

Menschenwürdiges Sterben

- Typologie des Rechts und normative Grundlagen -

Gunnar Duttge*

Abstract

The significative content of the “indefeasibly” human dignity (Art. 1 I GG) is as well diffuse and controversial in the matter of treating people in the last stage of life: For some, the main focus has to be put on the patient’s right of self-determination which shall prevent medical paternalism and an inhuman duty to live, the others want to ensure an objective “rationality” of existential determinations in order to protect human social living conditions. Only a holistic examination and evaluation of the respective combination (types of euthanasia) enables a consistently appraisal of the emerged conflict of values; the selected debates and proposed single solutions (e.g. for the advance directive) predominating in the interpretation of right as well as legal policy however deny this need. Only a broad view reveals that the determination immanent to German law are basically coherent; however does a closer view as well point out how easy an unconsidered, dogmatic use of the types of euthanasia may miss the intrinsic sense of the claim for a human dying.

* Zentrum für Medizinrecht, Georg-August-Universität Göttingen
lduttge@gwdg.de

Keywords

Human Dignity, Self-Determination, Protection of Life, Active-Direct Euthanasia, Restriction of Treatment, Assisted Suicide, Indirect Euthanasia, “Sacredness of Human Life,” “Breach in the Dyke,” Model of the “Double Effect,” Omission of the Medical Indication, Advance Directive, Assumed Consent, Attorney(Guardian)

I.

“In dubio pro dignitate” – so lautet in einer Reihe von Stellungnahmen innerhalb der medizinrechtlichen und –ethischen Debatte in Deutschland wie international die normative Leitlinie zu Fragen des angemessenen Umgangs mit Menschen in der letzten Lebensphase.¹ Aufgegriffen findet sich damit insbesondere die Sorge vieler vor einem Szenario, in welchem sich der einzelne im Zustand der Hilflosigkeit und Ohnmacht zum leidenden Objekt einer als unpersönlich und “unnatürlich” empfundenen “Apparatemedizin” herabgewürdigt sieht. Die Forderung nach “rechtzeitiger” Therapiebegrenzung bzw. -beendigung begegnet inzwischen in immer neuen aufsehenerregenden Fällen, jüngst etwa in Polen, wo die Mutter eines an subakuter sklerosierender Panenzephalitis² erkrankten 40-jährigen Mannes öffentlich um die “Erlaubnis” für ihren Sohn bat, so würdevoll sterben zu dürfen wie die Italienerin Eluana Englaro.³ Deren “Sterbendürfen” nach 17-jährigem sog. “Wachkoma” (persistent vegetative state)⁴ führte Anfang 2009 gar zu einem schweren Verfassungskonflikt zwischen den Verfassungsorganen des italienischen Staates und hinterließ eine zutiefst gespaltene öffentliche Meinung.⁵ Zuvor erregten schon die Schicksale von Debbie Purdy (Oktober 2008), Chantal Sebire (März 2008), Piergiorgio Welby (Dezember 2006), Terri Schiavo (März 2005) und Diane Pretty (Mai 2002), auch wegen der hier zum Teil von Angehörigen erbetenen aktiven Tötung bzw. Beihilfe zum beabsichtigten Suizid,⁶ das öffentliche Interesse und entfachten öffentlichen Streit um den Sinngehalt der Forderung nach “menschewürdigem Sterben.” Diese bildet natürlich auch in Deutschland schon seit langem den Kern der Sterbehilfedebatte⁷ wie auch der höchstrichterlichen Rechtsprechung: Nach erklärter Ansicht des Bundesgerichtshofs in Strafsachen (BGH) soll die “Ermöglichung eines Todes *in Würde* und “Schmerzfremheit” unter

Umständen ein höherwertiger Belang sein als die “Aussicht, unter schwersten, insbesondere sog. Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen.”⁸ In der jüngeren Vergangenheit wird darüber hinaus auch die vorschnelle Einführung einer Magensonde, häufig lediglich als ressourcenschonender Ersatz für die eigentlich notwendige persönliche Zuwendung bei der Nahrungsaufnahme gedacht, als Verletzung der Würde des Hilfsbedürftigen angesehen; der Präsident der Bundesärztekammer hat erst vor kurzem aufs neue betont, dass ein erheblicher Teil der jährlich ca. 140.000 Ernährungs sonden, etwa 2/3 davon bei überwiegend dementen Bewohnern von Pflegeheimen gelegt, medizinisch nicht indiziert ist und zu Erleichterungen allenfalls bei den Betreuenden, *nicht* aber bei den hierdurch Belasteten führt.⁹

In diesem Licht erscheint die Inanspruchnahme des schlechthin fundamentalen Achtungsgebots gegenüber dem je Anderen, resultierend aus einem unvergleichlich herausgehobenen “Wert” dieses Anderen (nämlich seiner “angeborenen, unveräußerlichen und unverlierbaren Würde,“)¹⁰ ohne weiteres einsichtig; schon die Inbezugnahme der “Apparatemedizin” irritiert aber, weil diese den Menschen in vielen Fällen erst dazu verhilft, durch ihren selbstverständlichen Einsatz etwa bei schweren Unfällen dennoch ein höheres oder gar hohes Lebensalter zu erreichen. Gemeint ist mit der Sorge vor der Apparatemedizin daher ersichtlich nicht die Abhängigkeit von “Schläuchen” als solche (obgleich in manchen Patientenverfügungen in dieser Weise mißverständlich formuliert), sondern die medizintechnisch beherrschte Aufrechterhaltung der vegetativen Funktionen des Menschen über jenen Zeitpunkt hinaus, zu dem aller Erfahrung nach realistischerweise noch eine Heilung oder wenigstens ein erträgliches, bewusst erlebtes und im Mindestmaß selbstbestimmtes Leben erhofft werden kann. In den Worten von *Volker Gerhard*, dem Berliner Philosophen: Die Medizin hat

heute “eine Perfektion erreicht, die das Leben eines Individuums auch dann noch erhält, wenn es gar nicht mehr aus eigenem Anspruch gelebt werden kann. [...] Ein Patient wird, trotz schwerster Gebrechen, durch Medikamente, operative Eingriffe und apparative Ergänzungen am Leben erhalten, obgleich es ihm nur eine Fortsetzung seiner Leiden bringt. Ohne die medizinische Technik wäre er längst tot. Dennoch reicht sie nicht so weit, sein Leben auf einem Niveau zu belassen, das erträglich genannt werden kann.”¹¹ Doch erst die Möglichkeit, durch bewusstes Erleben und Handeln dem eigenen Leben Sinn zu verleihen, dürfte den meisten Menschen das eigene Leben wertvoll erscheinen lassen. Thomas Nagel, ein amerikanischer Philosoph der Gegenwart, hat in diesem Zusammenhang wohl ganz zutreffend vermerkt, dass es für nahezu jedermann gleichgültig sein dürfte, “ob er auf der Stelle tot wäre oder ... in ein Koma fiele, das zwanzig Jahre später, ohne dass er je wieder erwacht wäre, mit dem Tod endete.”¹²

Bedenkt man nun, daß es den Verantwortlichen innerhalb des Medizinsystems offenbar nach wie vor schwer fällt, eine einmal eingeleitete Behandlung wie etwa die künstliche Beatmung wieder zu beenden, den Reanimator also “aktiv” abzustellen (unter anderem auch aufgrund irriger Annahme einer verbotenen aktiven Sterbehilfe),¹³ so läßt sich leicht verstehen, warum das eingangs erwähnte Leitmotiv mit der in Anspruch genommenen Menschenwürdegarantie im Kern das Selbstbestimmungsrecht zum Ausdruck bringen soll. Primär sei es doch der einzelne selbst, “der über seine Würde bestimme,” so wörtlich der Mainzer Verfassungsrechtler *Hufen*: Die “Menschenwürde schützt den Menschen auch davor, zum Objekt der Menschenwürdedefinition eines anderen zu werden.”¹⁴ Bei manchen wie etwa beim Hallenser Strafrecht-lehrer *Lilie* heißt es gar, der Patientenwille sei nicht nur die Grenze, sondern erst der “Grund des ärztlichen Behandlungsauftrags”;¹⁵ die

Würde des Menschen verlange daher nicht nur ein Bestimmendürfen über die höchstpersönliche Lebensentfaltung “in guten Zeiten,” sondern ebenso eine “Kontrolle” über das eigene Sterben bis zu jenem nach weltlichem Verständnis irreversiblen “Verlust des Lichts”–und erlaube somit keinen dem Menschen aufoktroierten “Lebensschutz um jeden Preis”.

Spätestens an dieser Stelle wird aber deutlich, daß der bloße Verweis auf das übergreifende Prinzip der “unantastbaren” Menschenwürde und auf ihren Geltungsanspruch auch im Arzt-Patienten-Verhältnis die hier begegnenden Wertkonflikte (etwa auch mit Blick auf das Gebot ärztlicher Fürsorge) noch keineswegs löst, ja mehr noch: daß selbst in der grundlegenden Bewertungsrichtung und Weichenstellung höchst unterschiedliche Wege eingeschlagen werden können. Merkwürdig erscheint dabei insbesondere die im juristischen Diskurs (in Deutschland) inzwischen wohl vorherrschende Frontstellung gegen den Lebensschutz durch–jedenfalls tendenziell–Verabsolutierung des “Selbstbestimmungsrechts,” und zwar nicht nur deshalb, weil der Sinn jeder Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe *ganz offensichtlich nicht in einer damit einhergehenden*, sondern lediglich in der Ermöglichung *künftiger* Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung in verbessertem Gesundheitszustand nach hierauf gerichtetem ärztlichen “Wohl tun” liegt. Merkwürdig ist die beim Worte genommen kompromißlose Auflehnung gegen ein “in dubio pro vita” auch deshalb, weil die dem Prinzip der Menschenwürde inhärente Aufgabe der Gewährleistung humaner Lebensbedingungen mit einem auf maximale Selbstverwirklichung des einzelnen gerichteten Reduktionismus aller Erfahrung nach nicht zu erreichen ist¹⁶–und zu diesen Lebensbedingungen zählt nicht zuletzt auch eine Rechts–und Gesellschaftsordnung, die den einzelnen vor vorzeitigem Verlust seiner vitalen Basis für jedwede individuelle

