
Sterben in einer humanen Gesellschaft oder: Wem gehört das Sterben?

Jürgen Mittelstraß

Vorbemerkung

Ich bin im disziplinären Spektrum der Philosophie kein Anthropologe und kein Ethiker, also eigentlich ganz ungeeignet, am Ende einer Tagung, auf der viel Professionalität im Medizinischen, Ethischen und Politischen zusammenkam, über das Sterben in einer humanen Gesellschaft zu sprechen. Weder vermag ich dem ethischen Disput über die Grundlagen der Moral, auch und gerade diejenigen, die das Ende des Lebens betreffen, noch dem medizinischen Disput über den Umgang mit Sterbenden noch dem politischen Disput über die Verrechtlichung des Todes und des Sterbens aus professioneller Perspektive etwas wirklich Substantielles beizufügen. Die Experten haben gesprochen, und ich habe gelernt.

Dennoch will ich es versuchen, nicht aus Übermut, der die Frage nach den eigenen Kompetenzen außer Acht lässt, oder aus Naivität, die eigentümlicherweise auch ein Geschwister der Philosophie ist, sondern angesichts der Tatsache, dass das Sterben in Wahrheit gar kein professioneller Gegenstand ist – mit entsprechenden disziplinären Zuständigkeiten. Zwar ist die Medizin dem Sterben näher als jede andere Disziplin, insofern das Sterben das definitive Ende aller medizinischen Professionalität und medizinischer Sinngebung, nämlich der des Heilens, ist, und ist die Ethik

(im philosophischen wie im theologischen Sinne) in ihrem Element, wenn es um das „humane Wie“ des Sterbens geht, doch ist das Sterben als äußerste Wirklichkeit der *conditio humana*, der menschlichen Befindlichkeit, nichts, das einer Disziplin gehörte wie die Sterne der Astronomie, das Wirtschaften den Wirtschaftswissenschaften, das Rechtsprechen den Rechtswissenschaften und die Geschichte den Geschichtswissenschaften. Wenn am Ende gar das ganze menschliche Leben, nicht nur die allerletzte Lebensphase, ein, wie Heidegger sagt, „Vorlaufen in den Tod“ ist, ist auch jeder einzelne Mensch in gewissem Sinne, wenn er sich denn, wie es so schön heißt, Gedanken macht, „zuständig“. Denn es geht um sein Leben und Sterben, um Erfahrungen, die im strengen Sinne nicht geteilt werden können, um Vorstellungen, die nicht verallgemeinerbar sind, um eine „Geschichte“, die so individuell ist wie das menschliche Leben selbst. Während das Allgemeine den Wissenschaften gehört – auch das Allgemeine im medizinischen und gesellschaftlichen Sinne –, gehört das Besondere dem Leben selbst, insofern sich dieses nicht nur in den Instanzen des wissenschaftlich Allgemeinen, sondern auch in den Instanzen des lebensweltlich Besonderen individuellen Ausdruck verschafft.

In diesem Sinne im Folgenden einige kurze Überlegungen zwischen den Disziplinen, Überlegungen, die wohl philosophisch heißen dürfen, aber keinen Anspruch auf wirkliche Professionalität (die es auch in der Philosophie gibt) erheben. Meine Stichworte sind: anthropologische Grundlagen, Alter als Lebensform, das Verfügbare und das Unverfügbare und schließlich: Wem gehört das Sterben?

1. Anthropologische Grundlagen

Moderne anthropologische Forschungsprogramme, in deren philosophischen Teilen es um die Bestimmung derjenigen anthropologischen Konstanten geht, die unabhängig von konkreten historischen und kulturellen Entwicklungen im Sinne konstitutiver Elemente des Menschseins die Natur des Menschen ausmachen, lassen sich noch immer als Varianten zweier älterer, einander entgegengesetzter Konzeptionen verstehen, nämlich derjenigen Max Schelers¹ und derjenigen Helmuth Plessners². Nach Scheler ist die philosophische Anthropologie nichts anderes als der Inbegriff der Philosophie selbst, nach Plessner folgt sie dem Aufbau der empirischen Wissenschaften vom Menschen in Form einer „integrativen“ Disziplin. Scheler knüpft damit an die traditionellen Bestimmungen des Menschen als *animal rationale* an, Plessner an den Stand der biologischen, medizinischen, psychologischen und im weiteren Sinne sozialwissenschaftlichen Forschung, und dies mit dem konzeptionellen Ziel einer *Strukturtheorie* des Menschen. Gemeinsam ist beiden bei der Charakterisierung des Menschen der Begriff der *Weltoffenheit*, der den Aspekt der Offenheit der menschlichen Entwicklung einschließt.

Für Scheler ist der Mensch das „X, das sich in unbegrenztem Maße „weltoffen“ verhalten kann“³; für Plessner zeichnet den Menschen eine „exzentrische Positionalität“⁴ aus, wobei seine exzentrische, keine feste Mitte besitzende Existenz als Einheit von vermittelter Unmittelbarkeit und natürlicher Künstlichkeit beschrieben wird. Dem entspricht bei Plessner die Formulierung so genannter anthropologischer Grundgesetze, nämlich des Gesetzes der „natürlichen Künstlichkeit“, des Gesetzes der „vermittelten Unmittelbarkeit“ und des Gesetzes des „utopischen Standorts“.⁵ Ähnlich lautet Arnold Gehlens These, dass der Mensch von Natur ein Kulturwesen ist⁶, wobei seine kul-

turellen Leistungen als Organersatz – der Mensch definiert als ein Mängelwesen – angesehen werden.⁷

Es sind der Aspekt der Weltoffenheit und, damit verbunden, der Aspekt der *Bedürftigkeit*, die die anthropologische Grundsituation des Menschen, die *conditio humana*, ausmachen. Der Mensch ist, eben weil seine Natur nicht ein für allemal (wie beim Tier) festliegt, ein bedürftiges Wesen, und dieses Wesen findet in den Begriffen der Endlichkeit und der Sterblichkeit seine abschließende anthropologische Bestimmung. Altern und Alter sind in diesem Sinne neben Krankheit, aber auch neben allen Formen der Kontingenzerfahrung, Ausdruck der Endlichkeit des Menschen, Sterben und Tod deren äußerste Wirklichkeitsform.⁸ Deshalb war in der Antike auch nicht die Existenzform eines Gottes Wunschbild des Menschen, sondern Achill, der bis zu seinem Tode Junge. Nicht die Endlichkeit wurde verneint, verneint wurden die Prozesse der Krankheit und des Verfalls, des Alterns und des Altwerdens.

