

Prof. Dr. Dr.h.c. Wolfgang Huber

Schriftliche Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für
Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestags

zu den Gesetzentwürfen zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen
Förderung der Selbsttötung / zur Regelung der ärztlich begleiteten
Lebensbeendigung / über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung
/ über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung

am 23. September 2015

1. Die Debatte über die derzeit dem Bundestag vorliegenden
Gesetzentwürfe gehört in einen weiteren Zusammenhang. Das
Verlangen nach ärztlicher Suizidassistenz entsteht vorrangig aus
der Furcht, dass die Möglichkeiten der modernen Medizin in einer
Weise eingesetzt werden, in welcher der Übergang von der
therapeutischen Bemühung um die Erhaltung des Lebens zur
Begleitung im Sterben nicht zur rechten Zeit erfolgt. Vorrangig ist
deshalb, dass therapeutisches Handeln sich auf das medizinisch
Indizierte konzentriert und dass eine angemessene palliative
Begleitung für alle erreichbar ist, die eine solche Begleitung
benötigen. Nötig ist ebenso eine angemessene und ausreichende
pflegerische Betreuung von alten Menschen, die fürchten, einsam
und unzureichend versorgt zu sein. Wo keine therapeutischen
Möglichkeiten mehr bestehen, heißt die vorrangige Konsequenz,

von der Fortsetzung kurativer Maßnahmen abzusehen, medizinisch und pflegerisch alle gebotenen palliativen Maßnahmen zu ergreifen und Kranke, wenn es so weit ist, im Sterben zu begleiten. Das Vertrauen, dass dieser Übergang zur rechten Zeit vollzogen wird, und die Gewissheit, dass gute palliative Sterbebegleitung für jeden Betroffenen erreichbar ist, sind die wichtigsten Antworten auf die gegenwärtige Suiziddebatte.

2. Zu denjenigen Fällen, in denen trotz angemessener palliativer Versorgung Menschen unter so schweren Schmerzen und auswegloser Verzweiflung leiden, dass sie aus diesem Grund ärztliche Unterstützung bei der Selbsttötung verlangen, müssen sich Ärztinnen und Ärzte in persönlicher Verantwortung gemäß ihrem Gewissen verhalten. Der ärztliche Beistand für einen Sterbenskranken mag in größter Not auch dahin führen, dass in freier Gewissensentscheidung, zu der das Bewusstsein der Schuldübernahme stets dazugehört, dem Wunsch des Kranken um Beihilfe bei der Selbsttötung stattgegeben wird. Doch aus dieser Grenzsituation – wie im Gesetzentwurf Hintze / Reimann / Lauterbach / Lischka – den einzigen Fall zu machen, in welchem die Selbstbestimmung des Patienten einer Regelung im Bürgerlichen Gesetzbuch bedarf, verschiebt die Proportionen in verhängnisvoller Weise. Es entsteht der Anschein, die Inanspruchnahme ärztlicher Assistenz bei der Beendigung des Lebens sei der entscheidende Fall für die Selbstbestimmung des Patienten. Der Gesetzgeber hat es dabei zu belassen, dass Beihilfe zum Suizid nicht unter Strafe steht; das gilt auch für Ärztinnen und Ärzte. Der Gesetzgeber hat dagegen nicht die Aufgabe,

standesrechtliche Regelungen durch staatliche Intervention außer Kraft zu setzen. Er muss Raum für persönlich verantwortete Gewissensentscheidungen lassen. Doch dieser Raum kann nicht dadurch geschaffen werden, dass die ärztliche Suizidassistenz zu einem rechtlich geregelten und anerkannten Teil ärztlichen Handelns wird. Aus der gewissensbestimmten Ausnahme eine in der Selbstbestimmung des Patienten begründete Normalität im ärztlichen Handlungsrepertoire zu machen, ist der falsche Weg. In die selbstbestimmten Entscheidungen der Patienten bringen Ärzte die Möglichkeiten der Hilfe ein, die diesseits der Selbsttötung liegen. Es muss ihnen verwehrt sein, die Suizidassistenz als eine ärztliche Handlungsmöglichkeit neben anderen anzubieten.