Entfaltung nach Möglichkeit bewahrt. Verfassungsrechtlich steht die staatliche Schutzpflicht zum Wohle des menschlichen Lebens daher in engem Zusammenhang mit der Menschenwürdegarantie und mitnichten in einer Frontstellung zu dieser; das hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in zahlreichen Entscheidungen, zuletzt etwa im Zusammenhang mit der vom Gesetzgeber versuchten, aber letztlich gescheiterten Implementierung einer staatlichen Befugnis zum tödlichen Abschluß entführter Flugzeuge (§ 14 III Luftsicherheitsgesetz) unmißverständlich gezeigt.¹⁷

Wie kommt es, dass der überaus komplexe und vielschichtige Begriff der “Menschenwürde,” mit dem sich bekanntlich gut 2000 Jahre Philosophiegeschichte und diverse philosophische Traditionen verbinden, im hiesigen Kontext der so genannten Sterbehilfe¹⁸ teilweise in einem derart reduktionistischen Sinne verstanden wird? Nun: Zum einen drückt sich hierin unverkennbar eine Haltung dezidierter Abwehr gegen ein “heteronomisches” (in der Terminologie des Frankfurter Rechtsphilosophen *Paul Tiedemann*) und—im Anschluß an die neuzeitliche Aufklärung—ein Votum für ein “autonomisches Konzept” von Menschenwürde aus,¹⁹ also insbesondere *gegen* eine von Hoheits wegen erzwungene Beschränkung freiheitlicher Entfaltung durch den theologisch motivierten Gedanken der “Gottesebenbildlichkeit” und *für* ein Verständnis, das angelehnt an *Kant* in der “Autonomie” den “Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur” sieht.²⁰ Zum anderen hat sich der Blick innerhalb der Sterbehilfedebatte mit Ausweitung der modernen Intensivmedizin spürbar verengt auf die Sorge vor einer “Zwangsbehandlung” des Patienten und damit auf die Forderung nach rechtzeitiger Therapiebegrenzung. In dieser juristisch so genannten “passiven Sterbehilfe”²¹ (wegen Nichthinderns des im Körper des Patienten bereits angelegten Desintegrationsprozesses) erschöpft sich

jedoch das Spektrum denkbarer Wertkonflikte beim Umgang mit dem Patienten keineswegs. Vielmehr zeigt etwa das in Deutschland wie nahezu weltweit (ausgenommen in Belgien, in den Niederlanden und wohl demnächst auch in Luxemburg)²² geltende kategorische Verbot der unmittelbar herbeigeführten, gezielten Tötung selbst bei dahingehendem ernstlichen Verlangen (§ 216 StGB, so genannte “aktiv-direkte Sterbehilfe”), dass die Forderung nach Ermöglichung eines “menschenwürdigen Sterbens” nicht in der singulären Idee individueller Selbstbestimmung restlos aufgeht (sonst wäre die Strafbarkeit der aktiv-direkten Sterbehilfe illegitim). Das verdeutlicht im übrigen auch ein Vergleich der dem Wortsinn nach gleichermaßen am Schutz der Menschenwürde orientierten, aber in der Frage der Suizidbeihilfe diametral gegensätzlichen Positionen einmal der Sterbehilfeorganisation Dignitas²³ und im Gegensatz dazu etwa der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.²⁴ Es bedarf daher schon einer sorgfältigen Analyse des *Gesamtspektrums* möglicher Weisen des Sich-Verhalzu einem hilfsbedürftigen Patienten, um zu erfahren, welche Wertprinzipien jeweils betroffen sind und je nach typisierter Fallkonstellation, differenziert nach Handlungsmodalität, Intention, ärztliche Vertretbarkeit der Risiken im Verhältnis zum bezweckten Nutzen und mit Rücksicht auf die Wahrscheinlichkeit der lebensverkürzenden Wirkung, in welcher Weise Geltung beanspruchen. Hieraus resultiert die tradierte juristische Sterbehilfetypologie,²⁵ die zwar in ihrer Terminologie verbesserungsfähig sein mag, in der Sache aber trotz vermehrt zu vernehmenden zweifelnden Stimmen cum grano salis überzeugt. Gleichwohl bleiben im Detail fragliche Aspekte, die jedoch erst sichtbar werden, wenn die jeweiligen Regeln im Lichte eines übergreifenden Wertungszusammenhangs betrachtet werden.²⁶ Schließlich gewährleistet erst die Einbettung der Einzelaspekte in diesen Wertungszusammenhang die nötige Rationalität des Ordnungsrahmens

insgesamt wie seiner Teile; an diesem Konsistenzgebot muß sich daher auch jeder rechtspolitische Vorschlag messen lassen.²⁷ Dies sei im Folgenden mit besonderem Augenmerk auf die aktuelle Debatte anhand ausgewählter kritischer Anfragen an das geltende Recht exemplarisch erläutert.

II.

Eröffnet werden kann die nähere Analyse mit dem schon erwähnten strikten, strafbewehrten Verbot der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB). Hier sind es im wesentlichen drei Argumentationsstränge, die zur Begründung dieses Verbots angeboten werden:²⁸ Das Postulat von der "Heiligkeit menschlichen Lebens"²⁹ gleichsam als theologisch imprägnierte Form eines verabsolutierten Lebensschutzes ist dabei der für das Recht am wenigsten überzeugende Gedanke. Denn schon rechtsgrundsätzlich sind weltanschaulich geprägte Gründe in einer pluralistischen, auf allgemeine Akzeptanz angewiesenen Rechtsordnung nicht geeignet, ein (noch dazu strafbewehrtes) Handlungsverbot zu legitimieren.³⁰ Zudem wäre die unvermeidliche Folge eines solchermaßen umfassenden Tabus, dass das Selbstbestimmungsrecht bei möglichem oder sicherem Todeseintritt *niemals* relevant werden dürfte – nicht bei der Schmerzmedikation, selbst wenn diese ausdrücklich erbeten wurde, sofern das in höherer Dosierung nicht ausßbar eine lebensverkürzende Wirkung nach sich ziehen könnte (sog. "indirekte Sterbehilfe,") und schon gar nicht bei der Ablehnung einer angebotenen Therapie, wenn diese die allein lebenserhaltende ist. Wie der BGH aber schon in einer frühen Entscheidung formuliert hat, kann ein Patient höchst achtenswerte persönlich-private Gründe haben, sich einer Behandlung zu entziehen.³¹ Ihm das zu verweigern würde ihm das Bestimmungsrecht über den eigenen Körper rundweg verwehren; als

Rechtssubjekt könnte man den Patienten dann nicht mehr ernstlich bezeichnen.

Das hier also zum Durchbruch kommende "Selbstbestimmungsrecht" wird im Falle der aktiv-direkten Tötung von Juristen gerne als von vornherein nicht betroffen angesehen, in der Regel mit der Begründung, daß damit nur die eigene Verhaltensfreiheit geschützt, nicht aber ein Leistungsrecht auf Vollstreckung der existentiellen Wünsche des Patienten gewährt sei.³² In Anlehnung an eine alte Redewendung möchte man hierauf antworten: Ein Schelm ist's, wer bei solcher "Reduktion von Komplexität" (Luhmann) Böses denkt. Denn einmal davon abgesehen, dass sich das Geschehen strukturell auch als "arbeitsteilige Selbsttötung" des Sterbewilligen und damit durchaus als Teil der eigenen Verhaltensfreiheit begreifen ließe,³³ entspricht es jedenfalls allgemeiner juristischer Dogmatik, dass die Zuerkennung eines Rechts auch die Sorge für die zur faktischen Inanspruchnahme dieses Rechts erforderlichen Rahmenbedingungen impliziert. Soweit das Recht etwa im Schwangerschaftskonflikt dem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren Vorrang gewährt (die nähere Problematik der Begründung dieses Vorrangs im Verhältnis zum ungeborenen Leben soll hier nicht interessieren,³⁴ sondern allein die schon erwähnte rechtstheoretische Gemeinsamkeit), kommt dem Staat auch nach Auffassung des BVerfG die Aufgabe zu, ein "ausreichendes und flächendeckendes Angebot sowohl an ambulanten als auch stationären Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicherzustellen."³⁵ In der Tat ließe sich wohl kaum noch sinnvoll von einem Recht sprechen, wenn die ihm innewohnende Berechtigung und Wahlmöglichkeit faktisch nicht ausgeübt werden könnte.³⁶ Ebenso wie daher eine ausnahmslose Bestrafung von Ärzten bei Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs als massive Beschränkung des Selbstbe-

stimmungsrechts der Schwangeren zu werten wäre, verhält es sich auch beim strafbewehrten Verbot der Tötung auf Verlangen, insbesondere dann, wenn der Sterbewillige selbst nicht mehr handlungsfähig und daher unvermeidlich auf andere angewiesen ist. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) hat deshalb im Fall *Diane Pretty*—die Patientin litt an Amyotropher Lateralsklerose und erstrebte eine Vorabzusage von Straffreiheit für ihren Ehemann—zu Recht ein auf die eigene Tötung gerichtetes “Gestaltungsrecht” nicht ausschließen wollen, resultierend aus dem Recht auf Achtung der Privatsphäre (vgl. Art. 8 EMRK); die gleichwohl gebilligte Strafbarkeit desjenigen, der die Fremdtötung vornimmt, wurde mit dem überragenden Allgemeininteresse am Bestand der Rechtsordnung, genauer: auf Wahrung des in einer Rechtsgemeinschaft stets fundamentalen Fremdtötungsverbots begründet.³⁷