Wo die Griechen über die Endlichkeit des Menschen nachdachten und für ihre Träume Achill erfanden, stehen heute gelegentlich Alpträume. Sie werden vor allem im Umfeld der KI-Forschung, der Forschung über künstliche Intelligenz, geträumt und handeln von der Ablösung der natürlichen durch eine künstliche Intelligenz. Unter Hinweis auf die Fortschritte von Gen- und Informationstechnologie, Robotik und Hirnforschung wird von selbst ernannten Propheten die Ablösung des Menschen durch die künstliche Intelligenz von Maschinen geweissagt. Da meint der eine, der Mensch sei auf dem besten Wege, sich selbst überflüssig zu machen.⁹ Ein anderer stellt in merkwürdiger Selbstverleugnung fest, dass selbstreproduktive Maschinen über die erbärmlichen Formen menschlicher Selbstreproduktion und schwächer werdende Regieformen herrschen werden.¹⁰ Ein dritter vermutet, dass sich der Mensch nur dadurch gegenüber den Robotern wird behaupten

ten können, dass er selbst zum Roboter wird.¹¹ Hier triumphiert, von den Medien lustvoll unterstützt, der Sonntag der Phantasie über den Alltag der wissenschaftlichen Arbeit, science fiction in ihren weniger sympathischen Teilen über anthropologische Einsichten.

Ein Maschinenbild des Menschen stand, nicht zufällig, schon einmal am Anfang einer (sehr erfolgreichen) Entwicklung, nämlich der neuzeitlichen medizinischen Entwicklung. Den bildete der Cartesische Substanzdualismus. In der von Gesichtspunkten einer mechanistischen Physiologie beherrschten Zerlegung des Menschen in eine Gliedermaschine¹² und ein denkendes Wesen zerbricht bei Descartes die ursprüngliche, in der griechischen Philosophie von Aristoteles begründete Einheit von Leib und Seele, die auch die mittelalterliche Philosophie- und Medizinentwicklung noch festgehalten hatte. In der neuzeitlichen Medizin führt dies einerseits zur „Mechanisierung“ des Menschen, andererseits zu seiner „Psychiatisierung“. Noch in der Beschwörung einer „psychosomatischen“ Medizin ist dieses cartesische Erbe erkennbar;¹³ es wird in einer High-Tech-Medizin, die ihre wirkliche Leistungsfähigkeit noch lange nicht erreicht hat, sogar noch verstärkt. Krankheit erscheint wie ein Defekt am „biologischen Körper“, der sich mit technischen Mitteln beheben lässt. Bereits 1927 hatte Viktor v. Weizsäcker, weit vor aller High-Tech-Medizin, bemerkt: „Es ist eine erstaunliche, aber nicht zu leugnende Tatsache, dass die gegenwärtige Medizin eine eigene Lehre vom kranken Menschen nicht besitzt. Sie lehrt Erscheinungen des Krankseins, Unterscheidung von Ursachen, Folgen, Heilmitteln der Krankheiten, aber sie lehrt nicht den kranken Menschen.“¹⁴ Vielleicht geht es auch gar nicht um eine Lehre vom kranken Menschen, gewiss aber (noch immer) um den Abschied von der Vorstellung vom defekten Menschen.

Eher zu den Alpträumen gehört wohl auch die Vorstellung von einem ewigen Leben, einem Leben ohne Ende, be-

wirkt durch die Errungenschaften einer künftigen Biologie und Medizin. Hier wäre es nicht die Maschine, der wartungsfreie Roboter, der an die Stelle des (sterblichen) Menschen tritt, sondern ein Leben ohne „Lebenszeiten“, gemeint sind die zeitlichen Gestalten der Kindheit, der Jugend, des Erwachsenseins und des Alters, ohne Krankheit und Verluste an „Lebenskraft“, ohne, damit verbunden, die Erfahrung der Kontingenz, die immer auch, im Sinne des Heideggerschen „Vorlaufens“ oder „Seins zum Tode“, Erfahrung des Todes ist, und insofern ohne die Erfahrung der Endlichkeit, die den Grund aller unserer Erfahrungen ausmacht. Ein Leben ohne Tod, ein unsterbliches Wesen wäre, noch einmal, „ein Wesen ohne Lebensphasen, ohne Lebensgeschichte, ohne Identität durch die Differenz des Wandels. Ein unsterblicher Mensch wäre ein Nicht-Mensch. Deswegen wäre es nicht nur unrealistisch, sondern vor allem widermenschlich, wenn die Visionen von einem Leben ohne Krankheiten oder einem menschenwürdigen hohen Alter sozusagen unmerklich überglitten in die Vision eines endlosen, durch keinerlei Kontingenzerfahrungen angefochtenen Lebens. Ein endloses Leben wäre ein Leben, in dem alle Erfahrungen immer noch gemacht werden könnten – also nie gemacht würden –, ein Leben, in dem alle Entscheidungen immer noch getroffen werden könnten – also nie getroffen würden.“¹⁵ Der Mensch wäre weder Maschine noch Gott, und doch hätte er sein Wesen verloren.

Die anthropologischen Einsichten, von denen zuvor die Rede war, betreffen denn auch nicht die Überwindung der menschlichen Endlichkeit, sondern einen vernünftigen Umgang mit dieser, ein gelingendes Leben nicht jenseits aller Endlichkeit, sondern als bejahenden Ausdruck eben dieser Endlichkeit. Zu einem gelingendem Leben aber gehört auch das Sterben. Bevor jedoch von diesem die Rede sein soll, zunächst einige kurze Bemerkungen über das Alter als Lebensform.