3. Da in dem Gesetzentwurf Hintze / Reimann / Lauterbach / Lischka die Selbstbestimmung des Patienten den ausschlaggebenden Bezugspunkt bildet, ist ausdrücklich auf den Diskussionsstand der medizinischen Ethik zu diesem Thema zu verweisen. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich ein weitgehender Konsens über vier Prinzipien herausgebildet, die für die medizinische Ethik zentrale Bedeutung haben: Autonomierespekt, Nicht-Schädigung, Wohltun und Gerechtigkeit. Aus diesen vier Kriterien nur ein einziges, den Respekt vor der Selbstbestimmung des Menschen, herauszuheben und darüber die anderen zu vernachlässigen, ist medizinethisch nicht zu vertreten. So findet beispielsweise der Respekt vor dem autonomen Wunsch eines Patienten stets an der Pflicht zur Nicht-Schädigung eine Grenze. Deshalb kann ein ärztliches Handeln, das medizinisch nicht indiziert ist, auch nicht mit dem Verweis auf die Selbstbestimmung

des Patienten verpflichtend gemacht werden. Vor selbstschädigendem Handeln müssen Ärztinnen und Ärzte Patienten auch dann zu bewahren suchen, wenn diese darin einen Ausdruck ihrer Selbstbestimmung sehen.

4. In der deutschen Debatte wird geltend gemacht, beim „selbstbestimmten Sterben“ könne es allein um den freiverantwortlichen Suizid, gegebenenfalls mit ärztlicher Assistenz, gehen. Wieder und wieder wird hervorgehoben, die Tötung auf Verlangen solle strafrechtlich verboten bleiben. Doch mit welchem Recht will man die „Tötung auf Verlangen“ aus den Handlungsweisen ausschließen, die unter Berufung auf „selbstbestimmtes Sterben“ zuzulassen sind? Dass das strafrechtliche Verbot in der Schweiz oder im US-amerikanischen Bundesstaat Oregon noch besteht, ist kaum eine zureichende Antwort auf diese Frage. Weiter führt der Blick auf Länder, in denen mit dem assistierten Suizid auch die Tötung auf Verlangen zugelassen wurde. In den Niederlanden beispielsweise wird dreimal so häufig die Tötung auf Verlangen praktiziert als der assistierte Suizid. Die Folgerung ist plausibel, dass Patientinnen und Patienten, die zwischen beiden Möglichkeiten wählen können, unter Berufung auf ihre Selbstbestimmung mit höherer Wahrscheinlichkeit die Fremdtötung auf Verlangen wählen als die Selbsttötung unter ärztlicher Assistenz. Man braucht andere Kriterien als nur dasjenige der Selbstbestimmung, wenn man die These verfechten will, dass es nur um den ärztlich assistierten Suizid, nicht aber (in einem nächsten Schritt) um die Tötung auf Verlangen geht. Andernfalls ist eine Entwicklung, in der zu einem späteren Zeitpunkt unter Berufung

auf das „selbstbestimmte Sterben“ eine Umsetzung des niederländischen Modells gefordert wird, durchaus vorstellbar. Wenn man einer solchen Entwicklung nicht die Bahn ebnen will, muss man die Verantwortung für das Leben und die ärztliche Pflicht, niemandem zu schaden, als eigenständige Aspekte in den Blick nehmen. Wo dagegen „selbstbestimmtes Sterben“ das einzige Kriterium ist, wird mit der Suizidassistenz zugleich die Tür zur Tötung auf Verlangen geöffnet.

5. In aller Regel besteht ein deutlicher Unterschied zwischen einem Handeln, das die Suizidhilfe zu einem Geschäftsfeld macht, und einem ärztlichen Handeln, das in persönlicher Verbindung zu einem Patienten und auf Grund langer und intensiver Begleitung in der konkreten, sich über längere Zeit abzeichnenden Situation dem Wunsch Raum gibt, dass der Tod in aussichtsloser Lage nicht nur durch Zulassen, sondern durch aktives eigenes Handeln des Patienten eintritt, gegebenenfalls unter ärztlichem Beistand. Ein solches gewissenbestimmtes Handeln der Ärztin oder des Arztes im Einzelfall unter Strafe zu stellen, wäre ebenso ein Eingriff in das ärztliche Ethos wie die rechtliche Anerkennung eines allgemeinen Anspruchs auf ärztliche Suizidhilfe. Das Eine wie das Andere geht über die Abwägung, die Ärztinnen und Ärzte zwischen spannungsvoll zueinander stehenden medizinethischen Prinzipien treffen müssen, hinaus. Ein genereller Anspruch auf ärztliche Suizidhilfe setzt wichtige Grundsätze des ärztlichen Ethos ebenso außer Kraft wie das Verbot einer gewissenhaften Abwägung, die sich aus der Teilnahme an der Lebensgeschichte eines Patienten und aus dem intensiven Gespräch mit ihm ergibt. Es ist schwer zu