Dieser zweite Legitimationsstrang für das strafbewehrte Verbot der Tötung auf Verlangen zielt ersichtlich nicht auf Beförderung des Selbstbestimmungsrechts der konkret Handelnden, sondern auf Gewährleistung eines *im Ganzen* von Achtung und Respekt getragenen Miteinanders, zu dem zuvörderst die Anerkennung und Bewahrung des Lebensrechts des je Anderen gehört. Wenn hierdurch aber einzelne Grundrechtsträger in ihrem Freiheitsgebrauch gehindert werden, so muß dieser übergreifende Sicherungsauftrag auf dem Boden einer freiheitlichen Rechtsordnung schon konkret aktualisiert sein, um den Eingriff in freiheitliche Betätigung einzelner zu rechtfertigen. Es genügt also mitnichten schon die bloß abstrakte Möglichkeit eines sog. “Damnbruchs” bzw. einer mißbräuchlichen Nutzung des erlaubten Handlungsspielraums; die Sorge vor Mißbrauch oder vor dem Betreten einer “schiefen Bahn” muß vielmehr durch konkrete Anhaltspunkte begründet sein.³⁸ Solche lassen sich allerdings bei näherer Betrachtung

der Situation in den Niederlanden sehr wohl finden, nachdem die dortige Regierung inzwischen zum dritten Mal die Durchführung einer empirischen Erhebung veranlasst hat:³⁹ Die Einzelheiten brauchen im hiesigen Zusammenhang nicht näher zu interessieren; ausreichend ist schon die generelle Erkenntnis, daß der gedachte seltene Ausnahmefall einer erlaubten Tötung sich offenbar doch zunehmend zu einer gesellschaftlich akzeptierten Euthanasiepraxis auch ohne dahingehendes Verlangen des Patienten fortentwickelt hat, argumentativ gerechtfertigt durch einen schleichenden Übergang von einer im Ausgang nachdrücklich das Selbstbestimmungsrecht betonenden zu einer immer mehr mit Notstandserwägungen begründeten Haltung. Der Münchner Onkologe, Palliativmediziner und Medizinethiker *Fuat Oduncu* hat den erschreckenden Befund in unmißverständlichen Worten wie folgt zusammengefaßt: “Die holländischen Studien legen offen, daß praktisch alle [gesetzlich vorgesehenen] Sorgfaltskriterien übergangen werden; Freiwilligkeit, Selbstbestimmung und subjektiv erlebtes Leiden spielen eine untergeordnete Rolle. In der Praxis ist der schwerkranke Patient dem Arzt ausgeliefert, wenn die Angehörigen nicht einschreiten [...]. Das [niederländische Euthanasie-] Gesetz schützt den Arzt [und zwar vor Strafverfolgung], nicht [aber] den Patienten. Der Patient, der nicht euthanisiert werden will, ist seines Lebens nicht mehr sicher.”⁴⁰

Wenn es aber so ist, daß bei signifikanter Übermacht und schlechter Kontrollier- und Beweisbarkeit des Geschehens u.U. rechtstatsächlich mit Mißbrauch gerechnet werden muß und normativ auch gerechnet werden darf (bis hin zur Rechtsfolge eines gänzlichen Verbots wie im Falle des § 216 StGB), so kann bei anderen Umgangsweisen mit hilfsbedürftigen Patienten das Einkalkulieren von Mißbrauch nicht von vornherein illegitim sein.⁴¹ Das gilt für die Therapiebegrenzung ebenso wie für die möglicherweise lebensverkürzende Schmerzmedikation, die

juristisch deshalb zu Recht (entgegen mancherlei Versuchen der Medizin, diesen Bereich als per se “sozialadäquat” und “berufstypisch” aus dem rechtlichen Kontext gänzlich “hinauszudefinieren”) als weitere Konstellation der sog. Sterbehilfe—nämlich als aktiv-*indirekte* – klassifiziert wird. Die in diesem Zusammenhang in Anspruch genommene “Lehre vom doppelten Effekt” gibt dabei vor, daß es allein die gute Intention sei, die aus einem potentiellen Tötungsgeschehen eine erlaubte Tat mache. Wie auch sonst im Leben muß sich die Intention jedoch im äußeren Geschehen auch niederschlagen, um glaubwürdig sein zu können. Deshalb verlangt der “Alternativentwurf Sterbebegleitung” eines Arbeitskreises deutscher, österreichischer und schweizerischer Strafrechtslehrer aus dem Jahre 2005⁴² die Beachtung und sorgfältige Dokumentation der ärztlich verantwortbaren Wirkstoffe und ihrer jeweiligen Dosisgrenzen, damit sich unter dem Deckmantel der Schmerzlinderung nicht eine zielgerichtete Tötungstat mit besonderen Mitteln verbergen kann. Stufenschemata der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Dosisempfehlungen sind wichtige Anhaltspunkte zur Konkretisierung des Sorgfaltsmaßstabs,⁴³ lassen aber nicht übersehen, daß in der Praxis—wohl wegen der erheblichen Bandbreite an individueller Schmerzempfindlichkeit und Toleranz der Nebenwirkungen—dennoch einige Unsicherheiten über das im konkreten Fall tatsächlich Verantwortbare bestehen. So sehr es gewiß nicht hingenommen werden kann, daß Patienten aus Sorge ihres behandelnden Arztes vor eigener Strafverfolgung unnötig leiden, darf gleichzeitig nicht aus dem Blick verloren werden, daß selbst ein noch so großer Wunsch des Patienten nach Leidensminderung keine absehbare oder gar sichere Tötung durch Medikamentengabe rechtfertigt, d.h.: Die normativ hohe Barriere zur aktiv-direkten Sterbehilfe muß sich auch in der Lebenswirklichkeit wiederfinden. Denn zu groß ist die Versuchung, daß allein folgenorientiert (konsequentialistisch) ab irgendeinem nicht

mehr “erträglich” erscheinenden Zustand in der zielgerichteten Tötung oder jedenfalls beabsichtigten (“wohlmeinenden”) Beschleunigung des Sterbevorgangs durch (insoweit nicht erlaubte) “terminale Sedierung”⁴⁴ die effektivste Form der “Leidensminderung” gesehen werden könnte. Um dies zu verhindern, wird derzeit—m.E. zu Recht—über die Implementierung weiterer verfahrensrechtlicher Schutzmechanismen nachgedacht wie etwa das Vier-Augen-Prinzip bei der Verordnung besonders gefahrenträchtiger Medikamente.⁴⁵

Die (bisherige)⁴⁶ Begrenzung der Schmerzmedikation auf den Bereich der zwar möglichen (nicht auszuschließenden), nicht aber wahrscheinlichen oder gar sicheren Lebensverkürzung bildet ersichtlich einen Kompromiß im Wertekonflikt zwischen “Lebensschutz” und “Selbstbestimmungsrecht”. Es ist also der im konkreten Fall tatsächlich bestehende oder mit hinreichender Gewißheit zu vermutende *Patientenwille*, der ein gewisses Risiko für den Lebenserhalt rechtfertigt,⁴⁷ nicht dagegen der notstandsähnliche Gedanke eines “Überwiegens” des (scheinbar) objektiven Interesses auf Befreiung von den Qualen gegenüber einem potentiell längeren Weiterleben; denn die auf eine notstandsähnliche Lage abhebende Argumentation würde *erstens* eine Lebensverkürzung selbst ohne oder gar gegen den Patientenwillen und *zweitens*—gleichsam als effektivere Handlungsoption—erst recht eine direkte Tötung aus Mitleid oder “gnadenhalber” legitimieren.⁴⁸ Eine solchermaßen *externe* Lebensqualitätsbewertung mit tödlicher Folge, d.h. mit der ihr immanenten *Foucaultschen* Zäsur, “was leben [darf] und dem, was sterben muß,”⁴⁹ hätte jedoch denknotwendig die Annahme “lebensunwerten Lebens” zur Prämisse⁵⁰—eine Annahme, die in solcher Weise explizit gemacht wegen des radikalen Bruches menschenrechtlicher Gleichheit wohl allgemein als menschenwürdevidrig angesehen würde. Der Freiburger Medizinethiker *Giovanni Maio* hat deshalb

anlässlich der kürzlich entbrannten Debatte um Eluana Englaro mit Recht betont: “Wir dürfen als Dritte das Leben dieser Menschen nicht bewerten, weil eine solche Bewertung nur den Betroffenen selbst zusteht.”⁵¹ Dann ist es aber nicht weniger brisant, wenn die *Entscheidung* zur Therapiebegrenzung aus medizinischer Perspektive als eine solche verstanden und beschrieben wird, die “in erster Linie und mit weiten Abstand *eine medizinische Entscheidung über den Sinn oder Unsinn einer denkbaren Behandlungsmaßnahme*” sei—so die Formulierung des Lübecker Anästhesiologen *Strätling* stellvertretend für eine in der Medizin wohl von vielen geteilte Auffassung⁵²—, also ein Urteil, das “angesichts der letztlich unvermeidlichen Sterblichkeit des Menschen” [!] mit Rücksicht auf die zu wahrende “Verhältnismäßigkeit” der Therapie bei bescheidener “Erfolgsaussicht” heute eher früher denn später gefällt und vollzogen werden sollte. Gewiß: Der behandelnde Arzt ist nicht allein (und mitunter gar nicht) den Wünschen seines Patienten verpflichtet, sondern zuerst den Erkenntnissen und Prinzipien seiner Profession, die seinen berufsspezifischen Ethos begründen; welches Recht hat er dann aber, wenn er seinem Patienten nicht mehr helfen kann, so lautet die Frage, wie sie erst unlängst etwa auch der spanische Philosoph *Fernando Savater* gestellt hat?⁵³ In seiner berühmten Grundsatzentscheidung zur Patientenverfügung im “Lübecker Fall” hat der Bundesgerichtshof in Zivilsachen im Jahre 2003 in ähnlichem Sinne formuliert: Darf eine lebenserhaltende Maßnahme ärztlicherseits nicht mehr angeboten werden, weil sie nicht oder nicht mehr medizinisch indiziert ist, so ist bei einem einwilligungsunfähigen Patienten für eine sonst stets erforderliche Einwilligung seines Betreuers als “verlängerter Arm” von vornherein kein Raum.⁵⁴ Da die Patientenverfügung hier ebenso wie in der Mehrzahl der zuletzt zur Diskussion gestellten Gesetzentwürfe⁵⁵ einem aktuellen, in der konkreten Entscheidungssituation erklärten Behandlungsveto des Patienten in vollem Umfang gleichwertig erachtet

wird, bleibt nach vorherrschendem juristischen Verständnis selbst für einen einwilligungsfähigen Patienten streng genommen keine Möglichkeit, eine nicht oder nicht mehr indizierte Weiterbehandlung zu verlangen oder gar zu erzwingen. Das alles ist folgerichtig: Nur wüßte man eben gerne doch etwas genauer, was sich hinter dem Mysterium vom “Wegfall der medizinischen Indikation” in concreto verbirgt, ob also insbesondere jenseits rein medizinischer Erwägungen über die “Erfolgsaussichten” denkbarer Therapieoptionen hinaus zunehmend auch eine “soziale Dimension”⁵⁶ (mit welchen konkreten Implikationen und inwieweit?) Einfluß auf Therapieentscheidungen gewinnt.