2. Alter als Lebensform

Vom Sterben sprechen, heißt auch, vom Alter, vom Alterungsprozess, der zum Tode führt, sprechen. Und hier herrscht, scheinbar unausrottbar, noch immer die Auffassung vor, es handle sich beim Alter um die Schwundstufe des Lebens, das Alter sei im Wesentlichen durch Verlust und Verfall charakterisierbar. Wer so denkt, vermag zwar auf unbestreitbare (biologische) Einschränkungen zu verweisen, übersieht aber, dass das Alter, auch das hohe Alter, eine eigene *Lebensform* darstellt, die sich von den anderen Formen des Lebens – Kindheit, Jugend, Erwachsensein – nicht, jedenfalls nicht in erster Linie, als Menschsein im defizienten Modus unterscheidet, sondern als eine andere Form des Menschseins.¹⁶ Jugend, Alter, aber auch Abschied und Glück, sind nicht Eigenschaften des (individuellen) Lebens, sondern Formen, Gestalten, Zeiten, unter die ein Leben tritt. Aus der „Natur“ des Lebens bestimmt sich seine Zeit; das Leben ist nicht einfach ein zeitlicher Prozess. Oder anders formuliert: Die Zeit des Lebens sind seine Zeiten. Das Leben schafft sich unterschiedliche Gestalten; das Alter ist eine dieser Gestalten.¹⁷

Tatsächlich sind wir weit davon entfernt, das Alter in diesem Lichte zu sehen.¹⁸ Auch stehen sich in der Altersforschung noch immer im wesentlichen naturwissenschaftliche und geistes- bzw. sozialwissenschaftliche Perspektiven unverbunden gegenüber. Die Unterscheidung selbst liegt nahe, da am Altern nicht nur unsere biologische Natur, sondern auch unsere psychische oder kulturelle Natur teilhat. Naturwissenschaftliche und geistes- bzw. sozialwissenschaftliche Disziplinen stellen das Altern und das Alter in unterschiedlicher Weise dar, wobei sich eine naturwissenschaftliche, im engeren Sinne biologische Forschungsperspektive üblicherweise auf *Abbauprozesse*, d. h. auf Gesichtspunkte schwächer werdender

biologischer Kapazitäten und Funktionsfähigkeiten, sowie auf den postreproduktiven Teil des Lebens bezieht. Alterns- und Altersforschung werden so zur Mortalitätsforschung, zur Erforschung des Vergehens, im Unterschied zu der des Werdens, d. h. der Entwicklung, die, wie in Kindheit und Jugend, zukunftsorientiert ist, ohne Zukunft zu verlieren. Eben dagegen wendet sich eine ihrer Herkunft nach geistes- bzw. sozialwissenschaftliche Forschungsrichtung, insofern sie, ohne biologische Abbauprozesse zu leugnen, solche Aspekte des Alterns und des Alters hervorhebt, die Ausdruck ganz anderer Prozesse sind. Damit ist die Welt des Geistes, der Gefühle, aber auch eine Handlungswelt gemeint, deren physische Grenzen wohl enger, deren kulturelle Grenzen aber durchaus weiter werden können. Hier werden Besonderheiten ins Auge gefasst, die deutlich machen, dass Entwicklung kein exklusives Moment der Jugend ist. Kulturanthropologisch stellen Entwicklung und Mängel eben keine sich ausschließenden Gegensätze dar, im Gegenteil, es ist, wenn man Gehlen¹⁹ folgt, gerade die Wahrnehmung des Mangels, der Einschränkung, die Entwicklung und Fortschritt vorantreibt. „Biologisches Mängelwesen“ ist der Mensch eben nicht nur im Alter, auch wenn diese Seite unseres Wesens im Alter ihre definitive Bestimmtheit gewinnt.

Das bedeutet nicht, dass biologisch-medizinische und geistes- bzw. sozialwissenschaftliche Sichtweisen auseinander fallen müssen, die gegenwärtige Forschungslage den zu erforschenden Sachverhalt angemessen wiedergäbe. Dies macht einerseits das zunehmende Interesse der Medizin an präventiven Forschungsstrategien und Gesichtspunkten aktivierender Rehabilitation deutlich, andererseits der Umstand, dass es ein unterschiedliches („differentielles“) Altern gibt und dieses sowohl biologische als auch psychische und soziale Strukturen betrifft. Ein Beispiel dafür ist der Entwicklungsverlauf der Intelligenz, der selbst für das hohe Al-

ter noch ein (individuelles) Leistungswachstum nachweisen lässt. Nach einer bekannten Studie (Seattle-Längsschnittstudie) zeigten mit 78 Jahren noch acht Prozent der Untersuchten in Intelligenztests ein Leistungswachstum, 52 Prozent waren in ihren Leistungen im Vergleich zum letzten Erhebungszeitpunkt stabil, 40 Prozent zeigten einen Abbau.

Mit anderen Worten: Es gibt offenbar kein einheitliches genetisches Programm, das das Altern zu erklären vermag und differentielles Altern verhindert, weshalb im Übrigen auch von biologischer Seite schon geäußert wurde, dass die entscheidende Frage nicht die nach dem Tod, sondern die nach den Ursachen des langen Lebens sei²⁰, d. h. nach der Existenz einer postreproduktiven Phase, die sich im Genom der folgenden Generation nicht niederschlagen kann. Evolutionäre Gesichtspunkte sprechen also eher gegen das Phänomen des Alterns, die (bisherige) Suche nach postreproduktiven genetischen Selektionsprogrammen bleibt unbefriedigend. Dies ist denn auch die allgemeine Situation, vor der biologisch orientierte Alternstheorien heute stehen. Das Altern bzw. das Alter erscheint wie ein evolutionsbiologisch nicht vorgesehener Zustand oder allenfalls als ein solcher, der sich aus den Defiziten der eigentlichen Lebens- und Entwicklungsprozesse ergibt. Ein Beispiel dafür ist die These von spät wirkenden und vom Leben zu spät erkannten, daher durch Mutation und Selektion nicht eliminierten schädlichen Genen.²¹ Für eine geistes- bzw. sozialwissenschaftlich orientierte Analyse des Alterns und des Alters öffnet sich damit ein weites Feld. Die Biologie, die selbst noch mit sehr unterschiedlichen Alternstheorien arbeitet, wird nicht außer Geltung gesetzt, aber sie erklärt nicht alles.