begründen, dass eine Handlungsweise, die an sich straffrei ist, dann generell bestraft werden soll, wenn sie von Ärztinnen und Ärzten ausgeübt wird. Wenn deshalb – wie im Gesetzentwurf Sensburg / Dörflinger / Beyer / Hüppe – die Anstiftung zur Selbsttötung oder die Hilfe dabei generell unter Strafe gestellt wird, dann wird aus Anlass der Debatte über den ärztlich assistierten Suizid ein allgemeiner Straftatbestand eingeführt, der in voraussehbarer Weise schwere Gewissenskonflikte verschärfen statt respektieren wird. Die Einführung eines solchen Straftatbestands geht aber auch über diejenigen Gewissensentscheidungen hinweg, in denen Ärztinnen und Ärzte angesichts eines konkreten Einzelfalls dem Respekt vor dem dringlichen, in seiner Lebenssituation begründeten Sterbewillen eines Patienten Rechnung tragen.

6. Der Gesetzentwurf Künast / Sitte / Gehring / Amtsberg über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung bindet diese Straffreiheit an die Voraussetzung, dass der Wunsch zur Selbsttötung „freiverantwortlich“ gefasst und geäußert worden ist. Er stellt zudem die gewerbsmäßige Hilfe zur Selbsttötung unter Strafe.

Die Berufung auf einen „freiverantwortlichen“ Wunsch zur Selbsttötung stützt sich auf eine grundsätzliche Trennung zwischen dem Suizidwunsch bei psychischer Krankheit und dem Suizidwunsch bei physischer, in überschaubarer Frist zum Tode führender Krankheit. Im ersten Fall dürfen nach einer verbreiteten Einschätzung jedenfalls Ärztinnen und Ärzte dem Suizidwunsch unter keinen Umständen entsprechen, im zweiten Fall dagegen gilt es, diesen Wunsch zu respektieren. Die Unterscheidung der beiden Fallkonstellationen ist idealtypisch wichtig und weitet den Blick für

die unterschiedlichen Lebenssituationen, in denen Menschen suizidale Gedanken entwickeln. Die Anwendung auf den Einzelfall ist jedoch keinesfalls so einfach, wie es in der öffentlichen Debatte und auch in diesem Gesetzentwurf erscheint. Vielmehr ist zu berücksichtigen, dass nicht nur psychische, sondern auch schwere physische Erkrankungen psychische Wirkungen auslösen. Die Verzweiflung, die beispielsweise aus dem Verlust der Kontrolle über die Körperfunktionen entstehen kann, ist ein psychischer Zustand, auf den man anders reagieren sollte, als einfach dem Todeswunsch des Verzweifelten nachzugeben. Im Vordergrund muss vielmehr in jedem Fall die konkrete Situation des leidenden Menschen stehen. In jedem dieser Fälle muss sich die ärztliche Entscheidung an der Pflicht orientieren, nicht zu schaden.

Problematisch ist auch die Trennung „gewerbsmäßiger“ Hilfe zur Selbsttötung von deren „organisierter oder geschäftsmäßiger“ Form. Diese Trennung erscheint schon deshalb als problematisch, weil die „organisierte oder geschäftsmäßige“ Form der Suizidhilfe ohne Zweifel deren „gewerbsmäßige“ Form einschließt. Vermutlich ist vorausgesetzt, dass es neben gewerbsmäßigen Angeboten auch vereinsmäßig oder gemeinnützig organisierte Angebote dieser Art geben kann. Doch im Blick auf die Auswirkungen ist dieser Unterschied sekundär. Es kommt nicht darauf an, ob die Förderung der Selbsttötung mit einer Gewinnerzielungsabsicht verbunden ist, sondern ob sie regelmäßig und somit zu einem solchen Handeln verleitend (wie § 5 des Gesetzentwurfs richtig sagt) angeboten wird. Zudem kann kein Zweifel daran bestehen, dass auch vereinsmäßig oder gemeinnützig organisierte Initiativen dieser Art wirtschaftlich operieren; an den Bilanzen der entsprechenden schweizerischen

