
Perspektiven der klinischen Sterbehilfe aus der Sicht des Verfassungsrechtlers

Wolfram Höfling

I.

Als Verfassungsrechtler kann ich – unter der Prämisse, dass eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe in Deutschland weder wünschenswert noch überhaupt politisch realisierbar ist – nur auf einige normative und rechtsethische Orientierungsgrößen verweisen, die aus meiner Sicht den Entscheidungsprozess der im klinischen Alltag Handelnden steuern sollten. Anlage und Struktur einer angemessenen klinischen Entscheidungspraxis sollte dabei einer *Strategie risikoarmen Handelns* im Interesse des verfassungsrechtlichen Integritätsschutzes folgen, die zugleich gekoppelt ist mit einer Strategie der Ermöglichung von Patientenautonomie. Ein solcher Ansatz, der auch den „vor-klinischen“ bzw. nicht-klinischen Bereich des Gesundheitswesens einbeziehen muss, zielt auf einen Reflexionsprozess, der sich an folgenden Maßstabsgrößen orientiert:

1. Beachtung der moralischen und normativen Asymmetrie von Töten und Sterbenlassen;
2. Anerkennung der Bedingung eines validen Patientenwillens als Voraussetzung jedes „Sterbehilfe-Handelns“ von Ärzten und Pflegepersonal;
3. Skepsis gegenüber der Figur des mutmaßlichen Willens;
4. Respektierung einer Vorrangregel „im Zweifel für den grundrechtlichen Integritätsschutz“ und Absage an jede fremdbestimmende Lebenswertdifferenzierung.

II.

1. Ausgangspunkt aller Überlegungen sollte die Einsicht in die immer noch¹ handlungskategoriale Unterscheidung von Töten und Sterbenlassen sein. Nun ist nicht zu bestreiten: Das juristische „Kategoriengeplapper“² um passive Sterbehilfe, quasi-passive Sterbehilfe, aktiv-indirekte oder aktiv-direkte Sterbehilfe usw. ist sowohl für die existentiell betroffenen Patienten wie für die ebenfalls ganz extensiv einbezogenen Ärzte und Pflegekräfte wenig hilfreich, ihnen vermutlich gar schlicht zuwider. Die Grenzen scheinen so fließend, dass sich eine genauere terminologische Unterscheidung weitgehend erübrigt.³ Indes: Bei allen Abgrenzungsschwierigkeiten im Einzelnen sollte die Asymmetrie zwischen Töten und Sterbenlassen und die *These von der moralischen Signifikanz dieses Unterschieds* unterstrichen werden.⁴

Zwar kann allein die phänomenologische Unterscheidung von Tun und Unterlassen keine materiell ausschlaggebende Bedeutung haben; es kann auch nicht darauf ankommen, dass die verwendete Begrifflichkeit einmal mit positiver Konnotation – „Sterbenlassen“ als etwas Menschliches – und einmal mit negativer Konnotation – „Töten“ als etwas schlechthin Unmenschliches – verknüpft wird.⁵

Doch gibt es durchaus sachliche Ansatzpunkte für eine tragfähige Begründung der ethischen Differenz zwischen sog. passiver und sog. aktiver Sterbehilfe:⁶

(1) Zunächst: Zwischen aktivem Eingreifen und Geschehenlassen besteht ein wichtiger Unterschied im verschiedenen hohen Risiko von Fehleinschätzungen. Die Bewertung, dass der Leidenszustand eines Patienten irreversibel ist, kann in einzelnen Fällen falsch sein. Aktive Sterbehilfe ist strikt unumkehrbar und nimmt damit dem Patienten die Chance, eine in diesem Fall objektiv mögliche Besserung seines Zustandes noch zu erleben. Bei lediglich passiver

Sterbehilfe dagegen wird ihm diese Chance gelassen, zumindest dann, wenn sie auch ohne Weiterbehandlung eintreten würde. Das Blatt kann sich auch nach einem Abbruch der Behandlung noch einmal wenden.⁷