Im Übrigen gehen – und damit wären wir wieder bei der Frage nach der *conditio humana*, aber auch ein wenig in der Nähe unserer Alpträume – optimistische Annahmen davon aus, dass sich Krankheiten in Zukunft derartig „ver-

langsamen“ bzw. verschieben lassen, dass sie erst jenseits des biologischen Maximalalters „auftreten“ werden, also nicht mehr innerhalb der üblichen Lebenszeit liegen. Das Alter verlöre seine Krankheit und seine Angst vor der Krankheit.²² Wir wären alle Achill (oder Helena) bis zu unserem Tod. Pessimistische Annahmen verknüpfen gerade das (wachsende) Alter mit (wachsender) Morbidität.²³ Jedes gesunde Jahr des verlängerten Lebens würde durch viele kranke Jahre erkauft.²⁴ Vermutlich wird keine dieser Annahmen „rein“ bestätigt werden. Die einen nicht, weil sie nicht mit der natürlichen Evolution rechnen, die noch manche böse Überraschung (Stichwort z. B. Aids) für uns bereithalten wird, die anderen nicht, weil sie den wissenschaftlichen Fortschritt, z. B. im Bereich der Alzheimer-Demenz, wohl zu gering einschätzen. Doch auf Klarheit auf diesem (oft prognostischen) Felde kommt es ohnehin nicht an. Entscheidend ist vielmehr, dass das Alter (auch in wissenschaftlicher Hinsicht) wieder als eine Lebensform in den Blick tritt, die sich nicht allein als Ausbleiben von „Wachstum“ und als Eintritt von „Verfall“ definieren lässt.

Für das Sterben in einer humanen Gesellschaft bedeutet dies, dass mit einer sich wandelnden Sicht des Alters auch das Sterben eine andere Einschätzung gewinnt. Es wäre dann nicht mehr das Ende einer speziellen, allein auf den Tod hin angelegten Lebensphase, sondern das Ende eines Lebens, in dem jede Phase ihre eigene, positive Wirklichkeit besitzt. Noch einmal: Das Leben realisiert sich in zeitlichen Gestalten; die Zeit des Lebens sind seine Zeiten. Zugleich ist der Tod, und mit ihm das Sterben, etwas, um das das ganze Leben weiß – in der Heideggerschen emphatischen Dramaturgie als „Sein zum Tode“, in der lebensweltlichen Perspektive als Erfahrung der Endlichkeit und des Unverfügbaren.

3. Das Verfügbare und das Unverfügbare

Verfügen ist das geheime Stichwort der modernen Welt, die ich die *Leonardo-Welt* nenne. Es ist eine Welt, in der der Mensch seine und die Evolution seiner Umwelt in die eigene Hand, in seine wissenschaftliche und technische Hand genommen hat. Längst haben wir uns – auch jenseits der erwähnten Alpträume – an den Gedanken gewöhnt, dass sich – Stichworte sind etwa Gentechnik und Reproduktionsmedizin – die (biologische) Natur des Menschen ebenso verändern lässt wie die physische und die gesellschaftliche Welt. Alles scheint zu etwas Verfügbarem zu werden.

Dies aber ist ein Irrtum, der sich zu einem anthropologischen Irrtum auszuweiten beginnt. Tatsächlich siedelt auch in einer Leonardo-Welt neben allem Verfügbarem das dem Menschen nicht Verfügbare, das Unverfügbare. Damit ist nicht gemeint, dass wir vieles nicht können und wohl auch in Zukunft nicht können werden, z. B. die 100 Meter unter acht Sekunden laufen oder die Gedanken anderer lesen, sondern dass wir niemals alle Bedingungen unseres Seins und unseres Handelns so in der Hand haben werden, dass sie sich in das Verfügbare verwandelten. Im Gegenteil, die Wirklichkeit, „von der unser Handeln jeweils seinen Ausgang nimmt, ist stets unverfügbar so, wie sie ist“²⁵. Dass der Mensch niemals alle Bedingungen seines Handelns in der Hand hat, schließt eben auch die Faktizität, die sein Leben, seine Gegenwart, seine Vorstellungen, Wünsche und Hoffnungen ausmacht, ein. Die Leonardo-Welt, die das Werk des Menschen ist, durchdringt zwar auch die individuelle Existenz, sie gehört zu den Bedingungen, unter denen der moderne Mensch lebt, doch bedeutet auch das nicht, dass sich das Unverfügbare in Verfügbares – eben Machbares – auflöst. An die Stelle eines als naturhaft empfundenen und gedeuteten Bedingungsgefüges ist ledig-

lich (partiell) ein artifizielles Gefüge getreten. Die Grundsituation des Menschen, die sich vor allem in seinen Kontingenz- und Endlichkeitserfahrungen spiegelt, hat sich damit nicht verändert.

In diesem Zusammenhang empfiehlt sich – auch und gerade im Hinblick auf das Sterben als das Ende aller Verfügbarkeiten – die Unterscheidung zwischen einer absoluten und einer kontingent gegebenen Unverfügbarkeit. Während eine absolut gegebene Unverfügbarkeit den genannten Umstand bedeutet, dass eine gegebene Wirklichkeit zugleich die Grenze einer (theoretisch durchaus vorstellbaren) absoluten Verfügbarkeit darstellt, bestehen kontingent gegebene Unverfügbarkeiten in der Abhängigkeit allen menschlichen Handelns von selbst nicht herstellbaren Bedingungen seines Gelingens. Auch eine zweckrational geplante Handlungsstruktur²⁶ ist davon abhängig, dass eine gegebene Wirklichkeit „Raum gibt“, dass sie „mitspielt“, dass das als verfügbar Geplante sich nicht einer in der Planung liegenden Rationalität entzieht. Das (dem Willen und der Intention nach) Verfügbare verhält sich in diesem Falle wie etwas Unverfügbares, der geplante Handlungszusammenhang kommt nicht zustande. Das ist im Übrigen der Punkt, an dem z. B. Kants Begriff des vernünftigen Glaubens²⁷ ansetzt. Dieser bildet nach Kant die Grundlage aller Moral. Er ist verfügbar in dem Sinne, dass er tatsächlich moralische Überzeugungen („moralische Gewissheit“) trägt, unverfügbar in dem Sinne, dass er nicht selbst auf den Wegen und mit den Mitteln eines zweckrationalen Handelns herstellbar ist.

