sein, daß es eine Person ist, die stirbt, und das wiederum setzt voraus, daß es von anderen Personen begleitet und mitgetragen wird. Dies, und nicht die bloße Beendigung oder Vermeidung physischen Schmerzes, macht ein Sterben human – vielleicht. Freilich: Wer dürfte darüber urteilen und von vornherein in Abrede stellen, daß humanes Sterben in diesem Sinne sich auch da vollziehen kann, wo Menschen in einer verzweifelten Situation keinen anderen Ausweg wissen als die Tötung auf Verlangen, und auch dies miteinander tragen?

#### IV. Die Aufgabe theologischer Ethik

Aus theologischer Sicht lassen sich mancherlei Einwände gegen die aktive Sterbehilfe vorbringen, so wie sie von manchen ihrer Befürworter propagiert wird. Genannt sei nur die dualistische Sicht des Menschen, welche schwerlich vereinbar ist mit einer den ganzen Menschen als Einheit aus Leib und Seele verstehenden theologischen Anthropologie. Worauf es hier jedoch zuerst ankommt, ist die Einsicht, daß aus einer anders gerichteten theologischen

Sicht des Menschen nicht unmittelbar moralische Verdikte gegen die aktive Sterbehilfe (»unerlaubt«) oder Forderungen nach juristischem Verbot abgeleitet werden dürfen. Es würden damit nicht nur die Ebenen von Religion, Moral und Recht durcheinander gebracht. Es würde damit auch ein katastrophales Gottesbild<sup>26</sup> befördert: Ein Gott, der da, wo Menschen aufgrund der veränderten Bedingungen des Sterbens in der modernen Gesellschaft keinen Sinn in einem elenden und einsamen Warten auf den Tod auf Kranken- und Pflegestationen sehen können, solches Warten als abstraktes moralisches Gesetz auferlegt.

Stattdessen gilt es, in dieser Sache das prä-moralische Orientierungspotential des christlichen Glaubens zu verdeutlichen, sein Verständnis von menschenwürdigem Leben und Sterben. Aus der Fülle dessen, was hier zu sagen wäre, will ich abschließend vier Punkte hervorheben.

1. Der christliche Glaube weiß um eine Dimension von Person-Beziehung, welche auch unter den defizitären Bedingungen heutigen Sterbens unverlierbar ist. Wer seine Existenz so sehen kann, daß Gott auf ihn als Person bezogen ist und ihn als Person begleitet, der muß sein Sterben nicht mit sich selbst alleine abmachen. Für den bleibt vielmehr das Sterben ein Geschehen in der Sphäre der Person-Beziehung und ist nicht bloß physisches Ableben. Hieran muß sich ein theologisches Verständnis von »humanem Sterben« orientieren, und es muß in der heutigen Sterbehilfe-Debatte kritisch gegen Auffassungen geltend gemacht werden, welche das Sterben auf seinen physischen Aspekt reduzieren.

2. Wenn ein humanes Sterben die Sphäre der Person-Beziehung einschließt, dann ist es der abstrakten Selbstbestimmung des einzelnen entzogen. Denn es ist dann in Beziehungen eingebettet, die nicht nur der Bestimmung eines einzelnen anheimgestellt sind. Von daher gewinnt der heute vielkritisierete Gedanke seinen humanen Sinn, daß Leben und Sterben in letzter Instanz nicht in der Hand des Menschen ist, sondern bei Gott steht, und daß die menschliche Existenz auf ihrem tiefsten Grund nicht Selbstbestimmung und Aktivität, sondern Passivität<sup>27</sup> ist. Dieser Gedanke entzieht Leben und Sterben der Verfügung des einzelnen und wahrt so eine entscheidende Bedingung menschlichen Zusammenlebens. Er impliziert darüber hinaus, daß der Sinn des Lebens eines Menschen sich nicht in dem erschöpft, was er selbst darin als Sinn zu sehen vermag. Vielmehr gibt es noch andere Perspektiven auf sein Leben – die Perspektive Gottes und der Menschen, für die er Teil ihres Lebens ist –, für die sein Leben einen Sinn haben kann, den er nicht annähernd zu ermessen vermag, weil er die Perspektiven der anderen nicht wirklich einnehmen kann. Die Aussage, daß Leben und Sterben bei Gott stehen, gewinnt hier die Bedeutung, daß uns im Letzten das Urteil über den Sinn unseres Lebens und auch unseres Sterbens entzogen bleibt. Denn weder wir selbst noch irgendein anderer Mensch verfügen über die umfassende Perspektive, für die der Gesamtsinn unseres Lebens oder auch nur irgendeiner Phase davon offenbar ist. Nach christlichem Verständnis kommt diese umfassende Perspektive allein Gott zu.

