

MARTIN HÄHNEL

ABSTIMMUNG ÜBER DAS UNABSTIMMBARE?

**Über Chancen und Grenzen von Gesetzesvorschlägen
in der aktuellen Debatte zur Sterbehilfe**

Martin Hähnel, geb. 1980, 2004–2009 Studium der Philosophie, Romanistik und Wirtschafts- und Sozialgeschichte an der Technischen Universität Dresden; 2009–2013 Promotion in Philosophie an der KU Eichstätt-Ingolstadt; seit April 2014 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Professur für Bioethik der KU Eichstätt-Ingolstadt.

1 Die grundsätzliche Problematik

Der nicht von geringem Medieninteresse begleitete Gesetzesvorschlag zur Regelung des „assistierten Suizids“ von den vier Medizinethikern BORASIO, JOX, TAUPITZ und WIESING kommt zu einem Zeitpunkt, der – so könnte man meinen – günstiger nicht sein könnte. Der momentane Diskurs zur Sterbehilfe ist unübersichtlich und wird nicht selten in einer sehr emotionalen Weise, d.h. unter Hintanstellung sachbezogener Argumente, geführt. Die eben genannten Personen, die bis auf TAUPITZ allesamt Mediziner sind und in bioethischen Fragen als kompetente Wissenschaftler gelten, sehen aufgrund dieser inakzeptablen Debattenkultur und anderer hier noch zu erörternder Gründe unbedingten Handlungsbedarf bezüglich einer gesetzlichen Sterbehilferegelung, deren maßgebliche Parameter jüngst als Buch mit dem Titel Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids der Öffentlichkeit vorgestellt worden sind.¹ Dieses Buch soll im Folgenden exemplarisch als Vorlage und Leitfaden dienen, um eine bestimmte Art von Versuchen zu kennzeichnen, die mittels der Einführung oder Änderung von Gesetzen eine „Abstimmung über das Unabstimmbare“² zu erreichen beabsichtigen. Der vorliegende Beitrag möchte dabei nicht allein auf die Kohärenz und Stichhaltigkeit der Argumente eingehen, die von den Autoren und anderen hier nicht erwähnten Befürwortern einer Zulassung des

¹ Vgl. G. BORASIO et al. (Hg.): Selbstbestimmung im Sterben (2014).

² Vgl. E.-W. BÖCKENFÖRDE: Staat, Verfassung, Demokratie (1991), S. 343ff.

assistierten Suizids immer wieder vorgebracht werden, sondern er soll vielmehr die allgemeine Funktion von Gesetzesvorschlägen im Kontext der Sterbehilfediskussion charakterisieren. Es wird sich im Laufe der Untersuchung, so hoffe ich, herausstellen, dass es Bereiche gibt, in denen das „Versprechen“ des Gesetzes, eine spezifische Regelung für bislang noch nicht Geregelteres geben zu können, nicht eingelöst werden kann, vor allem dann nicht, wenn es die ausschließliche Absicht des Gesetzgebers ist, Rechtssicherheit zu erzielen.

2 Die aktuelle Sterbehilfediskussion: Befindlichkeiten und Streitfragen

Bevor wir uns einigen ausgewählten Argumenten, die in der gegenwärtigen Diskussion immer wieder bemüht werden, zuwenden wollen, muss zunächst gefragt werden, ob diese naturgemäß existentielle Thematik überhaupt ohne jede emotionale Hitzigkeit geführt werden kann. So gehört es zum Menschsein, dass man Gefühlen, auch denjenigen der Empörung, Raum gibt, insbesondere dann, wenn das *forum internum* Alarm schlägt. Diese Empfindungen der ehrlichen Entrüstung und nicht erlernten Hilflosigkeit müssen der Vernunft nicht zwangsläufig entgegenstehen, sondern vermögen sogar, diese in den entscheidenden Punkten zu stützen, insofern gerade durch deren Vermittlung darauf aufmerksam gemacht werden kann, was bei einem Thema wie der Sterbehilfe tatsächlich auf dem Spiel steht. Die bekanntlich in Bausch und Bogen als politisch unangemessen und wissenschaftlich uninformativ verworfene Dresdner Rede der Schriftstellerin und Büchner-Preisträgerin SYBILLE LEWITSCHAROFF zur Reproduktionsmedizin war in diesem Sinne nicht der vielleicht von einigen erwartete Versuch, neue Argumente für eine an sich schon mit Fakten überladene Diskussion zu liefern, sondern sie stellte lediglich ein mit sprachkünstlerischen Mitteln vorgetragenes Plädoyer für eine äußerst bedenkliche Situation dar, deren Dringlichkeit uns schon lange nicht mehr tangiert, weil sie längst als „normal“ gilt.

Gewiss sind die Autoren des vorliegenden Gesetzesvorschlags ebenfalls der Auffassung, dass bei der Frage nach dem „assistierten Suizid“ einiges auf dem Spiel steht, obwohl es BORASIO et al. in erster Linie – wohl anders als den „aufgeregten“ Lebensschützern, LEWITSCHAROFF und einem Großteil der Ärzte – nicht um eine Sicherung dessen geht, was seit der großen Liberalisierungswelle in Fragen Sterbehilfe in den letzten Jahren zu erodieren droht, d.h. die Tatsache, dass der Wille eines Sterbenden nicht denjenigen binden kann, von dem verlangt wird, die Beihilfe zu leisten. Diese Fragestellung führt uns aber sogleich zum Kernargument in der Diskussion über die Zulassung der Suizid-

beihilfe: dem Patientenwillen.³ Dieser ist bekanntlich die Grundlage für die valide Erstellung einer Patientenverfügung, deren rechtliche Verbindlichkeit nicht unbestritten ist, vor allem wenn es um das Phänomen des „natürlichen Willens“ geht. Oftmals hat es sich nämlich gezeigt, dass der „natürliche Wille“ eine Korrektur oder sogar einen Widerruf der in der Vorausfügung belegten Entscheidungen bewirken kann. Der „natürliche Wille“ ist – richtig verstanden – damit zum paradigmatischen Ausdruck für die Nichtbeherrschbarkeit von individuellen Willensentwicklungen geworden und sollte uns auch daran erinnern, dass die Sorge um den Patienten niemals enden darf, auch wenn sein Wille als sicher bestimmt erscheint.

Bevor wir uns aber der Prüfung des Willens und seiner Abbildbarkeit in Medizin und Recht näher zuwenden wollen, ist es zunächst notwendig, einige Voraussetzungen und Rahmenbedingungen bzw. Nebenfolgen der durch Gesetzesvorschläge dieser Art ausgelösten Diskussion zu beleuchten. Neben wissenschaftstheoretischen Vorannahmen, die für die Durchsetzung von bestimmten Argumenten eine entscheidende Rolle spielen, sind insbesondere folgende Fragen einer eigenständigen Begutachtung zu unterziehen: die Frage nach dem Patientenstatus, die Bewertung psychologischer Einflussfaktoren hinsichtlich der Bestimmung der individuellen Einwilligungsfähigkeit, die Untersuchung der damit verbundenen ethischen Rolle des Suizids, die Prüfung von Unterscheidungskriterien in Bezug auf das Konzept der palliativen Versorgung und schließlich die Bewertung einer eventuellen Neubestimmung des ärztlichen Berufsethos.

2.1 Wissenschaftstheoretische Grundlagendiskussion und deren diskursives Potential

Für unsere Thematik erweist es sich in einem ersten Schritt als hilfreich, zu prüfen, auf welche methodischen und erkenntnistheoretischen Grundlagen ein Erklärungsansatz wie derjenige von BORASIO et al. zurückgreift. Neben der verbindlichen Berufung auf einige Ergebnisse aus statistischen Untersuchungen⁴ möchte der Gesetzesvorschlag seine argumentative Kraft vor allem

³ Die anderen von BORASIO et al. angegebenen vier Bedingungen (Vorliegen einer unheilbaren Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, palliativmedizinische Aufklärung, Gutachten eines zweiten Arztes und zehn Tage Wartezeit zwischen Suizidwunsch und tödlicher Beihilfe), die Ärzte beachten müssen, wenn sie Suizidbeihilfe leisten wollen, haben nicht die normative Kraft wie der freiwillige Suizidwunsch des Patienten.

⁴ Die Statistik ist und bleibt eine nützliche Hilfswissenschaft, die aber hochgradig interpretationsbedürftig ist und sich schwer auf einen Bereich wie den hier beschriebenen, der sich

dadurch erlangen, indem er seine Thesen durch empirisch gewonnene Ergebnisse aus den Naturwissenschaften, die „verlässliche Kenntnisse über die Realität“⁵ liefern, zu stützen versucht. Hier übernehmen die Autoren ein verifikationistisches Erkenntnismodell, das zum Beispiel die Frage ausklammern muss, ob der Mensch als solcher einer aus der drittpersönlichen Perspektive formulierten Auffassung von Realität in Fragen der Sterbehilfe überhaupt zu unterstellen sei.⁶ In der kausal determinierten Welt der empirischen Naturwissenschaften gibt es bekanntlich keine Ausnahmen (wie z.B. die über inkommensurable Erlebnisse konstituierte Erste-Personen-Perspektive), sondern nur äußerlich feststellbare Gesetzmäßigkeiten; wer aber würde ehrlicher Weise behaupten wollen, dass der Sterbevorgang eines todkranken Menschen – welcher ohne Zweifel eine ausnehmende Grenzsituation markiert, an die man sich niemals gewöhnen kann – gesetzmäßig vonstattengeht? In diesem Zusammenhang können uns die Naturwissenschaften sicherlich über vieles belehren, z.B. über bestimmte Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit ein Ereignis eintritt, jedoch versagen ihre Erklärungskräfte angesichts der Deutung und Darstellung unserer inkommensurablen und unbedingten menschlichen Natur, die sich in der Würde moralisch konkretisiert und welche gerade in Fragen des Lebensendes in unverwechselbarer Weise angesprochen wird und hervortritt.

Übrigens offenbart sich hier – was für die Beantwortung von ethischen Fragen zur Sterbehilfe zentral ist – eine eigentümliche Vereinnahmung des Begriffs der Menschenwürde für bestimmte, meist außersittliche Zwecke. Verschiedene sich in den Anschauungen grundsätzlich widerstrebende Parteien geben vor, genau zu wissen, worin ein „würdiges Sterben“ bestehe. Diese Selbstüberschätzung führt allerdings in ein fatales Bewertungsdilemma, weil die Einwände der einen Seite nicht selten zu Proargumenten der anderen Seite werden und umgekehrt. Diese Argumentationspraxis ist jedoch stets zum Leidwesen derer, die nur nach einer vernünftigen (d.h. nicht-verifikationistischen) Bestätigung ihrer schwer zu widerlegenden Intuitionen suchen.

aus verschiedenen Theorieverständnissen zusammensetzt, übertragen lässt. Schon Wolfgang Stegmüller beschreibt dieses Problem: „Es besteht eine ungeheure Kluft zwischen logischen und wissenschaftstheoretischen Begriffen der Prüfung, Bestätigung und der Bewährung von Hypothesen auf der einen Seite und von Fachleuten im Gebiet der mathematischen Statistik angestellten Untersuchungen über diese Themenkreise auf der anderen Seite“ (W. STEGMÜLLER: Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie [1973], S. 1.)

⁵ G. D. BORASIO et al.: Selbstbestimmung im Sterben, (2014), S. 9.