In der Philosophie tritt hier an die Stelle eines Willens zur unbedingten Verfügbarkeit der nunmehr auf die Vernunft bezogene Begriff der *Gelassenheit*: „Vernunft wird ... *gelassen* dadurch, dass sie sich auf das hin orientiert, was, indem wir es tun, bereits gelungen und insofern unenttäuschbar ist, *auf das je gegenwärtig mögliche vernünftige*

*Handeln.*²⁸ Das vernünftige Leben, das einem vernünftigen Glauben folgt, ist insofern immer das Leben „in der Gegenwart“, nicht das sich seiner Zukunft sichere Leben. Verwiesen sei in diesem Zusammenhang auf klassische Positionen wie die Ethik des Aristoteles, in der derjenige vernünftig handelt, der in seinem Handeln – ganz gleich, wie es um dessen Erfolgsaussichten bestellt ist – einer ethisch bestimmten Klugheit folgt, oder das Handeln desjenigen, der „Gott vertraut“ und insofern zwar (in einem konkreten Handlungskontext) enttäuscht, nicht aber in seinem das eigene Leben tragenden Glauben erschüttert werden kann.²⁹ Gelassen ist in diesem Sinne ein Leben, das in seinem gelingenden Charakter nicht von dem Gelingen seines Zukünftigen (in einem zweckrationalen Sinne) intendierenden Handelns abhängig ist, oder, in den Worten Friedrich Kambartels: „In einer *gelassenen* Praxis sind wir der unendlichen vergeblichen Anstrengung enthoben, über die unabänderlichen Bedingungen unseres Lebens (Handelns), über die anderen und über uns selbst zu verfügen.“³⁰

Es ist klar, dass dies in einem eminenten Sinne auf eine Situation, nämlich die des Sterbens, zutrifft, in der alle Verfügbarkeiten zurücktreten und es nur noch eine „unabänderliche Bedingung“ des Lebens gibt, den Tod – es sei denn, wir meinten, dass wir mit unseren Apparaten auch jenseits aller Grenzen, die das sterbende Leben durch sich selbst deutlich macht, Verfügbarkeiten aufrechtzuerhalten hätten. Das wäre dann in Wahrheit nicht die Verfügung des Sterbenden über das Leben, sondern die Verfügung der Welt über den Sterbenden.

4. Wem gehört das Sterben?

Der verfügende Gestus, mit dem die Welt über den Sterbenden zu herrschen sucht, kommt auch in der Verwandlung der Medizin zur High-Tech-Medizin zum Ausdruck. Diese folgt dem Gesetz der Leonardo-Welt, und sie hat ihren Preis. Er lautet Spezialisierung, Apparatisierung und Entpersönlichung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Spezialisierung führt aus der Sicht des Arztes in die „Zerlegung“ des Patienten in seine Leiblichkeitsteile, aus der Sicht des Patienten in eine Aggregatvorstellung seiner selbst. Apparatisierung führt aus der Arzt- und Patientenperspektive noch einmal zu einem Maschinenbild des Menschen, in dessen Rahmen sich auch der gesunde Mensch nur noch als eine gut gehende Maschine versteht. Entpersönlichung folgt dieser Entwicklung und führt in die Anonymisierung von Krankheit, Heilung und Tod.

Am unbarmherzigsten kommt dies in der *Intensivmedizin* zum Ausdruck, insofern hier die Überantwortung des Patienten an den wissenschaftlichen und technischen Fortschritt, an die Leonardo-Welt, ihren definitiven Ausdruck findet. In der Intensivmedizin kompensiert die medizinische Technik den Ausfall lebensnotwendiger organischer Funktionen wie Herz-Kreislauf, Atmung und Niere. Sie überbrückt, wo diese Funktionen nur auf Zeit ausfallen, d. h. durch und nach der Intensivtherapie wieder aufgenommen werden können; sie wird zum tragischen Verlust aller Menschlichkeit der Medizin, wenn bereits irreparable Schäden eingetreten sind. Wo Letzteres vorliegt, verliert die Medizin ihren Sinn, der im Begriff der *Heilung* liegt, mehr noch, sie wendet sich gegen natürliche Prozesse, die in diesem Falle dem Menschen gegenüber nicht feindlich, sondern barmherzig wirken. Die Medizin berührt, anders als dies in ihrem Alltag der Fall ist, den Tod, indem sie diesem sein Recht verweigert – und dem Kranken, der eigent-

lich schon ein Toter ist, auch. Intensivmedizin und das Recht auf den eigenen Tod, über das allein wissenschaftlich oder medizinisch nicht entschieden werden kann, verbinden sich miteinander. Zugleich wird in dieser Verbindung die Menschlichkeit der Medizin auf eine dramatische, das Maschinenparadigma einer High-Tech-Medizin weit hinter sich lassende Weise angemahnt.

Der Autonomiegedanke, den wir der Aufklärung verdanken und der ein Recht auf Selbstbestimmung bedeutet, schließt auch das *Recht auf den eigenen Tod* ein. Das ist z. B. von dem Freiburger Mediziner Wolfgang Gerok prägnant und eindringlich hervorgehoben worden: „In einer freien Gesellschaft muss jeder frei sein, eine ärztliche Behandlung zu suchen, und ebenso frei, eine geplante oder begonnene Behandlung abzulehnen. Wenn ein unheilbarer, entscheidungsfähiger Patient durch therapeutische Maßnahmen nur eine Lebensspanne gewinnen kann, die er für nicht mehr lebenswert erachtet, so hat niemand das Recht, geschweige denn die Pflicht, ihm diese Selbstbestimmung zu verweigern und ihm das verweigerte Leben durch ärztliche Maßnahmen aufzuzwingen. Dies setzt freilich eine freie Entscheidung des vollständig informierten, d. h. über seinen Zustand aufgeklärten Patienten voraus. Es ist das Recht des Patienten, dem herannahenden Ende mit der Würde des Wissenden entgegenzutreten. Es ist sein Recht auf den eigenen Tod, das dem Grundrecht zum Leben komplementär ist.“³¹ Zum eigentlich *ethischen* Problem wird dieses Recht, wenn es von den Betroffenen nicht mehr wahrgenommen werden kann, also etwa dem unheilbaren Kranken im irreversiblen Koma. Das sensible Stichwort lautet „passive Euthanasie“.

