

# Menschenwürdiges Sterben

Gunnar Duttge

## 1 Recht und Ethik der „Sterbehilfe“

„Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist [...] mehr als eine juristische Vertragsbeziehung. [...] Weit mehr als sonst in den sozialen Beziehungen des Menschen fließt im ärztlichen Berufsrecht das Ethische mit dem Rechtlichen zusammen.“ Mit dieser vielzitierten Redewendung aus der Feder Eberhard Schmidts,<sup>1</sup> die auch das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss zum Arzthaftungsrecht aufgegriffen hat,<sup>2</sup> findet sich der weithin geteilte Gedanke zum Ausdruck gebracht, dass Medizinrecht und Medizinethik sich nicht als zwei hermetisch geschlossene Kreise einander beziehungslos gegenüberstehen, sondern zwei sich wechselseitig befruchtende normative Sphären bilden, in deren Rahmen der Ethik eine mindestens dreifache Funktion zukommt: Erstens der innerrechtlichen Segmentierung und damit einhergehenden Gefahr von Widersprüchen vorzubeugen („einheitsstiftende Funktion“), zweitens bei der Ausfüllung leitender Prinzipien wie etwa der „Patientenautonomie“ Reflexionspotential bereitzustellen („Ausfüllungsfunktion“)<sup>3</sup> und schließlich drittens neuen Regelungsbedarf anzuzeigen bzw. auf den Weg gebrachte neue Rechtsvorschriften kritisch zu begleiten („rechtspolitische Funktion“).<sup>4</sup> Das Recht nimmt, wie es der Altmeister des Arztrechts Adolf Laufs formuliert hat, „arztethische Prinzipien auf oder gründet auf ihnen und findet andererseits an der Berufsethik und ihrem Organ, dem Gewissen des Arztes, eine Grenze: dann stehen Recht und Gewissen in einem Spannungsverhältnis“<sup>5</sup>.

Ein solches Spannungsfeld zeigt sich seit längerem im Kontext der Frage, was eine „Ethik des Sterbens“ in Bezug auf Patienten in ihrer letzten Lebensphase erfordert: Hier ist zum einen der Kampf um die „Selbstbestimmung“ im Widerstreit zur ärztlichen „Fürsorge“ weiterhin im

---

<sup>1</sup> Schmidt 1957, 2.

<sup>2</sup> BVerfG, NJW 1979, 1925, 1930.

<sup>3</sup> Zum Selbstverständnis der Medizinethik „als eine Reflexion auf das moralisch Richtige und Falsche“ vgl. jüngst Rütger 2013, 11 u. 13.

<sup>4</sup> Dazu näher Duttge 2006, 332.

<sup>5</sup> Laufs 1980, 2.

Gänge, ungeachtet der im Jahre 2009 erfolgten gesetzlichen Verankerung der Patientenverfügung als vorgeblich wirkmächtiges Instrument der individuellen Vorsorge. Dass die juristisch dekretierte strikte Verbindlichkeit darin enthaltener Willensbekundungen des Patienten, ohne jedwede vorherige ärztliche Beratung und in beliebiger Lebenssituation meist nur auf der Basis von fachfremdem „Fernschwischen“ über die moderne Intensivmedizin verfasst, bei den immerhin mitverantwortlichen Ärzten<sup>6</sup> (vgl. § 1901b Abs. 1 BGB) generaliter für großes Unbehagen sorgt, weil so das ärztliche Wissen und Können tendenziell ausgesperrt bleibt, provoziert geradezu die Suche nach Umgehungs- und Ausweichmöglichkeiten. Und bei der nicht minder aktuellen Frage nach dem ärztlich assistierten Suizid (der sog. Suizidbeihilfe) ist der einst bestehende Konsens hinsichtlich des ärztlichen Selbstverständnisses längst zerbrochen, spätestens seit die Landesärztekammern auf das ausnahmslose Verbot des § 16 S. 3 MBO<sup>7</sup> höchst unterschiedlich reagieren – nicht allein durch textgleiche Übernahme (Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Saarland, Sachsen, Thüringen), sondern durch abgeschwächte Formulierungen („sollen“: Westfalen-Lippe; „darf nicht aktiv verkürzen“: Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein) oder schlichtes Ignorieren (Baden-Württemberg, Bayern).<sup>8</sup>

Schon hier kommen facettenartig widerstreitende Idealvorstellungen von einem „guten Sterben“ zum Vorschein, sei es bei der Frage, wer über die „Aussichtslosigkeit“ bzw. „Sinnlosigkeit“<sup>9</sup> einer („künstlichen“) Lebensverlängerung aufgrund welchen Entscheidungsmaßstabes zu befinden hat, sei es bei jener anderen, ob auch eine Leidensminderung per „Freitod“ (und das Mitwirken eines Arztes hieran) als ein „würdiges Sterben“ gelten kann. Letzteres wird etwa unter Verweis auf die menschenrechtliche Dignität eines „Selbstbestimmungsrechts“ auch zum Tode hin u.a. von „Dignitas“ behauptet,<sup>10</sup> von vielen anderen hingegen insbesondere

---

<sup>6</sup> Selbstredend sind die jeweiligen Rollenträgerinnen – hier also Ärztinnen – stets einbezogen.

<sup>7</sup> § 16, S. 3 Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) lautet: „Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“.

<sup>8</sup> Vgl. zuvor bereits die Ergebnisse einer Erhebung des Allensbacher Instituts für Demoskopie, abrufbar unter: <http://www.bundesärztekammer.de/downloads/sterbehilfe1.pdf>), wonach sich ca. 30 % der Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzte für eine (missverständlich so bezeichnete) „Legalisierung“ ausgesprochen haben.

<sup>9</sup> Zur Problematik der „einseitigen“ (ärztlichen) Therapiebegrenzung wegen „Nutzlosigkeit“ („futiliy“) etwa Duttge, NStZ 2006, 479f. m.w.N.

<sup>10</sup> Vgl. die Hinweise auf der Homepage von „Dignitas“ (<http://www.dignitas.ch/>), unter Verweis auf die Rspr. des EGMR.

dann bezweifelt, wenn eine solche Suizidbegleitung in Gewinnerzielungsabsicht erfolgt: So hat das VG Hamburg im Fall „Roger Kusch Sterbehilfe i.V.“ zwar für den Suizidenten selbst anerkannt, dass in dessen Todeswunsch – sofern bei „klarem Bewusstsein“ gebildet und als „unbedingter Entschluss“ in Erscheinung tretend – eine „persönliche Grenzzentscheidung“ zum Ausdruck kommen könne, die dann als Manifestation des höchstpersönlichen Selbstbestimmungsrechts auch zu respektieren sei;<sup>11</sup> eine „kommerzialisierete“ Suizidbeihilfe müsse jedoch als „sozial unwertig“ betrachtet werden.<sup>12</sup> Ganz auf derselben Linie liegt der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur „Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ vom 22.10.2012, der hervorhebt, dass der „qualitative“ Unterschied zur sonst denkbaren Suizidbeihilfe (etwa verübt durch Angehörige) in dem „fatalen Anschein“ einer „Normalisierung“ der Selbsttötung sowie der Beihilfe hierzu als „gewöhnliche Dienstleistung“ liege.<sup>13</sup> In dieser Grenzziehung wird von anderen wiederum eine ungerechtfertigte „Privilegierung“ jener angesehen, die ohne kommerzielles Interesse (d.h. entweder immateriell-egoistisch oder altruistisch) handeln. Denn die Selbsttötung als notwendiger Bezugspunkt solcher Hilfeleistung sei eine für sich verwerfliche („sittenwidrige“) Tat,<sup>14</sup> die sich insbesondere nicht durch die „Autonomie“ des Menschen rechtfertigen lassen – in der Argumentationsweise des Mannheimer Medizinethikers Axel Bauer: „Die Autonomie [...] hat ihren Grund in der physischen Existenz der Person; [...] daher beschränkt sich die legitime Reichweite der menschlichen Selbstbestimmung auf den Bereich diesseits ihrer physischen Grundlage.“<sup>15</sup> Um dem Suizid generaliter die „soziale Anerkennung“ zu versagen, soll demzufolge etwa nach dem Vorbild des österreichischen Rechts jedwede Mitwirkung an der Selbsttötung als „delictum sui generis“ pönalisiert werden.<sup>16</sup>

Was ist nun gemeint, wenn allenthalben vom „würdigen“, vom „menschengemäßen“ bzw. „humanen Sterben“<sup>17</sup> gesprochen wird? Offensichtlich sehr Unterschiedliches, je nachdem, welche Aspekte die jeweilige Vorstellung von einem „guten Sterben“ prägen. Der Palliativmediziner und frühere Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

---

<sup>11</sup> Vgl. auch die Einstellungsverfügung der Staatsanwaltschaft München, MedR 2011, 291–293 und zum Fall Kusch den Beitrag von Kristina Klitzke in diesem Band.