⁶ Hier wird das sogenannte Qualia-Problem berührt, dem zufolge die Physik des Willens nicht identisch sein kann mit dem eigenen Erleben des Willens als Willen. Letzteres *ist* der Wille schlechthin, während sich der Funktionsmechanismus des Willens immer erst nachträglich zu erkennen gibt.

In dem eben geschilderten Zusammenhang weisen die Autoren des vorliegenden Gesetzesvorschlags auch den Vorwurf von sich, dass durch ihre Initiative der „Wert des Lebens“ untergraben würde.⁷ Allerdings muss man hier hinzufügen, dass die Ausführungen von BORASIO et al. eigentlich gar nicht die wirkliche Kontroverse über den Wert bzw. die Bedeutung des Lebens berühren. Den Autoren geht es vielmehr darum, eine gesetzliche Regelung für etwas zu erwirken, das nach Ansicht des ehemaligen Verfassungsrichters ERNST-WILHELM BÖCKENFÖRDE, gerade weil es – anders als Gesetze – unabstimmbar ist, zur Einigkeit taugt. Würde es sich tatsächlich um das Leben und dessen Wert – oder sagen wir besser: dessen unvergleichliche Kostbarkeit – handeln, bräuchte man gar keine ermöglichenden Regelungen zu erstreben, denn nicht selten schwächen Gesetzesregelungen, die nicht auf diesem Unabstimmbaren fußen bzw. nicht von dieser unverfügbaren Voraussetzung „leben“, die natürliche Vernunftfähigkeit des Menschen und destabilisieren auf lange Sicht auch das Gemeinwesen.

Allerdings möchte ich im Hinblick auf die Bewertung der Folgen einer potentiellen Regelung in Bezug auf die Sterbehilfe den Autoren des Gesetzesvorschlags zustimmen, welche jenes immer wieder gern vorgebrachte Dammbbruch-Argument, wonach eine gesetzliche Regelung unvermeidlich auf die „schiefe Ebene“ führen muss, abweisen. Das Dammbbruch-Argument kann in der Tat ausschließlich ad hominem gebraucht werden und besitzt damit nur eine geringe argumentative Durchschlagskraft, zumal sich die Verteidiger jenes Arguments, wenn sie es in Anschlag bringen, gegen ihre ursprünglichen Absichten auf eine Bewertungsebene begeben, die vornehmlich konsequentialistisch ist, d.h. ausschließlich die Folgen von Handlungen in den ethischen Beurteilungshorizont rückt.⁸ Übrigens operieren Kritiker des Dammbbruch-Arguments oft selbst mit Dammbbrüchen, infolgedessen sie sich erhoffen,

⁷ Vgl. G. BORASIO et al.: Selbstbestimmung im Sterben (2014), S. 73. Eine Rede vom Wert des Lebens ist natürlich alles andere als eindeutig und selbsterklärend. Grundsätzlich ist damit nicht gemeint, dass jemand *Wert auf sein eigenes Leben legt* oder das Leben *wertvoll für andere* ist, sondern dass das Leben an sich selbst wertvoll, d.h. intrinsisch wertvoll ist. Dass das Leben intrinsisch wertvoll ist, eröffnet uns ausschließlich auch eine ontologische Betrachtung, der zufolge „zu leben“ auch immer bedeutet, „zu sein“.

⁸ Vgl. dazu B. GUCKES: Das Argument der schiefen Ebene (1997). Guckes befürwortet *slippery slope*-Argumente ausschließlich als sekundäre Gründe. Dammbbruch-Argumente müssen also – vor allem im Kontext der Sterbehilfe – gut begründet sein und dürfen „nicht an bestimmte Veränderungen der äußeren Verhältnisse geknüpft“ werden (ebd., S. 233). Allerdings stellt sich hier die Frage, ob sich eine solche Einschätzung nur im „Raum der Gründe“ bewegen kann, zumal Dammbbruch-Argumente gerade auf bestimmte, aber stichhaltige Tendenzen abzielen, für die noch gar keine guten Gründe, die man vielmehr aus zugänglichem Wissen gewinnt, vorliegen können. Vielleicht müsste man in Zukunft darauf verzichten, Dammbbruchaussagen

dass sich z.B. durch den allgemeinen medizinisch-technischen Fortschritt alte skeptische Vorbehalte (z.B. gegenüber Enhancement) abbauen lassen und einen Einstellungswandel in Gang setzen, der oft mit der schleichenden Akzeptanz kontroverser Entscheidungen einhergeht. Das Dammbbruch-Argument wird damit letztlich zum Durchbruch-Argument umgedeutet, wobei die „schiefe Ebene“ zu jener Rampe wird, über welche die „neuen“ Überzeugungen transportiert werden. Allerdings – das möchte ich hier hervorheben – ist die Feststellung des Scheiterns des Dammbbruch-Arguments nicht mit seiner Widerlegung gleichzusetzen. Insbesondere ist ein Rückgriff auf dieses Argument dann berechtigt, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass im Vorfeld bereits ein Dammbbruch geschehen ist, der in unmittelbarer Verbindung mit dem aktuell diagnostizierten steht. Wir vergessen in diesem Sinne allzu oft, dass unsere scheinbar objektiven Bewertungskriterien, nach denen wir Dammbbruch-Argumente verifizieren oder falsifizieren, selbst Ergebnisse eines (vielleicht erkenntnistheoretischen) Dammbbruches sind und damit nicht selten als Ausdruck einer bestimmten weltanschaulichen Einstellung verstanden werden müssen.⁹

Eine gesetzliche Liberalisierung der Sterbehilferegelung im Sinne unseres gerade formulierten „Durchbrucharguments“ wäre im Falle tatsächlich eintretender Missbräuche etc. sicherlich unumkehrbar, auch wenn die Kritiker eines skeptischen Gebrauchs des Dammbbruch-Arguments immer wieder behaupten, dass in diesem Fall noch Korrekturen oder die Rückkehr zu einem status quo ante möglich wäre. Allerdings setze diese Behauptung voraus, dass man der Ansicht sein müsse, die vollständige Kontrolle über die künftige Entwicklung haben zu können, was m.E. aber wieder Wasser auf die Mühlen des Dammbbruchargumentbefürworters wäre, dessen Einwände jedoch zumeist im Vorfeld der Auseinandersetzung durch den Verweis der Dammbbruchargumentgegner auf die nicht zu ignorierenden „großen Chancen und Möglichkeiten“ abgewiesen worden sind. Mit Hilfe dieser Rhetorik besteht jederzeit die Möglichkeit, auch die letzten vernünftigen und skeptischen Stimmen irgendwann verstummen zu lassen, vor allem dann, wenn die scientific community geschlossen für sich definiert hat, dass ein solcher Fortschritt „normal“ und damit notwendig sei.

als Argumente zu betrachten, da sie entweder Ausdruck der skeptischen Haltung des Sprechers sind und/oder auf ein dahinter liegendes tutoristisches Argument verweisen.

⁹ Es ist auch immer die Frage, welches wissenschaftliche Paradigma im Hintergrund steht, da erst in dessen Licht entschieden werden kann, ob Dammbbrüche als Bestätigung oder Herausforderung des bestehenden Paradigmas angesehen werden können: Vgl. T. KUHN: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen (1976).

Selbstverständlich gibt es, so möchte ich hier grundsätzlich verstanden werden, keinen Zweifel daran, dass Gesetze notwendig sind, um die derzeitige Praxis der Sterbehilfe zu regulieren und eventuelle Missbräuche zu verhindern; aber, so frage ich weiter, wer kann den Menschen mit der tatsächlichen Einführung eines solchen Gesetzes auch bestimmte Abwehrrechte gegen die zukünftig vielleicht legitimierte und potentiell dann auch jeden betreffende und verpflichtende Selbstbestimmungsaufforderung garantieren? Ist damit nicht auch die Gefahr einer allseitigen ethischen Überforderung gegeben?

2.2 Der Streit um den personalen Status und die psychische Verfasstheit des sterbewilligen Patienten

Dass Gesetzesvorschläge der hier untersuchten Art allgemein auf eine „Normalisierung“ des an sich nicht Normalen drängen, ist nachvollziehbar, verdeckt aber nicht selten die eigentliche Absicht. Dies macht sich bereits in der Wortwahl bemerkbar. Die Bezeichnung „assistierter Suizid“ kann insinuieren, dass der Beihelfer hinsichtlich seines Anteils an der Verantwortung für den Selbstmord aufgrund der vollen Gültigkeit der autonomen Willenserklärung des Suizidenten freigesprochen werden kann. Sicherlich trägt ein Beihelfer niemals direkte Verantwortung für die Entscheidung des Sterbewilligen, was aber noch lange nicht heißt, dass damit seine an sich nicht dispensierbaren Ansprüche, anderweitig Verantwortung zu übernehmen, welche teilweise auch nicht den Absichten des Sterbewilligen entsprechen müssen, abgegolten sind. Alle Beteiligten müssen sich dessen bewusst sein, dass ihr Handeln im gesellschaftlichen, d.h. rechtlichen Raum geschieht. Daher sollten sich Familien und Freunde nicht direkt verantwortlich für die Handlung des Patienten, sondern sich gegenüber den Patienten als Person verantwortlich fühlen, womit letztendlich Verpflichtungen ganz eigener Art verbunden sind. Familienmitglieder stehen dem Patienten naturgemäß näher als der behandelnde Arzt, was auch dazu führt, dass ihnen eine besondere und überaus wichtige Rolle in der Begleitung zukommt. Dabei bleibt die Übertragbarkeit der Entscheidungsgewalt auf die Angehörigen ein großes Problem und mitunter Einfällstor für eine Reihe von Irrtümern. Der Status des Patienten kann – wie wir noch sehen werden – nicht ausschließlich an seinen „aktualen“ Willen gebunden sein, sondern muss sich an der Person, die will, orientieren. Deshalb ist es eine Aufgabe sowohl für den Arzt als auch für die Angehörigen, die Wahrnehmung zu „konservieren“, welche uns die rationale Intuition bestätigt, dass es sich bei dem sterbewilligen Patienten um eine lebendige Person, die eigene Bedürf-

nisse hat, handelt, und nicht um einen anonymen Träger von Eigenschaften, dem man akzidentell einen Willen zuschreiben kann oder nicht. Letzteres ist meist der Fall, wenn man den Status einer Person ausschließlich an ihren kognitiven und damit auch volitiven Fähigkeiten festmacht. Allerdings ergibt sich damit sofort ein neues Problem. Und zwar müsste dann gezeigt werden, worin Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich der Verwendung des Begriffes „Willen“ in der Psychologie und in den Rechtswissenschaften bestehen. Wie kann die Verbindlichkeit des aktuellen Willens über die Zeit überhaupt aufrechterhalten werden, wenn beispielsweise angenommen werde, dass eine Person A zum Zeitpunkt t_1 den spezifischen Willen geäußert hat, im Falle irreversibler Krankheit auf bestimmte Behandlungen zu verzichten, zu einem Zeitpunkt t_2 diese Willenserklärung aber wieder revidieren möchte. Die rechtliche Verbindlichkeit stünde und fiel dann mit der Annahme der Existenz einer Willenskontinuität, die aber letztlich auf psychologische Konnektivität reduziert würde und es erlaube, schlafenden und dementen Personen einen diachronen Willen abzuschreiben.¹⁰ Um daher eine Verbindung zwischen aktuellem und vorausverfügbem Willen ziehen zu können, müsste eine Kontinuität in erster Linie über das Sein von Personen, nicht über ihren attribuibaren Willen gewährleistet werden. Dass Personen über die Zeit mit sich selbst identisch bleiben, d.h. ein und dasselbe Subjekt von Willensäußerungen bleiben, ist die irreduzible Voraussetzung dafür, dass Patientenverfügungen (die eben Patienten- und nicht Willensverfügungen sind) Gültigkeit haben.