Denn bekanntlich sind die prognostischen Schwierigkeiten insbesondere der Intensivmedizin nach wie vor erheblich: Nur in manchen Fällen ist wenigstens Tage zuvor tatsächlich bereits absehbar, daß der Patient alsbald sterben wird; manchmal wird das Wissen eher ein Ahnen sein, und wiederum in anderen Fällen werden die Handelnden und Beobachtenden vom Todeseintritt regelrecht überrascht.⁵⁷ Ein im vergangenen Jahr publizierter Beitrag in der medizinischen Fachzeitschrift “Nervenarzt” betont, was ohnehin jeder praktizierende Arzt weiß, daß nämlich ein jeder selbstverständlich Patienten kenne, die eine (scheinbar) “infauste Situation” entgegen aller Erwartung überlebt haben.⁵⁸ Bei aller über Jahrhunderte hinweg gesammelten Erfahrung der Medizin samt ihrer immer weiter voranschreitenden Verwissenschaftlichung bleibt unweigerlich doch ein Rest an Unvorhersagbarkeit, von schicksalhafter Verlauf und Nichtbeherrschbarkeit durch menschliche (z.B. medikamentöse oder operative) Intervention. Die Entscheidungen zur Therapiebegrenzung sind selbst heute noch häufig weit entfernt von wissenschaftlicher Expertise und offenbar mehr von der (erfahrungsabhängigen) Intuition des jeweiligen Entscheidungsträgers denn von der Orientierung an

einem rationalen und für alle transparenten Entscheidungsmaßstab getragen. Aus der Außenperspektive scheint es beinahe, als sei es im wesentlichen eine Frage des Zufalls, nämlich des Zusammentreffens gerade mit diesem ärztlichen Personal auf jener Station oder in jener Klinik, der den weiteren Verlauf bestimmt. Dabei begründet doch das ärztliche Vorrecht zur Indikationsstellung auch die Pflicht, die darin enthaltenen normativen Anteile “nach innen” (gegenüber den Mitgliedern der eigenen Profession einschließlich der Pflegekräfte) wie “nach außen” (gegenüber der Gesellschaft und insbesondere den Angehörigen des Patienten) zu rechtfertigen. Das gilt um so mehr, wenn –wie von mancher Stimme aus der Medizin inzwischen freimütig eingeräumt–zunehmend auch der ökonomische Aspekt und das Allokationsproblem wegen der Begrenztheit der Ressourcen relevant wird;⁵⁹ dahingehende Erwägungen mögen in einer Zeit zunehmender Knappheit an Personal, Zeit und Ausstattung nicht von vornherein illegitim sein, sofern sie jedoch auf der Verteilungsebene im konkreten Arzt-Patienten-Verhältnis wirksam werden, führen sie über die zur Begründung einer Präferenz erforderliche Bewertung des jeweiligen “Nutzens” letztlich unweigerlich wieder zu der schon erörterten brisanten Klassifikation anhand des jeweiligen “Lebenswertes.”⁶⁰ Der britische Medizinethiker *John Harris* hat deshalb in seinem Buch “The Value of Life” bereits vor mehr als einem Jahrzehnt–geradezu prophetisch–auf die Gefahren einer solchen Entwicklung eindringlich aufmerksam gemacht: “Das moralische Problem, das am dringlichsten beobachtet werden muß, ist nicht das der freiwilligen Euthanasie, die nur eine verhältnismäßig kleine Zahl von Menschen betrifft[...]; das eigentliche Problem stellt die enorme Anzahl nicht-freiwilliger [...] Fälle von Euthanasie dar, die von der Gesellschaft zugelassen und praktiziert werden.”⁶¹ Die jüngsten Zahlen aus den holländischen Studien haben zutage gefördert, daß zwar das Ausmaß an “aktiv-direkten” Tötungen

(mit und ohne Verlangen) etwas zurückgegangen ist, Fälle der nicht-freiwilligen Therapiebegrenzung bei einwilligungsunfähigen Patienten jedoch deutlich zugenommen haben.⁶² Es besteht daher der “Anfangsverdacht” einer Umgehung der gesetzlichen “Sorgfaltsregeln” auf dem Weg der “eigenmächtigen Therapiebegrenzung,” was die Dringlichkeit der Forderung an die Intensivmedizin nachhaltig verdeutlicht, ihre Kriterien bei Entscheidungen über Therapieziel und gewählte Mittel stärker zu verobjektivieren und für die nötige Transparenz zu sorgen! Denn aller romantischen Sehnsucht nach einem “natürlichen Sterben” zum Trotz sind die “Grenzen des Lebens” längst nicht mehr objektiv (durch die Natur) vorgegeben, sondern wertbezogene Entscheidungen, die verantwortet werden müssen und deshalb—gleich wie sie ausfallen—in einer “offenen Gesellschaft” stets nur durch “gute Gründe,” nicht aber durch Tradition, bewährte Praxis oder schamanenähnliches Geheimwissen gerechtfertigt werden können.

Die Rechtsfigur der “mutmaßlichen Einwilligung” ermöglicht die derzeitige Entwicklung auf besonders raffinierte Weise, weil sie vorgibt, daß hierauf gestützte Behandlungsentscheidungen nicht—wie im Falle der behaupteten “futility”—von Repräsentanten der Medizin, sondern vom Patienten selbst verantwortet werden. In Wahrheit verschwimmen hier freilich die Kategorien und fließen mehr oder minder ungebremst “Vernünftigkeitserwägungen” anderer—und zwar verdeckt⁶³—in dasjenige ein, was am Ende als vom Patienten hypothetisch gewollt letztlich nur behauptet werden kann.⁶⁴ Der schon erwähnte Artikel im “Nervenarzt” ist für die vorherrschende Argumentationsweise geradezu beispielgebend: Er betont zunächst den herausgehobenen Stellenwert des Selbstbestimmungsrechts bei einwilligungsfähigen Patienten, um sodann fortzufahren: “Bei nicht äußerungsfähigen Patienten sieht das anders aus, besonders wenn kein geäußerter Wille bekannt ist. Zwar

steht auch dann der aus Indizien abgeleitete Wille des Patienten im Vordergrund, doch kommt den *Umständen der Situation* und dem *von einem einsichtigen Menschen vernünftigerweise Gewollten* sowie der *Beurteilung der medizinischen Indikation* große Bedeutung zu.“⁶⁵ Eben hierin liegt begründet, warum Juristen im interdisziplinären Gespräch unnachgiebig darauf beharren, daß der hypothetische Wille des einwilligungsunfähigen Patienten regelmäßig nicht vom behandelnden Arzt, sondern—sofern keine Akutsituation vorliegt—von einer dritten Person ermittelt und bestimmt wird, also von einem Gesundheitsbevollmächtigten oder von einem vormundschaftsgerichtlich bestellten Betreuer (vgl. §§ 1896 ff. BGB).⁶⁶ Formal ist damit ein Gegengewicht zur Deutungshoheit des behandelnden Arztes geschaffen, nur: Kennt der Bevollmächtigte oder Betreuer den Willen des Patienten tatsächlich besser? Im *Kemptener Fall* (1994) hat der BGH in Strafsachen Indizien benannt, an denen sich ein jeder zu orientieren habe, der den hypothetischen Willen des individuellen Patienten ermitteln wolle: Neben früheren mündlichen oder schriftlichen Äußerungen des jeweiligen Patienten seien ebenso zu berücksichtigen “seine religiöse Überzeugung, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen. Objektive Kriterien, insbesondere die Beurteilung einer Maßnahme als vernünftig oder normal (...), haben keine eigenständige Bedeutung,” können jedoch gleichwohl “Anhaltspunkte für die Ermittlung des individuellen Willens” liefern. Und wenn auch dies keine Klarheit bringe, “so kann und muß auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen; dabei ist jedoch Zurückhaltung geboten... .”⁶⁷—Das nicht zu übersehende “Hin- und Her” verrät die Ratlosigkeit und belegt, was eigentlich auf der Hand liegt: Die Rekonstruktion des hypothetisch Gewollten mag im glücklichen Falle eine Annäherung an das tatsächlich Gewollte bewirken; doch kann das letztlich niemand auch nur einigermaßen

zuverlässig erlassen, und bleibt deshalb eine jede von einem anderen, selbst vom nächsten Angehörigen oder besten Freund getroffene Verfügung stets ein Akt der Fremdbestimmung.⁶⁸

