

## 존엄사 - 법적 안락사의 유형과 규범적 기초 -

구나 두트게\* / 김성운(역)\*\*

국 | 문 | 요 | 약

안락사문제가 등장할 때 법적, 의료윤리적 관점에서 고려되는 규범적 기준은 '인간존엄에 부합하게' 결정하라는 요청이다. 이러한 결정에서는 개인의 자기결정권을 존중해야 함과 동시에, 생명보호의 측면도 함께 고려해야 한다. 생명보호와 자기결정권 중 어느 한 쪽을 절대화하는 것은 다른 한 쪽을 부정하는 데로 이르게 될 뿐만 아니라 인간존엄의 근본적 의미를 오해하게 될 것이다. 따라서 생명보호와 자기결정권의 가치가 충돌하는 안락사문제에서는 각 안락사유형마다 어떤 가치원칙들을 어디까지 적용할 것인지를 특히 가치평가의 우위라는 관점에서 판단할 필요가 있다. 다만 이러한 관점에서 다른 가치를 제한하려면, 이를 정당화할 수 있는 가치의 우위가 매우 구체적으로 존재해야 한다. 그리고 결정권을 가진 사람은 결정에 대한 규범적 정당화의 의무도 함께 져야 한다. 또한 통제문제나 권한문제 등으로 인한 남용이나 오용의 위험에 대비하여 모든 안락사상황에서 충분한 '규범적 주의'를 기울여야 하고, 충분한 안전장치를 마련하는 것도 필요하다. 나아가, 안락사를 정당화하는 확실한 상황이 존재하더라도 의학의 진보에 따른 새로운 가능성, 인간의도의 불분명성이나 변화 및 착오가능성을 고려하여 신중한 결정을 내려야만 한다. 여기서 법은 인간존엄에 부합하는 삶과 죽음의 조건들을 가능하게 해주는 틀이며, 우리는 주의 깊게 이러한 법의 틀을 채워나가야 한다.

◆ 주제어 : 안락사, 인간의 존엄, 자기결정권, 적극적 안락사, 소극적 안락사, 간접적 안락사

\* 독일 괴팅겐대학 법학과 교수

\*\* 한국형사정책연구원 부연구위원, 법학박사

1. “의심스러운 때는 존엄에 부합하게” - 이 요청은 죽음에 임박한 사람에 대한 처우문제가 등장할 때 법적, 의료윤리적 관점에서 고려되는 규범적 기준이다. 이에 대한 논의에서는 회복할 수 없거나 식물인간의 상태에서 비인간적이고 “부자연스럽게” ‘의료장치’의 대상이 되는 것과 관련된 문제가 다루어지고 있다. 독일의 연방대법원 형사재판부도 지적했듯이, “인간답게, 고통 없이 죽을 수 있는 것”은 “극심한 고통 속에서 잠시 더 생존하는 것”보다 더 중요할 수 있다. 이미 오래 전부터, 환자에게 튜브를 통해 인위적인 영양공급을 실행하는 것도 이것이 간호비용 등의 절감을 위한 대안으로 이용되는 경우에는 환자의 존엄성을 손상시키는 것으로 여겨진다.

이런 관점에서는 인간은 비교할 수 없는 가치 있는 존재라는 점에서 출발해서 타인을 존중하라는 기본계명을 요구하는 것은 합당해 보인다. 그러나 소위 “기기의존적 의료”라는 것은 다소 오해의 소지가 있는 개념이다. 사실 “튜브”에 의존하는 것 자체가 중요한 것은 아니다. 오히려 여기서는 치유를 기대할 수 있거나 아직 견딜 수 있고, 최소한 삶에 대해 스스로 결정할 수도 있는 그런 단계를 지나 이미 식물인간 상태에 있는 사람의 생명을 단지 의료기술적으로 지속시키는 것이 문제되고 있다. 결국 의식을 가진 삶과 행동만이 인간의 생명에 의미를 부여할 수 있다. 인간이 절대적 생명가치를 갖는 이유도 바로 이 때문이다. 현대 미국 철학자 토마스 네이젤이 적절하게 지적하였듯이, 20여 년간 코마상태로 있다가 한 번도 깨어나지 못한 채 죽는 것이나 지금 즉시 죽음을 맞이하는 것은 별 차이가 없다고 볼 수 있다.