(2) Sodann: Zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe besteht eine weitere Differenz in der unterschiedlich bedrohlichen Gefahr eines „Damnbruchs“. Bei aller Problematik der Verwendung der Damnbruch-Metapher bzw. des Arguments des *slippery slope* bzw. der schiefen Ebene⁸ kommt ihr bzw. ihm für die vorliegende Problematik doch eine beträchtliche Überzeugungskraft zu. Der Düsseldorfer Philosoph Dieter Birnbacher hat von einem durchaus nuancenreichen und differenzierten Ansatz aus⁹ insoweit ausgeführt: „Es ist nicht nur nicht auszuschließen, sondern eher wahrscheinlich, dass die Zivilisationsdecke dünner ist, als es dem vorherrschenden kulturellen Selbstverständnis entspricht. Dass die menschlichen Tötungswünsche ernst zu nehmen sind, legen z. B. Befragungsergebnisse nahe, die auf eine erschreckend hohe Akzeptanz von Mitleidstötungen und sozial-darwinistischen „Euthanasie“-Aktionen hinweisen.“¹⁰

Auch das kleine Risiko eines Damnbruchs sollte deshalb zur Vorsicht mahnen. Es ist nicht auszuschließen, dass die Gegner der aktiven Sterbehilfe Recht haben und dass eine weitgehende Liberalisierung in der Tat die Hemmschwelle gegen die Mitleidstötung senkt ... Immerhin dürfte eine mögliche Praxis der Mitleidstötung noch bedeutend unakzeptabler sein als eine mögliche Praxis der passiven Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen.“¹¹

(3) Schließlich: Wichtige Unterschiede kennzeichnen die passive und aktive Sterbehilfe auch, wenn man die Sinnstruktur ärztlichen Handelns im Blick auf Kausalität, Intentionalität und Motivation näher betrachtet.¹² Namentlich in ersterer Hinsicht ergeben sich Differenzen. Handlungen des Arztes vollziehen sich an einem Organismus als einem teleologisch verfassten und sich selbst er-

haltenden Ganzen. Gerät der Organismus, dem die Tendenz innewohnt, seine Teile und Subsysteme fortwährend zu einer Einheit zu integrieren, in einen Prozess innerorganismischer Auseinandersetzungen und tritt dieser Prozess schließlich ein in die Phase der irreversiblen Desintegration des Organismus als Ergebnis eines solchen inneren Prozesses, so spricht man von „Sterben“. Von „Tötung“ kann man demgegenüber dort sprechen, wo der Organismus von einer äußeren Einwirkung oder Noxe gleichsam „überwältigt“ wird. „Die Negativität tritt hier dem Organismus von außen entgegen und wirkt unmittelbar tödlich, ohne von ihm noch in die „innere Negativität“ der Krankheit verwandelt zu werden“.¹³

Sterben lassen heißt demnach, einem bereits begonnenen, innerorganismischen Desintegrationsprozess seinen Lauf zu lassen, ohne ggf. die zentralen Lebensfunktionen zu stützen bzw. zu substituieren. Demgegenüber bewirkt aktive Sterbehilfe die Abkopplung des ärztlichen Handelns vom Krankheitsprozess und bedeutet insoweit eine Wendung gegen den Organismus als ganzen.¹⁴

Auch die Fälle der sog. indirekten Sterbehilfe sind kein durchschlagendes Argument gegen die Differenz-These. Hier wendet sich die ärztliche Intervention gerade nicht gegen den Organismus als ganzen, sondern setzt gerade an der Krankheit und ihren Symptomen an und ist insoweit unmittelbar therapeutisch motiviert. Mehr noch: Das Zurückbleiben hinter einer wirklich kunstgerechten Schmerztherapie kann den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen.

2. Ein valider Patientenwille ist grundsätzlich notwendige Voraussetzung für alle Formen der „Sterbehilfe“ unterhalb der Schwelle aktiver Tötung.

Verfassungsrechtlich gewährleistet Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht nur das Grundrecht auf Leben als Integritätsschutzgarantie, sondern auch – so das Bundesverfassungsge-

richt – das „Selbstbestimmungsrecht des Menschen über seinen Körper“.¹⁵ „In diesem Bereich ist er“ – der Einzelne – „aus Sicht des Grundgesetzes frei, seine Maßstäbe zu wählen und nach ihnen ... zu entscheiden“¹⁶. Mit all diesen Aspekten stellt Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG „eine besondere Verbürgung der in Art. 2 Abs. 1 GG gewährleisteten freien Entfaltung der Person“ dar.¹⁷

Die vorstehend vorgenommene „Verortung“ der individuellen Befugnis zu Entscheidungen im Grenzbereich von Leben und Tod in der grundrechtlichen Garantie des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG ist allerdings nicht unbestritten. Zum Teil wird auch vertreten, die Patientenautonomie wurzele im allgemeinen Persönlichkeitsrecht des Art. 2 Abs. 1 GG (ggf. i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG).¹⁸ Dass die Befugnis zur selbstbestimmten Lebens- und Sterbensgestaltung verfassungsrechtlich verbürgt ist, wird aber jedenfalls heute kaum noch bestritten.