Noch in einem anderen, eher diagnostischen Punkt ist die Beachtung psychologischer Kriterien entscheidend. Im Rahmen des Programms einer *quandary ethics* – einer Normalisierung des Nicht-Normalisierbaren –, deren Aufgabe allein darin besteht, dilemmatische und hochkomplexe Extrem- und Konfliktfälle in Entscheidungssituationen zu thematisieren und dadurch zu simplifizieren, um auch davon absehen zu können, Ethik als Projekt der persönlichen Charakterbildung zu verstehen, besteht ein weiteres Ziel der Ausführungen von BORASIO et al. in der Relativierung der Erkenntnisse aus der diagnostischen Psychologie. So schreiben die Autoren: „Unter den Menschen, die um Hilfe zum Suizid bitten, finden sich 20–25% depressive Symptome, die jedoch nur bei der Hälfte, also bei etwa 10–13%, so ausgeprägt sind, dass sie die Freiverantwortlichkeit verhindern und daher dazu führen, dass die erbetene Hilfe verweigert wird.“¹¹ Offensichtlich teilen BORASIO et al. an

¹⁰ Vgl. D. PARFIT: *Persons and Reasons* (1986).

¹¹ G. BORASIO et al.: *Selbstbestimmung im Sterben* (2014), S. 47.

dieser Stelle die im wissenschaftlichen Umfeld der Autoren längst akzeptierte Auffassung, wonach Beschreibung und Bewertung zu trennen seien, sodass man hinsichtlich des vorliegenden Beispiels auch meinen könnte, dass es sich hier um eine statistisch vernachlässigungswürdige Größe handle. Allerdings, wenn 50% der Depressiven behaupten, doch nicht sterben zu wollen, dann ist das durchaus beträchtlich und dürfe daher nicht zu einer Marginalie gemacht werden. Außerdem zeichnet statistische Normalität niemals ein authentisches Bild unserer Wirklichkeit. Zudem bestehen in diesem Kontext noch zwei weitere Probleme, auf welche die Autoren nicht näher eingehen. So ist die Diagnostik für Depression per se als schwierig einzuschätzen, da die Kriterien nicht immer eindeutig sind. So kann es mitunter sein, dass eine Depression nicht erkannt wird bzw. an sich unproblematische psychische Unregelmäßigkeiten als Depressionen eingestuft werden. Sicher ist, dass Patienten in diesen Grenzsituationen, in denen Sterbewünsche aufkommen, mindestens eine Anpassungsstörung vorweisen, aus der dann mit nicht geringer Wahrscheinlichkeit eine Depression hervorgehen kann. Daher gilt mit Blick auf die Sterbehilfe unbedingt das Vorsichtsargument, wonach der Therapeut zur Sicherstellung seiner eigenen Entscheidungskompetenz und der Zukunftsmöglichkeiten seines Patienten lieber eine Depression diagnostizieren sollte als gar nichts. Auch wird hieran deutlich, dass es überhaupt problematisch ist zu entscheiden, ab wann jemand als freiverantwortlich und ab wann er als nicht mehr freiverantwortlich zu bezeichnen ist. Ein weiteres Problem tritt auf, wenn die Autoren hinsichtlich des sozialen Umfeldes des Sterbewilligen an anderer Stelle behaupten: „Nach dem Tod zeigen sie (die Angehörigen, M.H.) nicht häufiger schwierige Trauerverläufe und Depressionen als Hinterbliebene von natürlich Verstorbenen.“¹² Dass diese Statistik verschweigen muss, dass die „Unfähigkeit zu trauern“ (MITSCHERLICH) vielmehr ein allgemeines gesellschaftliches Problem darstellt, das auch unabhängig davon besteht, ob jemand „natürlich“ oder „unnatürlich“ (d.h. letztlich durch assistierten Suizid) stirbt, sollte dem Leser einleuchten, gerade wenn er die steigende Anzahl von diagnostizierten Depressionen berücksichtigt.

In diesem Zusammenhang ist natürlich vor allem der bereits erwähnte hohe psychische Druck, dem sterbenskranke Patienten in Grenzsituationen ausgesetzt sind, hervorzuheben. Jene damit oft verbundene latente Unfähigkeit zur direkten Anteilnahme, die immer wieder – was nicht als Vorwurf zu verstehen ist – bei allen Beteiligten aufgrund der extremen Belastung empfunden wird,¹³

¹² Ebd., S. 59.

¹³ Das Auftreten einer Anpassungsstörung wie der des Hospitalismus, deren Bedeutung für

kann beim Patienten das Gefühl induzieren, dass man sich als Last sowohl für die näheren Angehörigen als auch den weiter entfernten Personenkreis (Ärzte, Steuerzahler etc.), letztlich auch als Last für die ganze Gesellschaft, in deren Interesse es ist, Sterbehilfe ordnungsgemäß zu regeln, erlebt. Diese Empfindung kann sogar noch verstärkt werden, wenn durch die Schaffung eines institutionellen und gesetzlichen Rahmens diese Situation reguliert und damit „normalisiert“ wird. In diesem Zusammenhang halte ich es übrigens für äußerst fragwürdig, dieses Nicht-zur-Last-fallen-Wollen nochmals als einen genuinen Ausdruck der Selbstbestimmung zu interpretieren, da ein Menschenleben von vornherein zu Lasten anderer geht, nicht erst in Grenzsituationen am Lebensende. Die Mehrbelastung am Lebensende kann sogar eine Bestätigung und Vertiefung dessen sein, dass wir als Menschen von Natur aus auf andere angewiesen sind. Ein Ausbleiben der Belastung auf Seiten der Involvierten wäre dementsprechend ein fast sicheres Kennzeichen für einen Entfremdungszustand, der sich in einem inhumanen Umgang untereinander artikuliert und es nur schwer zuließe, positive Erfahrungen mit dieser Situation zu verbinden.

2.3 Die ethische Bewertung des Suizids und seine Rolle innerhalb der Sterbehilfedebatte

Die Klärung der Frage nach dem assistierten Suizid, der trotz intersubjektiver Implikationen zunächst allein das Individuum betrifft, hängt natürlich maßgeblich von der Beantwortung der Frage nach dem ethischen und rechtlichen Status des Selbstmordes ab.¹⁴ Bekanntlich steht der Suizid in Deutschland

das Treffen von Entscheidungen in Grenzsituationen noch immer nicht ausreichend beleuchtet worden ist, kann eine solche Belastungserfahrung hervorrufen oder verstärken. Es wäre daher eine Aufgabe einmal danach zu schauen, inwieweit sich schwerstkranken Patienten überhaupt noch als Subjekte, denen ein normaler Entscheidungsspielraum gegeben ist, erleben können. Es ist nämlich zu vermuten, dass sich das Spektrum der Entscheidungsmöglichkeiten bei zunehmender Dauer des Krankenhausaufenthaltes einengt.

¹⁴ Hier sollte der zukünftige Schwerpunkt auch auf die Bewertung des immer häufiger auftretenden Alterssuizids gelegt werden, der gerade nicht als eine Sache, „die sich von selbst erledigt“, weil jemand alt und schwerstkrank ist und einen Großteil seines Lebens „bereits hinter sich gebracht hat“, zu verstehen ist, sondern als zumeist hilflose Reaktion auf die Anforderungen einer reinen Selbstbestimmungslogik. Im Alter nimmt daher nicht selten das Gefühl noch zu, den Jüngeren zur Last zu fallen, gerade auch dann, wenn immer wieder betont wird, dass die Lebensqualität im Laufe der Zeit abnehme, man sowieso „vom Leben nicht mehr viel zu erwarten habe“ und daher auch jederzeit auf die Möglichkeit zurückgreifen könne, sein fundamentales Selbstbestimmungsrecht in Anspruch zu nehmen. Damit kann aber letztlich jede Selbstbestimmungslogik in ihr Gegenteil, dem Sich-selbst-überlassen-werden, umschlagen.

nicht unter Strafe, was allerdings nicht heißen soll, dass wir aus nicht vorhandenen Rechtsregeln ohne weiteres ableiten können, dass eine Handlung dieser Art nicht moralisch verwerflich sei. In der derzeitigen Debattenkultur über Sterbehilfe hat sich demnach eine Auffassung etabliert, die von zwei Argumenten flankiert wird und dessen überdeutliche Hervorhebung vorrangig dem Zweck dienen soll, mit rhetorischem Geschick einmal mehr lebensweltliche Selbstverständlichkeiten in Frage zu stellen.

Auf der einen Seite betonen die Anhänger des assistierten Suizids immer wieder mit Nachdruck, dass sie die aktive Sterbehilfe dezidiert ablehnen. Allerdings könnte man hier mit guten Gründen annehmen, dass diese Äußerung doch gänzlich überflüssig ist (was ja auch tatsächlich der Fall ist), wenn man den assistierten Suizid für legitim erachtet. So erscheint es dann auch, als ob mit dieser Aussage nur indirekt ausgedrückt werden möchte, dass es von der Handlungsart her betrachtet *prima facie* keinen moralischen Unterschied darstelle, ob eine Tötung als aktives Tun oder als passives Unterlassen bewertet werde, insbesondere dann, wenn dieser Beurteilung eine selbstbestimmte Entscheidung vorausgehen soll, deren Ziel die Selbstausschöpfung ist. Hier liegt m.E. der Verdacht nahe, dass diese Form der Abgrenzung ein bloßes rhetorisches Mittel darstellt, denn die meisten Befürworter der passiven Sterbehilfe sind meist auch Befürworter der aktiven Sterbehilfe bzw. werden irgendwann zu diesen. Es gibt also wirklich keinen triftigen Grund für die Ablehnung der Annahme, dass die Befürworter des assistierten Suizids auch Befürworter der aktiven Sterbehilfe sein müssen. Wenn man stattdessen an einer absoluten Ablehnung der aktiven Sterbehilfe festhalten möchte, ohne dabei inkonsistent zu argumentieren, dann müsste jene Ablehnung der aktiven Sterbehilfe auch die Ablehnung des assistierten Suizids implizieren. Während die erste Position am sukzessiven Abbau von Hinderungsgründen für die Akzeptanz jeglicher Form von Sterbehilfe interessiert ist, geht es der zweiten Position um die Sicherung von bestimmten, nicht verhandelbaren Nichteingriffsrechten in die Struktur natürlicher Verlaufsprozesse.

Auf der anderen Seite wird im Kontext des assistierten Suizids wieder vermehrt über den Selbstmord geredet. Blicke der Selbstmord auch weiterhin moralisch unbedenklich, so hätte dies gewiss einen förderlichen Einfluss auf die Entscheidung für die Zulassung des assistierten Suizids. Melden sich dagegen

Eine dementsprechende Ätiologie alterssuizidaler Handlungen, die zwischen freiverantwortlicher Selbstbestimmung und genötigter Akzeptanz des Sich-selbst-überlassen-seins unterscheidet, müsste erst noch entwickelt werden. Vgl. neue Untersuchungen zum Alterssuizid von R. LINDNER et al.: Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen (2014).