Läßt sich dann aber wenigstens immer auf dasjenige vertrauen und sich damit beruhigen, was ein noch einwilligungsfähiger Patient nach ordnungsgemäßer ärztlicher Aufklärung für richtig hält, können wir etwa sagen: Eine schwangere Frau hat kraft ihres Selbstbestimmungsrechts als Angehörige der Zeugen Jehovas die Bluttransfusion verweigert; dann muß sie bei Nachblutungen anläßlich ihrer Entbindung auch die (u.U. tödlichen) Folgen tragen?⁶⁹ Das deutsche Recht offenbart hier bemerkenswerte Unsicherheiten und Inkonsistenzen: Während das aktuelle Behandlungsveto selbst bei absehbar oder gar sicherer tödlicher Folge inzwischen weithin akzeptiert und im juristischen Diskurs nicht mehr bestritten wird, behilft sich die Praxis bei einwilligungsunfähigen Patienten (jedenfalls im Falle einer vitalen Indikation) häufig damit, einen Betreuer zu bestellen, der die erwähnte weltanschauliche Überzeugung nicht teilt (und damit die Zustimmung zur Bluttransfusion erteilt).⁷⁰ Im Falle eines Suizidversuchs geht die vorherrschende Sichtweise sogar noch wesentlich weiter und bezweifelt selbst bei einem aktuellen Todeswunsch die hinreichende "Freiverantwortlichkeit,"⁷¹ was auch oder gar erst recht bei der Tötung auf Verlangen als drittem Legitimationsgrund für die Bestrafung nach § 216 StGB trotz der im Gesetz verlangten "Ernstlichkeit" des Verlangens angeführt wird.⁷² Auch die gegenwärtigen Bestrebungen in Deutschland nach strafrechtlicher Erfassung der "organisierten" bzw. "geschäftsmäßigen Sterbehilfemittlung" durch Vereinigungen wie *Dignitas* sind offensichtlich—jedenfalls in erheblichem Maße—von Zweifeln an der nötigen Freiwilligkeit der Sterbewilligen getragen;⁷³ denn der darüber hinaus angenommene kommerzielle Aspekt vermag bei freiwilligem Handeln

der Beteiligten für sich eine Bestrafung wohl kaum zu rechtfertigen.⁷⁴ Ganz im Gegensatz zu diesen Zweifeln insbesondere bei dezidiert todesgerichtetem Streben des einzelnen wird jedoch die von einem patientenseitigen Behandlungsveto getragene Therapiebegrenzung *juristisch*–Mediziner sehen das häufig anders–selbst dann akzeptiert, wenn sie den sicheren Todeseintritt nach sie zieht. Bei sog. “Patientenverfügungen” hält der rechtspolitische Zeitgeist unter Verweis auf die Möglichkeit eines Aufklärungsverzichts selbst die sonst obligatorische ärztliche Beratung (“*informed consent*”) nicht für erforderlich, sondern zwecks Vermeidung “unnötiger bürokratischer Hürden” nonchalant lediglich für “empfehlungswert.”⁷⁵ Dabei begründet doch der mit einer Vorausverfügung einhergehende “Zeitsprung” vermehrt Zweifel, ob das seinerzeit Erklärte–mag es in jenem Moment auch noch so sehr ein repräsentativer Ausdruck der augenblicklichen Haltung sein–in der aktuellen (Entscheidungs-)Situation ebenso noch Gültigkeit beanspruchen kann, und zwar mit Blick auf mögliche Neuerungen durch den medizinischen Fortschritt ebenso wie vor allem wegen des Umstands, daß das menschliche Streben niemals eindeutig, niemals ohne Brüche und Umwege, niemals ohne Irrtümer ist.⁷⁶ Ist doch die menschliche Existenz, menschliches Wollen und Handeln, sich selbst wie dem Anderen gegenüber, stets ein Wagnis. Bezogen auf die allgegenwärtig betonte “Patientenautonomie” durch Anerkennung von (insbesondere auch die behandelnden Ärzte)⁷⁷ strikt bindenden Vorausverfügungen verdient unbedingte Beachtung, was die Hamburger Soziologin *Graefe* unlängst treffend als Kernproblem der gegenwärtigen Debatte beschrieben hat: “Patientenautonomie heißt hier: Verrechtlichung und Standardisierung von Subjektivität (...); das dem Angebot der Patientenverfügung implizite Versprechen, auch noch am Ende des Lebens »man selbst« sein zu dürfen, wird dem Subjekt (...) allerdings nicht auf freiem Felde übergeben, sondern vor dem

Hintergrund einer tiefgreifenden Ökonomisierung von Gesundheitsversorgung und Pflege sowie einer allgemeinen Entsicherung von Lebensverhältnissen. Inwieweit das Versprechen der Autonomie auf Seiten der zukünftigen Patienten auf (bewußte oder weniger bewußte) Ängste trifft (...), ist eine Frage, die durch den Verweis auf die »Freiheit der Wahl« nicht beantwortet wird. Die Tatsache, daß diese Dimension in der offiziellen Diskussion ganz ausgespart bleibt, spricht nicht dafür, daß hier kein Zusammenhang existiert, sondern dafür, daß dieser negiert wird.“⁷⁸ Oder anders gewendet: Das erstrebte Patientenverfügungsgesetz⁷⁹ ist vor allem ein “Gesetz der Angst”, mit dessen Inkrafttreten jedoch zugleich die allgemeine Erwartung geweckt würde, das dann ohne weiteres Mögliche auch tatsächlich in Anspruch zu nehmen; damit “droht aber, was unter dem Banner der Autonomie erst mühsam errungen werden soll, wieder latent in Fremdbestimmung umzuschlagen.”⁸⁰

III.

Es würde also letztlich wieder gänzlich verloren gehen, was die Hoffnung auf ein “menschenwürdiges Sterben” im Kern erstrebt und zum Ausdruck bringen will: Nicht “entmündigt” zu werden, in den Grundbedürfnissen und Grundbefindlichkeiten respektierte *Person* bleiben zu dürfen, wozu auch gehört, sich in “guten Händen” und nicht auf Gedeih und Verderb fremden Interessen ausgeliefert zu wissen. “Menschenwürde” in diesem Sinne bezeichnet damit nicht etwa ein empirische Eigenschaft, die dem konkreten Menschen lebensweltlich anhaftet (oder eben nicht anhaftet), oder etwas, das durch Leistung errungen wurde oder erworben durch gesellschaftlichen Ruhm–und damit ebenso gewinn–wie verlierbar ist;⁸¹ gemeint ist vielmehr eine Relation, freilich eine schon immer vorgegebene und daher auch niemals

verlierbare Beziehung des Menschen zu seinem Mitmenschen,⁸² in seinem Dasein wie als soziales Wesen. Dem Menschen in seiner je einzigartigen Identität und Befindlichkeit bestmöglich gerecht zu werden, in der interpersonellen Begegnung ebenso wie in der Sorge um humane Lebensbedingungen im Ganzen, dies umreißt das weite Spektrum dessen, was uns mit der wahren und zu schützenden “Menschenwürde” zur Aufgabe gemacht ist. Dazu gehört im hiesigen Kontext selbstredend eine gute “Ars moriendi,” aber nicht weniger auch eine “Ars vivendi.”⁸³ Welche konkreten Folgerungen und Forderungen sich hieraus ergeben, ist freilich nicht im Detail schon vorgegeben. Niemand entläßt uns aus unserer Verantwortung für das Hier und Heute. Deshalb läßt sich auch die Frage, was der Mensch am Ende seines Lebens benötigt, was er ist und was ihm gerecht wird, nicht ein für allemal und gewiß auch nur in sehr begrenztem Maße abstrakt-generell beantworten. Das Recht kann hier wie auch sonst nur einen Rahmen setzen—einen Rahmen, der menschenwürdige Bedingungen zum Leben wie zum Sterben erst ermöglicht.⁸⁴ Das Ausfüllen dieses Rahmens ist dasjenige, worauf jede Generation mit aller Sorgfalt und aller Umsicht fortwährend besonders achten muß.

NOTES

1. Zur deutschen Debatte statt vieler z. B.: Beckmann/Löhr/Schätzle (Hg.), *Sterben in Würde. Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe*, Krefeld 2004; Hufen, *In dubio pro dignitate - Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Lebensende*, NJW 2001, 849, 856; Klie/Student(Hg.), *Sterben in Würde*, Freiburg i. Br. 2007; Lipp, *Selbstbestimmung und Vorsorge, Die Freiheit zu Sterben - Selbstbestimmung durch Sterbehilfe und Patientenverfügungen*(Heinrich- Böll- Stiftung), Berlin 2007, 45, 51; Fuat S. Oduncu, *In Würde sterben*, Göttingen 2007.
2. Es handelt sich um eine Spätkomplikation nach Maserninfektion, die eine

generalisierte Entzündung des Gehirns und schwerste Schäden nach sich zieht und immer tödlich endet. Die Entstehung der SSPE ist nicht vollständig geklärt. Die Erkrankung tritt Monate bis zehn Jahre nach einer Maserninfektion auf, im Durchschnitt nach sieben Jahren. Der Verlauf ist langsam progredient über ein bis drei Jahre - die SSPE zählt zu den sog. *Slow Virus Infections*. In jeweils 10% der Fälle tritt ein akuter, schnellerer (3 bis 6 Monate) oder ein langsamerer Verlauf (länger als drei Jahre) auf.

3. Berichtet in: Katholische Nachrichtenagentur v. 23.02.2009 (<http://www.kna.de/>).
4. Dazu eingehend der Sammelband von Höfling (Hg.), *Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte*, 2. Aufl., Berlin u.a. 2005.
5. Vgl. die Berichte der Katholischen Nachrichtenagentur v. 16.2.2009.
6. Im Überblick: Bericht der Katholischen Nachrichtenagentur v. 10.02.2009.
7. Bezeichnend: Der erste Redebeitrag in der Sitzung des Deutschen Bundestages v. 21.1.2009 zur gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung (Plenarprotokoll 16/199, S. 21492) wurde eröffnet mit dem Satz: "Zentrale Richtschnur allen Handelns, auch in Krankheit und Sterben, ist die unverfügbare Würde des betroffenen Menschen." (Abgeordneter Weiß).
8. B G H St 42, 301, 305.
9. Vgl. Jörg Dietrich Hoppe, Präsident der (deutschen) Bundesärztekammer, in seinem Beitrag: *Magensonde wird schleichend zum Standard*, abrufbar unter:<http://www.faz.net/s/Rub594835B672714A1DB1A121534F010EE1/Doc~E1410C38D76444A1D8A33E31E0C326498~ATpl~Ecommon~Scontent.html>; weiterführend zum "Pflegernotstand": Fussek/Loerzer, *Alt und abgeschoben*, Freiburg 2005, insbes. S.70f.: "Eine PEG- Sonde ist relativ schnell gelegt, es entspricht jedoch der Versorgungsrealität, daß sie bei älteren Menschen eher selten wieder entfernt wird."
10. Dazu auch Duttge/Löwe, *Das Absolute im Recht - Epilegomena zur deontologischen Legitimation abwägungsfreier Rechtsgehalte*, in: Byrd, Joerden(Hg.), *Jahrbuch für Recht und Ethik - Band 14* (2006), 351, 352.
11. Volker Gerhard, *Die angeborene Würde des Menschen*, Berlin 2004, S.161, 170f.
12. Nagel, *Letzte Fragen*, Hamburg 2008, S.18.
13. Zu den Unsicherheiten bei der rechtlichen Bewertung siehe etwa Weber/Stiehl/Reiter/Rittner, *Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens. Ergebnisse einer*