<sup>12</sup> VG Hamburg MedR 2009, 550, 555.

<sup>13</sup> BT-Drucks. 17/11126, 1, 5.

<sup>14</sup> So die Rspr. des BGH in Strafsachen, vgl. BGHSt 6, 147, 153; 46, 279, 246 (modifiziert in: „rechtswidrig“).

<sup>15</sup> Bauer 2012, 113, 117.

<sup>16</sup> A.a.O. 117f., 119; ebenso Bauer 2011, 518, 522 sowie Bauer 2013, 93, 131–133.

<sup>17</sup> Müller-Busch 2012, 29, 36 et passim.

Christoph Müller-Busch formuliert aus der ärztlichen Perspektive, dass „der Tod [...] kein eigenständiges Therapieziel sein [könne], sehr wohl aber ein Sterben unter würdigen Bedingungen“<sup>18</sup>: Ist „Menschenwürde“ also eine Seinsweise des täglichen Lebens, die es anzustreben oder gar (mit Blick auf die Unantastbarkeitsformel des Art. 1 Abs. 1 GG) strictissimo zu beachten gilt – dann aber nicht nur für den behandelnden Arzt, sondern ebenso für den Patienten selbst? Der viel zitierte Wunsch nach einem „menschewürdigen Sterben“ legt diese Deutung nahe, weil Menschen damit ihrer großen Sorge Ausdruck verleihen, im Zustand der Hilflosigkeit den Schattenseiten der hochtechnisierten und perfektionierten Intensivmedizin „auf Gedeih und Verderb“ ausgeliefert zu sein, die „das Leben eines Individuums auch dann noch erhält, wenn es gar nicht mehr aus eigenem Anspruch gelebt werden kann“.<sup>19</sup> Von hier aus versteht sich die populäre, auch in zahlreichen vorformulierten Patientenverfügungen begegnende Unterscheidung zwischen einer (angeblich „bösen“) „künstlichen Lebensverlängerung“ und dem (angeblich „guten“) „natürlichen Sterben“. Zuletzt sprach selbst der Bundesgerichtshof in seinem vielfach wegen seiner nachdrücklichen Stärkung des Selbstbestimmungsrechts gefeierten Grundsatzurteil im „Fall Putz“ von einer erlaubten Therapiebegrenzung allein in jenen Fällen, in denen sich „das Handeln darauf beschränkt, einen Zustand (wieder-)herzustellen, der einem bereits begonnen Krankheitsverlauf seinen [natürlichen, G.D.] Lauf lässt, [...] so dass der Patient letztlich dem Sterben überlassen wird“<sup>20</sup>; demgegenüber stelle sich ein „Eingriff, der die Beendigung des Lebens vom Krankheitsprozess abkoppelt“, als „eigenmächtig und in selbstherrlicher Weise über die medizinische Einschätzung hinwegsetzendes“, mithin illegitimes Tun dar<sup>21</sup>. Es liegt auf der Hand, dass damit hinter der Fassade des von individuellen Richtigkeitsvorstellungen geprägten Selbstbestimmungsrechts die Idee von einem allgemein „guten Sterben“ hervorlugt, die bei „lebensbedrohlich erkrankten Patienten“ ein „Sterbenlassen“ in Übereinstimmung mit der ärztlichen Vernunft akzeptiert, nicht aber die lebensbeendende Disposition des Einzelnen jenseits dieses engen Zusammenhangs – obgleich sich der Gesetzgeber mit seiner Regelung zur Patientenverfügung gerade dezidiert gegen eine „Reichweitenbeschränkung“ ausgesprochen hat (vgl. § 1901a Abs. 3 BGB)<sup>22</sup>. Gibt es aber heute, in einer pluralis-

---

<sup>18</sup> A.a.O. 92.

<sup>19</sup> Gerhardt 2004, 161, 170f.

<sup>20</sup> BGH NJW 2010, 2963, 2967: „Der Begriff der Sterbehilfe [...] setzt voraus, dass der betroffene Patient lebensgefährlich erkrankt ist; [...] nur in diesem Zusammenhang hat der Begriff der Sterbehilfe einen [...] legitimierenden Sinn.“

<sup>21</sup> So BGH NJW 2011, 161, 163.

<sup>22</sup> Zur Debatte im Vorfeld der Kodifizierung näher Duttge et al. 2006, 16.

tischen, weltanschaulich säkularisierten Gesellschaft, überhaupt (noch) ein gemeinsames Bild vom „guten Sterben“?

## 2 Der „gute Tod“ in Geschichte und Gegenwart

Ob diese ihrem Leben unter Umständen auch selbst ein Ende setzen dürfen, ist im Laufe der Philosophie- und Kulturgeschichte nicht minder höchst unterschiedlich beantwortet worden:<sup>23</sup> Für Thomas von Aquin etwa beinhaltet der Suizid eine gleich dreifache „Pflichtwidrigkeit“: erstens gegen die (auf Selbsterhaltung gerichtete) „Natur“ des Menschen, zweitens gegen die Sozialgemeinschaft<sup>24</sup> und drittens gegen Gott, dessen „Geschenk“ nicht missachtet werden dürfe.<sup>25</sup> Auch Kant verneinte die Berechtigung, über das eigene Leben zu disponieren, weil ein Subjekt nur über Sachen verfügen könne: Ein Mensch sei stets Person und niemals zugleich Sache – „das ist eine Kontradiktion“<sup>26</sup>. Wenn aber ein Suizident nach selbstgesetzten „Zwecken“ aus dem Leben zu scheiden sucht, kann gar keine Rede davon sein, sich selbst als „bloßes Mittel“ zu behandeln. Mehr noch: Es ist sogar schlechterdings unmöglich, dass eine Person über sich selbst so wie über Dinge und andere Personen „bloß als Mittel“ verfügt (weil niemand gleichzeitig wie eine Sache willenlos *und* willensgetragen wie eine Person handeln kann), weil er zu sich als Person ein reflexives und kein transitives Verhältnis hat, so dass mit Hector Wittwer<sup>27</sup> das Kantsche Argument des (vermeintlichen) Selbstwiderspruches seiner Grundlage entbehrt. Soweit Kant darüber hinaus in § 6 seiner „Tugendlehre“<sup>28</sup> annimmt, dass die Vernichtung des Subjekts der Sittlichkeit einer Vernichtung der „Sittlichkeit selbst ihrer Existenz nach“ gleichkomme, d.h. dadurch „die Menschheit in seiner Person (*homo noumenon*) abgewürdigt“ werde<sup>29</sup>, so ist mit William Frankena zu erwidern: „Die Moral ist für den Menschen geschaffen, nicht der Mensch für die Moral.“<sup>30</sup> Ernst Tugendhat sieht Kant deshalb (insoweit) als „Kind der christlichen Tradition“; wenn diese über die „Geschenk“-Metapher eine „Heiligkeit“ bzw.

---

<sup>23</sup> Dazu statt vieler nur Decher 1999.

<sup>24</sup> In diesem Sinne bereits Aristoteles, Nikomachische Ethik, 5. Buch, Kap. 15, 1138a 11–14.

<sup>25</sup> Thomas von Aquin, Summa Theologiae, Teil II-II, Quaestio 64.

<sup>26</sup> Kant, Eine Vorlesung über Ethik, Refl. 6081.

<sup>27</sup> Ausführlich: Wittwer 2001, 180–209, insbes. 188f.

<sup>28</sup> Also nicht in seiner Rechtslehre!

<sup>29</sup> Kant, Metaphysik der Sitten, Zweiter Teil, I. Ethische Elementarlehre, 1. Teil, 1. Buch, § 6 („Von der Selbstentleibung“), Ak VI 422f.

<sup>30</sup> Frankena 1994, 64.