In der Debatte um Sterbehilfe ist darüber hinaus vielfach vom Recht des Patienten auf einen menschenwürdigen Tod die Rede.¹⁹

Bei dieser Redeweise muss indes näher geklärt werden, ob damit im eigentlichen Sinne die verfassungsrechtliche Garantie des Art. 1 Abs. 1 GG zum zentralen Maßstab der Konfliktentscheidung im Grenzbereich zwischen Leben und Tod gemacht werden soll. Ihren Gewährleistungsdimensionen nach garantiert der Menschenwürdesatz des Art. 1 Abs. 1 GG in der Tat fundamentalen Schutz der körperlichen Integrität gleichermaßen wie Wahrung personaler Identität.²⁰ Allerdings ist bei der Auslegung des grundgesetzlichen Würdesatzes dessen spezifische Normstruktur und sein Konkurrenzverhältnis zu den übrigen grundrechtlichen Gewährleistungen der Verfassung zu beachten: Der erstere Umstand spricht für ein in normativer Hinsicht restriktives Verständnis der Menschenwürdegarantie in dem Sinne, das die Verfassungsbestimmungen lediglich vor schweren, fun-

damentalen Beeinträchtigungen elementarer Persönlichkeitskomponenten schützt. Zum zweiten steht Art. 1 Abs. 1 GG in einem Verhältnis der partiellen Spezialität und Subsidiarität zu den übrigen Grundrechten, namentlich auch zur Gewährleistung des Lebensgrundrechts.²¹

Dies schließt nicht aus, dass ein medizintechnischer Apparat „alles Machbare unter Verletzung der Menschenwürde ... umsetzen will“²² und dann auch die Verfassungsgarantie des Art. 1 Abs. 1 GG verletzt. Indes: Grundsätzlich gilt, dass eine intensivmedizinische Lebenserhaltung – erst recht: das Nicht-Verhungern- und Nicht-Verdursten-Lassen von Apallikern – keineswegs bereits das Recht auf einen menschenwürdigen Tod beeinträchtigt.²³ Die Menschenwürdegarantie ist erst dann tangiert, wenn der moribunde Mensch zum erniedrigten Objekt medizinischer Behandlung wird.²⁴

Der menschenfreundliche Umgang mit Kranken und Sterbenden wahrt allerdings die Würde des Menschen allemal besser als die schnelle Beendigung seines Lebens.²⁵

Indes ist die Realität des Sterbens oftmals durch Konfliktkonstellationen gekennzeichnet, in denen der einzelne Patient glaubt, seine Vorstellungen vom „würdigen Tod“ nicht oder nicht mehr hinreichend deutlich in konkrete Entscheidungsvorgaben ummünzen zu können. Die Voraussetzung einer autonomen Willensentscheidung und Willensäußerung – nämlich ein einsichts- und urteilsfähiges Subjekt, das eine hinreichend informierte Entscheidung zu treffen vermag – ist gerade im intensivmedizinischen Kontext, aber zunehmend auch in der Geriatrie nicht mehr gegeben. Hier greift nun die „Zeitdimension“ des Selbstbestimmungsrechts über die körperliche Integrität. Geschützt ist auch die Freiheit zur „Selbstbestimmung durch zukunfts wirksame Festlegung(en)“.²⁶

Der Einzelne ist danach in entscheidungsfähigem Zustand von Grundrechts wegen (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) befugt, „für Situationen kommender Entscheidungsunmündigkeit (etwa des irreversiblen Bewusstseinsverlustes nach Aufnahme künstlicher Ernährung) Vorsorgedispositionen zu treffen ... Das Verfassungsrecht leistet seinen Freiheitsdienst gerade dadurch, dass es dem Einzelnen auch die Freiheit garantiert, vor solcher Verfallssituation vorsorglich über die zulässigen oder unzulässigen Eingriffe in die körperliche Integrität zu disponieren und so durch konditioniertes oder unbedingtes Behandlungsveto eigenes Sterben sicherzustellen.“²⁷ Es geht – mit anderen Worten – um die grundrechtlich geschützte „Zukunftssorge durch fallvorgeifliche Gestattungen, Festlegungen oder Verbote ärztlicher Maßnahmen lebensverlängernder Art“.²⁸