Doch auch hier, auf dem vielleicht schwierigsten Felde der Medizin, auf dem sich Wissenschaft, Medizin und Ethik konflikthaft begegnen und häufig Glaubens- und Weltanschauungskriege ausgefochten werden, ist mittler-

weile, nicht nur im Blick auf das Sterbehilfegesetz in den Niederlanden, größere Klarheit eingekehrt. So erfolgt z. B. in den im Juli 1995 veröffentlichten Schweizer „Medizinisch-Ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerstgeschädigter Patienten“ eine Rechtfertigung passiver Euthanasie im Hinblick auf das Unterlassen nicht mehr gebotener, da unverhältnismäßiger ärztlicher Maßnahmen zur Lebenserhaltung. Dies schließt auch einen Behandlungsabbruch im so genannten vegetativen Zustand ein. Die Bedeutung dieses Schrittes wird erkennbar, wenn man sich klarmacht, dass in der Regel noch immer der Eintritt des Hirntods die Rechtfertigungsbasis für einen Behandlungsabbruch darstellt. Das aber ist für den „behandelnden“ Arzt eine wenig hilfreiche Regelung; sie lässt ihn mit dem bewusstlosen, nicht-regenerierfähigen Patienten allein.³² Und dieses Alleinsein kann mit den wachsenden Möglichkeiten und Fähigkeiten der technischen Medizin lange währen. Der Arzt fragt und die Gesellschaft schweigt, weil sie sich in vieler Hinsicht als unfähig erweist, den ethischen Dialog mit der Wissenschaft und der Medizin zu führen.

Das betrifft im Grunde schon die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe. Diese Unterscheidung schafft nur eine Scheinklarheit. So hat Dieter Birnbacher darauf aufmerksam gemacht, dass auf der einen Seite „nicht alle Formen von passiver Sterbehilfe, d. h. Sterbehilfe, die im wesentlichen auf Verzicht oder auf Beendigung von lebensverlängernden Maßnahmen beruhen ... per se ethisch unproblematisch [sind], vor allem dann nicht, wenn sie erfolgen, ohne dass der Patient seine Zustimmung gegeben hat“, und dass auf der anderen Seite „nicht alle Formen der Lebensverkürzung, die ein Tun auf Seite eines Arztes oder eines Helfers beinhalten, als von vornherein unzulässig [gelten], insbesondere dann nicht, wenn die Leidenslinderung nicht auf die Beschleunigung des To-

des zielt, sondern diesen nur billigend in Kauf nimmt“, was seit langem zulässig ist.³³ Das Gleiche gilt für die Unterscheidung zwischen Palliativmedizin und Sterbehilfe, insofern auch palliative Maßnahmen zur Sterbehilfe werden, wenn sie den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen nach sich ziehen, und Sterbehilfe in den meisten Fällen doch nichts anderes als eine andere Form der Leidensminderung ist.³⁴ Dabei rede ich hier nicht einer sich aufdrängenden und verführerischen Analogie zwischen Geburtshilfe und Sterbehilfe das Wort. Damit würde nicht nur eine falsche Symmetrie zwischen Auf-die-Welt-Kommen und Aus-der-Welt-Gehen eingeführt, sondern auch das Expertenmodell, dem unsere Gesellschaft so bereitwillig auf allen Ebenen des privaten und des öffentlichen Lebens folgt und das Ausdruck einer technischen Kultur ist, in die sich die modernen Gesellschaften zunehmend verwandeln, unüberlegt auf Leben und Sterben übertragen. Anders ausgedrückt: Der gute Geist schütze uns vor Experten des Sterbens, also säkularisierten Todesengeln und ihren Handbüchern.

Recht auf den eigenen Tod, das heißt auf dem Hintergrund der Idee eines selbstbestimmten Lebens immer: Recht auf einen *selbstbestimmten* Tod. Recht hier nicht im rechtlichen, kodifizierten oder (im engeren Sinne) ethischen Sinne verstanden, sondern als Konsequenz aus dem Begriff der Selbstbestimmung selbst. Dieser bezieht sich – ganz gleich, ob man dabei z. B. an Sokrates oder Kant und damit an die anthropologischen Imperative der griechischen oder der europäischen Aufklärung denkt – auf das ganze Leben; er bezeichnet das, was uns als vernünftige Wesen ausmacht. Und dies nicht partikular, als Maxime von eingeschränkter Gültigkeit, und nicht auf Zeit in dem Sinne, dass Selbstbestimmung selbst eine zeitliche Grenze hätte, sondern universell, als Ausdruck des universellen Wesens des Menschen.

Das Recht auf den selbstbestimmten Tod, fundiert im Begriff der Selbstbestimmung, wäre so verstanden das Recht auf den *eigenen* Tod. Auch dieser ist Ausdruck des selbstbestimmten Wesens des Menschen, in letzter Konsequenz. Denn Selbstbestimmung bedeutet immer auch Grenzen, selbstbestimmte Grenzen setzen; und der Tod ist die äußerste Grenze. Der selbstbestimmte Wille begrenzt sich selbst. Der Gegensatz eines selbstbestimmten Willens aber ist die *Natur*. Wir wählen, wenn wir uns nicht auch in dieser äußersten Situation selbst bestimmen, nicht uns selbst, sondern die Natur. Der Mensch hörte auf, Mensch zu sein, nicht weil er die Ethik hinter sich ließe, aufhörte, ein moralisches Wesen zu sein, sondern weil er sich als selbstbestimmtes Wesen aufgab. Und zu diesem Recht auf den selbstbestimmten Tod gehört auch die Entscheidung, sich *helfen* zu lassen. Eine derartige Entscheidung kann selbstverständlich auch vorweggenommen werden, d. h. hier: dem Sterben vorweggenommen, wirklich selbstbestimmt getroffen werden. Im Eintrittsfalle, das wissen wir alle (und darauf macht auch Gerok aufmerksam), ist sie oft nicht mehr möglich oder wird sie als freie Entscheidung unerkennbar.