„Unantastbarkeit“ menschlichen Lebens ins Feld führe, so kann das nur für die Gläubigen Geltung beanspruchen: „Entfällt diese Voraussetzung [scil: dass das Leben etwas von Gott Gegebenes und deshalb für den Einzelnen indisponibel sei, G.D.], so entfällt auch die normative Folge.“<sup>31</sup> Dem Selbsterhaltungs-Argument hat schließlich schon David Hume nachdrücklich entgegengehalten, dass Alter, Krankheit oder Unglück unter Umständen sehr wohl „das Leben zu einer Last und selbst schlimmer als seine Vernichtung machen können“<sup>32</sup>. Deshalb habe, so bereits der berühmte 70. Brief Senecas an Lucilius,

„das ewige Gesetz nichts Besseres geleistet, als dass es uns einen einzigen Eingang in das Leben gegeben [hat], Ausgänge [hingegen] viele. Ich soll warten auf einer Krankheit Grausamkeit oder eines Menschen, obwohl ich in der Lage bin, mitten durch die Qualen ins Freie zu gehen und Widerwärtiges beiseite zu stoßen? Das ist das einzige, weswegen wir über das Leben nicht klagen können: niemand hält es.“<sup>33</sup>

Vor diesem Hintergrund kann es nicht verwundern, dass die Vielfalt dessen, was nach den Vorstellungen der Menschen ein „gutes Sterben“ ausmacht, in einer pluralistischen Gesellschaft der Moderne nicht geringer geworden ist: Kulturoziologische Studien sprechen heute durchweg von einer „Individualisierung“ des Umgangs mit Sterben und Tod,<sup>34</sup> und eben diese Offenheit für höchstpersönliche Patientenwünsche zählt gleichsam zum essentiellen Selbstverständnis von Hospizbewegung und Palliativmedizin. So erläutert die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ (2010)<sup>35</sup> in ihrem ersten „Leitsatz“ das Recht auf ein „würdiges Sterben“ mit der Erwägung, dass jeder Mensch darauf vertrauen können müsse, in seiner letzten Lebensphase „mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Wertvorstellungen respektiert“ zu werden. Der Theologe Rainer Anselm spricht ganz ähnlich von einem „Sterben, das sich als integrierbar in die eigene Lebensführung erweist“, mithin nach Maßgabe des je individuellen, höchstpersönlichen Lebensentwurfs.<sup>36</sup> Nach Müller-Busch geht es im Kern um die notwendige „Hinwendung zum Menschen“ durch empathische, achtsame und vertrauensvolle Begleitung des Einzelnen mit seinen jeweiligen physischen, psychosozialen und spiri-

---

<sup>31</sup> Tugendhat 1994, 123, 127 u. 129.

<sup>32</sup> Hume 1984, 89.

<sup>33</sup> Seneca, Philosophische Schriften Bd. 4, 2. Aufl. 1987, 11.

<sup>34</sup> Dazu Kersting 2010, 199f. m.w.N.

<sup>35</sup> Abrufbar unter: [http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl\\_files/dokumente/Charta\\_Broschuere.pdf](http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl_files/dokumente/Charta_Broschuere.pdf).

<sup>36</sup> Anselm 2008, 65.

tuellen Bedürfnissen und Problemen.<sup>37</sup> Freilich kennt das palliativmedizinische „Empowerment“ sterbenskranker Patienten durchaus Grenzen: Im Mittelpunkt stehe die Linderung des Leids, nicht jedoch die „Abschaffung des Leidenden“, d.h. durch eine auf verbesserte Lebensqualität hin ausgerichtete Intensivmedizin werde der Tod zwar als biologische Notwendigkeit anerkannt, nicht aber gesucht; Palliativmedizin ermögliche vielmehr eine „auf ein friedliches und erträgliches humanes Sterben hin orientierte Abschiedsbegleitung, die dem Tod seine spirituelle und individuelle Bedeutung zugesteht“<sup>38</sup>.

Wenn die „eigentliche Aufgabe“ des Arztes nun allerdings in der Suizidvermeidung und nicht in der Suizidermöglichung liegen soll,<sup>39</sup> so bestätigt dies die verschiedentlich geäußerte Vermutung, dass „auch der gegenwärtige Umgang mit Sterben und Tod nicht frei von Leitbildern des guten Todes ist“ – die überdies keineswegs immer als „Leitbilder“ erkannt und reflektiert werden.<sup>40</sup> Schon die Rede von einem „selbstbestimmten Sterben“ imaginiert selbst ein Ideal, das sich nicht nur an den realexistierenden institutionellen, ökonomischen und sozialen Bedingungen bricht, sondern längst zu einer Norm geronnen ist, die in ihrem appellativen Charakter – Sorge „eigenverantwortlich“ vor! – gewiss nicht von allen Bürgern freudig goutiert wird: Man denke bloß an die noch immer eher bescheidende Verbreitung von Patientenverfügungen<sup>41</sup> und ihren zurückhaltenden Gebrauch durch Familienangehörige im Angesicht der akuten Entscheidungssituation. Die Annahme liegt nahe, dass sich hinter dem Ideal der individuellen Selbstbestimmung kulturelle, soziale und ökonomische Normierungen verbergen, so dass schon deshalb, aber auch mit Blick auf die unvermeidliche Begrenztheit individueller Vernunft, das Leitbild des „selbstbestimmten Sterbens“ noch längst nicht einen „guten Tod“ garantiert.<sup>42</sup> Beachtung verdient in diesem Zusammenhang insbesondere die Erkenntnis, dass die allerletzte Lebensphase äußerst kostenträchtig ist<sup>43</sup> und infolgedessen der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, der inzwischen weithin bekannten Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen könnte hier – bei den „ohnehin infausten Patienten“ –

---

<sup>37</sup> Müller-Busch 2012, 13, 17f., 32, 35, 40 et passim.

<sup>38</sup> A.a.O. 80, 85 et passim.

<sup>39</sup> A.a.O. 89.

<sup>40</sup> Kersting 2010, 200.

<sup>41</sup> Eine aktuellere Erhebung unter Seniorenheimen einer Großstadt (!) ermittelte, dass 11 % der Bewohner eine Patientenverfügung verfasst hatten und lediglich 1,4 % eine Vollmacht erteilt hatten: Sommer et al. 2012, A-577.

<sup>42</sup> Vgl. Kersting 2010, 200.

<sup>43</sup> Statt vieler nur Levinsky et al. 2001, 1349–1355.

besonders effektiv entgegengewirkt werden.<sup>44</sup> Und dies gilt umso mehr, als sich die dazu motivierende schlagende Effizienzlogik seit langem ausgesprochen findet – so etwa schon in dem 1978 erschienenen Roman „Der moderne Tod. Vom Ende der Humanität“ des schwedischen Autors Carl-Henning Wijkmark, wenn es dort heißt:

„Wenn die Mittel nicht ausreichen, um alle zu retten, die rein technologisch mit einer modernen Behandlung gerettet werden könnten, muss es entweder dem Zufall überlassen werden, wer sterben muss, oder es muss eine rationale Auswahl getroffen werden, die eine vergleichende Bewertung des Menschenlebens zum Inhalt hat; einen dritten Weg gibt es nicht, weil die Mittel niemals für alle ausreichen [...]“<sup>45</sup>

Letztlich stehen somit höchst unterschiedliche Rationalitäten im Raum, ohne dass sich ab ovo erkennen lässt, welche von ihnen – sei es allgemein oder im konkreten Anwendungsfall – die größere Überzeugungs- und Wirkkraft verdient: So lässt sich gegen die in Medizinrecht und -ethik betonte Hochschätzung des Selbstbestimmungsrechts von Patienten so lange nichts einwenden, wie es darum geht, einer „Verdinglichung“ und „Verobjektivierung“ des Einzelnen im undurchschaubaren Räderwerk eines Großkrankenhauses etwas entgegenzusetzen. Doch das Anliegen erschöpft sich nicht in einer bloßen Veränderung der Machtverhältnisse durch Übertragung der Entscheidungsbefugnis auf den – im Übrigen hilfeschuchenden (!) – Patienten; diesen „auf Augenhöhe“ zu bringen<sup>46</sup> dient vielmehr einem darüber hinausreichenden Zweck: durch Partizipation und dialogisches Miteinander, durch Bündelung ärztlichen und höchstpersönlichen Expertenwissens, letztlich ein reflektiertes und für alle akzeptierbares, allseits „vernünftig“ und „richtig“ erscheinendes Handeln zu ermöglichen. Eben deshalb bildet nicht etwa die Einwilligungsbefähigung als solche, sondern der „*informed consent*“ die zentrale Kategorie innerhalb des Arzt-Patienten-Verhältnisses<sup>47</sup> und beschränkt sich auch das neue Betreuungsrecht nicht etwa darauf, Patientenverfügungen beliebigen Inhalts einfach für verbindlich zu erklären. Vielmehr wird vor deren Abfassen die Inanspruchnahme ärztlicher Expertise immerhin empfoh-

---

<sup>44</sup> Zur längst im Gange befindlichen Debatte um eine Ressourcenbegrenzung auch bei Patienten am Lebensende vgl. die Beiträge in Duttge/Zimmermann-Acklin 2013.