Der Patient konkretisiert in solchen Konstellationen eine von vornherein im Behandlungsverhältnis angelegte immanente Grenze beziehungsweise dem Patienten zugewiesene Kompetenz: es geht um eine „Behandlung“, also um ein auf die Behebung und Linderung von gesundheitlichen Leiden (von denen sein Körper erfasst ist) gerichtete Tätigkeit (ärztliche Tätigkeit).²⁹ Der Patient hat hier ein Definitionsprimat: Er muss entscheiden, welche Behandlung – welche therapeutischen Bemühungen, seinen kranken Körper zu stabilisieren – er sich zumuten (lassen) will. Insofern hat er ein „Direktionsrecht gegenüber dem Arzt“.³⁰

3. Die Hervorhebung der Bedeutung eines validen Patientenwillens ist gekoppelt mit einer *Skepsis gegenüber der Figur des mutmaßlichen Willens*. Auf diese nur „scheinbar harmlose Figur“ (Roxin) wird regelmäßig dort rekuriert, wo eine Erklärung des Patienten nicht vorliegt. Doch kann dieser Rückgriff nicht selten in ein Labyrinth ungelöster Probleme führen.³¹ Wird nämlich nach einer mutmaßlichen Einwilligung des Patienten in den Behandlungsabbruch ge-

forscht, stellt sich die Frage, ob damit nicht der falsche Ansatzpunkt gewählt, das „Pferd quasi vom Schwanz her auf[ge]zäumt“ wurde.³² Man könnte nämlich auch fragen, ob eine mutmaßliche Einwilligung in die Fortsetzung einer Behandlung vorliegt. Einwilligungsbedürftig ist nämlich grundsätzlich der ärztliche Eingriff und nicht sein Unterbleiben. Die „logisch vorrangige Frage nach dem mutmaßlichen Willen zur Behandlung“³³ ist dabei keineswegs nur eine akademische. Dies zeigt sich an den Konsequenzen der durchaus typischen Situation einer Entscheidungsunsicherheit oder eines sog. „non liquet“, von der ja auch der BGH im sog. Kemptener Fall³⁴ ausging. Fehlen nämlich hinreichende Anhaltspunkte für einen mutmaßlichen Patientenwillen zum Abbruch, dann ist die Weiterbehandlung geboten und nach Auffassung des BGH auch durch den Totschlagsparagrafen des § 212 StGB strafbewehrt. Fehlen solche Anhaltspunkte hingegen im Blick auf die Weiterbehandlung und kommt es hierauf entscheidend an, dann ist deren Abbruch geboten, diesmal strafbewehrt durch das Körperverletzungsdelikt des § 223 StGB. „Da aber die beiden ‚non liquet‘-Situationen sich umgekehrt proportional zueinander verhalten – je wahrscheinlicher der Wille ‚pro Abbruch‘, desto unwahrscheinlicher der ‚pro Behandlung‘, und vice versa –, entsteht die Gefahr einer strafrechtlich paradoxen Konstellation: Je mehr an Sicherheit man für die mutmaßliche Einwilligung in die eine der beiden Alternativen verlangt, um eine diesbezügliche Strafbarkeit auszuschließen, desto sicherer erzwingt man geradezu die Strafbarkeit nach der anderen Alternative. Am Beispiel unseres Falles: Der *Senat* postuliert in seinem zweiten Leitsatz ‚strenge Anforderungen‘ für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses mit dem Behandlungsabbruch. Er verlangt also jedenfalls eine deutlich höhere als bloß 50 %ige Wahrscheinlichkeit dieses Einverständnisses; fixieren wir sie der Einfachheit halber (und eher vorsichtig) bei