- Ärztebefragung in Rheinland-Pfalz*, in: Deutsches Ärzteblatt 98 (2001), A-3184ff. - bei den Vormundschaftsrichtern sieht es erstaunlicherweise nicht viel besser aus, vgl. Simon/Lipp/Tietze/Nickel/van Oorschot, *Einstellungen deutscher Vormundschaftsrichterinnen und-richter zu medizinischen Entscheidungen und Maßnahmen am Lebensende: erste Ergebnisse einer bundesweiten Befragung*, in: *Medizinrecht* 2004, 303ff.; siehe auch Höfling/Schäfer, *Leben und Sterben in Richterhand? Ergebnisse einer bundesweiten Richterbefragung zu Patientenverfügung und Sterbehilfe*, Tübingen 2006.
14. NJW 2001, 849, 851.
15. Lilie, *Einstellungen zum Sterben - ein strafrechtlicher Vergleich, Tagungsdokumentationen - Wie wir sterben/Selbstbestimmung am Lebensende - Tagungen des Nationalen Ethikrates in Augsburg und Münster*, Berlin 2006, 171, 182.
16. Siehe etwa Isensee, in: Isensee/Kirchhof (Hg.), *Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland*, Bd. V, 1992, §111 Rn115: "Die Würde des Menschen besteht zuvörderst in seiner für jeden anderen unverfügbaren Personalität und Selbstbestimmung, also in seiner subjektiven Freiheit. Aber sie geht nicht ohne Rest in der Subjektivität auf. Es bleibt ein Moment objektiver, aufgegebener Menschenwürde," die über das Individuelle hinausweist. Ebenso Duttge, *Abschied des Strafrechts von den guten Sitten*, in: Duttge/Geilen/Meyer-Goßner/Warda(Hg.), *Gedächtnisschrift für Ellen Schlüchter*, Köln u.a. 2002, S.775, 786: "Ein menschenwürdiges Dasein ist ohne Selbstbestimmung des einzelnen nicht denkbar, durch sie aber noch keineswegs gewährleistet!"
17. BVerfGE 115, 118 ff. = NJW 2006, 751 ff.
18. Aus den bekannten geschichtlichen Gründen wird in Deutschland - abweichend vom internationalen Sprachgebrauch - der Begriff "Euthanasie" vermieden.
19. Tiedemann, *Menschenwürde als Rechtsbegriff - Eine philosophische Klärung*, Berlin 2007, 84ff., 115ff.
20. Kant, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, in: Werke (hrsg.von W. Weischedel), Bd.6, S.69.
21. Zum aktuellen Stand der Sterbehilfetyologie siehe auch: Duttge, *Rechtliche Typenbildung: Aktive und passive, direkte und indirekte Sterbehilfe*, in Kettler/Simonetal. (Hg.), *Selbstbestimmung am Lebensende. Ringvorlesung im Wintersemester 2005/06*, Göttingen 2006, S.36ff.

22. Inzwischen hat auch Luxemburg ein entsprechendes Euthanasiegesetz auf den Weg gebracht; die parlamentarisch bereits abschließend beschlossene, aber vom Staatsoberhaupt nicht unterzeichnete und daher erst nach Vollzug einer Verfassungsänderung in Kraft tretende Regelung ist in französischer Sprache abrufbar unter: <http://www.chd.lu/docs/pdf/PR4909.pdf>.
23. Minelli, *Die Position von DIGNITAS - Menschenwürdig leben - Menschenwürdig sterben*, [http://www.dignitas.ch/Weitere Texte/Politische Position.pdf](http://www.dignitas.ch/Weitere%20Texte/Politische%20Position.pdf).
24. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Debatte im Deutschen Bundesrat über den "Entwurf eines Gesetzes zum Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung," [http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%20807%20 Bundesrat.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%20807%20Bundesrat.pdf).
25. Duttge, *Rechtliche Typenbildung: Aktive und passive, direkte und indirekte Sterbehilfe*, in Kettler/Simon et al. (Hg.), *Selbstbestimmung am Lebensende*. Ringvorlesung im Wintersemester 2005/06, Göttingen 2006, S.36ff.
26. Dazu: Duttge, *Absoluter Lebensschutz und zugleich verfassungsrechtliche Pflicht zur "Freigabe" der aktiv-direkten Sterbehilfe?*, JZ 2006, S.899; Roxin, *Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe*, in Roxin/Schroth (Hg.), *Handbuch des Medizinstrafrechts*, 3. Auflage, Stuttgart (u.a.) 2007, S.313, 329 ff.
27. In diesem Sinne auch Beschluß I., 3. des 66. D J T 2006, abrufbar unter http://www.djt.de/files/djt/66/66_DJT_Beschluesse.pdf: "Auch zur Vermeidung von Wertungswidersprüchen darf sich die gesetzliche Regelung nicht nur sektoral auf eine Fragestellung (z.B. auf die Patientenverfügung) beschränken, sondern muß den Gesamtbereich (potentiell) lebensverkürzender Maßnahmen umfassen."
28. Hierzu auch Duttge, *Rechtliche Typenbildung: Aktive und passive, direkte und indirekte Sterbehilfe*, in: Kettler/Simon et al. (Hg.), *Selbstbestimmung am Lebensende*. Ringvorlesung im Wintersemester 2005/06, Göttingen 2006, S. 36 ff.; zuvor bereits ders., *Lebensschutz und Selbstbestimmung am Lebensende*, Zf L 2004, 30ff.
29. Verwendet auch vom EGMR im Fall *Diane Pretty*, in: NJW 2002, 2851 ff.; zu Recht kritisch Anselm, "Geschöpflichkeit" und "Heiligkeit des Lebens" - *Sozialethische Erwägungen aus protestantischer Sicht*, in Kodalle(Hg.), *Das Recht auf ein Sterben in Würde*, S. 121 ff.

30. Zutreffend Tenthoff, *Die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen im Lichte des Autonomieprinzips*, Berlin 2008, S. 74 m.w.N.
31. BGHSt 11, 111, 114.
32. So z. B. Lipp, *Autonomie und Fürsorge in der Medizin: Die Perspektive des Rechts*, Vortrag im Rahmen des Workshops "Autonomie im Kontext. Die normativen Wissenschaften an der Schnittstelle von Natur und Kultur und die Selbstbestimmung in der Medizin," LichtenbergKolleg, Göttingen, 14. 02. 2008.
33. Dazu näher Jakobs, *Tötung auf Verlangen, Euthanasie und Strafrechtssystem*, München 1998, S. 16.
34. Siehe zuletzt Duttge, *Regelungskonzepte zur Spätabtreibung im europäischen Vergleich - Ansätze zur Lösung des Schwangerschaftskonflikts?*, in: Wewetzer (Hg.), *Spätabbrüche: Praktische, ethische und rechtliche Herausforderungen im Schwangerschaftskonflikt*, 2008, S.86 ff., sowie ders., *Quo vadis?*, in: Schumann (Hg.), *Verantwortungsbewußte Konfliktlösungen bei embryopathischem Befund* (Göttinger Schriften zum Medizinrecht, Bd. 4), Göttingen 2009, S. 95 ff.
35. BVerfGE 88, 203, 264 ff.
36. Duttge, *Lebensschutz und Selbstbestimmung am Lebensende*, ZfL 2004, 30, 32 f.
37. Vgl. EGMR, NJW 2002, 2851, 2854 f.: "Die Beschwerdeführerin wird ... vom Gesetz daran gehindert, ihre Wahl zu treffen und das zu vermeiden, was sie als unwürdiges und qualvolles Ende ihres Lebens ansieht. Der Gerichtshof kann nicht ausschließen, daß dies ein Eingriff in ihr von Art. 8 I EMRK garantiertes Recht auf Achtung ihres Privatlebens ist. Deswegen prüft er, ob dieser Eingriff den Anforderungen von Art. 8 II EMRK entspricht. (...) Abschließend stellt der Gerichtshof fest, daß der Eingriff im vorliegenden Fall als notwendig in einer demokratischen Gesellschaft gerechtfertigt war zum Schutze der Rechte anderer ..."
38. Dazu näher Hegselmann, *Moralische Aufklärung, moralische Integrität und die schiefe Bahn*, in: Hegselmann/Merkel (Hg.), *Zur Debatte über Euthanasie*, 1991, S. 197 ff., insbes. S. 206 ff.: "Wer eine bloße Schiefe-Bahn- Behauptung aufstellt, hat damit noch kein Schiefe-Bahn-Argument vorgelegt. Wer eine Schiefe-Bahn-Argumentation vorlegt, hat als Beleg für seine Behauptung mehr anzugeben als nur die logische Möglichkeit, daß moralisch etwas dramatisch schiefgehen könnte, denn diese Möglichkeit besteht überall und jederzeit (...). Wer ein Schiefe-

Bahn-Argument vorlegt, sollte Gründe dafür angeben können, warum gerade die zur Debatte stehende Praxis unter den gegebenen Randbedingungen Mißbrauchsmöglichkeiten schafft, die nach Art und Umfang nicht auch schon ohne diese Praxis bestehen (...). Wer ein Schiefe-Bahn-Argument vorlegt, sollte über Gründe dafür verfügen, warum es, angenommen, eine Praxis sei mit einer Reihe moralisch bedenklicher Mißbrauchsmöglichkeiten verbunden, realistischerweise keine Möglichkeiten gibt, die Mißbrauchsmöglichkeiten ganz oder jedenfalls in einem hinreichenden Ausmaße einzuschränken.”