<sup>45</sup> Wijkmark 2001 (Ersterscheinung 1978), 31.

<sup>46</sup> Diese Überlegung betont die Gesetzesbegründung zum neuen „Patientenrechtegesetz“ v. 20.2.2013 (BGBl. I, 277), vgl. BT-Drucks. 17/10488, 9.

<sup>47</sup> Nach vorherrschender Rechtslage bedarf auch ein wirksamer Aufklärungsverzicht – je nach Dringlichkeit und Komplexität des Heileingriffs – einer wenigstens überschlüssigen Warnung vor evtl. Risiken.

len<sup>48</sup> und bedarf es hernach, um eine Patientenverfügung in der konkreten Entscheidungssituation zur Anwendung zu bringen, des Durchschreitens eines gestuften Kommunikationsprozesses, innerhalb dessen die letztverbindliche Deutungshoheit zur Ermittlung des Patientenwillens dem behandelnden Arzt entzogen (da mutmaßlich in einem Rollenkonflikt befindlich), jedoch der anstelle dessen zur Interpretation und Durchsetzung berufene Betreuer oder Gesundheitsbevollmächtigte (vgl. § 1901a Abs. 1 BGB) seinerseits einer doppelten Plausibilitätskontrolle – zuerst durch den behandelnden Arzt (vgl. § 1901b Abs. 1 BGB) und im Dissensfall anschließend durch das Betreuungsgericht (vgl. § 1904 Abs. 2, 4 BGB) – unterworfen ist. Mit diesem Konzept des „check and balances“ (das freilich die ärztliche Indikationsstellung ausspart)<sup>49</sup> ist es dem Normgeber ersichtlich darum gegangen, die typischerweise zu besorgenden Störquellen (Rollenkonflikte, Eigeninteressen etc.) auszuschließen und dadurch den Weg zu einer im Ganzen „vernünftigen“ Lösung des jeweiligen Entscheidungsdilemmas – der berühmten Frage nach dem: „Was soll ich tun?“ – zu eröffnen.

Hierin zeigt sich zugleich die bedeutsame Divergenz zwischen einer bloß konkrete verfahrensbezogene Entscheidungszuständigkeiten erfassenden „Selbstbestimmung“ und einer die übergreifende „Vernünftigkeit“ und Legitimation implizierenden (z.B. Patienten-)„Autonomie“: Diese meint bekanntlich eine Selbstgesetzgebung des Willens in dem Sinne, dass die menschliche Freiheit nicht bloß ein Spielball empirischer (soziokultureller, institutioneller etc.) Gesetzmäßigkeiten und damit von vornherein vielfältig bedingt und inhaltlich vorgeprägt, sondern Ausdruck eines (nur formal zu begreifenden)<sup>50</sup> „allgemein gesetzgebenden Willens“<sup>51</sup> ist. Dieser kann dem Einzelnen zwar als *homo phaenomenon*, als Gestalter seiner konkret-praktischen Verhältnisse niemals wirklich zugänglich sein, doch erschließt sich hier eine normativ-kritische Instanz<sup>52</sup> mit dem Anspruch, die eigenen Handlungszwecke im Lichte dieser übergreifenden „Vernunft“ stets (fortlaufend) zu überprüfen. In Bezug auf den hiesigen Sachkontext können die verschiedenen Leitbilder eines „guten Sterbens“ damit schon denknotwendig nichts weiter sein als unverbindliche Vorschläge, die dem Einzelnen die Orientierung im lebenspraktischen Umfeld selbstredend erleichtern, aber nicht die Richtigkeit dieser Praxis sicherstellen. Um diesem Anspruch näher zu kommen, müssen die Leitbilder selbst erst

---

<sup>48</sup> Im Vorfeld des Patientenverfügungsgesetzes für eine verbindliche ärztliche Aufklärung plädierend: Duttge et al. 2. Aufl. 2006, 30–33.

<sup>49</sup> Zur Problematik näher Duttge, NStZ 2006, 479f.

<sup>50</sup> Dazu näher Löwe/Duttge 2006, 351–384.

<sup>51</sup> Kant, GMS, Ak IV 431.

<sup>52</sup> Kersting 2010, 212.

sichtbar gemacht und im vorurteilsfreien Diskurs einer „idealen Sprechergemeinschaft“<sup>53</sup> kritisch reflektiert werden. Reflexion impliziert wiederum die Suche nach „guten Gründen“, deren Überzeugungskraft sich am Ende durch nichts weiter evaluieren lässt als durch die Kraft der Argumente. Entscheidend ist dabei die perspektivische Offenheit des Urteilenden für widerstreitende Sichtweisen und jener diese jeweils tragenden Argumente ähnlich dem Rawlsschen „Überlegungsgleichgewicht“<sup>54</sup>; als „wohlbegründet“ lässt sich ein Urteil nur dann bezeichnen, wenn es den Anspruch erheben kann, sich unter allen denkbaren Gesichtspunkten (vorläufig) als vorzugswürdig oder jedenfalls gut vertretbar zu erweisen.

### 3 Die „Natürlichkeit“ als „guter Grund“?

Die derzeit geltende Rechtslage und mehrheitliche Moralauffassung im Kontext der so genannten „Sterbehilfe“ misst – wie eingangs skizziert – dem Gedanken des „natürlichen“ Geschehensverlaufs eine gewichtige Bedeutung zu: Eine Therapiebegrenzung erscheint nicht zuletzt deshalb akzeptierbar, weil dadurch dem „natürlichen Verlauf des Krankheitsprozesses“ Rechnung getragen, weil damit das „Sterben zugelassen“<sup>55</sup> werde – und dies ganz unabhängig davon, ob durch das „Selbstbestimmungsrecht“ oder wegen so genannten „Wegfalls der ärztlichen Indikation“ gerechtfertigt. Wo sich dagegen die jeweilige Handlungsweise als „eigenmächtig“<sup>56</sup> erweise, sei es durch „künstliche Lebensverlängerung“ oder „unnatürliche“ Lebensverkürzung (Suizid bzw. aktiv-direkte Tötung auf Verlangen), weckt dies offenbar unwillkürlich den Impuls, dass es sich dabei um etwas „Falsches“, „Unerlaubtes“ oder doch jedenfalls künftig zu Verbiehendes handle. Von einem realiter „natürlichen“ Sterben ließ sich allerdings nur so lange sprechen, wie die Medizin noch keine tauglichen Mittel zur Bekämpfung lebensbedrohlicher Erkrankungen besaß; eben aus diesem Grunde untersagte der Hippokratische Eid etwa das so genannte „Steine schneiden“<sup>57</sup>. Seit die moderne Intensivmedizin jedoch selbst bei-

---

<sup>53</sup> Habermas 1984, 118.

<sup>54</sup> Rawls 1975, 38f., 68–70.

<sup>55</sup> So die auffallend populäre Formel, nicht selten versehen mit dem Zusatz: „sobald die Zeit gekommen ist“.

<sup>56</sup> Bemerkenswerte Formulierung des BGH in: NJW 2011, 161, 163 für eine Konstellation, in der sich ein Angehöriger auf eine Patientenverfügung berufen hatte, ohne dass die darauf in Bezug genommene „aussichtslose Lage“ tatsächlich schon vorlag.