이러한 점을 고려할 때, 처음에 언급했던 ‘의심스러운 경우 인간존엄에 부합하는’ 결정을 요구하는 것이 왜 독일의 법이해에 따르면 그 핵심에서는 모든 개별 권리주체의 자기결정권을 표현하게 되는 것인지 쉽게 이해할 수 있다. 개인은 자율권을 통해 “자신의 존엄성”을 결정할 수 있다고 한다. “인간의 존엄은 우리가 타인에 의해 자신의 존엄이 결정되는 객체로 전락하지 않도록 보호해준다”고 한다. 이것이 독일의 많은 법학자들에게 의미하는 바는, 환자의 의지는 의사의 의료행위의 한계일 뿐 아니라 의료행위의 근거라고 하는 것이다. 따라서 인간의 존엄은 자신의 죽음에 대한 “통제”를 요구하고, 인간에게 생명보호를 강요하는 것은 허용되지 않는다고 한다. 이 관점

이 특이하게 보이는 이유는 의료적인 도움을 요청하는 것의 의미가 의사의 “치료”로 건강상태가 개선되어 장래에 환자의 자기실현이나 자기결정이 가능해진다는 데 있는 것이지, 이러한 요청을 하는 것으로 이것이 가능해진다는 데 그 의미가 있는 것은 전혀 아니라고 보기 때문이다. 더 나아가서, 생명보호사상과 대립되는 이 입장은 자기결정권을 절대화시킴으로써 인간존엄사상의 근본적 의미를 오해하기도 한다. 왜냐하면 인간존엄사상에서 비롯되는 인간의 삶의 조건의 보장이라는 의무는 경험적으로 볼 때 개인의 최대한의 자기실현을 지향하는 환원주의로는 달성될 수 없기 때문이다. 더구나 개인이 가능한 한 생명을 잃지 않도록 보호하는 법질서와 사회질서도 이러한 삶의 조건에 속한다. 헌법상 국가의 생명보호의무는 인간존엄의 보장과 매우 밀접한 관계에 있으며, 이것과 결코 대립하지 않는다.

거의 2천년 동안이나 철학사에서 중요한 의미를 가지는 인간존엄이라는 극히 복잡하고도 애매한 개념을 소위 안락사와 관련해서 그렇게 환원주의적 의미에서 이해하게 되면, 이제 어떻게 되는가? — 우선 이러한 이해는 분명 사회의 다양한 관점을 단호하게 부정하는 입장을 나타낸다. 특히 이것은 인간은 신의 형상을 따라 창조되었다는 신학적인 사고에 따라 자유로운 자기실현을 강제로 제한하는 사상에도 반대한다. 그리고 임마누엘 칸트의 사상에 의지하여 “자율성” 속에서 “모든 이성적 인간존재의 존엄의 근거”를 바라보는 입장에 찬성하고 있다. 다른 한편, 현대의 중환자의학이 확대되면서 안락사는젠에서는 “강제의료행위”의 문제로 시선이 좁혀졌고, 그리하여 시기적절한 치료제한과 치료중단을 요구하는 것에 시선이 제한되었다. 환자의 처우와 관련된 다양한 가치충돌 문제는 (결코 환자의 몸에서 이미 시작된 죽음의 과정을 저지하지 않는다는 의미에서의) 소위 “소극적 안락사”에 국한되지 않는다. “인간의 존엄에 부합하는 죽음”을 요구하는 것이 개인의 자기결정권이라는 단일한 이념 속에서 완전히 설명될 수 없다는 점은 오히려 촉탁에 의한 살인행위의 금지, 즉 소위 적극적 안락사문제에서 드러난다. 그러므로 각 사례유형마다 어떤 가치원칙들을 어디까지 적용할 것인지를 판단하기 위해서는 환자에 대한 다양한 대응방식들을 주의 깊게 분석할 필요가 있다. 가치평가의 우위라는 관점에서 비로소, 현재 확립되어 있는 법적 안락사유형의 근본적 의미가 분명하게 밝혀질 뿐만 아니라, 또한 현행법의

평가모순도 가시화될 수 있다. 이제 본인이 바라보는 현행법 현실과 이에 대한 비판을 선별된 개별문제들을 중심으로 예를 들어가면서 설명해보고자 한다.