80 %. Dann reicht alles im Bereich zwischen 50 und 80 % nicht aus. Aber in diesem Bereich ist jedes *Ansteigen* der Wahrscheinlichkeit ‚pro Abbruch‘ (wiewohl dafür noch nicht ausreichend) mit einem gleichen *Abnehmen* der Wahrscheinlichkeit ‚pro Behandlung‘ identisch. 70 % für den Abbruch bedeuten 30 % für die Weiterbehandlung; sie reichen aber nach den ‚strengen‘ BGH-Anforderungen für jenen nicht aus. Dann ist freilich rätselhaft, wie die bloß 30 %ige Wahrscheinlichkeit ‚pro Weiterbehandlung‘ für *diese* ausreichen sollte. Und eine weitere Alternative gibt es nicht.“³⁵

Soll der mutmaßliche Wille mehr sein als ein Freibrief für fremdbestimmende Mutmaßungen über den „Wert“ des Lebens, mehr auch als ein Appell an das ärztliche Ethos, dann kann er nur dort eine Rolle spielen, wo konkrete Anhaltspunkte für den Willen des Patienten vorliegen, die einerseits zwar unterhalb des Niveaus einer validen Erklärung liegen, andererseits aber – etwa auch in Kombination mit Auskünften des Hausarztes oder/und von Familienangehörigen – hinreichende Kriterien für eine „Richtungsentscheidung“ liefern. Allenfalls dann wird der mutmaßliche Wille das kommunikative Vakuum (Robert Leicht) teilweise füllen können.

4. Für die durchaus häufigen Konstellationen von normativer und moralischer Entscheidungsunsicherheit halte ich schließlich aus verfassungsrechtlicher Sicht zwei Aspekte für handlungsleitend:

(1) Der erste betrifft die These vom Lebenwollen als der „fundamentaleren Tatsache“ menschlichen Lebens.³⁶ Für sie spricht aus verfassungsrechtlicher Sicht die Garantie des Lebensgrundrechts durch Art. 2 Abs. 2 GG, die ihrerseits durchaus als Antwort auf historische Erfahrungen konzipiert ist. Von diesem Ausgangspunkt her ist die Annahme einer mutmaßlichen Einwilligung in die (Weiter-)Behandlung die Regelvermutung.

In einer solchen Konstellation tritt der Selbstbestimmungsaspekt des Lebensgrundrechts – der ja nicht „aktiviert“ werden kann – zurück und der integritätsschützende Hauptaspekt des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Variante 1 GG tritt in den Vordergrund. Es gilt dann eine Vermutung dafür, dass der Grundrechtsinhaber ein unbeeinträchtigtes Fortdauern seines Lebens will. Dies ist die mit der Statuierung von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG getroffene Grundentscheidung des Grundgesetzes: dass typischerweise lebende Menschen ihr Leben, die Lebendigkeit des Körpers, geachtet wissen wollen. Nur dies wird dem Charakter der Abwehrrechte gerecht: dass Eingriffe prinzipiell nicht im Interesse des Grundrechtsinhabers liegen. Nur eine solche Vermutungsregel „pro vita“ vermag auch jener gleichsam systemimmanenten Logik entgegenzuwirken, die darin besteht, dass einer Gesellschaft, die den Integritätsschutz – oder philosophisch-traditionell gesprochen: die Heiligkeit des Lebens – eintauscht gegen das Prinzip der Freiheit, das Leben der Unfreien schwerlich heilig sein kann.³⁷

(2) Der Integritätsschutz ist dabei auch resistent gegen „Lebenswert-Differenzierungen“. Keine „allgemeinen Wertvorstellungen“ – wie der BGH im Kemptener Fall meinte – über das scheinbar sinnlose Dasein eines Appallikers rechtfertigen eine Relativierung des Lebensgrundrechts. Dieses in Verbindung mit der Würdegarantie des Art. 1 Abs. 1 GG enthält als Kernaussage geradezu das strikte Gebot der Lebenswert-Indifferenz. Dies mag auch ein spezifisch deutscher Aspekt unseres Themas sein. Die Würdegarantie und das Lebensgrundrecht grundgesetzlicher Prägung sind Antworten auf historische Erfahrungen und speichern insoweit ein besonderes Menschenbild. Das gelegentlich leichtfertige Urteil, die intensivmedizinische Aufrechterhaltung des Lebens sei eine würdeverletzende Manipulation des Patienten, spielt die beiden grundgesetzlichen Zentralkategorien unzulässig gegeneinander aus.

III.