<sup>57</sup> In der neuen Übersetzung von Axel Bauer: „Auf keinen Fall werde ich Blasensteinkranke operieren, sondern ich werde hier den Handwerkschirurgen Platz machen, die darin erfahren sind“ ([http://www.umm.uni-heidelberg.de/ag/gte/bauer\\_hippokratischer\\_eid.pdf](http://www.umm.uni-heidelberg.de/ag/gte/bauer_hippokratischer_eid.pdf)).

nahe schon Verstorbene durch Reanimation (mitunter) wieder zu erwecken und Patienten selbst über lange Zeiträume hinweg durch „künstliche Beatmung“ und „künstliche“ Ernährung am Leben zu halten vermag, gibt es in jenem naturgesetzlichen Sinne keinen „natürlichen“ Zeitpunkt des Sterbens mehr. Vielmehr stirbt heute die deutliche Mehrzahl an schwerkranken Patienten in Europa erst in der Folge einer bewussten ärztlichen Entscheidung zur Therapiebegrenzung.<sup>58</sup>

In der klinischen Praxis begegnet freilich noch heute gelegentlich die als erfahrungsgesättigte ärztliche Lebensweisheit verstandene Empfehlung, in Grenzfällen „auf die nächste Lungenentzündung“ zu warten. Die intendierte psychologische Wirkung einer solchen Betrachtungsweise liegt geradezu auf der Hand: Sie suggeriert eine Art von „schicksalhafter“ Entscheidung durch eine höhere Instanz, die gleichsam mit Auslösen der Pneumonie einen Fingerzeig gebe, wie im konkreten Fall zu verfahren sei; der behandelnde Arzt sieht sich durch diese höhere Einsicht von seiner eigenen Verantwortung befreit. Doch die Exkulpation ist nur eine scheinbare, das Resultat einer Autosuggestion: Denn jener Entschluss, eine „nächste Lungenentzündung“ nicht mehr mit den zur Verfügung stehenden Mitteln bekämpfen zu wollen, ist natürlich von „Menschenhand“ und kein „naturgesetzlicher“, ebenso wie die Entscheidung, bis auf Weiteres zuzuwarten und sich einer Therapiebegrenzung zu verweigern: Das jüngst veröffentlichte Positionspapier der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zu „Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin“ formuliert in unmissverständlicher Klarheit: „Bereits die Alternative, etwas tun zu können oder es zu unterlassen, zwingt in der konkreten Situation dazu, diese Entscheidung zu treffen.“<sup>59</sup> Gewiss: Bei unklaren prognostischen Aussichten und unklaren Verläufen wird es zumeist vernünftig sein, zwecks Erhaltung der Lebensperspektive die intensivmedizinischen Maßnahmen einstweilen fortzuführen und den weiteren Verlauf abzuwarten. Ob sich daran etwas Entscheidendes durch eine „nächste Lungenentzündung“ ändert, ist aber mitnichten durch „Natur“ und „Schicksal“ vorgezeichnet, sondern muss auf dem Boden ärztlicher Erfahrung eigens überdacht und verantwortet werden. Und es darf durch das eigene Zuwarten nicht die ärztliche Professionalität (die unter Umständen schon zu einem früheren Zeitpunkt eine Therapiereduktion nahe legen könnte) sowie das Selbstbestimmungsrecht des Patienten überspielt werden. Die „Natur“ im streng naturgesetzlichen Sinne „entscheidet“ nur dann, wenn der Geschehensverlauf in keinsten Weise menschlich („künstlich“) beeinflussbar ist. Die

---

<sup>58</sup> Vgl. insbes. die Ergebnisse der Ethicus-Studie: Sprung et al. 2003, 790–792.

<sup>59</sup> Positionspapier der DIVI, Präambel, u.a. publiziert in: MedR 2012, 647–650.

Geschichte der Medizin hat jedoch seit vielen Jahrhunderten und insbesondere in den letzten Jahrzehnten größte Anstrengungen unternommen (z.B. auch durch Etablieren eines Rettungssystems für akute Notfälle), diese Art von „natürlichem Sterben“ nach Möglichkeit abzuschaffen. Die ihr damit zugewachsene Verantwortung für das Schicksal der Menschen lässt sich seither nicht mehr in diesem Sinne an „die Natur“ abtreten.

Die Bezugnahme auf eine „Natürlichkeit“ kann aber nicht bloß eine solcherart deskriptive bzw. „genetische“<sup>60</sup> (i.S. des „Naturwüchsigen“), sondern eine normative Bedeutung im Sinne des „Naturgemäßen“ haben. Mit Blick auf die Problematik der Therapiebegrenzung wäre dann näher zu beleuchten, warum in einer bestimmten Konstellation das möglichst unbeeinflusste Wirken des Naturverlaufes vorzugswürdig sein soll. Regelmäßig wird in der klinischen Praxis eine schrittweise bzw. gestufte Reduktion der lebenserhaltenden Intensivmaßnahmen im Vergleich zu einer mehr oder minder radikalen Kappung der Lebensfäden bevorzugt, und zwar vor allem deshalb, weil sich der weitere Verlauf häufig nicht mit letzter Gewissheit voraussagen lässt:<sup>61</sup> Denn die sogenannte „infauste Prognose“ markiert nurmehr eine ärztliche Zuschreibung auf begrenzter Erkenntnisgrundlage,<sup>62</sup> für welche dasjenige gilt, was Hans Jonas schon vor mehr als 40 Jahren konstatiert hat: dass die „Grenzlinie zwischen Leben und Tod nicht mit Sicherheit bekannt ist, und eine Definition Wissen nicht ersetzen kann“<sup>63</sup>. Im Lichte des Bestrebens, der *Lebensperspektive* des Patienten noch eine letzte Türe offen zu halten, lässt sich eine solche Strategie der Vorsicht gut verstehen; blickt man dagegen auf den Leidenszustand und die mitunter nicht bloß geringe Zeitdauer, bis die schrittweise Therapiebegrenzung (z.B. die Entfernung der PEG-Sonde) letztendlich zum Tode führt, so versteht sich ein Zaudern freilich nicht mehr von selbst. Es bedarf somit einer normativen Gesamtbetrachtung, die das Risiko einer ärztlichen Fehleinschätzung auf der einen und die Möglichkeiten der Leidenslinderung und Versorgung auf der anderen Seite ins Kalkül zieht und bewertend zueinander ins Verhältnis setzt. Hieraus legitimiert sich bekanntlich die – selbstredend nicht „natürliche“ (!) – „palliative Sedierung“ selbst dann, wenn mit dieser nicht ausschließbar

---

<sup>60</sup> Spaemann 1987, 109–110, wonach der „genetische Begriff“ eine bestimmte Ursprungsrelation bezeichne.

<sup>61</sup> Siehe statt vieler nur Grübler 2011, A-1473, m.w.N.

<sup>62</sup> Vgl. Müller-Busch 2008, 47 u. 51: Prognose erfordert im Einzelfall „nicht nur medizinisches Krankheitswissen, statistisch gesicherte Wahrscheinlichkeitsangaben, sondern eine an der Biographie des anderen sich orientierende Menschenkunde“.

<sup>63</sup> Jonas 1974.

eine Lebensverkürzung einhergehen sollte.<sup>64</sup> Für welches Ausmaß an Therapiereduktion sich der behandelnde Arzt am Ende auch immer entscheiden mag: Auf keinen Fall kann er auf einen Ausweg hoffen, der ihn von seiner Bürde der Verantwortung befreit, gleichgültig, ob seine Handlungsweise (Tun oder Unterlassen) zum nahen oder zum späteren Tode des Patienten führt.

Vor diesem Hintergrund stellt sich nun des Weiteren mit aller Schärfe die Frage, warum die Selbsttötung eines Menschen bzw. die Hilfeleistung eines anderen hierzu per se als „unnatürlich“, „eigenmächtig“ und infolgedessen als „falsch“ und gegebenenfalls sogar sanktionsbedürftig gelten soll. Im rein naturgesetzlichen (deskriptiven) Sinne verstirbt der Suizident nicht „künstlicher“ als ein beatmungspflichtiger Patient auf der Intensivstation nach Ausschalten des Respirators. Dass der in diesem Zusammenhang häufig ins Feld geführte (natürliche) Selbsterhaltungstrieb als Naturfaktum – von der Problematik des Sein-Sollen-Schlusses ganz abgesehen – keinen Einwand begründen kann, lässt sich leicht daraus ersehen, dass dieser „Naturtrieb“ in einem Suizidwilligen – aus welchen Gründen auch immer – offensichtlich gar nicht mehr wirksam war. Wittwer weist in diesem Zusammenhang mit Recht darauf hin, dass empirisch allenfalls die schwächere Behauptung zutreffen könne, wonach *die meisten Menschen* bis auf Weiteres an ihrem Leben festhalten wollen: Das aber entzieht schon dem Postulat einer vermeintlichen „Natürlichkeit“ der Selbsterhaltung seine Grundlage und erlaubt nur noch die Rede von einem „Gewöhnlichen“ (Regelmäßigen).<sup>65</sup> Als Naturwesen ist dem Menschen ersichtlich auch das Potential zu eigen, sich nach dahingehendem Entschluss selbst zu töten, so dass eine normativ-ethische Begründung des Suizid(-hilfe-)Verbots ohne Rückgriff auf naturalistische Argumente<sup>66</sup> auskommen muss. In den Worten Dieter Birnbachers: „Begründen lässt sich moralisches Handeln nur durch menschliche Zwecke und nicht durch Naturzwecke; auch eine wohltätige Mutter Natur hätte keinen Rechtsanspruch, über das Schicksal ihrer Kinder zu bestimmen.“<sup>67</sup> Bezieht man an dieser Stelle jedoch den Umstand ein, dass der Suizident in der Regel allenfalls<sup>68</sup> sich selbst „Schaden“ zufügt, zumeist aber – von spezifischen

---

<sup>64</sup> So genannte (aktiv-)indirekte Sterbehilfe, die de jure ungeachtet erheblicher Begründungsprobleme allgemein als erlaubt bzw. sogar geboten angesehen wird.