Gerade dieser Punkt provoziert freilich heute Einwände: Muß ein Mensch nicht einen Sinn in seinem Leben sehen können, um leben zu können? Muß daher nicht letztlich doch seine Perspektive auf sein Leben maßgebend sein? Was ist, wenn einem Menschen das Leben zur unerträglichen Bürde wird, die er nicht mehr tragen kann und will? Darf man ihn deshalb verurteilen, wenn er seinem Leben ein Ende macht oder andere um Tötung bittet? Und war nicht gerade die christliche Auffassung, daß das menschliche Leben und Sterben bei Gott steht, immer wieder Grund für solche Verurteilung? Letzte-

res ist nur zu wahr. Zu solcher Konfusion von Religion und Moral wurde das Nötige gesagt. Was aber die anderen Fragen betrifft, so ist es keineswegs so, daß wir in jedem Augenblick den Sinn unseres Lebens kennen und gleichsam vor Augen haben müssen, um leben zu können. Die meiste Zeit können wir die Frage, ob unser Leben einen Sinn hat und worin dieser besteht, ruhen lassen, weil wir es als irgendwie sinnvoll erfahren. Keinesfalls machen wir unsere Existenz von Tag zu Tag von einer expliziten Antwort auf diese Frage abhängig. Ein Mensch, der sich genötigt sieht, das Urteil hierüber an sich zu ziehen und seinem Leben ein Ende zu machen, befindet sich daher in einer Ausnahmesituation. Dies führt zu dem entscheidenden Punkt, über den hier zu streiten ist. Er betrifft die Anerkennung der Tatsache, daß die Entscheidung sowohl zum Suizid wie zur Tötung auf Verlangen allemal nur eine Ausnahmesituation, eben einen »Notstand«, darstellt und daß aus dieser Ausnahmesituation nicht eine moralisch legitimierte *Regel* gemacht werden darf des Inhalts, daß »wir ... selbst, wann auch immer, über Leben und Tod bestimmen dürfen und müssen«<sup>28</sup>.

Letzteres scheint mir die Tendenz in Kuiterts Argumentation zu sein: Indem sie sich darauf konzentriert, die fälschlicherweise aus dem christlichen Glauben abgeleiteten *moralischen* Einwände zu entkräften, die gegen den Suizid und gegen die Tötung auf Verlangen vorgebracht werden, endet sie schließlich bei dem Ergebnis, beides für moralisch unbedenklich und legitim zu erklären. Doch eben damit wird der eigentliche ethische Konflikt überspielt. Denn dieser ist unterhalb der moralischen Ebene lokalisiert. Er hat seine Wurzeln nicht in moralischen Vorurteilen, so daß er durch deren Kritik aus der Welt zu schaffen wäre, sondern er ist vielmehr in der praemoralischen, personalen Verfaßtheit menschlichen Lebens angelegt.