39. Die Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse ist abrufbar auf der Homepage des Ministry of Health, Welfare and Sport, <http://www.minvws.nl/en/themes/euthanasia/default.asp>.- Vollständiger Bericht: van der Heide et al., *End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act*, in: *The New England Journal of Medicine*, Volume 356 (2007), Nr. 19, S. 1957 ff.
40. Oduncu/Eisenmenger, *Euthanasie - Sterbehilfe - Sterbebegleitung*, MedR 2002, 327, 329; siehe auch ders., *In Würde sterben*, Göttingen 2007, insbes. S. 69 ff.; weiterhin Jochemsen, *Sterbehilfe in den Niederlanden*, in: Beckmann/Löhr/Schätzle (Hg.), *Sterben in Würde*, Krefeld 2004, S. 235, 249: “Sterbehilfe - einmal offiziell anerkannt und praktiziert - entwickelt eine Eigendynamik, die sich effektiver Kontrolle entzieht”; Klie/Student, *Sterben in Würde*, Freiburg i. Br. 2007, S. 130: “Aus der Chance zur Euthanasie entwickelt sich schleichend fast so etwas wie eine Pflicht zur Euthanasie. (...) Am gefährlichsten an diesem schleichenden moralischen Erosionsprozeß ist die Tatsache, daß in vielen Fällen gar nicht der Sterbewunsch des kranken Menschen im Zentrum steht, sondern die Annahme der Umwelt, daß so ein Leben doch nicht mehr lebenswert sein könnte und deshalb Euthanasie auch ohne Zustimmung des Kranken in wohlmeinender Absicht ausgeführt wird.”
41. Wie hier jüngst auch Lorenz, *Sterbehilfe - Ein Gesetzentwurf*, Baden-Baden 2008, S. 56: “Das Risiko eines Dammbrochs betrifft ... nicht nur die aktive Sterbehilfe, sondern auch die übrigen, bereits legalen Formen der Sterbehilfe i.w.S.”
42. Schöch/Verrel, *Alternatio-Entwurf Sterbebegleitung (AE-StB)*, GA 2005, 553, 586.
43. WHO-Stufenschema zur Schmerzmedikation, abgedruckt in der AVP, Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft,

3/2007, 10.

44. Begriff und erlaubter Bereich der sog. “terminalen Sedierung” (besser: “palliativen Sedierung”) sind derzeit noch längst nicht hinreichend geklärt, siehe dazu Anselm, *Terminale Sedierung: ethisch problematisch oder rechtfertigbar?*, Ethik in der Medizin 2004, 342 ff.; Beck, *Ist terminale Sedierung medizinisch sinnvoll oder ersetzbar?*, Ethik in der Medizin 2004, 334 ff.; Duttge et al., *Preis der Freiheit*, 2. Aufl., Thüningersheim 2006, S. 86 ff.; Müller-Busch, “*Terminale Sedierung*”. *Ausweg im Einzelfall, Mittelweg oder schiefe Ebene?*, Ethik in der Medizin 2004, 369 ff.; Nauck/Jaspers/Radbruch, *Terminale bzw. palliative Sedierung*, in: Höfling/Brysch (Hg.), *Recht und Ethik der Palliativmedizin*, Berlin 2007, S. 67 ff.; Neitzke/Frewer, *Sedierung als Sterbehilfe? Zur medizinischen Kultur am Lebensende*, Ethik in der Medizin 2004, 323 ff.; Rothärmel, *Terminale Sedierung aus juristischer Sicht*, Ethik in der Medizin 2004, 349 ff.; Simon et al., *Attitudes towards Terminal Sedation: an empirical survey among experts in the field of Medical Ethics*, BMC Palliative Care 2007, 6:4 (www.biomedcentral.com/1472-684X/6/4).
45. Schöch/Verrel, *Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung(AE-StB)*, GA 2005, 553, 569; zuletzt auch Lorenz, *Sterbehilfe-Ein Gesetzentwurf*, Baden-Baden 2008, S: 94, 145.
46. Inzwischen ist allerdings deutlich eine Tendenz zur Ausweitung zu erkennen unter Einschluß selbst der “sicheren Lebensverkürzung”, sofern nur therapeutisch motiviert, vgl. insbes. Schöch/Verrel, *Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung(AE-StB)*, GA 2005, 553, 575 f.; Otto, *Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung*, NJW 2006, 2217, 2221; dazu krit. Duttge, *Der Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung(AE-StB)* 2005, GA 2006, 573, 578 f., sowie ausf. ders., *Preis der Freiheit*, 2. Aufl., Thüningersheim 2006, S. 82 ff.
47. Dazu näher: Duttge et al., *Preis der Freiheit*, 2. Aufl., Thüningersheim 2006, S. 76 ff.; nicht überzeugend a.A. Neumann, *Sterbehilfe im rechtfertigenden Notstand*(§ 34 StGB), in: Herzberg-FS 2008, 575, 581 ff.
48. In diesem Sinne tatsächlich die Argumentation bei Merkel, *Aktive Sterbehilfe - Anmerkungen zum Stand der Diskussion und zum Gesetzgebungsvorschlag des “Alternativ-Entwurfs Sterbebegleitung,”* in: Schroeder-FS 2006, S. 297 ff., insbes. S. 320f.
49. Foucault, *In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France(1975-76)*, Frankfurt/Main 2001, S. 301.

50. Näher Schumann, *Dignitas-Voluntas-Vita*(Überlegungen zur Sterbehilfe aus rechtshistorischer, interdisziplinärer und rechtsvergleichender Sicht), Göttingen 2006, S. 71.
51. Berichtet in: Katholische Nachrichtenagentur v. 11.02.2009. Siehe auch Geilen, *Materielles Arztstrafrecht*, in: Wenzel (Hg.), *Handbuch des Fachanwalts. Medizinrecht*, 2. Aufl., Köln 2009, Kap. 4 Rn 506: "Eigenmächtige Mitleidstötungen sind nicht Mitleid, sondern Hybris".
52. Strätling et al., *Die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung in Deutschland*, S. 11 (abrufbar unter: <http://patientenverfuegung.de/pv/PDF%20Dateien/Studiezum3BtRAendG.pdf>).
53. Savater, *Die Zehn Gebote im 21. Jahrhundert*, Berlin 2006, S. 89; grds. zum Problem der "Futility": Duttge, *Einseitige*("objektive") Begrenzung ärztlicher Lebenserhaltung? - *ein zentrales Kapitel zum Verhältnis von Recht und Medizin*, NStZ 2006, 479, 481 ff.
54. BGHZ 154, 205, 210 f. = NJW 2003, 1588, 1594.
55. Fraktionsübergreifender Gesetzentwurf zur gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung von Stünker (SPD), Kauch (FDP), Jochimsen (LINKE), Montag (BÜNDNIS 90/DIEGRÜNEN) vom 6.3.2008, BT-Drucks. 16/4882 (<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/084/1608442.pdf>); weiterhin: Entwurf eines Gesetzes zur Klarstellung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen der Abgeordneten Zöller et al. v. 18.12. 2008 (BT-Drucks. 16/11493); siehe dazu auch die erste Lesung im Deutschen Bundestag v. 26.6.2008 bzw. 21.1.2009 sowie die öffentliche Anhörung im Rechtsausschuß des Deutschen Bundestages v. 4.3.2009 (alle Dokumente abrufbar unter: <http://www.dgpalliativmedizin.de/>).
56. So ausdrücklich Müller-Busch, *Therapiebegrenzung bei Patienten mit infauster Prognose. Gedanken aus palliativmedizinischer Sicht*, in: Duttge (Hg.), *Ärztliche Behandlung am Lebensende*(Göttinger Schriften zum Medizinrecht, Bd.2), Göttingen 2008, S. 47, 59.
57. In diesem Sinne eindrucksvoll der Göttinger Intensivmediziner *Quintel* in seinem Vortrag am 15.12.2006 zum Thema: "Zwischen Maximaltherapie und Betreuung am Lebensende" im Rahmen eines Workshops des Göttinger Zentrums für Medizinrecht zum Generalthema: "Ärztliche Behandlung am Lebensende"; weiterhin Müller-Busch, *Therapiebegrenzung bei Patienten mit infauster Prognose*.

- Gedanken aus palliativmedizinischer Sicht*, in: Duttge(Hg.), *Ärztliche Behandlung am Lebensende*(Göttinger Schriften zum Medizinrecht, Bd. 2), Göttingen 2008, S. 47, 50.
58. F. Salomon, M. Salomon, *Information über Entscheidungen zur Therapiebegrenzung und deren Verbindlichkeit*, *Nervenarzt* 2008, 720.
59. Grds. dazu: Duttge, *Einseitige(“objektive”) Begrenzung ärztlicher Lebenserhaltung?*, *NStZ* 2006, 479, 482 f.; siehe auch Müller-Busch, *Therapiebegrenzung bei Patienten mit infauster Prognose. Gedanken aus palliativmedizinischer Sicht*, in: Duttge(Hg.), *Ärztliche Behandlung am Lebensende*(Göttinger Schriften zum Medizinrecht, Bd. 2), Göttingen 2008, S. 47, 58f.: “Die Debatte über Priorisierungskriterien und die Schwierigkeiten, medizinische Leistungen allen zukommen zu lassen und Gesundheit sozial gerecht zu finanzieren, bestimmen zunehmend auch die Arzt-Patienten-Beziehung.”
60. Zu den gedanklichen Verbindungslinien innerhalb der Euthanasiedebatte von Binding/Hoche bis zur ökonomisierten Gegenwart eindrucksvoll Graefe, *Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe*, Frankfurt/Main 2007, insbes. S. 214 ff., 27. Siehe auch Lorenz, *Sterbehilfe - Ein Gesetzentwurf*, Baden-Baden 2008, S. 53 ff.: “Eugenik” und “ökonomische Denkweisen” als “Fremdinteressen der Gegenwart.” - Die Stellungnahme der Bundesärztekammer und ihrer Zentralen Ethikkommission zur “Priorisierung medizinischer Leistungen im Gesundheitssystem” mahnt deshalb zu Recht eine gesamtgesellschaftliche (gesetzliche) Klärung an, vgl. *Deutsches Ärzteblatt* 2007, Heft 40, A-2 ff.
61. John Harris, *Der Wert des Lebens*, Berlin 1995(dt. Übersetzung des Originaltitels: *The Value of Life*, 1985), S. 130 f.; siehe auch Volker Gerhardt, *Die angeborene Würde des Menschen*, Berlin 2004, S. 161, 178: “Also bleibt nur eine genaue gesetzliche Definition jener Konditionen, unter denen es einem Arzt ermöglicht wird, nach dem eindeutigen Willen eines Todkranken zu handeln [...]. Nur so entgehen wir in Deutschland dem Verdacht, eine gesetzliche Freigabe der Sterbehilfe komme dem Vergessen der eigenen politischen Vergangenheit gleich”
62. van der Heide et al., *End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act*, in: *The New England Journal of Medicine*, Volume 356 (2007), Nr. 19, S. 1957, 1961.