Bedenken an, die daran festhalten, dass der Selbstmord etwas an sich nicht Vernünftiges ist, auch aufgrund der Tatsache, dass jemand, der aufgrund einer dementiellen oder anders gearteten Einschränkung nicht in der Lage ist, rationale Gründe anzubringen, hätte man ein gutes Argument gefunden, um seitens des Suizidwilligen an der Rechtmäßigkeit eines assistierten Selbstmordes zu zweifeln.¹⁵ In diesem Zusammenhang ist allerdings noch ein weiterer Aspekt von größter Bedeutung. Der assistierte Suizid ist trotz der unmittelbaren individuellen Betroffenheit niemals die Entscheidung eines Einzelnen, sondern begründet durch die Inanspruchnahme weiterer Personen für die Realisierung der Tat einen spezifischen Rechtsraum. Den Autoren des Gesetzesvorschlages ist zwar zuzustimmen, wenn sie davon ausgehen, dass der assistierte Suizid ein Rechtsverhältnis begründet, allerdings ist dieses Rechtsverhältnis keines, das auf die Übertragbarkeit von Willensentscheidungen gegründet ist, sondern auf der Idee der gemeinsamen Zugehörigkeit zur menschlichen Spezies beruht. Diese Zugehörigkeit, welche solidarisches Handeln impliziert, weil aus ihr die Würde des Menschen abgeleitet wird, bringt damit natürlich auch bestimmte Rechte und Pflichten (z.B. die dringliche Pflicht, Maßnahmen zu unternehmen bzw. zu unterstützen, die den Wunsch des Patienten sich zu töten, zum Verschwinden bringen) mit sich, beinhaltet indes nicht, dass eine Person A einer Person B ihr Leid dadurch zu nehmen vermag, indem A mit

¹⁵ H. WITTWER: The problem of the possible rationality of suicide and the ethics of physician-assisted suicide (2013), hält rationale, d.h. freiverantwortliche Suizide trotz schwerer psychischer und physischer Einschränkungen für möglich. Indem Wittwer gegen einen Traditionsstrang in der Psychiatrie behauptet, dass nicht jeder Selbstmord unvernünftig sei, weil auch nicht jeder Suizident Anzeichen für psychische Störungen zeige, entpathologisiert er das Problem des Selbstmordes und bietet damit auch ein Argument für die verfahrenstheoretische Ermöglichung der Zulassung des assistierten Suizids. Wittwer stützt seine Argumentation dabei vor allem auf ein Konzept der praktischen Rationalität, das sich einmal auf die Fähigkeit zu deliberieren und einmal auf die Eigenschaft, die erwogenen Gründe zu evaluieren, beziehe. Daraus gehe nun hervor, dass wenn Gründe gefunden werden, die rechtfertigen, dass jeder Selbstmord irrational sei, man die Handlung auch nicht wählen kann. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass wenn Gründe gefunden werden, die rechtfertigen, dass nicht jeder Selbstmord irrational ist, man die Handlung durchaus akzeptieren könne. An dieser Stelle muss allerdings hinzugefügt werden, dass Wittwers Rationalitätsmodell der Wohlerwogenheit letztlich konsequentialistisch argumentiert, da es davon ausgeht, dass die Entscheidung, ob eine Handlung vernünftig oder unvernünftig ist, vom Ergebnis einer Abwägung zwischen nicht gleich zu gewichtenden Gründen abhängt. Fälle, die zeigen, dass ein Selbstmord als nicht irrational gilt, dürfen nicht mit Fällen, die belegen, dass der Selbstmord unvernünftig ist, verglichen werden, erst recht nicht, wenn daraus der Schluss gezogen werde, dass es vernünftige Suizide gebe. Gegen dieses Verständnis sollte daher ein nicht-konsequentialistisches Modell der praktischen Rationalität vorgebracht werden, das sich an den spezifischen Erfordernissen der Lebensform Mensch orientiert, zu der es nicht nur gehört, sich selbst zu erhalten, sondern auch dem zu entsprechen, was es sich als Freiheitswesen zutrauen kann; und darunter fällt bekanntlich nicht der Selbstmord.

dem Leiden von B zugleich die ganze Existenz von B auslöscht.¹⁶ Das gilt natürlich auch für den umgekehrten Fall, demzufolge Person A – die übrigens nicht dazu berechtigt ist, das Maß an Leid (von B) zu beurteilen, um daraus handlungswirksame Schlüsse zu ziehen – Person B nicht quälen darf.

Es wäre daher eine Aufgabe der Rechtsprechung, nicht nur Missbrauch und Leichtsinnigkeit in diesen Fragen zu unterbinden, sondern auch darauf achtzugeben, dass eine rechtliche Regelung nicht selbst zum Missbrauch führt. Denn eine einfachere Prozedur in Sachen assistierter Suizid könnte auch diejenigen Personen in ihrer Integrität und ihrem Selbstbestimmungsrecht bedrohen, die unter keinen Umständen an der Möglichkeit, von anderen Menschen das Leben genommen zu bekommen, partizipieren wollen und welche im Falle der Legalisierung womöglich sofort die Flucht in rechtlich sichere Gefilde, worunter Deutschland bislang noch zu zählen scheint, antreten würden.¹⁷

2.4 Über das Verhältnis der Palliativmedizin zur Euthanasie und das Projekt eines Abbaus der Unterschiede

Aus dem gerade eben genannten Sicherheitsbedürfnis leitet sich natürlich auch das Bedürfnis vieler Menschen ab, eine Unterscheidbarkeit von Palliativmedizin und Euthanasie institutionell aufrechterhalten zu wollen. So versuchen auch die Autoren in ihrem Vorschlag Palliativmedizin als ein Instrument zu präsentieren, das in jedem Fall der Sterbehilfe diene, aber niemals gegen diese ausgespielt werden sollte. Hier besteht trotz dieser an sich richtigen Einschätzung jedoch ein unterschlagenes Vorrangproblem: Während die einen meinen, dass alles, was man bezüglich eines irreversibel todkranken Menschen tun

¹⁶ Die Löschung des Leidens im Zuge der Löschung der eigenen Existenz würde sehr gut zur Auffassung des Buddhismus passen, der eine individuelle Hingabe der eigenen Person an einen die eigene Person übersteigenden Grund leugnen würde. Letzteres ist aber gerade der „Ausweg“, den das Christentum bietet. Das Leid ist der Erlösungsweg im Sinne der *ersehnten* Flucht in die Arme Gottes, der vor allem dann zu gehen ist, wenn nichts anderes mehr Linderung verspricht. Max Scheler spricht hier vom „seligen Leiden“: „Die Erlösung vom Leide und vom Übel *ist* nicht – wie Buddha – die Seligkeit, sondern nur die *Folge* der Seligkeit.“ (M. SCHELER: Der Formalismus und die materiale Wertethik [2014], S. 429).

¹⁷ Solch allgemeine Bestrebungen, sich den persönlichen Umgang mit dem Suizid dadurch zu erleichtern, indem man bestehende Tabus abbaut oder rechtliche Schranken senkt, stehen nicht im Einklang mit der von alters her bekannten konfrontativ-trotzigen Einstellung des Menschen zur Unvermeidlichkeit des Todes. Selbst so ein „lebensmüder“ Philosoph wie EMIL CIORAN warnt davor, den Selbstmord zu enttabuisieren: „Es gibt so viele Gründe, sich zu töten, wie Gründe, weiterzumachen, mit dem Unterschied, dass die letzteren älter und solider sind: sie wiegen schwerer als die andern, weil sie sich mit unserem Ursprung vermischen, während die ersteren, Früchte der Erfahrung, notwendigerweise jüngeren Datums sind und gleichzeitig bedrängender und ungewisser.“ (Ders.: Begegnung mit dem Selbstmord [1973], S. 749.)

könne, palliativ sei, gehen BORASIO et al. davon aus, dass man noch mehr als dies für einen schwerstkranken Menschen zu tun imstande sei. Hier wird letztlich das regelutilitaristische Projekt dieses Gesetzesvorschlages sichtbar, demzufolge Regeln eingeführt werden, die anstatt unerwünschte Verläufe zu verhindern, gewollte Prozesse verbessern. Hinsichtlich ihrer statistischen Auswertung begehen die Autoren dabei den Fehler, dass sie verschiedene Handlungstypen (Tötung auf Verlangen, indirekte Sterbehilfe) nicht voneinander unterscheiden, sondern sogar miteinander vergleichen, d.h. als kommensurabel betrachten.¹⁸ Dabei wird jedoch die fundamentale moralische Differenz zwischen Tun und Unterlassen, die übrigens juristisch schon längst nicht mehr gemacht wird, eingeebnet, mit der Folge, dass nicht mehr auf die Intention (und dem daraus resultierenden Akttyp) einer Handlung (die kein apersonales Ereignis ist, sondern auf den Akteur selbst zurückverweist), sondern ausschließlich auf deren Folgen geschaut werden kann. Selbstverständlich sind sich BORASIO et al. der Tatsache bewusst, dass sie ihr konsequentialistisches Projekt nicht prinzipiell, sondern nur in der Axiologie an die jeweiligen ethischen Erfordernisse (hier die Notwendigkeit, Präventivmaßnahmen einzuleiten) anzupassen brauchen, um es der Öffentlichkeit als einen konzilianten Ansatz präsentieren zu können. Hier wie dort sollten rechtliche Regelungen sicherlich die allgemeine Missbrauchsgefahr senken, aber wohlgemerkt noch bevor sie selbst zu Missbrauchsinstrumenten gemacht werden können.

2.5 Zuständigkeit für das Unzumutbare? Das „erweiterte“ Rollenverständnis des Arztes

An dieser Stelle sei noch ein ganz entscheidender Aspekt erwähnt, der weniger die Verfahren als die Akteure in diesen Verfahren betrifft. Hinsichtlich eines möglicherweise sich ändernden Selbstbildes des ärztlichen Berufsstandes, wonach der Arzt vom Helfer zum Beihelfer bestimmt ist,¹⁹ sehen die Autoren unseres Gesetzesvorschlages kein Identitätsproblem. Allerdings befürchten

¹⁸ G. D. BORASIO et al.: Selbstbestimmung im Sterben (2014), S. 56.

¹⁹ Damit verbunden ist auch eine Veränderung der Rolle des Psychiaters, der vom Verhinderer des Suizids zum neutralen Agenten werden soll, welcher zukünftig unabhängig von der Anzahl auftretender Fälle hinsichtlich der Selbstmordabsicht kompetente von inkompetenten Patienten zu unterscheiden habe. JEAN AMÉRY, der bekanntlich für den „Freitod“ emphatisch plädiert hat, zweifelt sowohl an der Möglichkeit einer Freilegung als auch an der diagnostischen Validität der Selbstmordabsicht, da „der Akt des Absprungs, wiewohl er noch psychologischer Impulse voll ist, nicht mehr der psychologischen Einsicht offen stehen (kann)“ (Ders.: Hand an sich legen [2012], S. 30.).

viele Ärzte, dass sich mit einer Gesetzesregelung ihr Selbstverständnis als Arzt verändern wird.²⁰ Diese Befürchtung versuchen die Autoren aber dadurch zu entkräften, indem sie – wiederholt – auf die aktuelle Praxis in anderen Ländern verweisen. Nun gibt es allerdings verschiedene Kontexte und Kulturen, die hier berücksichtigt werden müssen und so eine Übertragbarkeit der Ergebnisse erschweren. Deutschland steht immer noch in der Tradition eines Gesetzesrechtes und ist dadurch stärker immunisiert gegen Versuche, auf Basis von Präzedenzfällen rechtliche Normen abzuleiten. Ferner stellen die Autoren des Gesetzesvorschlags die Situation so dar, als ob es eine in sich geschlossene christliche Fraktion gebe, die für eine Liberalisierung der Sterbehilfe stimme,²¹ welche selbst in Einklang mit einer vermeintlich allgemeinen christlichen Doktrin stünde. Dies ist offensichtlich ein unzutreffendes Pauschalurteil, da „im Inneren“ des Christentums sowohl Unterschiede zwischen den Konfessionen als auch Unterschiede innerhalb jeder einzelnen Konfession bestehen. Grundsätzlich ist aber das Christentum, das sich in Befürworter (sowohl auf protestantischer als auch auf katholischer Seite) und Gegner (nur auf katholischer Seite) der klassischen Güterabwägungstheorie spaltet, *cum grano salis* gegen eine Legalisierung jeglicher Form von Sterbehilfe.