Organisationen kann man sich das exemplarisch verdeutlichen. Deshalb erscheint die Trennung zwischen „organisierter oder geschäftsmäßiger“ und „gewerbsmäßiger“ Form nicht sachgemäß zu sein.

8. Der Bundestag sollte sich wieder auf den Ausgangspunkt konzentrieren, der das Gesetzgebungsverfahren in dieser Frage ausgelöst hat. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf ist dadurch entstanden, dass sich Anbieter in Deutschland etablieren, die geschäftsmäßig für Suizidassistenten werben und damit den Suizid fördern. Das hat Auswirkungen, die mit den Erkenntnissen der Suizidforschung unvereinbar sind. Der Suizidwunsch wird nicht mehr als Appell an mitmenschliche Hilfe zum Leben, sondern als Bitte um Hilfe beim Sterben verstanden. Das, was auch im Fall von Suizidwünschen die Ausnahme bleiben muss, wird geschäftsmäßig zum Regelangebot. Deshalb weist der Gesetzentwurf Brand / Griese in die richtige Richtung, wenn er sich das Ziel setzt, das geschäftsmäßige Angebot wie den geschäftsmäßigen Vollzug von Suizidassistenten, sei es durch Ärzte oder andere Personen, zu untersagen und wirksam zu verhindern. Denn das geschäftsmäßige Angebot einer solchen Suizidhilfe enthält ebenso wie ein gesetzlicher Anspruch auf ärztliche Suizidassistenten ein Signal in eine falsche Richtung. Selbstbestimmung schlägt in Fremdbestimmung um. Der Suizid im Fall unheilbarer Krankheit würde zu einem Teil der gesellschaftlichen Normalität. Rechtzeitig Vorsorge dafür zu treffen, dass man an einem geeigneten Ort aufgenommen und von einem dafür spezialisierten Arzt betreut wird, gehörte dann zu den Vorsorgemaßnahmen, die zu treffen sind. Zu

bedenken ist auch: Das geschäftsmäßige Angebot ärztlicher Suizidassistenz enthält einen Anreiz dazu, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Geschäftsmäßig ausgestaltet, wird die Suizidassistenz in die Anreizökonomie eingefügt, die in vielen Bereichen an die Stelle einer Bedarfsökonomie getreten ist. Das Gesundheitswesen ist von diesem Systemwechsel ebenfalls betroffen. Sterbehilfe-Angebote fügen sich in diese Anreizökonomie ein, unabhängig davon, ob sie gewerblich oder anders organisiert sind. Dem darf nicht stattgegeben werden. Sterben und Tod müssen von dem Sog solcher „Incentives“ frei bleiben.

Ein Verbot der geschäftsmäßigen Suizidassistenz ist noch aus einem anderen Grund notwendig. Denn durch sie wächst der Druck, zur Selbsttötung bereit zu sein, wenn die Belastung von Angehörigen durch eine schwere Erkrankung zu groß wird. Die Tür, die im Namen der Selbstbestimmung des Patienten geöffnet wird, führt zu offener oder versteckter Fremdbestimmung. Ein strafrechtlich sanktioniertes Verbot der geschäftsmäßigen Suizidassistenz ist deshalb nicht ein Eingriff in die Selbstbestimmung des Patienten, sondern ein angemessener Schutz vor falschen Anreizen und bedrohlichem Druck. Zu Recht konzentriert sich deshalb der Gesetzentwurf Brand / Griese auf das strafrechtliche Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Deren Strafbarkeit soll dabei unabhängig davon gelten, ob diese Förderung von Ärzten oder anderen Personen betrieben wird.