<sup>65</sup> Wittwer 2003, 56.

<sup>66</sup> Zu den verschiedenen Spielarten des „Naturalismus“ statt vieler nur Keil/Schnädelbach 2000.

<sup>67</sup> Birnbacher 2006, 64.

<sup>68</sup> Im Falle eines (als Möglichkeit unterstellten) „freiverantwortlichen Bilanzsuizids“ wäre durchaus zu bezweifeln, aus welchem Grund der Todeseintritt für diesen Menschen überhaupt als „Schaden“ begriffen werden kann: Steht nicht die Annahme von „Freiverantwortlichkeit“ einer gegensätzlichen Fremdbewertung

Pflichten (etwa der Versorgung der eigenen Kinder etc.) abgesehen – nicht die Gesellschaft schädigt, und bezieht man darüber hinaus den Wert individueller „Selbstbestimmung“ (im Sinne einer Ausübung menschlicher Freiheit) mit ein, so wird man kaum durchschlagende Argumente für ein striktes Verbot des Suizids (und infolgedessen der Beihilfe hierzu) finden. In diesem Sinne muss daher im Nachgang zu Wittwers großer Studie scharf zwischen der „Moralität“ sowie der „Rationalität“ des Suizids unterschieden werden.<sup>69</sup> Letztere mag häufig oder gar in den allermeisten Fällen fragwürdig sein und infolgedessen bis zur letztendlichen Klärung (bei strikter Beachtung des ultima-ratio-Prinzips notfalls auch zwangsweise) lebensrettende Überbrückungsmaßnahmen rechtfertigen; für erstere gibt es dagegen schon moralphilosophisch keine überzeugenden Gründe für die Annahme einer „Verwerflichkeit“ per se.

Um so mehr verbietet es sich, überlieferte Vorstellungen von einem „guten Leben“ bzw. „guten Sterben“ unbesehen mit Rechtszwang zu versehen und allen Bürgern aufzuoktroieren. Denn nach Zerbrechen einer homogenen Auffassung über das „Gute“ beschränkt sich das Recht der pluralistischen Rechtsgemeinschaft auf eine „gerechte“, d.h. insbesondere gleichmäßige Verteilung von Freiheitsräumen:

„Was mir vom Recht weder geboten noch verboten ist, das zu tun steht rechtlich in meinem Belieben. Es ist der Freiraum des Handelns, den das Recht mir einräumt. Indem das Recht den Bürgern die Freiräume ihres Handelns begrenzt, sichert es zugleich ihre Freiräume vor Zugriffen der Mitbürger. [...] Wo auf bisher frei verfügbarem Feld Grenzen errichtet werden, wird jedem sein Bereich gesichert, aber nur um den Preis, dass die Bewegungsfreiheit eines jeden eingeschränkt wird. Der rechtlichen Bindung des einen korrespondiert eine gesicherte Freiheit des anderen. Die Bindung aller ist der Preis für die gesicherten Freiheiten eines jeden. [...] Kurz: Durch das Recht werden die Grenzen von Handlungsfreiheiten abgesteckt und zugleich gewährleistet – nicht nur gegenüber den gleichgeordneten Mitbürgern, sondern auch gegenüber den Inhabern von Staatsgewalt.“<sup>70</sup>

Der auf die grundsätzlich gleiche Berechtigung des Freiheitsgebrauchs seiner Bürger gegründete pluralistische Rechtsstaat (vgl. Art. 2 Abs. 1, 3 Abs. 1 GG), der sich so als „Heimstatt aller Staatsbürger“<sup>71</sup> erweist, kann seine Anordnungen somit nicht mehr aus gemeinsamen Überzeugungen

---

entgegen, die den Anspruch erhebt, als letzthin Maßgeblich gelten zu dürfen? Zur Grundfrage, ob der Tod überhaupt ein „Übel“ sein kann, siehe eingehend Schumacher 2004.

<sup>69</sup> Wittwer 2003, insbes. 396f.

<sup>70</sup> Zippelius 2012, 35.

<sup>71</sup> BVerfGE 19, 206, 216.

und „Werten“ (im Sinne einer gemeinsamen „Moral“) ableiten darüber, wie Menschen zu leben und zu sterben haben; in einem auf Glaubensfreiheit (als Nukleus weiter reichenden Schutzes der gesamten „Privatsphäre“) gestützten liberalen Rechtsstaat ist „das Richtige“ nicht etwa schon vorab bekannt, sondern muss „als das gemeinsam Richtige erst gemeinsam erarbeitet werden“<sup>72</sup>. Hans Ryffel spricht treffend von einem „Wandel der vorgegebenen zur aufgegebenen Normativität“<sup>73</sup>. Wenn Menschen heute aber sehr unterschiedliche Vorstellungen haben, was ihnen am Ende „ihres“ Lebens am wichtigsten erscheint: sich ihrem „naturegebenen“ Schicksal vertrauensvoll zu überlassen oder aber – wie viele – über die Bedingungen und eventuell sogar den Zeitpunkt ihres Sterbens selbst zu bestimmen, haben überlieferte Bilder von einem „guten Tod“ jedenfalls innerhalb des Rechts (im Sinne eines erzwungenen „Solleens“) keine Legitimation mehr.

Das moderne Recht hat dies in Teilbereichen längst anerkannt, wenn es dem Patienten das so genannte „Recht zur Selbstbestimmung“ einräumt, eine selbst vital indizierte Therapie (ohne die also die Erkrankung absehbar einen tödlichen Verlauf nimmt) abzulehnen;<sup>74</sup> mit dem Instrument der Patientenverfügung und der grundsätzlichen Anerkennung eines mutmaßlichen Sterbewillens „unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung“ (§ 1901a Abs. 3 BGB) wurde diese individuelle Entscheidungsbefugnis und Eigenverantwortlichkeit über das eigene Lebensende, mit allgemeinem Achtungsanspruch versehen, auch auf einwilligungsunfähige Patienten erstreckt. Von einer „Indisponibilität“ menschlichen Lebens auch für den Rechtsgutsträger selbst, wie es die unbedachte Rede vom „absoluten Lebensschutz“ suggeriert, kann somit – an der vorherrschenden Rechtslage gemessen – schon seit längerem keine Rede mehr sein. Warum dann aber das Verfügungsrecht des Einzelnen dort seine Grenze finden soll, wo er Hand an sich selbst legt und der Todeseintritt nicht als Folge einer Therapiebegrenzung zutage tritt, lässt sich vor diesem Hintergrund auf dem Boden einer weltanschaulich neutralen Rechtsordnung (vgl. Art. 4 Abs. 1, 140 GG) nicht mehr erklären. Mit anderen Worten steht dem aktuellen Bestreben nach einer Kriminalisierung der Suizidbeihilfe ohne Rücksichtnahme auf den Willen des Rechtsgutsträgers, sei es jedweder Hilfeleistung, der „geschäftsmäßig“ (als Einzeltäter mit Wiederholungsabsicht oder in „organisierter“ Form) oder „gewerbsmäßig“ (= „kommerzialisierter“, d.h. mit der Absicht der Gewinnerzielung) verübten, die Illegitimität wegen zu weit reichender Moralisierung

---

<sup>72</sup> Pawlowski 2000, 9, 16.

<sup>73</sup> Ryffel 1969, 269.

<sup>74</sup> Bereits anerkannt seit BGHSt 11, 111, 113–115.

des Rechts geradezu auf die Stirn geschrieben.<sup>75</sup> Denn damit wird ein Ideal des „Guten“ im Sinne einer „perfektionistischen“ Weltdeutung<sup>76</sup> in Anspruch genommen, die es erlauben soll, einige Lebensentwürfe als „richtiger“ und erstrebenswerter auszuweisen im Vergleich zu anderen.<sup>77</sup> Auch die Wertigkeit des Menschen und seiner „Freiheit“<sup>78</sup> könnte von hier aus nur noch „äußerlich“ zugeschrieben, jedoch niemals als „Selbstzweck“ anerkannt werden. Daraus erhellt: Erst eine „nicht-perfektionistische“ Sichtweise eröffnet mit ihrer Trennung von „persönlicher“ und „öffentlicher Moral“<sup>79</sup> der Eigenwertigkeit („Subjektivität“) des Menschen einen gesicherten Raum, indem sie es ihm überlässt, den Ansprüchen der „Moral“ – vorbehaltlich der Betroffenheit von „Rechten“ anderer – zu folgen. Hierin liegt bekanntlich die „kopernikanische Wende“ in der praktischen Philosophie begründet,<sup>80</sup> die sich in ihrer kantischen Prägung als eine – allein durch die „Vernunft“ begrenzte – „individualistische“<sup>81</sup> zu erkennen gibt.