3 Auswirkungen der Untersuchungen auf die Frage nach dem authentischen Willen und der rechtliche Umgang mit Willenssubstituten

Wir haben soeben gesehen, dass es auf vielen Feldern Kontroversen gibt, die sich letztlich nicht in ein Überlegungsgleichgewicht bringen lassen. Ohne Zweifel ist auch der menschliche Wille etwas, über das sich vortrefflich streiten lässt, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass alle von dem gleichen Willen sprechen. Wenn wir nun endlich die Sterbehilfedebatte auf Fragen des Willens und der Selbstbestimmung beschränken, so dürfen wir nicht aus dem Blick verlieren, was uns in all diesen Fragen eine Rede über die menschliche Natur zu bedenken gibt.²² Die Frage nach der Würde des Menschen wird hier sofort virulent und man sieht sich vor das Problem gestellt, ob die Würde

²⁰ G. D. BORASIO et al.: Selbstbestimmung im Sterben (2014), S. 53.

²¹ Ebd., S. 66.

²² Diese kann uns unter anderem zeigen, dass der Kannibale von Rottenburg unmenschlich, d.h. unnatürlich gehandelt hat, und dass – etwas weniger dramatisch – die Frage, welchem Geschlecht ich angehöre, in erster Linie keine Frage persönlicher Wahl, sondern das Ergebnis natürlicher Zuordnungsverhältnisse ist, die *normalerweise* bestätigt, manchmal aber auch verfehlt werden können.

nun aus der Autonomie oder der Natur des Menschen begründet wird. Zwei Einsprüche gegen eine ausschließliche Begründung der Würde aus der Autonomie sollen in diesem Abschnitt in Bezug auf den Willen vorgestellt werden. Der erste Einwand ist anthropologischer, der zweite eher rechtlicher Natur. Zunächst geht es mir um einen richtig verstandenen Begriff des „natürlichen Willens“, der zuerst Ausdruck menschlicher Subjektivität ist, noch bevor wir ihn durch Rekurs auf kognitive Fähigkeiten zu bestimmen versuchen. Denn überall, wo Lebensäußerungen stattfinden, d.h. wo es Trieb gibt, dort gibt es auch Subjektivität. Der „natürliche Wille“ macht uns also darauf aufmerksam, dass jedem Wunsch etwas vorausgeht, das es erst möglich macht zu sagen, hier handle jemand autonom oder unfrei. Solange wir also diese Perspektive wahren können bzw. Zweifel daran besteht, dass uns andersgeltende Auffassungen nicht täuschen, dann haben wir auch ein Recht, ja sogar die Pflicht dazu, diesem Menschen Würde zuzusprechen und ihn als Person zu betrachten. Diese Einschätzung ist aber nur möglich, weil wir mit dem Patienten eine gemeinsame Natur teilen, über die wir individuell, d.h. jeder auf seine Weise, verfügen und über die sich in normativer Hinsicht kein Augenblickswillen stellen kann. Dieses natürliche Band wird aber gerade dann durchschnitten, wenn ich jemandem seiner Autonomie überlasse.²³

Ein zweiter Einspruch wendet sich gegen eine heute geläufige juristische Konstruktion. Ein letztlich anonymen allgemeiner Gesetzgebungswillen wird in Analogie zum Willen des Einzelnen, der Entscheidungen trifft und verwirklicht, gesetzt. Dabei bleibt jedoch offen, ob ein allgemeines Gesetz in Sachen Sterbehilfe wirklich alle Rechtstatbestände abdecken kann. Außerdem bleibt oftmals ungeklärt, von welcher Art das Ziel ist, zu dessen Erreichung notwendigerweise Gesetze eingeführt werden. Dient das Gesetz der Herstellung von Rechtssicherheit im Sinne der Vorbeugung von Missbräuchen, erweitert oder beschränkt es den Entscheidungsspielraum von Akteuren? Verweist es auf eine Praxis oder Sphäre, aus dem das Gesetz erst seine Berechtigung erhält und welche es rechtlich eigentlich zu schützen gilt? Schauen wir uns im nächsten Abschnitt die beiden Einwände noch etwas genauer an.

²³ Der Paternalismuseinwand ist nicht in jedem Fall gerechtfertigt, weil Patienten in Extremsituationen eher angewiesen sind auf andere, als dass sie Angst vor ungewollten Eingriffen haben. Das Gesetz müsste zwar das Widerstandsrecht stärken, aber nicht um den Preis, damit die Möglichkeit, die Hilfe anderer anzunehmen, einzuschränken.

3.1 Was „will“ der Wille? Zum Problem des natürlichen Willens und seiner ethisch-rechtlichen Verankerung

Die Frage nach dem verfügbaren, mutmaßlichen oder natürlichen Willen steht, wenn wir uns um die Begründung der Einleitung rechtlicher Schritte bemühen wollen, sicherlich im Zentrum der Sterbehilfedebatte. Nicht nur der Wille des Patienten, sondern auch jener der Angehörigen, Ärzte oder Institutionen wird für den Entscheidungsprozess in Betracht gezogen. Rechtliche Regelungen helfen hier wichtige Abgrenzungen vorzunehmen und Überschreitungen von Kompetenz- und Verantwortungsbereichen zu verhindern. So soll der Arzt trotz „besseren Wissens“ nicht dort eingreifen, wo der Patient es ausdrücklich verbietet. Gleichzeitig müsse ein Gesetz auf diesem Gebiet aber auch Freiraum dafür lassen, dass die Beteiligten von der Forderung nach Einhaltung von Selbstbestimmungsansprüchen unter bestimmten Umständen auch suspendiert werden können. ROBERT SPAEMANN hat dies mit dem Satz auf den Punkt gebracht: „Er (der Sterbewillige, M.H.) kann niemandem zumuten, zu sagen: ‚Dich soll es nicht mehr geben.‘“²⁴ Hier wird sogleich die Frage aufgeworfen, ob sich das Gesetz für die Gewährung dieses Freiraums überhaupt zuständig fühlen könne, wenn doch andere Regelungen fordern, mit einem Patienten auf diese und jene Weise umzugehen. Allerdings steht hinter dem zentralen Begriff der „Selbstbestimmung“, wie die Autoren des Gesetzesvorschlags, welche darin wohl ein unhintergebares Axiom der ethischen Entscheidungsbildung sehen, ihn verstehen, wohl etwas mehr, wobei BORASIO et al. in ihrem Text letztlich nicht näher auf die philosophischen Implikationen und Probleme dieses Begriffs eingehen. Zumindest erwecken ihre Ausführungen den Eindruck, dass hier aus Angst vor paternalistischen Eingriffen ein emphatischer Begriff des autonomen Willens postuliert wird, der sowohl im Unklaren lässt, worin der Wille des Menschen tatsächlich gründet, als auch nicht zu beachten scheint, dass die Deutung des Willens eines Patienten – also all dessen, was der Patient wirklich will – vor allem auch wenn er dementiell ist, eines der schwierigsten Unterfangen ist, mit denen sich Philosophen seit jeher herumschlagen.

Vor allem steht eine tragfähige Bestimmung des sogenannten „natürlichen Willens“ in Theorie und Praxis nach wie vor aus bzw. ist mit etlichen Begründungsproblemen konfrontiert. Im Betreuungsrecht finden wir bislang nur eine vage und zugegeben auch sehr anfechtbare Definition. In dieser Lesart handelt

²⁴ Vgl. R. SPAEMANN, in: Die Zeit vom 12.2.2015, S. 40.

es sich bei „natürlichen“ Willensäußerungen nämlich gar nicht um bestimmte Volitionen, sondern um Verhaltensäußerungen des Patienten, die als Willensäußerungen interpretiert werden. Dieser Bestimmung folgend kann der sogenannte „natürliche Wille“ im Grunde genommen auch kein wirklicher Gegenbegriff zum autonomen Willen sein. Die Rede von einem „natürlichen Willen“ wird damit zwangsläufig zu einer *façon de parler*. Allerdings kann eine so verstandene Rede vom „natürlichen Willen“ auch jene Theoretiker bestärken, die meinen, dass der Patientenautonomie ohne Wenn und Aber der Vorrang eingeräumt werden muss. Der „natürliche Wille“, auf den mitunter auch jene „heteronomen“ Willensäußerungen von Kleinkindern reduziert werden können, erscheint daher als etwas, das nicht zu sich gekommen ist, d.h., das die Triebstrukturen noch nicht verlassen habe bzw. wieder in diese zurückgekehrt sei. Dementsprechend werden die Lebensvorgänge von Demenzkranken nicht selten als einfache Verrichtungen angesehen, die jenem „natürlichen Willen“ entsprechen. So lassen diese Äußerungen bei fehlender Sensibilität auch den oberflächlichen Eindruck entstehen, der Patient „lebe nur noch vor sich hin“ oder „freue sich wie ein Kind“. Die Anzeige von Lebensfreude (appetitives Verhalten) ist dabei zumeist ein persönlicher Wunsch des nahen Verwandten oder Arztes, der projektiv in das Verhalten des Demenzkranken hineingelegt wird.²⁵ Grundsätzlich können wir uns also täuschen. So kann uns auch das Gegenteil eines aversiven Verhaltens (z.B. Abwehrgesten beim Essen) keine Hinweise über das innere Befinden des Patienten geben. Das bezieht auch Einschätzungen ein, die davon ausgehen, dass eine Verweigerung vielleicht doch eine Einwilligung bedeutet: „Wenn es gar nicht geht, dann müssen sie die Magensonde legen (...) man kann in den Menschen wirklich nicht reinschauen. Wenn er den Kopf wegdreht und er meint es vielleicht gar nicht böse (...).“

Wir können demnach einfach nicht wissen, was in der Person vorgeht und warum sie sich auf diese oder jene Weise äußert. Was wir allerdings wissen, ist, dass es sich bei dem Demenzkranken um eine Person handelt, die Be-

²⁵ Darunter kann auch die Tatsache fallen, dass man der Auffassung ist, dass Demenzkranke zu rationalen Entscheidungen fähig seien (vgl. J. GATHER/ J. VOLLMANN: Physician-assisted suicide of patients with dementia [2013]). Eine expertengesteuerte und teilweise unabhängige Bewertung und „Rekonstruktion“ des Willens des demenzkranken Patienten ist trotz aller Sorgfalt und ungeachtet des Versuches, so viele Störvariablen als möglich aus dem Evaluationsprozess zu entfernen, weiterhin fallibel. Dabei sollte vor allem das Ergebnis der Maßnahmen, den Patientenwillen eines Demenzkranken so gut als möglich herzustellen, nicht mit seinem tatsächlichen, authentischen Willen verwechselt werden. Nicht das Resultat eines säuberlich dokumentierten Prozesses, der alle Umstände zu berücksichtigen glaubt, entscheidet, sondern allein die Person, die *ihren* (nicht irgendeinen) Willen hat.

dürfnisse, Wünsche, Ängste etc. hat und dass es die Aufgabe von Angehörigen, Ärzten etc. ist, diese Bedürfnisse, Wünsche und Ängste ernst zu nehmen und als Ausdruckformen von Wesen zu deuten, die eigene Zwecke verfolgen können. Wer sich in diesen Fragen ausschließlich einer voluntaristischen Sichtweise, die einer Dialektik von Willensbejahung und -verneinung folgt, zugeneigt fühlt, der vergisst die vielen anderen Formen von Lebensäußerungen von Demenzkranken, die nicht unbedingt auf direkte Zeichen, seien sie verbaler oder non-verbaler Art, zu reduzieren sind. Allein das Gesicht des Patienten „erzählt“, ohne dass der Mund des Patienten bewegt werden muss. Seine „atmosphärisch spürbare leibliche Präsenz“²⁶, seine Gegenwärtigkeit ist etwas, das nicht in voluntativen Kategorien abgebildet werden kann.