2. 촉탁살인의 형법적 금지부터 시작하겠다. 벨기에와 네덜란드가 예외적으로 허용하고 있지만, 세계적으로 촉탁살인을 금지하는 논거는 세 가지이다. 우선, 신학적으로 구성된 절대적 생명보호 원리로서 “인간생명의 숭고함”을 요청하는 논거는 법적으로는 가장 설득력이 없다. 왜냐하면 그와 같은 포괄적 금기의 피할 수 없는 결론은 죽음이 가능하거나 확실한 경우조차도 결코 자기결정권을 인정할 수 없게 되기 때문이다. 그리고 통증완화처방을 명시적으로 요청한 경우에도 자기결정권을 부정한다. 의료조치가 생명유지를 위한 것이라면, 치료거부에 대한 자기결정권도 인정되지 않는다. 그러나 연방대법원은 아주 오래 전 판결에서 환자는 스스로 치료를 거부할 수 있는 개인적 — 사적인 권리를 가지고 있다는 점을 이미 강조하였다. 환자에게 이러한 권리를 인정하지 않는 것은 그에게 자신의 신체에 대한 결정권을 박탈하는 것과 같다. 환자를 더 이상 권리주체로 인정하지 않는 것이다.

많은 학자들은 물론 이러한 자기결정권이 적극적 — 직접적 안락사의 경우에는 처음부터 관련이 없는 것으로 생각한다. 그 이유는 그것으로 각자의 행위자유가 보호될 뿐이지, 환자의 실존적 소망을 실현하기 위한 실행권리가 보장되는 것은 아니기 때문이라고 한다. 그러나 구조적으로 이 상황은 죽으려는 사람이 도움을 받아 자살하는 것으로 볼 수 있고, 그리하여 이 행위는 자신의 행위자유 일부로 파악될 수 있을 것이다. 이 점을 제외하면, 어떤 권리를 승인할 경우 이 권리를 실제로 사용하고, 실현하는 데 필요한 기본조건들도 함께 보호해야 한다는 것은 어쨌든 일반 법도그마틱과는 일치할 수 있다. “다이나나 프리티 사건”은 근위축성측색경화증(일명 루게릭 병)으로 고통을 겪던 환자가 자신의 남편이 본인의 자살을 도와주더라도 형사처벌을 받지 않게 해달라고 요구한 사건이다. 이 사건에서 유럽인권법원은 정당하게도 인권협약 제8조의 사생활존중의 권리에서 비롯되는 스스로 죽을 수 있는 “형성권”을 부정하지 않았다. 그럼에도 불구하고 죽게 한 사람을 처벌하는 것은 법질서의 존속이라는 공공이익이 더 우위에 있다는 점에, 정확히 말하자면 타인을 살해하지 말라는 규범의

유지에 그 이유가 있는 것이다.