#### 4 Was bedeutet „Menschenwürde“?

Die moderne (Verfassungs-)Rechtswissenschaft hat hieraus allerdings voreilig gefolgert, dass die Substanz der Menschenwürdegarantie sich im Wesentlichen im „Selbstbestimmungsrecht“ des Einzelnen erschöpfe – und somit angesichts der Menschenrechte aus Art. 2ff. GG weithin leer laufe. Aus – durchaus berechtigter – Sorge vor einer freiheitsfeindlichen Deutung des Art. 1 GG wird davor gewarnt, Bilder des „Anstandes“ und einer überholten „Moral“ (z.B. zu so genannten „Peep-Shows“)<sup>82</sup> unter dem Deckmantel des vieldeutigen Menschenwürdebegriffes<sup>83</sup> zum Bestandteil des „Unverfügbaren“ zu erklären und dadurch der Kritik und Disposition der gesellschaftlichen Mehrheit zu entziehen. Die hieraus wiederum gewonnene Empfehlung einer restriktiven Interpretation des Art. 1 GG, damit die Menschenwürdegarantie als „tragendes Konstitu-

---

<sup>75</sup> Zu weiteren Einwänden gegen den jüngsten Gesetzentwurf vgl. Duttge 2012, 50f.

<sup>76</sup> Zur „Renaissance“ des Perfektionismus: Pauer-Studer 2002, 77, 92.

<sup>77</sup> Hurka 1993, 159.

<sup>78</sup> Zu den verschiedenen Freiheitsbegriffen bei Kant vgl. Baum 2005, 31–33.

<sup>79</sup> Pauer-Studer 2002, 77, 92.

<sup>80</sup> Vgl. etwa Kaulbach 1988, 100f.

<sup>81</sup> v. d. Pfordten spricht treffend von einem „vernunftlimitierten Individualismus“ (2001, 355–358, insbes. 357): „Kant unterbindet jede der alten Gemeinwohltradition oder dem neuen Utilitarismus verpflichtete, kollektiv-perfektionistische Limitation des normativen Individualismus.“

<sup>82</sup> Vgl. BVerwGE 64, 274 ff., aber auch BVerwGE 84, 314f.

<sup>83</sup> Siehe nur die Beiträge in Joerden et al. 2011.

tionsprinzip“ der gesamten Rechtsordnung<sup>84</sup> nicht zur „kleinen Münze“ verkomme, bzw. eines Verständnisses nur noch ex negativo anhand des Leitbegriffs der so genannten „Instrumentalisierung“<sup>85</sup> ist jedoch ersichtlich unbefriedigend, nicht zuletzt auch wegen des damit höchst unklaren Status des Fundamentalbegriffs „Menschenwürde“.

Weiter führt an dieser Stelle ein Gedanke, den Heike Baranzke eingeführt hat: Danach „bleibt Menschenwürde nur solange als Grund der allgemeinen Menschen- und staatlichen Grundrechte verständlich, solange sie in der Autonomie als moralischer Selbstgesetzgebung [...] wurzelt“; Menschenwürde ist damit kein (rein) rechtlicher Begriff, sondern meint „das vorrechtliche, in der sittlichen Autonomie des Menschen wurzelnde Konstitutionsprinzip aller Rechtsordnungen“: „Wenn dieser deontologische Boden erodiert, schrumpft die Menschenwürde zu einem als überflüssig empfundenen Inbegriff der Menschenrechte.“<sup>86</sup> Die Menschenwürdegarantie bildet damit gleichsam die Brücke, die staatliches Recht und vorrechtliche Moral miteinander verknüpft. Diese Verknüpfung ist keineswegs beliebig, sondern nimmt ihren Ausgang in der Idee autonomer Selbstgesetzgebung, die dem Menschen als Menschen die besondere Qualität einer „Person“ verleiht. In diesem Sinne kann Arthur Kaufmann mit Recht formulieren, dass der Mensch als „personales Wesen“ das „tertium comparationis des Verhältnisses von Recht und Sittlichkeit“ ist.<sup>87</sup> Was hieraus im Einzelnen folgt, ist allerdings nicht vorgegeben, sondern muss erst im Lichte einer übergreifenden Vernunft erarbeitet werden. Auf eine Kurzformel gebracht kann man jedoch mit Peter Schaber davon ausgehen, dass sich daraus die Verpflichtung aller ergibt, Menschen als diejenigen zu betrachten und zu fördern, „die sie sein wollen: Wesen, die man achtet, Wesen, über die man nicht verfügt, sondern in ihrer Eigenart anerkennt, Wesen, die ein eigenständiges Leben führen wollen“<sup>88</sup>. Dazu gehören nicht zuletzt auch menschenwürdige Bedingungen des privaten und sozialen Daseins, die dem Einzelnen die Möglichkeit geben, sich frei zu entfalten und seiner Existenz einen Sinn zu verleihen. Suizidwillige nach ihren Gründen zu befragen, ihnen mögliche Perspektiven für ein weniger leidvolles Weiterleben aufzuzeigen, verhilft ihnen daher zu einem autonomen Vernunftgebrauch; eine unbedingte – noch dazu rechtliche – Pflicht zum Weiterleben ergibt sich daraus freilich nicht.

---

<sup>84</sup> BVerfGE 6, 32, 36; 45, 187, 227; 50, 166, 175; 87, 209, 228; BVerfG NJW 1998, 519, 521; vgl. auch BVerfGE 39, 1, 43: „Menschenwürde [...] als Mittelpunkt des Wertesystems der Verfassung“.

<sup>85</sup> Zu den Deutungsproblemen vgl. Birnbacher in Joerden et al. 2011, 45, 47–49.

<sup>86</sup> Baranzke 2009, 131 u. 156.

<sup>87</sup> Kaufmann 1993, 73 u. 79.

<sup>88</sup> Schaber 2012, 18.

## Literatur

- Anselm, Reiner: Menschenwürdig sterben auch auf der Intensivstation? Orientierungsmarken aus Sicht einer evangelisch-theologischen Ethik. In: Theodor Junginger/Axel Perneckzy/Christian-Friedrich Vahl/Christian Werner (Hg.): Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Entscheidungsgrundlagen, Heidelberg 2008, 59–69.
- Ariès, Philippe: Geschichte des Todes. München/Wien 1980.
- Aristoteles: Nikomachische Ethik. Übers. v. Eugen Rolfes, erläutert v. Günther Bien. Hamburg 1985.
- Baranzke, Heike: Menschenwürde und Freiheit. Zum Verhältnis von Menschenwürde und Menschenrechten, geprüft im Spiegel der Sklavenfrage. In: dies. (Hg.): Menschenleben – Lebenszeit. Impulse für eine Ethik der Hoffnung. Für Gerhard Höver zum 60. Geburtstag, Göttingen 2009, 131–159.
- Bauer, Axel: Der Hippokratische Eid. Griechischer Text und medizinhistorischer Kommentar, in: [http://www.umm.uni-heidelberg.de/ag/gte/bauer\\_hippokratischer\\_eid.pdf](http://www.umm.uni-heidelberg.de/ag/gte/bauer_hippokratischer_eid.pdf).
- Bauer, Axel: „Zertifiziertes Sterben“ gibt es nicht, In: Pflegezeitschrift 2011, 518–522.
- Bauer, Axel: Zur ethischen Illegitimität der Mitwirkung am Suizid, In: Zeitschrift für Lebensrecht (ZfL) 2012, 113–119.
- Bauer, Axel: Todes Helfer. Warum der Staat mit dem neuen Paragraphen 217 StGB die Mitwirkung am Suizid fördern will. In: Axel Bauer/Andreas Krause Landt/Reinhold Schneider (Hg.): Wir sollen sterben wollen. Waltrop/Leipzig 2013, 93–169.
- Baum, Manfred: Freiheit und Verbindlichkeit in Kants Moralphilosophie. In: Philosophia Practica Universalis. Festschrift für Joachim Hruschka (= Jahrbuch für Recht und Ethik, Bd. 13), Berlin 2005, 31–43.
- Benzenhöfer, Udo: Der gute Tod. München 1999.
- Birnbacher, Dieter: Natürlichkeit. Berlin 2006.
- Birnbacher, Dieter: Drei Begriffe von Menschenwürde. In: Jan C. Joerden/Eric Hilgendorf/Natalia Petrillo/Felix Thiele (Hg.): Menschenwürde und moderne Medizintechnik, Baden-Baden 2011, 45–55.
- Decher, Friedhelm: Die Signatur der Freiheit. Ethik des Selbstmordes in der abendländischen Philosophie. Lüneburg 1999.
- Deutschen Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI): Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. In: Zeitschrift für Medizinrecht (MedR) 2012, 647–650.
- Duttge, Gunnar: Zukunftsperspektiven der Medizinethik – aus Sicht des Rechts. In: Ethik in der Medizin 2006, 331–336.
- Duttge, Gunnar: Einseitige („objektive“) Begrenzung ärztlicher Lebenserhaltung? – Ein zentrales Kapitel zum Verhältnis von Recht und Medizin. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ) 2006, 479–480.