3. Wenn das Warten auf den Tod allein um des gegenüber Personen geltenden Tötungsverbots willen notwendig und verordnet wäre, dann wäre es ein in sich sinnloses Ausharren in der Zeit. Einen Sinn gewinnt es erst von anderen Bezügen her, allem voran der Zuwendung, mit der Angehörige oder andere Personen den Sterbenden begleiten. Entscheidende Voraussetzung hierfür ist, daß Menschen die Begleitung eines Kranken oder Sterbenden als die *ihnen jetzt bestimmte Aufgabe* verstehen können. Das heißt aber, daß die Situation des Leidens und Sterbens von irgendwoher solche Bestimmtheit für sie gewinnen muß. In unserer Kultur hat diesbezüglich das Christentum und haben insbesondere die biblischen Texte eine eminent wichtige Rolle gespielt. Sie haben dafür gesorgt, daß Leiden und Sterben als etwas wahrgenommen wurden, was besonderer Zuwendung und Fürsorge bedarf. Es fragt sich, ob dergleichen Bestimmtheit von Leiden und Sterben sich überhaupt anders als aus letztlich religiösen Wurzeln speist. Es gehört heute leider bis in die Theologie hinein zum guten Ton, die Sicht, welche die christliche Tradition vom Leiden hatte, mit teilweise harscher Kritik zu überziehen (»Mystifizierung des Leidens«). Aber man sollte doch nicht übersehen, daß diese Sicht es war, welche in unserer Kultur Menschen zum Dienst am Leidenden und Sterbenden motiviert hat. Und man sollte, wenn man selbst mit solcher Kritik die Destruktion dieses religiösen Motivationshintergrundes betreibt, nicht gleichzeitig darüber klagen, daß die innere Bereitschaft zur nicht selten aufopferungsvollen Begleitung Kranker und Sterbender sinkt und das Sterben mehr und mehr in die Einsamkeit verstoßen wird.

In diesem Zusammenhang muß man Karikaturen entgegenreten, die sich selbst bei einem renommierten Theologen finden. So schreibt Küng in seinem Plädoyer für die Tötung auf Verlangen: »Ja, es gibt Theologen, die in diesem Zusammenhang einen ›Anteil am Leiden Christi‹ fordern – als ob Jesus selber die unerträglichen Leiden eines durch die Medizin am Leben erhaltenen Todkranken befürwortet hätte!«<sup>29</sup> Es ist müßig, darüber zu spekulieren, ob Jesus solche Leiden, und andererseits: ob er die Tötung auf Verlangen befürwortet hätte. Und natürlich ist es absurd, jemanden unter die *Forderung*

zu stellen, er müsse leiden um des Anteils am Leiden Christi willen. Aber es darf doch daran erinnert werden: Wenn in der Vergangenheit christliche Krankenorden es sich zur Regel machten, Christus in seinen kranken Gliedern täglich zu besuchen, dann nahmen sie den Kranken als jemanden wahr, *der Anteil am Sein und am Leiden Christi* hat. Von dorthier bezog für sie die Situation der Krankheit und des Sterbens ihre Bestimmtheit, und dies mit der Konsequenz, daß für sie die Medizin nicht nur eine Kunst des Heilens, sondern auch eine Kunst praktischer Bruder- und Nächstenliebe war. Wohl-gemerkt: Es geht hier nicht um eine »Mystifizierung des Leidens«, auch nicht um die absurde Befürchtung, daß die Euthanasie die Tür zu einer »leidfreien Gesellschaft« aufstoßen könnte<sup>30</sup>, sondern um die in der christlichen Überlieferung verwurzelte Einsicht, daß da, wo Menschen gemeinsam dem Leiden standhalten, ein Stück elementarer Humanität verwirklicht wird.

4. Freilich: Die Theologie darf nicht die Augen davor verschließen, daß das Warten auf den Tod unter heutigen Bedingungen, bei der professionellen Verwaltung des Siechtums und Sterbens in darauf spezialisierten Einrichtungen, tatsächlich weithin als ein sinnloses Ausharren in der Zeit erfahren wird. Angesichts dieser Situation wird man der Aussage aus dem Bericht »Euthanasie und Seelsorge« der reformierten Kirchen der Niederlande von 1985 nicht widersprechen können, »daß die Vorstellung, daß das Leben ein Geschenk Gottes ist, manchmal an der erbärmlichen Lage eines Menschen zerbricht«<sup>31</sup>. Wahrscheinlich vollzieht sich dies für die meisten Menschen heute viel banaler, nicht als Anfechtung im Glauben, sondern als Erfahrung von Vereinsamung, als unerträglich empfundener Abhängigkeit, Leere und Sinnverlust. Wo Menschen hieraus die Konsequenz der aktiven Beendigung ihres Lebens ziehen, da geht es in theologischer Sicht um die Verdeutlichung des Gedankens der Barmherzigkeit Gottes: nicht im Sinne der Vergebung einer moralisch verwerflichen Tat, sondern im Sinne des Angenommenseins eines Menschen auch da, wo er in dem ihm auferlegten Geschick keinen Sinn mehr zu sehen vermag. Kirche und Theologie bezeugen diese Barmherzigkeit glaubwürdig dadurch, daß sie sich hier entschieden jeglichen moralischen Urteils enthalten. Das ist, wohl-gemerkt, etwas anderes als die Aussage des erwähnten Berichts »Euthanasie und Seelsorge«, »daß ein Entschluß, daß eigene Leben beenden (zu lassen), aus christlicher Sicht gerechtfertigt sein kann«<sup>32</sup>. Denn der Begriff »gerechtfertigt« impliziert ein moralisches Urteil, oder er legt doch zumindest dieses Mißverständnis nahe. Von ihrem Verständnis menschlichen Lebens und Sterbens her müssen Theologie und Kirche vielmehr mit derselben Entschiedenheit, mit der sie von moralischen Verurteilungen Abstand nehmen, jeder moralischen Legitimierung der Euthanasie entgegen-treten.