63. Hierzu rechtsvergleichend mit den Kategorien des “substituted judgement” (Fall Cruzan) bzw. des “best interest standard” (Fall Bland) eingehend Tolmein, *Selbstbestimmungsrecht und Einwilligungsfähigkeit*, Frankfurt/Main 2004.
64. Näher Beckmann, “Gibt es ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben?“, in: Beckmann/Löhr/Schätzle (Hg.), *Sterbenin Würde*, Krefeld 2004, S. 205, 212 ff.; Schumann, *Dignitas-Voluntas-Vita. Überlegungen zur Sterbehilfe aus rechtshistorischer, interdisziplinärer und rechtsvergleichender Sicht*, Göttingen 2006, S. 70 ff.
65. Wie Anm 58.
66. Zutreffend Lipp, *Patientenautonomie und Lebensschutz*, Göttingen 2005, S. 19 f.; siehe auch Wagenitz, *Selbstbestimmung am Lebensende*, in: Duttge (Hg.), *Perspektiven des Medizinrechts im 21. Jahrhundert* (Göttinger Schriften zum Medizinrecht, Bd.1), Göttingen 2007, S. 21, 31, allerdings mit der Ergänzung, daß die Handlungsunfähigkeit des Patienten auch seitens des behandelnden Arztes so rasch wie möglich beseitigt werden muß.
67. BGHSt 40, 257, 263; ähnlich auch Beschluß II, 4. des 66. DJT 2006, abrufbar unter http://www.djt.de/files/djt/66/66_DJT_Beschluesse.pdf (Stand 20.08.2008); krit. Anm.: Schumann, *Das falsche Signal*, ZfL 2006, 139.
68. Wie hier z. B. auch Volker Gerhardt, *Die angeborene Würde des Menschen*, Berlin 2004, S. 161, 178 Fn 14. Schumann (*Dignitas-Voluntas-Vita. Überlegungen zur Sterbehilfe aus rechtshistorischer, interdisziplinärer und rechtsvergleichender Sicht*, Göttingen 2006, S. 77 f.) will deshalb Behandlungsmaßnahmen, “die dem Ziel dienen, den Tod des Patienten herbeizuführen,” ganz aus dem Aufgabenkreis des Betreuers bzw. des eingeräumten Handlungsumfangs des Bevollmächtigten ausnehmen. Woellert/Schmiedebach (*Sterbehilfe*, Köln u.a. 2008, S. 62 f.) weisen darauf hin, daß die Auswahl eines Stellvertreters rechtstatsächlich häufig sogar im Bewußtsein erfolge, daß dieser eine eigene Präferenzentscheidung treffe, was jedoch der Forderung widerspricht, im (mutmaßlichen) Sinne des Betroffenen zu entscheiden.
69. So ein tatsächlich im Jahr 2005 sich in Landau ereignender Fall, in welchem die behandelnden Ärzte die Frau verbluten ließen. Die daraufhin eingeleiteten strafrechtlichen Ermittlungen wurden anschließend wieder eingestellt (Kurzbericht in: Spiegel-online v. 26.7.2005).

70. Auf diese Weise wird aber das Veto eines Zeugen Jehovas unterlaufen, dazu krit. Bender, *Anmerkung zu OLG München*, Urt.v.31.1.2002 1 U4705/98, MedR 2003, 179, 180. Bei der Behandlung von Minderjährigen wird zur Begründung meist angeführt, die Verweigerung der Eltern sei mißbräuchlich und unbeachtlich, weil niemand über die Preisgabe fremden Lebens entscheiden könne, vgl. Schewe, *Transfusions- und Behandlungsverweigerung aus rechtlicher Sicht*, in: Arbeitskreis "Ärzte und Juristen," Referate am 17./18.11.1995, abrufbar unter: <http://awmf.org/>.
71. Dazu näher anhand eines Fallbeispiels: Müller-Busch/Simon/Duttge, *Suizid in palliativer Betreuung*, Zeitschrift für Palliativmedizin 2006, 123 ff.
72. In diesem Sinne vor allem Roxin, *Die Abgrenzung von strafloser Suizidteilnahme, strafbarem Tötungsdelikt und gerechtfertigter Euthanasie*, in: Wolter(Hg.), 140 Jahre Goldammer's Archiv für Strafrecht. Eine Würdigung zum 70. Geburtstag von Paul-Günter Pötz, 1993, S. 177 ff.; ebenso in: *Tatbestandslose Tötung auf Verlangen?*, in: Jakobs-FS 2008, S. 571 ff., insbes. 577: Gesetz verlangt einen "qualifizierten, auch letzte Nachhaltigkeitszweifel ausschließenden Willen"; weiterhin Jakobs, *Zum Unrecht der Selbsttötung und der Tötung auf Verlangen*, in: Arthur Kaufmann-FS 1993, S. 459, 467 f. ("eventuelle Voreiligkeiten"); ders., *Tötung auf Verlangen, Euthanasie und Strafrechtssystem*, 1998, S. 22 f. ("mangelnde Vollzugsreife").
73. Gesetzesantrag des Bundesrates v. 7.3.2006, BR-Drucks 230/06; Beschluß des Bundesrates v. 4.7.2008, BR-Drucks. 436/08, sowie die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vom 4.7.2008, abrufbar unter: <http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%20807%20Bundesrat.pdf>. - Nach vorübergehendem Scheitern der Bemühungen haben die von der CDU/CSU geführten Bundesländer inzwischen einen neuen Anlauf genommen: Das vorgeschlagene Strafgesetz soll mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe sanktionieren, "wer ein Gewerbe betreibt oder eine Vereinigung gründet, deren Zweck oder Tätigkeit darauf gerichtet ist, anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung zu gewähren oder zu verschaffen, und für diese öffentlich wirbt" (Bericht der Katholischen Nachrichtenagentur v. 13.1.2009).
74. Duttge, *Mit Kusch und Dignitas auf der schiefen Bahn?*, NJW 2008/Ausgabe Nr. 36, S. III(Editorial).
75. Siehe die Gesetzentwürfe o. Anm. 55. Anders dagegen der Entwurf eines

- Gesetzes zur Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht der Abgeordneten Bosbach et al. v. 16.12.2008 (BT-Drucks. 16/11360; abrufbar unter: <http://www.dgpalliativmedizin.de/>); siehe auch Lorenz, *Sterbehilfe - Ein Gesetzentwurf*, Baden-Baden 2008, S. 94 ff., 133 ff., 163 ff., der eine "qualifizierte Behandlungsanweisung" nach erfolgter "Pflichtberatung" verlangt.
76. Näher zur Problematik: Duttge, *Zur rechtlichen Problematik von Patientenverfügungen*, Intensiv- und Notfallbehandlung 2005, 171 ff.; ders., *Disziplinübergreifende Regulierung von Patientenverfügungen: Ausweg aus der strafrechtlichen Zwickmühle?*, in: Albers (Hg.), *Intra- und interdisziplinäre Bausteine einer gesetzlichen Regulierung von Patientenverfügungen*, Baden-Baden 2008, S. 185 ff.
77. Die Bundesärztekammer und ihre Zentrale Ethikkommission gestehen in ihrer "Stellungnahme zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung" v. 08.03.2007 (bisher) lediglich eine "grundsätzliche Verbindlichkeit" zu und eröffnet für die Beurteilung des jeweils konkreten Einzelfalls "Hintertüren," von einer Patientenverfügung abzuweichen (abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.5044>).
78. Graefe, *Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe*, Frankfurt/Main 2007, S. 290 f.; siehe auch dies., ebd., S. 272 zur Paradoxie der Subjektzentrierung, wenn diese mit einer Standardisierung, Formalisierung und Verrechtlichung einhergeht. Hierin liegt begründet, warum hochrangige Vertreter der Ärzteschaft von einem Patientenverfügungsgesetz abraten, vgl. die Bericht der Katholischen Nachrichtenagentur v.01.12.2008 ("Ausdruck des Regelungswahns unseres Gesetzgebers") und v.03.03.2009 (keine "Verrechtlichung des Sterbens").
79. Zum österreichischen Patientenverfügungsgesetz vgl. näher Duttge, in: *ZfL* 2006, 81 ff.
80. Lauerer/Lüddecke, *Gesetz der Angst*, in: *Süddeutsche Zeitung (SZ)* v. 08.12.2008, S.11.
81. Statt vieler nur Bielefeldt, *Menschenwürde. Der Grund der Menschenrechte*, Berlin 2008, S. 14 ff.
82. In den Worten *Isensees* gleichsam im Sinne eines "ethischen Nukleus zu mitmenschlicher Solidarität", vgl. ders., in: *Menschenwürde: Die säkulare Gesellschaft auf der Suche nach dem Absoluten*, Archiv des öffentlichen Rechts 131 (2006), S. 173, 216.

83. Dazu am Beispiel des demenzerkrankten Jens Reich ergreifend Sahm, *Wer schließt sich ab?*, in: F.A.Z.v. 10.03.2009, S. 33: “Die Tragödie des dementen alten Mannes ist, daß er aus unserer Welt schon weitgehend ausgebürgert worden ist - als Fall Jens Reich, als einer, der, nach Meinung vieler, besser schon längst gestorben wäre.”
84. Treffend Schreiber, *Die Würde des Menschen - eine rechtliche Fiktion?*, in: Elsner / Schreiber (Hg.), *Was ist der Mensch?*, Göttingen 2002, S. 231, 246: “Sicher ist richtig, daß Recht nicht verbindliche Sinninstanz ist, die dem Menschen sagen könnte, was er wirklich zu tun hat. Recht ist änderbar. Es gewährleistet nur die Bedingungen der Möglichkeit von Leben, Freiheit und Kultur.”