Mit dem Bemühen um relative analytische Klarheit und normative Differenzierung kann es indes nicht sein Bewenden haben. Damit wird man der Verunsicherung der Menschen, ihrer Angst vor einer technikzentrierten Übermedikalisierung von Sterben und Tod nicht begegnen können. Ein Gemeinwesen, das durch die Verfassung auf den wirksamen Schutz von Integrität und Würde verpflichtet ist, hat Verantwortung für die Voraussetzungen und Bedingungen zur Realisierung eines menschenwürdigen Lebens und Sterbens. Hierzu möchte ich abschließend in meiner Funktion als stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Hospiz Stiftung noch einige Überlegungen vortragen.³⁸

Dass es um diese Bedingungen nicht zum Besten, nicht einmal einigermaßen erträglich bestellt ist, das ist nun aber kein Schicksal, sondern das Resultat politischer Entscheidungen zur Ressourcenallokation im Gesundheitswesen. Nichts macht dies deutlicher als der Blick auf einige wenige Zahlen und Fakten. Trotz gewisser Fortschritte seit den 90er Jahren:

- Auf eine Million Einwohner kommen sieben Palliativbetten bei einem Bedarf von mindestens 30.
- Ähnlich sieht es auch bei den stationären Hospizbetten aus. Hier steht ebenfalls einem Bedarf von ca. 25–30 Betten ein Angebot von etwa 7–8 Betten gegenüber.
- Trotz großen Bedarfs existieren bundesweit lediglich 15 ambulante palliativmedizinische (Konsiliar-)Dienste.
- Palliativmedizinische Lehrstühle sind immer noch seltener als selten, obwohl weite Bereiche der Palliativmedizin noch ein erhebliches Forschungsdefizit aufweisen.
- Vor diesem Hintergrund ist zwangsläufig auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung völlig unzureichend.

Die sich hieraus ergebenden Forderungen drängen sich geradezu auf:

- Der Ausbau des palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Angebots im stationären wie ambulanten Bereich muss eine hohe Priorität bekommen.
- Die Finanzierung von Palliative Care in Deutschland muss gesichert werden – etwa durch Tagesbudgets für Schwerstkranke und Sterbende, aber auch durch die explizite Berücksichtigung der Palliativmedizin in den Fallpauschalen bzw. bei den Diagnosis Related Groups.
- Qualitätssicherungsmaßnahmen müssen hinzutreten, etwa Palliative Care als Fachqualifikation für Pflegekräfte und für die psychosozialen Berufe, aber auch Palliative Care als Facharztausbildung; Pflichtfortbildung in Palliative Care; Einrichtung von Palliative-Care-Zentren an jeder medizinischen Universitätsklinik. Einhergehen muss dies mit der Sicherung auch ethischer Standards durch interdisziplinäre Supervision und Ethikkonsile jedenfalls an den größeren Einrichtungen.
- Ein Informationsaustausch zwischen den Palliative-Care-Diensten und deren Vernetzung untereinander müssen ebenfalls etabliert werden.
- Ganz besondere Aufmerksamkeit aber verdient die geriatrische Palliativmedizin, ein nahezu völlig ignoriertes Bereich.³⁹

Es liegt auf der Hand: Der würdige Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden ist allemal aufwendiger als der schnelle Tod durch aktive Formen der Sterbehilfe.⁴⁰ Doch diesen Aufwand schuldet das Gemeinwesen den Betroffenen. Werden wir dem nicht gerecht, so sind wir mitverantwortlich für das Entstehen einer Atmosphäre, die es Sterbenden und Schwerstkranken als ein Zeichen von Freiheit nahe bringt, in niemandes Schuld mehr zu stehen.⁴¹ Das aber wäre das Scheitern einer humanen Rechts- und Moralordnung.