Was heißt Helfen, wo Heilen nicht mehr möglich ist? Es ist allemal ein *Helfen zum Tod*, ganz gleich, ob es den Tod noch einmal, für begrenzte Zeit, aufzuhalten sucht oder ihn näher bringt, d. h. sein Eintreten beschleunigt. In beiden Fällen – und das wird zur entscheidenden ethischen Frage – kann dieses Letzte, das die Medizin für den Sterbenden zu tun vermag, aus der Sicht des Sterbenden selbstbestimmt oder fremdbestimmt sein. *Selbstbestimmt*, das heißt: Was immer der Arzt in dieser Situation tut – Aufhalten oder Beschleunigen –, stimmt mit seinem Willen, dem Willen des Sterbenden überein. *Fremdbestimmt*, das heißt: Es gilt nur noch der Wille des Arztes oder – und darauf wird sich der Arzt im Regelfalle beziehen – der Wille des Gesetz-

gebers. So ist der Sterbende in seiner letzten Stunde (und den Stunden davor) in doppeltem Sinne allein: entweder mit seinem Willen, den nun andere realisieren, oder mit einem fremden Willen, der handelt, ohne zu fragen.

Und das, weil er oft auch gar nicht fragen kann bzw. sein Fragen ohne Antwort bleibt. Ohne Antwort, weil der Sterbende nicht mehr zu antworten vermag, weil er aufgehört hat, ein *dialogisches Wesen*, dieses definiert über symmetrische Verhältnisse in Kommunikationszusammenhängen, zu sein. Der Sterbende schweigt, weil seine Natur, die er als vernünftiges Wesen ist, schweigt. In diesem Falle ist Fremdbestimmung unvermeidlich. Die ethische Situation wechselt von der Seite des Sterbenden auf die Seite der das Sterben Begleitenden. Das ist der Arzt, das ist die ärztliche Kunst, das sind alle, vor allem die Angehörigen, die dem Sterbenden nahe sind. Hilfe wird hier zum letzten Dienst des Lebens am fremden Tod.

Welche Regeln, welche Normen, welche Moral und, mittelbar, welche Ethik sollen hier gelten? Im Grunde geht es hier immer auch um die Alternative zwischen dem allgemeinen und dem individuellen Tod. Welcher Tod wird hier gestorben? Wem gehört das Sterben?

Die Frage so stellen, bedeutet, sie – wenn nicht in jenem allgemeinen Sinne, in dem hier von Selbstbestimmung die Rede war – unbeantwortbar machen. Deshalb ist sie aber nicht sinnlos. Sie macht deutlich, dass es hier nicht nur einen Aspekt gibt. *Das Sterben gehört dem Sterbenden!* Damit ist gemeint, dass das Sterben Teil eines individuellen Lebens ist. Im Tod sterben nicht alle, sondern stirbt der Einzelne. Er stirbt seinen eigenen Tod. Deshalb gehört ihm auch sein Sterben. *Das Sterben gehört der Medizin!* Damit ist gemeint, dass es kein medizinfreies Sterben mehr gibt. Der Arzt ist, wenn es dem Ende zugeht, allgegenwärtig, und die medizinische Kunst auch. Man muss nicht gleich an die moderne Apparatedizin (vor allem,

wie zuvor erwähnt, im Intensivfalle) denken, um zu wissen, was hier gemeint ist. Die Medizin wirft einen langen Schatten, unter dem alles Sterben steht. *Das Sterben gehört der Gesellschaft?* Die Gesellschaft regelt mit ihren Gesetzen nicht nur das Leben, sondern auch den Tod, damit auch das Sterben. Sie hat Institutionen geschaffen, denen niemand entgeht, auch nicht im Sterben. Sie macht die ethische Frage zur rechtlichen Frage und nimmt ihr damit alle Spielräume, auch die eines individuellen selbstbestimmten Wesens. Die gesellschaftliche Selbstbestimmung, die in der Demokratie zu ihrem Wesen findet bzw. diesem Ausdruck verschafft, wendet sich im Falle des Todes und des Sterbens zum Tode gegen das selbstbestimmte Individuum. Die Gesellschaft lässt nicht los, auch nicht den Sterbenden. *Das Sterben gehört Gott?* Damit ist gemeint, dass das Sterben niemandem gehört, weder dem Sterbenden noch der Medizin noch der Gesellschaft. Das Sterben steht am Rande der Welt, es ist – in jedem individuellen Fall – das Ende der Welt. Deshalb gehört es der Welt nicht, weder dem Sterbenden, noch der Medizin, noch der Gesellschaft. Das Sterben ist Ausdruck des schlechterdings Unverfügbaren. Dafür aber sagen wir Gott; dafür steht Gott.

Das Sterben gehört dem Sterbenden, ohne den Charakter der Unverfügbarkeit, des Unverfügbaren zu verlieren. Die Medizin und die Gesellschaft sind dem Sterbenden nah, aber dieser gehört ihnen nicht. Das ist vielleicht der äußerste Ausdruck der Idee der Selbstbestimmung, und es ist wohl die einzig angemessene Weise, die Würde des Menschen und sein Sterben zusammenzudenken. Es wäre fatal und verkehrte den Würdebegriff geradezu in sein Gegenteil, wenn der Wunsch, in Würde zu sterben, als krankhafter Wille zur Selbsttötung gedeutet und damit – im Sinne einer Herrschaft der Gesellschaft über den Sterbenden – am Ende noch kriminalisiert würde.³⁵ Die Menschen-

würde wird schließlich nicht dadurch verletzt, dass ein Mensch, Träger dieser Würde, in Würde sterben will, sondern dadurch, dass man ihm diesen würdevollen, nämlich Würde bewahrenden Wunsch bzw. dessen Realisierung verweigert. Sterben in einer humanen Gesellschaft – das ist so verstanden ein Sterben in Würde in einer Gesellschaft, die sich weder an die Stelle des selbstbestimmten Willens des Sterbenden noch an die Stelle des Unverfügbaren zu setzen sucht und eben darin ihren humanen Charakter gewinnt.