Der Einwand, geschäftsmäßige Suizidassistenz und ärztliche Hilfe im Einzelfall auf Grund einer Gewissensentscheidung ließen sich nicht klar genug voneinander unterscheiden, erscheint nicht als

überzeugend. Ärztliches Handeln, das in persönlicher Verbindung zu einem Patienten und auf Grund intensiver Begleitung in der konkreten, sich über längere Zeit abzeichnenden Situation dem Wunsch Raum gibt, dass der Tod in aussichtsloser Lage nicht nur durch Zulassen, sondern durch aktives eigenes Handeln des Patienten eintritt, gegebenenfalls unter Beistand eines Arztes, ist von einem allgemeinen, an eine unbestimmte Adressatengruppe gerichteten Angebot klar zu unterscheiden. Eine ärztliche Begleitung, die im äußersten Notfall auch eine Beihilfe zur Selbsttötung nicht ausschließt, unterscheidet sich ebenso klar von einer Vereinbarung, die von vornherein diese Beihilfe zur Selbsttötung zum Gegenstand hat. Die Hilfe in einer konkreten Leidenssituation und die Aufnahme der Suizidassistenz in das normale ärztliche Handlungsrepertoire sollten nicht mit der Begründung gleichgesetzt werden, dass man nur auf diese Weise dem rechtlichen Bestimmtheitsgebot entsprechen könne. Schon die Erfahrungen, die man bisher mit den Angeboten an organisierter Suizidassistenz in Deutschland und in seinen Nachbarländern sammeln konnte, sprechen eine andere Sprache. Die geschäftsmäßige Förderung der Suizidassistenz ist das Problem, das ein gesetzgeberisches Eingreifen notwendig macht.

Anlage: Wolfgang Huber: Hilfe im Sterben, Hilfe zum Sterben, in: FAZ, 3.11.2014

Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 03.11.2014

Frankfurter Allgemeine
 ZEITUNG FÜR DEUTSCHLAND

Seite: 6
Ressort: Politik
Seitentitel: Die Gegenwart
Gattung: Tageszeitung

Nummer: 255
Auflage: 357.222 (gedruckt) 305.747 (verkauft)
 320.151 (verbreitet)
Reichweite: 0,76 (in Mio.)

Hilfe im Sterben, Hilfe zum Sterben

Umfassende und geistesgegenwärtige Pflege, die Seelsorge und den achtsamen Umgang mit den spirituellen Bedürfnissen der Menschen einschließt, eine Erweiterung der Hospizarbeit, zureichende palliativmedizinische Ausbildung sowie die Erreichbarkeit palliativer Hilfe für jeden, der sie braucht: Das sind die vorrangigen Antworten, die unsere Gesellschaft auf die Sorge um menschenwürdige Bedingungen beim Sterben geben muss.

Von Professor Dr. Wolfgang Huber
 In der neu entbrannten Debatte über den ärztlichen Beistand bei der Selbsttötung schwingen zwei unterschiedliche Seiten im Nachdenken über Sterben und Tod mit. In der menschlichen Lebensgeschichte ist es nicht nur wichtig zu lernen, mit dem Schmerz umzugehen, den der Tod anderer Menschen uns bereitet, insbesondere der Tod naher Angehöriger. Nötig ist es auch, den eigenen Tod zu antizipieren, also mit der eigenen Sterblichkeit umzugehen. Durch das Tötungsverbot wird uns die Pflicht auferlegt, das Leben anderer zu achten und zu schützen, soweit es in unserer Macht steht. Die Erweiterung medizinischer Möglichkeiten konfrontiert uns aber auch mit der Frage, welche Pflichten wir gegenüber dem eigenen Leben haben. Schon die frühe Christenheit hat in das Tötungsverbot auch den Angriff auf das eigene Leben einbezogen. Von nun an galt die Selbsttötung als moralisch verwerflich. Dass Menschen, die sich selbst das Leben genommen hatten, außerhalb des Kirchhofs verscharrt wurden, sollte abschreckend wirken. Das deutsche Wort "Selbstmord" verdeutlicht die Abwehr dieser Handlungsweise überscharf. Dabei wurde vorausgesetzt, dass es sich um eine willensbestimmte und in diesem Sinn "freiverantwortliche" Tat von verwerflichem Charakter handele. Dass die Selbsttötung oft ein Ausdruck der Verzweiflung und der Wunsch danach in vielen Fällen ein Zeichen seelischer Krankheit ist, wurde verkannt. Ein Wandel im ethischen Urteil war überfällig. Wer Menschen begegnet ist, die in der Verzweiflung über ihre Lebenssituation den Tod herbeisehnen, aber mit dem Abklingen ihrer Depression auch wieder lernen, das Leben zu bejahen, der weiß, dass der Todeswun-