So besteht die entscheidende Aufgabe von Kirche und Theologie in der heutigen Euthanasie-Debatte darin, das Bewußtsein für die Bedingungen menschenwürdigen Sterbens wachzuhalten und sich für dessen Ermöglichung einzusetzen. Was das Letztere betrifft, so sind hier insbesondere die diakonischen Einrichtungen der Kirche gefordert. Sie können an diesem Punkt ihr spezifisches Profil ausweisen.

*Prof. Dr. Johannes Fischer*  
*Theologische Fakultät der Universität Basel*  
*Nadelberg 10 – CH-4051 Basel*



The author defends the distinction between active and passive euthanasia. A characteristic feature of passive euthanasia is that it preserves the situation of waiting for death. Active euthanasia is characterised by the fact that it terminates this situation or anticipates its occurrence in a phase when death has not yet announced itself. Provided the situation of waiting for death is preserved, passive euthanasia may very well include actively life-shortening measures such as dehydration. The situation of waiting for death has primarily a ritual significance. It has the effect of leaving the participants with the consciousness that death as a definitive separation from a person was fate and not an act for which responsibility must be taken. This consciousness is important for the integrity of the personal relation to the deceased. Active euthanasia can therefore be considered only in extreme situations which leave no alternative. The author criticises the fact that the ritual aspect of medical action receives too little consideration in the discussion on euthanasia. Finally, conclusions relating to theological ethics are drawn.