촉탁살인의 형법적 금지를 정당화하는 이러한 두 번째 입장은 구체적 행위자의 자기결정권을 보장하는 것이 목표가 아니다. 이 입장은 먼저 타인의 생명권을 승인하고 보호하면서 전체적으로 상호존중 속에 유지되는 그러한 공동체를 보장하는 것을 목표로 한다. 그러나 이런 이유로 기본권을 지닌 개인의 자유실현을 제한하려면, 자유적 법질서의 토대 위에서 개인의 자유로운 행동을 제한하는 것을 정당화할 수 있는 우위의 안전요청이 이미 구체적으로 존재해야 한다. 따라서 소위 *덤펁괴*<sup>1)</sup>나 행위제한 남용의 단순한 추상적 가능성만으로는 충분하지 않다. 남용이나 오용에 대한 우려는 구체적인 근거를 가져야 한다. 그러한 경우들은 네덜란드의 상황을 살펴보면 찾아볼 수 있을 것이다. 아쉽게도 이 자리에서 개별사례까지 면밀히 검토할 시간은 없다. 다만 말할 수 있는 것은 거기서는 안락사를 드물게, 예외적으로만 허용하던 상황에서 점차 안락사가 사회적으로 인정되고, 심지어는 환자의 요청 없는 안락사까지도 수용되는 현실로 발전했다는 일반적 인상을 준다 는 것이다.

만일 사건을 통제하거나 확인하기가 어렵고, 또 권한문제 등이 발생하여 경우에 따라서는 남용의 위험이 예상된다면, 모든 안락사상황에서 “규범적인 주의”가 기울여져야 한다. 따라서 치료중단의 경우와 생명을 단축시킬 수도 있는 통증완화요법, 소위 “간접적 안락사”의 경우도 마찬가지이다. 간접적 안락사와의 관련성 속에서 제안된 이중효과 이론에 따르면, 살인이 될 수 있는 것을 허용되는 행위로 만드는 것은 소위 “선한 의도”때문이라고 한다. 그러나 이러한 선한 의도를 신뢰할 수 있으려면, 그 의도가 외부적으로도 분명하게 표현되어 있어야 한다. 그 때문에 2005년 독일의 안락사법 개정안은 의료진이 외관적으로 고통을 덜어준다는 명목 하에 의도적 살인 행위를 특별한 방법을 이용하여 숨길 수 없도록 약물의 성분과 복용량에 유의하고, 이를 면밀히 기록하도록 요구하고 있는 것이다.

1) 역자주: “덤펁괴”란 하나의 특정행위가 상황악화의 시작이고, 이것이 결국에는 모든 사람이 원하지 않는 결과로 이끄리갈 수 있다는 이유로 이 특정 행위를 실행하는 것을 경계하는 논거이다. 덤펁괴 논거는 특히 안락사 영역에서 빈번히 인용되는 것으로, 문제되는 사안을 철학적, 법적 관점에서 특히 주의 깊게 검토하는 것이 필요하다고 한다.

그러나 단계별 처방과 권장량을 규정하더라도, 의료현장에서는 환자 개개인이 느끼는 고통의 정도나 부작용에 대한 인내의 정도가 현저한 차이를 보이기 때문에, 구체적인 사례에서 어떤 처방이나 약물이 죽음과 관련이 있는지는 불확실한 경우가 많다는 사실을 간과해서는 안된다. 더 이상 참을 수 없는 상황을 벗어나기 위해 죽음을 택하는 것이 “고통감소”를 위한 가장 효과적인 방법으로 간주되는 것을 막기 위하여, 현재 독일은 특별히 위험성이 있는 약물을 처방하는 경우 “두 명의 의사에 의한 복수결정원칙”<sup>2)</sup>같은 안전절차를 도입하고 있다.