- Duttge, Gunnar/Flavia Fantaziu/Michael Kling/Thomas Schwabenbauer: Preis der Freiheit. Reichweite und Grenzen individueller Selbstbestimmung zwischen Leben und Tod, 2. Aufl. 2006.
- Duttge, Gunnar: Stellungnahme zum Referentenentwurf des BMJ „Gesetz zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ v. 09.03.2012. In: Zeitschrift für Lebensrecht (ZfL) 2012, 51–54.
- Duttge, Gunnar/Markus Zimmermann-Acklin (Hg.): Gerecht sorgen. Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende, Göttingen 2013.
- Gerhardt, Volker: Die angeborene Würde des Menschen, Berlin 2004.
- Grübler, Beate: Therapiebegrenzung bei infauster Prognose: Wann soll das Leben zu Ende gehen? In: Deutsches Ärzteblatt 108, 2011, A-1473/B-1243/C-1239.
- Frankena, William: Analytische Ethik: eine Einführung, 5. Aufl. München 1994.
- Habermas, Jürgen: Vorlesungen zu einer sprachtheoretischen Grundlegung der Soziologie, 1970/71. In: Ders.: Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns. Berlin 1984, 11–126.
- Hume, David: Die Naturgeschichte der Religion. Über Aberglauben und Schwärmerei. Über die Unsterblichkeit der Seele. Über Selbstmord. Übers. v. Lothar Kreimendahl. Hamburg 1984.
- Hurka, Thomas: Perfectionism. Oxford 1993.
- Joerden, Jan C./Eric Hilgendorf/Natalia Petrillo/Felix Thiele (Hg.): Menschenwürde und moderne Medizintechnik. Baden-Baden 2011.
- Jonas, Hans: Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man. Englewood Cliffs 1974.
- Kant's gesammelte Schriften, hrsg. v. der Preußischen Akademie der Wissenschaften. Berlin 1902 ff.
- Kaufmann, Arthur: Recht und Sittlichkeit aus rechtsphilosophischer Sicht (1982), in: Ders. (Hg.), Über Gerechtigkeit. Köln, Berlin, Bonn, München 1993, 73–91.
- Kaulbach, Friedrich: Immanuel Kants „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“. Darmstadt 1996.
- Keil, Geert/Herbert Schnädelbach (Hg.): Naturalismus. Philosophische Beiträge. Frankfurt am Main 2000.
- Kersting, Daniel: Gibt es einen guten Tod? Normativ-kritische Überlegungen zu heutigen Leitbildern des Todes. In: Andrea Esser/Daniel Kersting/Christian Schäfer (Hg.): Welchen Tod stirbt der Mensch? Frankfurt am Main 2010, 199–220.
- Müller-Busch, Christof: Therapiebegrenzung bei Patienten mit infauster Prognose. Gedanken aus palliativmedizinischer Sicht. In: Gunnar Duttge (Hg.): Ärztliche Behandlung am Lebensende, Göttingen 2008, 47–60.
- Müller-Busch, Christof: Abschied braucht Zeit. Palliativmedizin und Ethik des Sterbens. Berlin 2012.

- Laufs, Adolf: Recht und Gewissen des Arztes. In: Heidelberger Jahrbücher, Bd. XXIV, Berlin, Heidelberg 1980.
- Levinsky, Norman G.: Journal of the American Medical Association (JAMA), 2001, 1349–1355.
- Löwe, Michael/Gunnar Duttge: Das Absolute im Recht. Epilegomena zur deontologischen Legitimation abwägungsfreier Rechtsgehalte in: Jahrbuch für Recht und Ethik, Bd. 14, 2006, 351–384.
- Nietzsche, Friedrich: Also sprach Zarathustra, in: Friedrich Nietzsches Werke, Bd. II, hg. v. Rolf Toman. Köln 1994.
- Pauer-Studer, Herlinde: Liberalismus, bürgerliche Tugenden und perfektionistische Bestrebungen. In: Reinold Schmücker/Ulrich Steinvorth (Hg.): Gerechtigkeit und Politik. Philosophische Perspektiven. Berlin 2002, 77–93.
- Pawlowski, Hans-Martin: Schutz des Lebens. Zum Verhältnis von Recht und Moral, in: Kurt Seelmann (Hg.): Aktuelle Fragen der Rechtsphilosophie. Frankfurt 2000, 9–27.
- Pfordten, Dietmar von der: Rechtsethik. München 2001.
- Platon: Politeia, Übers. v. Schleiermacher, Friedrich, ergänzt v. Susemihl, Franz, (Hg.) v. Hülser, Karlheinz, Frankfurt am Main 2006.
- Rawls, John: Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt am Main 1975.
- Rüther, Markus: Medizinethik – eine kurze Kartografie ihres Selbstverständnisses“, in: Lüttenberg, Beate/Muders, Sebastian (Hg.): Von Arzthethos bis Verteilungsgerechtigkeit, 2013, 11–19.
- Ryffel, Hans: Rechts- und Staatsphilosophie, Neuwied und Berlin 1969.
- Schaber, Peter: Menschenwürde: ein für die Medizinethik irrelevanter Begriff? in: Ethik in der Medizin 24, 2012, 297–306.
- Schmidt, Eberhard: Der Arzt im Strafrecht, in: Albert Ponsold (Hg.): Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Stuttgart 2. Aufl. 1957, 1–79.
- Schumacher, Bernard: Der Tod in der Philosophie der Gegenwart. Darmstadt 2004.
- Seneca: An Lucilius. Briefe über Ethik, in: Ders.: Philosophische Schriften, Bd. 4, übers. v. Manfred Rosenbach. Ditzingen 2. Aufl. 1987, 70–124.
- Sommer, Sarah/Georg Marckmann/Michael Pentzek: Patientenverfügung in stationären Einrichtungen der Seniorenpflege: Vorkommen, Validität, Aussagekraft und Beachtung durch das Pflegepersonal, in: Deutsches Ärzteblatt 109, 2012, 577–583.
- Spaemann, Robert: Das Natürliche und das Vernünftige: Essays zur Anthropologie. München 1987.
- Sprung, Charles/Cohen, Simon/Sjokvist, Peter, End-of-life practices in European Intensive Care Units: The Ethicus Study, in: Journal of the American Medical Association (JAMA) 290 (2003), 790–797.
- Thomas von Aquin: Summa Theologia. In: Die deutsche Thomas-Ausgabe (Summa theologica), übers. von Dominikanern u. Benediktinern Deutschlands und Österreichs. Vollständige, ungekürzte dt.-lat. Ausgabe, Graz u.a. 1933ff.

Tugendhat, Ernst: Das Euthanasieproblem in philosophischer Sicht, in: Logos N.F. 1994, 123–138.

Wijkmark, Carl-Henning: Der moderne Tod. Berlin 2001 (Ersterscheinung 1978).

Wittwer, Hector: Über Kants Verbot der Selbsttötung, in: Kant-Studien 92 (2001), 180–209.

Wittwer, Hector: Selbsttötung als philosophisches Problem, Paderborn 2003.

Zippelius, Reinhold: Das Wesen des Rechts, Eine Einführung in die Rechtstheorie, Stuttgart 6. Aufl. 2012.

#### Internetquellen

Allensbacher Institut für Demoskopie, abrufbar unter: <http://www.bundesarzte-kammer.de/downloads/sterbehilfe1.pdf>, (eingesehen am 15.05.2013).

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ (2010), abrufbar unter [http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl\\_files/dokumente/Charta\\_Broschuere.pdf](http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl_files/dokumente/Charta_Broschuere.pdf) (eingesehen am 15.05.2013).

„Dignitas“, abrufbar unter <http://www.dignitas.ch/> (eingesehen am 15.05.2013).