Anmerkungen

- 1 M. Scheler, *Die Stellung des Menschen im Kosmos*, Darmstadt 1927.
- 2 H. Plessner, *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie*, Berlin/Leipzig 1928.
- 3 M. Scheler, a.a.O., 49.
- 4 H. Plessner, a.a.O., 362 ff.
- 5 H. Plessner, a.a.O., 309–346. Vgl. K. Lorenz, *Einführung in die philosophische Anthropologie*, Darmstadt 1990, 102 f.
- 6 A. Gehlen, *Anthropologische Forschung. Zur Selbstbegegnung und Selbstentdeckung des Menschen*, Reinbek b. Hamburg 1961, 78.
- 7 A. Gehlen, *Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt* (1940), Wiesbaden ⁹1972, 37.
- 8 Vgl. Th. Rentsch, *Philosophische Anthropologie und Ethik der späten Lebenszeit*, in: P. B. Baltes/J. Mittelstraß (Eds.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*, Berlin/New York 1992 (Akademie der Wissenschaften zu Berlin. Forschungsbericht 5), 283–304.
- 9 B. Joy, *Warum die Zukunft uns nicht braucht. Die mächtigsten Technologien des 21. Jahrhunderts – Robotik, Gentechnik und Nanotechnologie – machen den Menschen zur gefährdeten Art*, *Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ)*, 6.6.2000, Nr. 130, 49–51.
- 10 R. Kurzweil, *Der Code des Goldes*, *Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ)*, 17.6.2000, Nr. 139, 49.
- 11 R. A. Brooks, *Das Fleisch und die Maschine. Wie die neuen Technologien den Menschen verändern werden*, *Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ)*, 4.9.2000, Nr. 205, 49.

- 12 Vgl. R. Descartes, Oeuvres, I–XII, ed. Ch. Adam/P. Tannery, Paris 1897–1910, XI, 120.
- 13 Vgl. C. F. Gethmann, Heilen: Können und Wissen. Zu den philosophischen Grundlagen der wissenschaftlichen Medizin, in: J. P. Beckmann (Ed.), Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik, Berlin/New York 1995, 86–90.
- 14 V. v. Weizsäcker, Der Arzt und der Kranke. Stücke einer medizinischen Anthropologie, ed. P. Achilles u. a., Frankfurt a. M. 1987 (= Gesammelte Werke V), 12.
- 15 C. F. Gethmann, Anthropologische und ethische Grundlagen (mit J. Mittelstraß), Kapitel I einer Studie über Gesundheitsstandards (erscheint 2004).
- 16 Vgl. C. F. Gethmann, Phasenhaftigkeit und Identität menschlicher Existenz. Zur Kritik einiger Visionen vom Altern, in: Biomolecular Aspects of Aging – The Social and Ethical Implications (Max-Planck-Gesellschaft/Ernst Schering Research Foundation: Forum im Harnack-Haus, Berlin 8.–9. Dezember 2000), München 2002 (Max Planck Forum 4), 50–61.
- 17 Vgl. J. Mittelstraß, Zeitformen des Lebens, in: P. B. Baltes/J. Mittelstraß (Eds.), Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung (vgl. Anm. 8), 386–407.
- 18 Vgl. zum Folgenden J. Mittelstraß, The Future of Ageing, European Review. Interdisciplinary Journal of the Academia Europaea 10 (2002), 345–355.
- 19 A. Gehlen, Urmensch und Spätkultur. Philosophische Ergebnisse und Aussagen, Bonn 1956.
- 20 L. Hayflick, Biological Aging Theories, in: G. L. Maddox (Ed.), The Encyclopedia of Aging, New York 1987, 64–68.
- 21 Vgl. C. E. Finch, Longevity, Senescence, and the Genome, Chicago 1990.
- 22 Vgl. E. Fries, The Compression of Morbidity, The Milbank Quarterly 61 (1983), 397–419.
- 23 L. Schneider/J. M. Guralnik, The Aging of America. Impact on Health Costs, Journal of the American Medical Association 263 (1990), 2335–2340.
- 24 Vgl. I. C. Siegler, Developmental Health Psychology, in: M. Storandt/G. R. VandenBos (Eds.), The Adult Years. Continuity and Change, Washington D.C. 1989, 120.

- 25 F. Kambartel, Über die Gelassenheit. Zum vernünftigen Umgang mit dem Unverfügbaren, in: F. Kambartel, Philosophie der humanen Welt. Abhandlungen, Frankfurt a. M. 1989, 92.
- 26 Vgl. F. Kambartel, a.a.O., 92 f.
- 27 I. Kant, Was heißt: sich im Denken orientieren? A 319 f., Werke in sechs Bänden, ed. W. Weischedel, Darmstadt 1958, III, 277; vgl. Kritik der reinen Vernunft B 856, Werke II, 693.
- 28 F. Kambartel, a.a.O., 96.
- 29 F. Kambartel, ebd.
- 30 A.a.O., 99.
- 31 W. Gerok, Erkenntnissuche und Handeln in der Medizin – Möglichkeiten und Grenzen, in: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften. Jahrbuch 1995, Berlin 1996, 215.
- 32 Vgl. H.-B. Wuermeling, Zuletzt ist der Arzt immer allein, Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ), 10.8.1995, Nr. 184, 27.
- 33 Probleme um die Sterbehilfe. Eine Diskussion zwischen Dieter Birnbacher und Anselm W. Müller, Information Philosophie 30 (2002), H. 2, 116.
- 34 D. Birnbacher, ebd.
- 35 Vgl. W. Uhlenbruck, Der Wille des Sterbenden, Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ), 3.4.2002, Nr. 77, 13.