생명을 단축시킬 가능성은 있지만 생명단축의 개연성이나 확실성은 없는 경우에만 통증완화처방을 하도록 제한한다면, 생명보호와 자기결정권이라는 가치가 충돌할 때 명백히 하나의 절충점이 만들어진다. 생명보존에 대한 위험을 정당화해주는 것은 구체적인 사례에서 분명하게 존재하거나 또는 아주 확실하게 추정될 수 있는 환자 본인의 의사이다. 그에 반해 환자가 고통에서 해방된다는 (외관상) 객관적인 이익이 생명연장보다 더 중요하다고 보는 유사 긴급피난원리는 그러한 생명에 대한 위험을 정당화해주지 못한다. 왜냐하면 긴급피난과 유사한 상황에 이르는 이 논증은 첫째, 환자의 의사에 반하는 생명단축조차도 정당화하게 될 것이고, 둘째, - 더 효과적 방법으로서 - 연민이나 “자비”에 의한 직접적 살해도 정당화할 것이기 때문이다. 이런 식으로 생명의 질을 외부에서 평가하는 것은 치명적 결과를 가져올 수 있고, 결국 “살만한 가치가 없는 생명”을 전제하게 될 것이다. 그러나 이 전제는 일반적으로 인간존엄에 반하는 것으로 평가될 것이다. 그렇게 해서 의사의 관점에서 내린 치료제한 결정이 “결국에는 죽을 운명”이라는 점을 고려하여 의료조치의 의미나 무의미를 결정한 것으로 이해된다면, 이것은 적잖은 논란거리가 될 것이다. 분명한 것은 담당의사는 환자의 의사를 존중해야 할 뿐 아니라, 자신의 직업윤리에서 나오는 직업상의 지식과 원칙을 따라야 한다는 것이다. 생명유지를 위한 처방이 더 이상 의학적으로 필요 없는 경우에는, 엄밀히 말해 환자 자신의 의사나 동의능력 없는 환자의 보호자

2) 역자주: 복수결정원칙 또는 복수통제원칙이란 중요한 결정이나 판단은 한 사람에 의해서 내려져서는 안되고, 여러 사람에 의해 또는 여러 통제단계를 거쳐 내려져야 한다는 원칙이다. 이 원칙의 목적은 오류나 남용의 위험을 최대한 감소시키고, 가능한 한 안전한 결정을 확보하는 데 있다.

의 의사표시는 더 이상 중요하지 않다. 이 모든 것은 당연한 논리지만, 그럼에도 불구하고 사람들은 “의학적 처방의 중단”이라는 미스테리의 배후에 구체적으로 무엇이 숨겨져 있는지를 좀 더 정확히 알고 싶을 것이다.

왜냐하면 잘 알려져 있다시피 특히 중환자의학에서는 여전히 명확한 진단이 극히 곤란한 경우가 있기 때문이다. 다만 많은 경우에는 환자가 곧 사망할 것이라는 것을 이미 몇 일전에 실제로 예견할 수도 있다. 그러나 때로는 이것이 예감에 불과해서 치료하는 사람이나 보호자가 환자의 갑작스런 사망으로 당황하는 일이 적지 않다. 최근에 한 의학전문지에 발표된 논문에 따르면 대부분의 임상 의들은 아주 어려운 상황에서도 예상과 달리 살아남은 환자들을 목격한 적이 있다고 한다. 분명한 것은 치료제단에 대한 결정이 합리적이고 투명한 결정기준에 따라 내려지기 보다는 오히려 직관에 따라 내려지는 경우가 많다는 점이다. 외부에서 보면 그것은 대체로 우연의 문제, 다시 말해 특정병동이나 특정병원에서 근무하는 의료진과의 만남의 문제로 보이며, 그러한 우연이 상황의 진행을 결정짓게 되는 것처럼 보인다. 그러나 여기서 진단에 대한 의사의 권한은 그 안에 내재된 규범적인 요소를 내부적으로 뿐만 아니라 외부적으로도 정당화시켜야 하는 의무와 결부되어 있다. 특히 제한된 자원 때문에 경제적 측면과 배분문제가 점차 중요해지면서 더욱 그렇다. 이미 10여 년 전에 영국의 의료윤리학자 존 해리스는 “생명의 가치”라는 자신의 책에서 최근의 의학발전이 가져올 위험성에 대해서 다음과 같이 언급한 바 있다. “가장 먼저 살펴보아야 할 도덕적인 문제는 비교적 소수의 사람들과 관련된 자발적 안락사의 문제가 아니다. ... 중요한 문제는 오히려 사회가 허용하고 시도할 비자발적 안락사가 엄청나게 증가하는 것이다.” 게다가 최근 네덜란드의 연구에서는 비록 적극적 - 직접적 안락사는 다소 줄어들었지만, 동의능력이 없는 환자에 대한 비자발적 치료중단은 오히려 뚜렷이 증가하고 있다는 사실이 밝혀졌다.