Es wäre vor diesem Hintergrund sicher eine zukünftige Aufgabe nach einem anderen Verständnis des „natürlichen Willens“ zu suchen. Dieser „natürliche Wille“ ist demnach nicht etwas, das auf Autonomie basiert, sondern dieser Wille beruht selbst auf Neigungen bzw. wird durch etwas, das wir „menschliche Natur“ nennen, geneigt gemacht. Diese Natur ist auch der Grund der unverlierbaren personalen Würde eines Menschen und gilt jenseits der Unterscheidung in autonomen und „natürlichen“ Willen. Vor diesem Hintergrund kann wohl auch verständlich werden, weshalb die Dichotomisierung von autonomem und „natürlichem Willen“ einem bestimmten äußerlichen Zweck dient, der den Ansprüchen eines wohlverstandenen Willens aber nicht entspricht. Denn sowohl der autonome als auch der „natürliche Wille“ folgen bestimmten Notwendigkeiten, die ihrerseits zu Willensentscheidungen veranlassen. Das autonome Subjekt wird kraft der Fähigkeit zur Selbstbestimmung zwar als frei gedacht, allerdings erlangt es diese Freiheit nur, wenn der dem Subjekt zugrundeliegende und auf Rationalität beruhende Wille mit der natürlichen Triebstruktur, die ja selbst Teil dieses Willens ist, in eine habitualisierbare Übereinstimmung kommt.

Diese Überlegungen stellen nichtsdestoweniger eine Kritik an der normativen Bestimmung des „natürlichen Willens“ dar,²⁷ obgleich nur, wenn dieser – wie gegenwärtig häufig getan – als unzweideutiger Gegenbegriff zum autonomen Willen definiert wird. Eine Patientenverfügung, deren Verbindlichkeit

²⁶ T. FUCHS: Die Würde des menschlichen Leibes (2008), S. 205; eine Operationalisierung dieser phänomenologischen These habe ich versucht in: M. HÄHNEL: Leibliche Menschenwürde und die Tugend sie zu achten (2014).

²⁷ Vgl. für den bislang unbeholfenen juristischen Umgang mit der Tatsache des „natürlichen Willens“: A. SCHMIDT-RECLA: Auf den Trümmern der Unterbringungsgesetze der Länder und im Niemandsland zwischen Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit (2013).

sich rein aus der Idee der Autonomie individueller Willensäußerungen ableitet – wobei man hier Autonomie nicht selten passend mit „Störungsfreiheit“ übersetzen könnte –, gerät automatisch in einen Konflikt mit einem normativ verstandenen Begriff des „natürlichen Willens“. Sowohl die Geltendmachung des autonomen Willens gegenüber dem „natürlichen“ als auch die des „natürlichen“ Willens gegenüber dem autonomen Willen in Entscheidungssituationen ist nicht zielführend. Demnach verschleiert und entwertet nicht der „natürliche Wille“ als solcher die Autonomie, sondern der ausschließlich normativ verstandene „naturwüchsige Wille“, der bei unrechtmäßiger Verallgemeinerung tatsächlich zum Einfallstor für einen Paternalismus werden kann und damit eine Bedrohung der Patientenautonomie dazustellen vermag, ist dazu in der Lage. Prinzipiell beinhaltet die Idee einer Verfügung über den „natürlichen Willen“ einen Wertungswiderspruch. Verfügungen sind demzufolge etwas, das nur autonome Subjekte veranlassen können. Über den „natürlichen Willen“, den man unter Umständen bei sich und anderen nicht vorhersehen kann, gerade wenn man sieht, dass freie Entscheidungen zu unterschiedlichen, sich widersprechenden Ergebnissen führen können (z.B. wenn mein gestriger Wille nicht mehr mein heutiger ist), lässt sich aber gerade nicht verfügen. Könnte man dies, dann dürfe man nicht von einem „natürlichen Willen“, sondern von einem „allgemeinen Willen“ sprechen, der dann auch vorgibt, erklären zu können, was der „natürliche Wille“ sei. Allerdings wäre ein solcher von der Allgemeinheit vorgegebener natürlicher Wille, so es ihn in dieser Form überhaupt geben kann, seinerseits nicht verallgemeinerbar, da es unmöglich ist, seine Äußerungen, die an ephemere Umstände und bestimmte kontingente Situationen gekoppelt sein können, in dieser Weise zu erschließen und erschöpfend zu deuten.

Diese Darstellung soll damit vor allem verdeutlichen, dass sowohl die Patientenverfügung als auch das Phänomen des „natürlichen Willens“ den menschlichen Willen in seiner Gänze nicht abzubilden vermögen. Mein Vorschlag lautet daher, die scharfe Trennung zwischen autonomem und „natürlichem Willen“ aufzugeben und nach einem Prinzip Ausschau zu halten, vermöge dessen sich der Wille selbst noch einmal begründen lässt. Ich habe angedeutet, dass dieses Prinzip nur unter Rücksichtnahme auf das, was wir „menschliche Natur“ nennen, plausibel werden kann und uns im Gleichklang von Personen zu sprechen erlaubt, die unabhängig von ihren kontingenten Willensäußerungen sie selbst bleiben und dadurch ihre Würde begründen. Der Wille ist in diesem Kontext durchaus weiterhin als „natürlich“ zu bezeichnen, jedoch nicht, weil er sich als reiner Überlebens- oder Selbstbehauptungswille

präsentiert, sondern insofern er sich als ein Trieb zeigt, der durch die Vernunft zu sich gekommen ist. Ein bloß natürlich gebliebener, d.h. naturwüchsiger Wille kann daher keinen moralischen Anlasscharakter besitzen und wird nur als Selbstbestimmungssurrogat fungieren können. Demgegenüber bleibt aber auch ein gänzlich autonomer, d.h. unnatürlicher Wille ideal-abstrakt, wenn er des richtig verstandenen natürlichen Willens als Korrektiv seiner selbst nicht bedarf – dieses Kriterium wird vor allem bei der Bestimmung des mutmaßlichen Patientenwillens entscheidend.

Hier schließt sich nun direkt das Problem der Nichteinwilligungsfähigkeit bei Personen an, die zwar bei Bewusstsein sind, sich aber sprachlich nicht artikulieren können. Jene nonverbalen leiblichen Willensäußerungen sind hier vor allem zu beachten, wenn sie Willensänderungen signalisieren oder die bislang aufgewiesene Einstellungsstabilität bestätigen. Meist wird die vielleicht schon in der Patientenverfügung ersichtliche Einstellungsstabilität des Patienten durch diese nonverbalen leiblichen Willensäußerungen nicht verändert, sondern bestätigt. Bei Willensänderungen, welche die Einleitung von Maßnahmen (z.B. Behandlungsumstellungen) nahelegen, ist es indes mehr als fraglich, ob der Änderungswunsch auf eine Willensbekundung mit existentiellen Folgen (z.B. die künstliche Ernährung zu akzeptieren oder abzulehnen) zurückzuführen ist oder ob der Patient sich dabei vielleicht auf andere Aspekte, die in ihrer Bedeutsamkeit nicht zu relativieren sind, bezieht (vielleicht möchte er nur ein Glas Wasser oder seine Tochter sehen), und welche fälschlicherweise als Einstellungswandel in Verfügungsfragen interpretiert werden. Man wäre womöglich aufgrund semantischer Unklarheiten daher nicht schlecht beraten, den natürlichen Willen eher als „normalen Willen“ zu bezeichnen, was jedoch nicht mit jenem Willen zu verwechseln ist, der in absoluter Autonomie stehend vorgibt, vollkommen störunanfällig Entscheidungen generieren und treffen zu können. Vielleicht ist dieser Wille als hypothetisch und ein unnatürlicher, d.h. in unserem Sinne als ein unnormaler Wille zu bezeichnen. Als Personen sind wir aber stets in soziale und sittliche Verhältnisse eingewoben, in denen der Wille so ist, wie er ist. Dass er so sein kann, wie er ist, verdankt er aber letztlich nicht sich selbst, sondern der Tatsache, dass er eben der Wille einer Person ist, die per definitionem als Selbstzweck zu verstehen ist. Nur über die Bestimmung dessen, was eine Person ist, gelangen wir also zu einer richtigen Bestimmung des Willens als solchem.

Eine bevorzugte Rede vom Willen in komplexen Entscheidungssituationen darf niemals darüber hinwegtäuschen, dass mit diesem Willen auch immer eine Person angesprochen ist, die diesen Willen hat. Wird dies einmal verges-

sen, d.h. wird der Wille vom Sein der Person entkoppelt, dann führt dies unweigerlich dazu, dass dieser Wille zum Gegenstand willkürlicher Mutmaßungen wird. Spekulationen über die Beschaffenheit des Willens sind aber müßig und bleiben im Vagen, solange nicht anerkannt wird, dass es sich bei Willenssubjekten um Personen handelt, die in erster Linie ihre Selbstbestimmungsgewalt nicht für bestimmte Zwecke einsetzen, sondern die sich selbst als Zweck haben, eben weil sie Personen sind. Demzufolge sind Lebensäußerungen, die kein Bewusstsein voraussetzen, im Grunde genommen auch als Willensäußerungen zu verstehen, weil sie die Person selbst zum Ziel haben bzw. ihr Sein betreffen. In diese „Interessenssphäre“ sollte deshalb nicht eingegriffen werden. Vielmehr wäre es die Aufgabe von Medizin und Recht, diesem durch bestimmte Lebensäußerungen signalisierten „Selbstinteresse“ durch gezielte Unterlassungshandlungen zu dienen und dadurch auch gerecht zu werden. Würde man diesen Vorgaben also folgen, dann würde der autonome Wille des Patienten von vornherein nicht mit seinem „natürlichen Willen“ konfliktieren. Der natürliche Wille ist unserer Lesart nach ja bekanntlich der normale Wille, der aus der vernünftigen Idee einer Selbstzweckhaftigkeit lebendiger Subjekte hervorgeht und seine individuelle Prägung durch die auf Basis der Selbstzweckhaftigkeit erst möglich gewordene Selbstbestimmung erhält.