## Anmerkungen

1. W. Jens/H. Küng: Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, 1995.
2. Zu danken habe ich Walter Neidhart, dessen Kritik an einer ersten Fassung dieses Aufsatzes mich zu wesentlichen Verbesserungen veranlaßte.
3. H. M. Kuitert: Der gewünschte Tod. Euthanasie und humanes Sterben, 1991.
4. AaO., 44. Vgl. dazu U. Eibach: Sterbehilfe. Tötung auf Verlangen?, 1988, 83 ff. Auch Eibach assoziiert die Unterscheidung von aktiver und passiver Sterbehilfe mit der Unterscheidung von Handeln und Unterlassen und spricht sich kritisch gegen sie aus.
5. H. Kuhse/P. Singer: Muß dieses Kind am Leben bleiben? Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener, 1993, 112 ff.
6. Kuitert, aaO., 68.
7. AaO., 63.
8. Kuitert: aaO., 62.
9. Vgl. Küng: aaO., 56 f.; Eibach: aaO. 84 ff.
10. Vgl. dazu zum Beispiel A. Eser: Erscheinungsformen von Suizid und Euthanasie – ein Typisierungsversuch, in: ders. (Hg.): Suizid und Euthanasie als humanwissenschaftliches Problem, 1976, 3 ff. Ders.: Lebenserhaltungspflicht und Behandlungsabbruch in rechtlicher Sicht, in: A. Auer/H. Menzel/A. Eser: Zwischen Heilungsauftrag und Sterbehilfe. Zum Behandlungsabbruch aus ethischer, medizinischer und rechtlicher Sicht, 1977.
11. Vgl. H. B. Stähelin: Flüssigkeitszufuhr bei terminalkranken geriatrischen Patienten, Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS) 82, Nr. 29/30 (1993).
12. U. Eibach: aaO., 87.
13. Vgl. dazu A. Eser: Lebenserhaltungspflicht und Behandlungsabbruch in rechtlicher Sicht, aaO., 94: »Während aktive Erfolgsverursachung gleichsam *per se* – als Verletzung eines Tötungsverbots – rechtlich relevant ist, wird erfolgsmöglichendes Unterlassen rechtlich bedeutsam erst dann, wenn es *pflichtwidrig* ist: nämlich durch Nichterfüllung eines entsprechenden Lebenserhaltungsgebots.«
14. In diese Richtung scheint die Argumentation Küngs: aaO., 56 f., zu zielen.
15. Ich übergehe hier die in der Tierethik verhandelte Frage, ob man den Person-Begriff auch auf Tiere ausdehnen kann.
16. Ich habe dies näher ausgeführt in J. Fischer: Schuld und Sühne, in: ZEE 1995/3, 188–295, bes. S. 192 ff. zur Erfahrung von Schuld als Verschuldung des Entsetzlichen.
17. Dieses Mißverständnis wird durch den Satz nahegelegt: »Menschliches Leben ist nur dann menschliches Leben, wenn und sofern es angenommenes Leben ist.« (E. Jünger/E. Käsemann/J. Moltmann/D. Rössler: Annahme oder Abtreibung. Thesen zur Diskussion über § 218 StGB, in: J. Baumann (Hg.): Das Abtreibungsverbot des § 218 StGB, Neuwied/Berlin 1971, 135–143, 139), insbesondere wenn dies in Verbindung mit der Aussage steht: »Das Ziel muß dabei sein, daß nur solche Kinder gezeugt und geboren werden, die von Eltern und Gesellschaft angenommen sind und angenommen werden« (ebd.).
18. Von ganz anderen Voraussetzungen kommt auch Theo Kobusch (Die Entdeckung der Person. Metaphysik der

- Freiheit und modernes Menschenbild, 1995, 261) zu dem Resultat, daß die Person-Würde letztlich religiös verankert ist.
19. Vgl. *Kuiter*: aaO., 116. Anders der deutsche Alternativ-Entwurf-Sterbehilfe von 1986, der vorschlägt, von Strafe abzusehen, »wenn die Tötung der Beendigung eines schwersten, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustands dient«. (Zitiert nach *J.-P. Wils*: »Euthanasie«, in: *J.-P. Wils/D. Mieth*: Ethik ohne Chance? Erkundungen im technologischen Zeitalter, <sup>2</sup>1991, 247–292, 255.) Hier ist also nicht die Notlage des Arztes, sondern das schwere Leiden des Patienten die Bedingung für die Straffreiheit.
  20. Nach *Eibach*: aaO., 38.
  21. *D. Ritschl*: Nachdenken über das Sterben. Zur ethischen Frage der Sterbebegleitung, in: *Ders.*: Konzepte. Oekumene, Medizin, Ethik, 1986, 282–297, 295.
  22. Vgl. *Ritschl*: aaO., 296 f.
  23. Vgl. *O. Tolmein*: Wann ist der Mensch ein Mensch? Ethik auf Abwegen, 1993, 77 ff.
  24. So der gesamte Duktus der Argumentation *Küngs*: aaO.
  25. Vgl. *Kuiter*: aaO., 75 ff.
  26. Vgl. zu diesem Aspekt des Problems: *W. Neidhart*: Das Selbstbestimmungsrecht des Schwerkranken aus der Sicht eines Theologen, in: Schriftenreihe der Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik Nr. 36, Muri/Schweiz 1994.
  27. Vgl. zur theologischen Explikation dieses Gedankens im Blick auf die Schöpfungs- und Rechtfertigungslehre *U. Körtner*: Reine Rezeptivität. Über die menschliche Grundpassivität als Element einer theologischen Handlungstheorie, in: *W. Pratscher/G. Sauer* (Hg.): Die Kirche als historische und eschatologische Größe. Festschrift für Kurt Niederwimmer zum 65. Geburtstag, 1994, 153–164.
  28. *Kuiter*: aaO., 87.
  29. *Küng*: aaO., 55.
  30. *Küng*: aaO., 54 f.
  31. Zitiert nach *Kuiter*: aaO., 122.
  32. Ebd.