추정적 승낙이라는 법적 장치는 아주 정밀한 방식으로 그러한 발전을 가능하게 해주는데, 왜냐하면 이러한 승낙에 기초하는 의료조치 결정에 대해서 의료진이 책임지는 것이 아니라, 환자 스스로 책임져야 한다고 하기 때문이다. 그러나 사실 그 범주

는 불분명하고, 타인의 합리적 고려는 환자의 추정적 의사라고 단지 주장할 수만 있는 것과 별다른 제약 없이 결합한다. 이것이 바로 법학자들이 동의할 능력이 없는 환자의 추정적 의사를 담당의사가 확정하는 것이 아니라, 응급상황이 아닐 경우 제3자, 즉 환자의 의료대리인이나 후견법원이 지정한 사람(독일에서는 배우자나 친척에게 지정대리인의 역할이 귀속되어 있지는 않음)이 조사해서 확정해야 한다고 주장하는 이유이다. 이렇게 하여 형식적으로는 담당의사의 해석권한에 대한 평형추가 만들어진 셈이다. 그런데 정말로 의료대리인이나 법정후견인이 환자의 의지를 더 잘 알고 있을까? 연방대법원은 1994년 켈프터너 판결에서 개별 환자의 추정적 의사를 알고자 하는 사람들이 고려해야 할 사항들을 제시하였다. 환자가 이전에 구두 또는 서면으로 표명한 것 외에도 “환자의 종교적 확신, 예측수명 또는 고통감수능력도 고려해야 한다. 그러나 객관적인 기준들, 특히 어떤 조치가 이성적이라거나 표준적이라는 평가는 ... 독자적인 의미를 갖지 못한다”고 한다. 그럼에도 불구하고 이 객관적인 기준들은 “개인의 의사가 무엇인지 알아보기 위한 근거”를 제공해 줄 수는 있다. 만일 이것도 분명하지 못하다면, “... 일반적인 가치판단에 상응하는 기준들을 따를 수 있고, 또 따라야 한다. 그러나 이 경우에는 신중함이 요구된다.” 어쨌든 분명한 것은 이렇다. 즉, 추정적 의사의 재구성엔 윤이 좋은 경우에는 실제 본인의 의사와 유사할지도 모른다. 그러나 결국에는 어느 누구도 그것을 정확하게 판단할 수 없다. 그 때문에 타인의 결정은, 심지어 가장 친한 친구가 내린 결정일지라도 언제나 타인의 결정일 뿐이다.

그러면 우리는 아직 승낙할 수 있는 상태의 환자가 의사의 정식설명을 듣고 내린 결정에 대해서는 최소한 신뢰하고 안심할 수 있는가? 예를 들면 여호와의 증인 신도인 입산부가 자기결정권에 따라 수혈을 거부하였다면, 출산 후 파다출혈이 발생한 경우에 그거는 그 결과도 감수해야 한다고 말할 수도 있는가? (이것은 독일에서 실제로 발생한 사건으로, 의사들은 그 환자를 출혈로 사망하게 내버려 두었다. 그 후 형사당국의 수사가 진행되었지만 결국 기소되지는 않았다.) 법은 이에 대해서 놀랍게도 불분명하고 일관되지 못하다. 이러한 치료거부는 그동안 계속 인정되어 왔지만, 현장에서 동의능력이 없는 환자의 경우 환자와 세기관이 다른 보호자의 동의를 얻어