Aus dieser Beobachtung können wir daher ableiten, dass sich die Selbstzweckhaftigkeit von Personen nicht im gleichen Maß verringert wie die Selbstbestimmung im Alter (es sei denn, man würde die Selbstbestimmung zum Maß der Beurteilung der Selbstzweckhaftigkeit machen), so es denn überhaupt eine Korrelation zwischen beiden Gesichtspunkten gibt; im Grunde genommen ist eine Einschränkung der Bewertung und Behandlung von Personen auf etwas anderes als die Selbstzweckhaftigkeit gerade für diejenigen unmöglich, die gar nicht anders können, als Personen von Anfang an, d.h. zu Beginn ihrer Existenz, diesen Selbstzweckcharakter zuzuschreiben. Es wäre daher zum Abschluss auch einmal wertvoll zu fragen, ob a) diejenigen, welche den Selbstzweckcharakter von Personen von vornherein ablehnen, mit dieser Ablehnung auch zugleich die Idee eines autonomen Willens verwerfen, und ob b) diejenigen, die den Selbstzweckcharakter von Personen von vornherein akzeptieren, auf den Gedanken des autonomen Willens verzichten können, da sie glauben, dass der Wille nicht zwingend autonom sein muss, um frei genannt zu werden.

Wir kommen zum Ende dieses Abschnitts mit der Frage, was sich aus diesen Überlegungen zum „natürlichen Willen“ für unsere eigentliche Fragestellung ableiten lässt. Der Zusammenhang von Wille und Recht bzw. der

Überführung des Patientenwillens in rechtliche Kontexte ist, gerade bezogen auf den natürlichen Willen, nicht einfach zu gewährleisten. So gibt es immer wieder Beispiele, die von der Unwirksamkeit von Patientenverfügungen Zeugnis geben und den Rückgriff auf medizinische, philosophische und psychologische Erkenntnisse notwendig machen. Um den Willen also gesetzlich sichern zu können, müsste erklärt werden, was dieser Wille eigentlich ist und will. Erst dann kann ich darauf aufbauend Rechtsnormen bilden, die dem Patientenwohl dienen.²⁸ Ein klassischer rechtspositivistischer Ansatz kommt hier zwangsläufig an seine Grenzen, da es für ihn keine Rolle spielt, was der Wille will, da allein das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zählt und dadurch auch Wirksamkeit beanspruchen kann. Gänzlich prekär wird es, wenn dem Träger des Rechtsgutes „Selbstbestimmung“ eine Unfähigkeit zur Willensbildung attestiert wird. Hier scheint die Geltung des Analogieschlusses, wonach der Wille des Patienten dem allgemeinen Willen des Gesetzes nachgebildet werden muss, in Frage zu stehen. Zwar kann das Gesetz in dieser Hinsicht den Patienten auch weiterhin davor schützen, dass er nicht Opfer von Missbräuchen wird, was aber schützt das Gesetz selbst davor,²⁹ sich nicht auch auf Personen zu erstrecken, die in der Verhinderung des Missbrauchs ebenfalls einen Missbrauch sehen? Es wäre daher eine genuine Aufgabe des Rechts, sich nicht in den „Dienst an der Selbstbestimmung des Patienten, sondern an der Bewahrung und Wiederherstellung seines Vermögens zu ihr“³⁰ zu stellen. Wenn dies aus irgendwelchen Gründen einmal nicht möglich sein sollte, dann darf das jedoch nicht gleich heißen, den Patienten als „willenlos“ zu betrachten, sondern muss vielmehr bedeuten, ihn weiterhin so zu behandeln, als hätte er diesen Willen noch. Diese Perspektive kann aber nur gegeben sein, wenn ich den Menschen – solange er noch lebt und auch noch eine Weile darüber hinaus – als ein Wesen sehe, das auf etwas aus ist und durch dieses Aus-sein auf einen Anspruch formulieren kann, den ich nicht ignorieren darf, sondern zum Ziel meines ethischen Handelns machen sollte.

²⁸ Hier ergibt sich sofort ein psychologisches Dilemma: Diese unter dem Stichwort des Odysseus-Problems diskutierte Situation wirft die Frage auf, ob die voll zurechenbare, aber nicht aktuelle oder die aktuelle, aber nicht voll zurechenbare Willensäußerung bei dem Eingriff maßgeblich sein soll. Erst wenn man dies entscheiden kann, wäre der Weg für eine Überführung in die Gesetzesform frei.

²⁹ Vgl. dazu C. BÖHR: *Das Recht schützt uns! Wer aber schützt das Recht?* (2010).

³⁰ WALTER SCHWEIDLER: *Das Prinzip der Selbstbestimmung in der medizinischen Ethik* (2014), S. 164.

3.2 Schutzwürdigkeit des autonomen Willens – Rechtssicherheit als Postulat des Positivismus?

Die Autoren des hier diskutierten Gesetzesvorschlags gehen leider nicht auf das Problem des natürlichen Willens ein. Vielmehr neigen BORASIO et al. dazu, die Notwendigkeit einer möglichst präzisen rechtlichen Regelung dem Zielpublikum, das hier vermutlich exklusiven Zugang zu bestimmten Exekutivorganen haben soll, nahezulegen. Diese Notwendigkeit besteht trotz vieler Andeutungen in dem Papier allerdings nicht in der Klärung dessen, was eigentlich während der Sterbehilfe mit allen Beteiligten passiert, sondern ist ausschließlich auf die Schaffung von Rechtssicherheit – die aber in erster Linie für die Prozesse, nicht für die Akteure, welche sich in diesen Prozessen befinden, bestimmt ist – bedacht.³¹ Das bedeutet jedoch nichts anderes, als dass diese Rechtssicherheit, welche zugestandenermaßen nur ein fiktiver Zustand sein kann und entgegen weit verbreiteter Auffassungen selbst ein unbestimmtes Konzept darstellt,³² so etwas wie „humane Normalität“ zu ersetzen beansprucht.

Diese Ablösung der Idee der Rechtssicherheit als Ziel rechtspositivistischer Gesetzgebung vom Naturrecht als klassischer Vertreterin einer Gewährleistung rechtlicher Normalität hat eine lange Tradition. Bei GUSTAV RADBRUCH ist das Naturrecht bereits ein Korrektiv hinsichtlich der Herstellung von Rechtssicherheit, aber selbst nicht dazu disponiert, zur Plausibilisierung seiner selbst Rechtssicherheit zu verlangen. Mitunter besteht unter manchen Autoren sogar die Auffassung, dass das Naturrecht die Rechtssicherheit gefährde.³³ Das ist aber falsch, denn das Naturrecht zeigt nicht nur Unrecht, d.h. den Missbrauch, auf, sondern fordert seine positivgesetzliche Verhinderung.³⁴ Ansonsten gilt

³¹ Vgl. J. C. SCHUHR: *Rechtssicherheit durch Rechtswissenschaft* (2014). So räumt GUSTAV RADBRUCH der Idee der Rechtssicherheit einen hohen Stellenwert ein: „Die Rechtssicherheit verlangt, dass in jedem Rechtsstreit einmal das letzte Wort gesprochen sei, sei dieses Wort auch unzutreffend“ (Ders.: *Rechtsphilosophie* [1990], S. 60). Allerdings kann diese Betonung auch dazu führen, dass die Sicherheit in seinem Wert als über dem Recht stehend wahrgenommen wird: „Insofern ist derzeit allerdings eine verstärkte Betonung der Sicherheit durch Recht zu beobachten („Sicherheitsgesetzgebung“, „Grundrecht auf Sicherheit“), die scheinbar von einem Teil der Bevölkerung als eine Abschwächung der Sicherheit des Rechts in Kauf genommen wird“ (S. BECK: *Die Suggestion einzig richtiger Entscheidungen im Recht – notwendig oder vermeidbar?* [2014], S. 12f.). Ungeachtet dieser Spannung drückt sich aber darin der Wunsch nach einem „erkennbaren, verlässlichen und berechenbaren Recht“ (A. V. ARNAULD: *Rechtssicherheit* [2006], S. 162) aus.

³² Es ist ein Trugschluss zu meinen, dass mit präziseren Gesetzen die Rechtssicherheit automatisch erhöht würde. Dazu: T. ENDICOTT: *Vagueness in Law* (2000), S. 191f.

³³ M. HONECKER: *Einführung in die theologische Ethik* (2002), S. 108.

³⁴ Vgl. J. FINNIS: *The truth in legal positivism* (2013).

der Satz *nulla poena sine lege*, der ein Naturrechtssatz *sui generis* ist, nicht für das Naturrecht selbst. Die Auffassung einer nicht von naturrechtlichen Prinzipien geforderten Rechtssicherheit resultiert bekanntermaßen aus der Annahme, dass man aus dem Sein kein Sollen ableiten könne. Diese Ablehnung führt aber letztlich zu einer unklaren Begründung der Rechtssicherheit.³⁵ Für HANS KELSEN selbst ist eine umfassende Rechtssicherheit zwar Illusion, dennoch sollte der Staat ein Maximum an Rechtssicherheit garantieren.³⁶ Gerade dies zeigt aber, dass Rechtssicherheit nur ein Postulat des Naturrechts und nicht das Ziel einer relativistisch-positivistischen Rechtspraxis sein kann. Wenn dem so ist, dann bewiese das Naturrecht damit auch, dass es inhaltlich gerade nicht beliebig ist.³⁷

In diesem Sinne untergräbt jeder kasuistische Prozeduralismus, wie ich ihn nennen möchte und wie er in dem vorliegenden Gesetzesvorschlag praktiziert wird, die naturrechtliche Idee, dass Prozesse, Situationen und Konstellationen mit einer erst nachträglich wirksamen positivrechtlichen Regelung auch im Voraus unter Verwendung genau dieser Steuerungstechnik „kontrolliert“ werden können. BORASIO et al. erhoffen sich indes auch, dass jene gewünschte Rechtssicherheit insbesondere einer Prävention von Suiziden dienen könne und belegen dies mit Blick auf unsere Nachbarländer Belgien und den Niederlanden sowie den US-Bundesstaat Oregon.³⁸ Für die Autoren ist Rechtssicherheit dabei ausschließlich der Garant für die Optimierung bestimmter Abläufe und für die Vermeidung von Missbräuchen, allerdings erstreckt sich diese Si-

³⁵ Ebd., S. 186. Das Naturrecht bestimmt nach dieser Auffassung, was positives Recht sei bzw. was als positives Recht zu gelten habe. Thomas von Aquin nennt diesen Sachverhalt *determinatio*: z.B. dass Diebe bestraft werden müssen, ist natürliches Recht, aber die präzise Form der Strafe wird durch das positive Recht gesetzt.

³⁶ Vgl. H. KELSEN: *Reine Rechtslehre* (2008), S. 109. Kelsens Begriff der Rechtssicherheit ist also relativistisch, d.h. wertneutral. Übrigens glaubt Kelsen, dass naturrechtliche Grundsätze genauso in die positive Zwangsordnung überführt werden müssen wie arteigene positive Grundsätze. So wird hinsichtlich der Notwendigkeit der Individualisierung einer Norm einerseits das als nicht realisierbar angenommene Naturrecht durch das positive Recht verdrängt, andererseits das positive durch ein anderes positives Recht ersetzt. Durch diese realnotwendige Übertragung, die allein dem positiven Recht möglich ist, kann jeglicher rechtlich wirksame Bezug zu einem von Natur aus Geltenden unterbunden werden: H. KELSEN: *Die Idee des Naturrechts* (1989), S. 98. Dies bedeutet allerdings auch die Einebnung entscheidender Distinktionen. Man kann in Bezug auf die Sterbehilfe deshalb nicht davon ausgehen, dass statistische Ergebnisse zwangsläufig eine positivrechtliche Resonanz erfahren sollten, egal ob zur Bestätigung oder Abwehr von Einwänden.