sch Teil einer behandelbaren Erkrankung sein kann. Diese Erfahrung schränkt die Einsicht nicht ein, dass die Selbstbestimmung des Menschen auch seine Selbstbestimmung im Sterben einschließt. Aber sie schließt aus, dass man ein Recht auf Selbsttötung als allgemeine Norm feststellt; eine solche Norm kann es so wenig geben wie ein Recht auf Krankheit.

Menschen, die sich selbst das Leben nehmen wollen, wecken Mitgefühl und verdienen Beistand in der Krise, die in ihrem Suizidwunsch oder im Versuch der Selbsttötung zum Ausdruck kommt. Wir betrauern Menschen, die so aus dem Leben scheiden; in die Trauer mischt sich die Frage, was man selbst hätte tun können, um einen solchen Ausgang zu verhindern. Die Achtung vor dem Toten ist auch in einem solchen Fall ungeteilt. Doch die Tat selbst wird damit nicht gerechtfertigt. Die Gabe des Lebens wurde ausgeschlagen, wie tragisch oder verzweiflungsvoll die Gründe dafür auch immer waren.

Das Gebot, nicht zu töten, schließt den Umgang mit dem eigenen Leben ein; erst recht schließt die Achtung vor dem Leben eines anderen zuallererst den Versuch ein, dieses Leben auch dann zu retten, wenn ein Mensch sich selbst das Leben nehmen will. Vor seinem Todeswunsch zurückzuweichen oder ihn gar darin zu unterstützen kann nur ein äußerster Grenzfall sein. Es mag Situationen geben, in denen man sich aus Gewissensgründen dazu entschließt. Doch eine solche Gewissensentscheidung kann weder moralisch noch rechtlich zu einem Normalfall erklärt werden. Deshalb führt ein allgemeines Postulat der Suizidfreiheit oder eines Anspruchs auf Suizidassistenten in die falsche Richtung.

Zwar wird heute die Entscheidungsfreiheit des Menschen so weitgehend bejaht, dass sogar die Entscheidung zur Beendigung des eigenen Lebens einbezogen wird. Doch zugleich muss der Einsicht Rechnung getragen werden, dass eine Selbsttötung nie die isolierte Tat eines einzelnen Menschen ist. Sie ist eingebettet in das Geflecht seines Lebens. Auch soweit sie aus tiefer Einsamkeit heraus geschieht, sind auch an dieser andere beteiligt. Wir Menschen sind Beziehungswesen; wenn wir von Individualität sprechen, so ist damit gesagt, dass wir nicht nur zu anderen, sondern auch zu uns selbst in Beziehung treten können. Individualität meint also nicht: Beziehungslosigkeit.

Unter Berufung auf die Selbstbestimmung des Einzelnen wird in der neueren Diskussion ein Gleichgewicht von Leben und Tod, von Lebensentwürfen und "Sterbeentwürfen" vorausgesetzt, das unseren religiösen und kulturellen Traditionen, aber auch den Prinzipien des ärztlichen Ethos fremd ist. Diese Traditionen und Prinzipien sind durch den Vorrang des Lebens vor dem Tod, durch den Schutz des Lebens vor unzeitigem Sterben und durch die Verantwortung des Einzelnen nicht nur für das eigene, sondern auch für fremdes Leben geprägt.

Der Schöpfungsgedanke der jüdischen und christlichen Glaubenstradition reflektiert die Erfahrung, dass die Welt, in der wir leben und die wir als sinnhaft erfahren, eine Schöpfungsgabe und bei aller Gestaltbarkeit mehr ist als ein Produkt menschlichen Handelns. Zum Schöpfungsgedanken gehört zugleich die Einsicht, dass wir unser eigenes Leben nicht selbst hervorbringen, sondern empfangen. Menschliches Leben ist nicht ein Projekt, sondern eine Gabe.