Anmerkungen

- 1 Siehe auch Frank Saliger, Sterbehilfe ohne Strafrecht? Eine Bestimmung des Anwendungsbereichs von Sterbehilfe als Grundstein für ein intradisziplinäres Sterberecht, *KritV* 2001, 382 (433).
- 2 Karl Engisch, Konflikte, Aporien und Paradoxen bei der rechtlichen Beurteilung der ärztlichen Sterbehilfe, in: FS Dreher zum 70. Geburtstag, Berlin u. a. 1977, S. 309 (314 f).
- 3 Beispielhaft hierfür Walter Jens/Hans Küng, *Menschenwürdig sterben*, München 1995, 56; kritisch hierzu Adolf Laufs, *Selbstverantwortetes Sterben?*, *NJW* 1996, 763 f (763).
- 4 Sechs Asymmetrien benennt Anselm W. Müller, *Tötung auf Verlangen – Wohltat oder Untat?*, Stuttgart 1997, 95 ff; zur Gegenposition, dort auch zum Begriff von der moralischen Signifikanz: Jean-Claude Wolf, *Aktive und passive Euthanasie*, *ARSP* 1993, 393 ff.
- 5 Dazu zu Recht D. Birnbacher, *Recht auf Sterbehilfe – Pflicht zur Sterbehilfe?*, in: G. Orsi, K. Seelmann (Hrsg.), *Medizin-Recht-Ethik, Rechtsphilosophische Hefte VIII*, Frankfurt a. M. u. a. 1998, S. 75–88, 75 ff. (75).
- 6 Zum folgenden Wolfram Höfling, *„Sterbehilfe“ zwischen Selbstbestimmung und Integritätsschutz*, *JuS* 2000, 111 ff.
- 7 Zu diesem Argument etwa P. L. Beauchamp, *Antwort auf Rachels zum Thema Euthanasie*, in: Sass (Hrsg.), *Medizin und Ethik*, Stuttgart 1989, S. 265 (271); Birnbacher, *Recht auf Sterbehilfe – Pflicht zur Sterbehilfe?*, a.a.O., S. 82.
- 8 Vgl. hierzu die Bestandsaufnahme der Diskussion bei Barbara Guckes, *Das Argument der schiefen Ebene*, Stuttgart 1997.
- 9 Siehe auch Dieter Birnbacher, *Tun und Unterlassen*, Stuttgart 1995; zum hier interessierenden Problemkreis Christian Schneider, *Tun und Unterlassen beim Abbruch lebenserhaltender medizinischer Behandlung*, Berlin 1997.
- 10 Vgl. insoweit auch die amerikanische Studie von D. Lamb, *Down the slippery slope*, London u. a. 1988.
- 11 D. Birnbacher, *Recht auf Sterbehilfe – Pflicht zur Sterbehilfe?*, a.a.O., S. 83. Vgl. zur Mitleidstötung auch Klaus Dörner, *Tödliches Mitleid*, *Güterloh* 1993.
- 12 Näher hierzu Thomas Fuchs, *Was heißt „töten“?*, *Die Struktur ärztlichen Handelns bei passiver und aktiver Euthanasie*, *Ethik in der Medizin* 1997, 78 ff.

13 So Fuchs, a. a. O., S. 83 f.

14 Siehe Fuchs, a. a. O., S. 84, der zugleich auf D. Callahan, *When self-determination runs amok*, *Hastings Center Report* 22 (1992), 52 ff verweist, der den Unterschied der Kausalität wie folgt demonstriert: Die tödliche Injektion beendet das Leben des Kranken ebenso wie die des Gesunden; der Behandlungsabbruch aber führt nur beim Sterbenskranken zum Tod, hätte beim Gesunden dagegen keine Auswirkung.

15 So der Bundesgerichtshof in BGHSt 11, 111 (114) – „Myom-Fall“.

16 BVerfGE 52, 131 (175).

17 BVerfGE 52, 131 (175).

18 Dazu siehe exemplarisch BVerfGE 52, 131 (168) – Mehrheitsmeinung; siehe auch die Diskussion des Problems unter dem speziellen Aspekt der Selbsttötung bei Udo Fink, *Selbstbestimmung und Selbsttötung*, Köln u. a. 1992, S. 50 ff.

19 Siehe etwa Fritsche/Goullon/Eser/Braun/Riquet, *Das Recht auf einen menschenwürdigen Tod?*, Karlsruhe 1977; Franz Böckle, *Menschenwürdiges Sterben*, Zürich u. a. 1979; M. Burkhardt, *Das Recht, in Würde zu sterben – ein Menschenrecht*, Zürich 1983; Wilhelm Uhlenbruck, *Der Rechtsanspruch des Patienten auf einen menschenwürdigen Tod*, in: *Therapie der Gegenwart*, Heft 1/1974, S. 127 ff; H.-D. Hiersche, *Das Recht des Menschen auf seinen würdigen Tod*, *MedR* 1987, 83 ff; H. Wilms/Y. Jäger, *Menschenwürde und Tötung auf Verlangen*, *ZRP* 1988, 41 ff.