³⁷ Die *suum cuique*-Formel kann zur Rechtfertigung jeder beliebigen Ordnung dienen (H. KELSEN: *Was ist Gerechtigkeit?* [1953], S. 23).

³⁸ So schreibt SCHMIDT-RECLA (2014), S. 570, dass mit dem „Abstecken rechtlicher Grenzen für die behandelnden Ärzte die Rechtssicherheit steigt“. Jedoch bleibt hier offen, ob das „Abstecken“ auch dem Patienten dient.

cherung nicht auf den Schutz vor äußeren (v.a. psychischen) Einflüssen, die dem Sterbenden insinuieren könnten, den Angehörigen und Ärzten jene Last zu ersparen, die infolge von Linderungsmaßnahmen gegenüber dem Unvermeidlichen zwangsläufig entsteht. Es wäre deshalb eine zukünftige Aufgabe, einmal die verschiedenen Schutzansprüche, die gegenüber der persönlichen Patientenentscheidung geltend gemacht werden können, zu explizieren und danach zu fragen, ob die Sicherung der Autonomie des Willens gegenüber anderen auch immer den Schutz des autonomen Willens vor sich selbst einschließt.

4 Schlussüberlegungen

Der hier kommentierte und in weiten Teilen kritisierte Vorstoß von BORASIO, JOX, TAUPITZ und WIESING ist, so können wir resümieren, sicherlich als ein Versuch zu werten, die bioethische Kampfzone auszuweiten, was für die Autoren, wenn sie mit ihrem Vorschlag bei Politikern Gehör finden, an sich schon als Erfolg angesehen werden kann. Diese Ausweitung erstreckt sich nicht nur auf rechtliche Verfahrenslinien, sondern auch auf das bereits schon angeschlagene Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, welches nach Ansicht der Verfasser nicht mehr nur den Heilauftrag, sondern auch die Unterstützung beim Sterben umfassen soll.³⁹ Dass dies durchaus eine Überschreitung der Kompetenzen des Arztes bedeutet, ist eindeutig und führt letztlich dazu, dass Palliativmedizin immer stärker als Aufgabenbereich der Ärzte und immer weniger als seelsorgerischer Auftrag gesehen werden soll; ferner gilt, dass Verantwortliche damit zu der Notwendigkeit getrieben werden, alles, was den Ärzten nicht aufgehalst werden sollte, dem Gesetz, das sich im Unterschied zu den Ärzten nicht beschweren kann, aufzubürden sei. Dass in dieser Frage aber irgendjemand ausnahmslos das Problem tragen muss, scheint ausgemachte Sache zu sein. Letztlich ist es jedoch fraglich, ob die vorhandenen gesellschaftlichen Strukturen diesen Anforderungen überhaupt genügen können. So wurde neulich der Fall eines belgischen Gewalttäters bekannt, dem der Zugang zur Sterbehilfe verweigert wurde, weil man es nicht für nötig ansah, ihn psychotherapeutisch zu behandeln. Dies zeigt m.E. die ganze Ironie einer sich ausschließlich prozeduralistisch verstehenden Ethik auf und macht das ganze Ausmaß der Entfremdung von einer „humanen Normalität“ sichtbar. Hoffen wir also, dass Gesetzesvorschläge, die sich auf das Terrain des Unabstimmbar-

³⁹ Vgl. G. D. BORASIO et al.: Selbstbestimmung im Sterben (2014), S. 68.

ren begeben, immer wieder mit guten Argumenten zurückgewiesen werden. Denn bisweilen versteckt sich hinter so manchem Ruf nach einer gesetzlichen Regelung gar kein philosophisches Interesse, sondern das Bedürfnis nach der Erprobung und Bestätigung einer Auffassung, die sich davon überzeugt zeigt, dass alle Prozesse beherrschbar sind: „Der ärztlich assistierte Suizid (birgt) ... Gefahren, diese sind aber beherrschbar.“⁴⁰ Wenn wir also daran glauben, diese Gefahren beherrschen zu können, dann glauben wir auch daran, uns selbst als Menschen zu beherrschen. Dann aber werden wir blind für unsere eigenen, letztlich unabstimmbaren Ansprüche. Diese gilt es aber nicht zu beherrschen, sondern in Gestalt der Menschenrechte zu verwalten und zu schützen.

Zusammenfassung

HÄHNEL, MARTIN: **Abstimmung über das Unabstimmbare? Über Chancen und Grenzen von Gesetzesvorschlägen in der aktuellen Debatte zur Sterbehilfe.** ETHICA 23 (2015) 3, 195–223

Aktuell hören wir immer wieder von Initiativen, die öffentlichkeitswirksam darauf drängen, den assistierten Suizid unter bestimmten Umständen gesetzlich zuzulassen. Der vorliegende Beitrag untersucht zunächst die Grundlagen der aktuellen Sterbehilfediskussion, um sich im Anschluss daran auf zwei Problemfelder zu konzentrieren, die in engem Zusammenhang zueinander stehen und zumeist die argumentativen Grundpfeiler von Ansätzen, die auf eine Zulassung hinstreben, bilden: die Behauptung eines absoluten Vorranges der autonomen Willensentscheidung und die Behauptung der Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung. Beide Aspekte verdienen jedoch eine kritische Betrachtung, zumal sich hinsichtlich der Bestimmung des Patientenwillens und der Untersuchung der rechtlichen Einbettung von moralischen Forderungen zeigen lässt, dass diese Kriterien zwar eine entscheidende Rolle spielen, allerdings selbst nicht immun sind gegenüber Anfragen, die in Zweifel stellen, dass diese Gesichtspunkte hinreichende Gründe

Summary

HÄHNEL, MARTIN: **Voting on the inviolable? On chances and boundaries of legislative proposals with regard to the actual debate about euthanasia.** ETHICA 23 (2015) 3, 195–223

We are presently hearing from initiatives that make great efforts concerning the legal permission of assisted suicide under certain circumstances. This paper first of all examines the foundations of the current euthanasia debate and then focuses on two problem areas that are closely related to each other and mostly serve as the keystones of attempts to strive for a legal permission: the assertion of an absolute primacy of the autonomous will and the assertion of an ultimate need for legal framework. However, both aspects deserve to be critically examined, especially with regard to the determination of the patient's will and the study of the legal embedding of moral demands. Although these criteria play a crucial role in the current debate, they are not immune to requests that call into doubt that these aspects provide sufficient reasons for the legal permission of assisted suicide.

Assisted suicide
autonomous will
euthanasia

⁴⁰ Ebd., S. 67.

für die Zulassung des assistierten Suizids bieten.	human nature legal certainty legal positivism
Assistierter Suizid	natural law
Autonomer Wille	natural will
Euthanasie	personality
Menschliche Natur	self-determination
Natürlicher Wille	suicide
Naturrecht	
Personalität	
Rechtspositivismus	
Rechtssicherheit	
Selbstbestimmung	
Selbstmord	

L i t e r a t u r

- AMÉRY, JEAN: Hand an sich legen: Diskurs über den Freitod. Stuttgart: Klett-Cotta, 2012.
- ARNAULD, ANDREAS V.: Rechtssicherheit. Tübingen: Mohr-Siebeck, 2006.
- BÖHR, CHRISTOPH: Das Recht schützt uns! Wer aber schützt das Recht?, in: Hans Thomas/Johannes Hattler: Der Appell des Humanen. Zum Streit des Naturrechts. Frankfurt a. M.: Ontos, 2010.
- BÖCKENFÖRDE, ERNST-WOLFGANG: Staat, Verfassung, Demokratie. Studien zur Verfassungstheorie und zum Verfassungsrecht. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1991.
- BORASIO, GIAN DOMENICO/JOX, RALF J./TAUPTZ, JÜRGEN/WIESING, URBAN: Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids. Stuttgart: Kohlhammer, 2014.
- CIORAN, EMIL: Begegnung mit dem Selbstmord. *Merkur* 302 (1973), 749–750.
- FINNIS, JOHN: The truth in legal positivism, in: Ders.: *Philosophy of Law*. Oxford: OUP, 2013.
- ENDICOTT, TIMOTHY: *Vagueness in Law*. Oxford: OUP, 2000.
- FUCHS, THOMAS: Die Würde des menschlichen Leibes, in: W. Härle/B. Vogel (Hrsg.): *Begründung von Menschenwürde und Menschenrechten*. Freiburg: Herder, 2008, S. 202–217.
- GATHER, JAKOV/VOLLMANN, JOCHEN: Physician-assisted suicide of patients with dementia. A medical ethical analysis with a special focus on patient autonomy. *International Journal of Law and Psychiatry* 36 (2013), 444–453.
- GUCKES, BARBARA: *Das Argument der schiefen Ebene*. Konstanz: Universitätsverlag, 1997.
- HÄHNEL, MARTIN: Leibliche Menschenwürde und die Tugend sie zu achten. *Imago hominis* 2 (2014), 133–144.
- HONECKER, MARTIN: *Einführung in die theologische Ethik*. Berlin: de Gruyter, 2002.
- KELSEN, HANS: *Was ist Gerechtigkeit?* Wien: Verlag von Deuticke, 1953.
- Die Idee des Naturrechts, in: Ders.: *Staat und Naturrecht. Aufsätze zur Ideologiekritik*. München: Fink, 1989, S. 73–113.
- *Reine Rechtslehre*. Tübingen: Mohr Siebeck, 2008.
- KUHN, THOMAS: *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1976.

- LINDNER, REINHARD/HERY, DANIELA/SCHALLER, SYLVIA/SCHNEIDER, BARBARA/SPERLING, UWE (Hrsg.): Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin u.a.: Springer, 2014.
- PARFIT, DEREK: *Persons and Reasons*. Oxford: OUP, 1986.
- RADBRUCH, GUSTAV: *Rechtsphilosophie*, Bd. III. Heidelberg: C.F. Müller, 1990.
- SCHELER, MAX: *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*. Hamburg: Meiner, 2014.
- SCHMIDT-RECLA, ADRIAN: Auf den Trümmern der Unterbringungsgesetze der Länder und im Niemandsland zwischen Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit. *Medizinrecht* 31 (2013), 567–870.
- SCHUHR, JAN C.: *Rechtssicherheit durch Rechtswissenschaft*. Tübingen: Mohr-Siebeck, 2014.
- SCHWEIDLER, WALTER: Das Prinzip der Selbstbestimmung in der medizinischen Ethik, in: Ders./Borut Oslaj (Hg.): *Natürliche Verantwortung*. Sankt Augustin: Academia, 2014, S. 150–165.
- SPAEMANN, R., Die Zeit vom 12.2.2015, S. 40.
- STEGMÜLLER, WOLFGANG: *Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie*. Heidelberg: Springer, 1973.
- WITTWER, HECTOR: The problem of the possible rationality of suicide and the ethics of physician-assisted suicide. *International Journal of Law and Psychiatry* 36 (2013) 5–6, 419–426.

Martin Hähnel, Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Professur für Bioethik,
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt,
Ostenstraße 26, D-85072 Eichstätt
Email: m.haehnel@ku.de