20 Näher zu dieser Würdekonzepktion Höfling, in: Sachs (Hrsg.), *Grundgesetz-Kommentar*, 2. Aufl. München 1999, Art. 1 Rdn. 19 ff mit zahlreichen Nachweisen.

21 Siehe hierzu näher Höfling, a. a. O., Art. 1 Rdn. 7 ff, 17 f, 57 ff.

22 So die Formulierung in: Deutsche Hospiz Stiftung, *Medizinische Patienten-anwaltschaft und Betreuungsverfügung*, Dortmund 1999, S. 3.

23 Siehe auch Achenbach, in: Ochsmann (Hrsg.), *Lebens-Ende*, Heidelberg, 1991, S. 137 (152).

24 Kritisch zum Rückgriff auf den Menschenwürdebegriff auch W. Uhlenbruck, *Selbstbestimmtes Sterben durch Patiententestament, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht*, Berlin 1997, S. 251 ff.

25 So zu Recht Bernsmann, *ZRP* 1996, 87 (91); dort, FN 66, heißt es weiter: „„Würdige“ Lebensverlängerung ist jedenfalls aufwendiger als der schnelle Tod. Das sollte in Zeiten, in denen fast alles un-

ter dem Diktat der Kostenminimierung steht, zum Nachdenken anhalten“. Zu Recht weist Bernsmann, a. a. O., darauf hin, dass die Möglichkeiten der Würdebewahrung durch Pflege und Zuwendung derzeit auch nicht nur annähernd ausgeschöpft seien.

26 M. Sachs, in: Stern, Staatsrecht, Bd. III/1, München 1988, S. 642.

27 W. Bottke, Strafrechtliche Probleme am Lebensbeginn und am Lebensende – Bestimmungsrecht versus Lebenserhaltung?, in: Deutsche Sektion der Internationalen Juristen-Kommission (Hrsg.), Lebensverlängerung aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht, Heidelberg 1995, S. 35 (99 f).

28 W. Bottke, a. a. O., S. 101.

29 Zur Definition von „Behandlung“ vgl. W. Uhlenbruck, Der Inhalt des Arztvertrages, in: A. Laufs u. a., Handbuch des Arztrechts, 2. Aufl. München 1999, § 44 Rn. 1–3.

30 W. Uhlenbruck, Die Pflicht zum Behandlungsabbruch, a. a. O., § 58 Rn. 6.

31 So etwa Merkel, ZStW 107 (1995), 545 (558).

32 So Scheffler, Sterbehilfe mit System, in: Joerden (Hrsg.), Der Mensch und seine Behandlung in der Medizin, Heidelberg 1999, S. 249 (269).

33 So Scheffler, in: Joerden (Hrsg.), a. a. O., S. 249 (269).

34 BGHSt 40, 257.

35 So Merkel, ZStW 107 (1995), 545 (560).

36 In diesem Sinne Hans Thomas, Begründbarkeit des Selbstverständlichen?, ZfL 1999, 23 (25) in seiner Rezension der eine vergleichbare Position vertretenden Studie von Anselm W. Müller, Tötung auf Verlangen – Wohltat oder Untat?, a.a.O., S. 61 ff; vgl. auch Klaus Bernsmann, Der Umgang mit irreversibel bewussten Personen und das Strafrecht, ZfL 1996, 87 (91).

37 So der Strafrechtler Günther Jakobs, FAZ vom 23. Juli 1996, S. 33; siehe auch Jan Ross, FAZ vom 10.8.1996, S. 1, der davor warnt, dass die Freiheit zu einem Selektionsinstrument wird.

38 Zu folgendem Wolfram Höfling, Palliativmedizin und Sterbegleitung: Überlegungen aus rechtswissenschaftlicher Sicht, in: Staatsbürgerliche Stiftung Bad Harzburg e. V., Jahrbuch 2002, S. 17 (21 f).

39 Zur Palliativmedizin in der Geriatrie siehe etwa Bettina Sandgathe Huseb, in: Huseb/Klaschik, Palliativmedizin, Berlin u. a. 2000, S. 335 ff.

40 Siehe auch Klaus Bernsmann, ZRP 1996, 87 (91 mit FN 66).

41 Siehe auch Assheuer, Die Zeit Nr. 52 vom 19.12.2001, S. 33 im Blick auf die Niederlande.