문제를 처리하는 경우도 빈번하다. 자살시도의 경우에는 더 나아가서, 죽을 의사가 현재 실제로 존재하더라도 충분히 “자유로운 책임성”인지는 의심스럽다. 이 자유로운 책임성은 촉탁살인의 경우 — 형법 제216조에 따른 처벌의 세 번째 정당화사유로서 — 중요하게 거론되는 문제이다. 또한 분명한 것은, 현재 독일에서 Dignitas와 같은 존엄사 지지단체를 통한 조직적인 안락사 후원을 형법으로 처벌하려는 시도들도 죽고자 하는 사람들의 자발성이 의심될 때 가능하다는 점이다. 왜냐하면 이 사람들이 자발적으로 행동하는 경우에는, 후원단체의 영리적 배경을 추측할 수 있더라도 이것만으로는 이들 단체의 처벌을 거의 정당화할 수 없기 때문이다. 그러나 자발성이 의심스러운 이런 경우들과는 달리, 특히 환자가 단호하게 죽고자 애쓰는 경우에는, 환자의 거부에 따른 치료중단으로 사망을 초래하는 것이 확실하다 해도 이것은 법적으로는 인정된다. 현재의 법정책에 따르면 환자의 사전의사표시가 있는 경우에는 의료적 설명을 단념하는 것이 가능하므로 의사의 조연의무도 이행될 필요가 없다고 본다. 그러나 환자의 사전의사표시와 “시간적 간극”이 발생하면, 환자가 당시에 표시한 의사가 현재의 상황에서도 여전히 타당할 수 있겠는가 하는 의문이 생겨난다. 의학의 진보로 새로운 가능성이 생겨난다는 사실을 고려하거나 또한 인간의 의도라는 것이 결코 분명한 것이 아니며, 중단이나 우회, 또 착오도 있을 수 있다는 상황을 특히 염두에 두면 더욱 그러하다. 인간의 존제, 의지, 그리고 행동은 자기 자신에 대해서도 타인에 대해서도 언제나 하나의 시도이다.

3. 이제 잠정적인 결론을 내려 보도록 하자. 과연 “인간존엄에 부합하는 죽음”이란 무엇을 의미하는가? 분명한 것은 이것이 구체적 인간이 그 어떤 경험을 통해서 얻을 수 있는 그런 성질은 아니라는 점이다. 또한 활동을 통해서나 사회적 명성을 통해서 얻거나 잃을 수 있는 그런 것도 아니다. 이것은 오히려 하나의 관계, 즉 인간이 자신의 현존 속에서 사회적 존재로서 함께 살아가는 다른 인간들과 맺는 관계를 의미한다. 따라서 인간은 고유한 정체성과 정신을 가진 존재로서 타인과의 관계 속에 있고, 또한 인간적 생존조건도 필요로 하는 존재라는 점이 가능한 한 제대로 고려되어야 한다. 이것이 바로 우리가 “인간존엄”을 유지하고 보호하기 위해 필요로 하는 다양한 과제들의 기본방향이다. 물론 여기서 어떤 구체적인 결론과 요구가 나올 것인지는

미리 정해져 있지 않다. 어느 누구도 우리로 하여금 ‘지금 이 순간’에 대한 우리 자신의 책임을 면하게 하지 못한다. 그렇기 때문에 인간이 삶의 마지막 순간에 무엇을 필요로 하는지, 그는 어떤 존재이며, 그리고 무엇이 그에게 정당한 것인지 하는 물음도 한 번에 대답할 수 없으며, 언제나 매우 제한된 채로 추상적이고 일반적으로만 대답할 수 있다. 법은 여기서 인간존엄에 부합하는 삶과 죽음의 조건들을 비로소 가능하게 해주는 그런 틀만을 정해줄 수 있을 뿐이다. 우리는 매우 신중하고 주의 깊게 이러한 법의 틀을 채워나가야 한다.

## Menschenwürdiges Sterben – Typologie des Rechts und normative Grundlagen –

Gunnar Duttge

I. „In dubio pro dignitate“ – so lautet in einer Reihe von Stellungnahmen aus rechtlicher wie aus medizinethischer Perspektive die normative Leitlinie zu Fragen des angemessenen Umgangs mit Menschen in der letzten Lebensphase. Aufgegriffen findet sich damit die Sorge vieler vor einem Szenario, in dem sich der einzelne im Zustand der Hilflosigkeit und Ohnmacht zum leidenden Objekt einer als unpersönlich und „unnatürlich“ empfundenen „Apparatemedizin“ herabgewürdigt sieht. Die „Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit“ sei dem Menschen – so der Bundesgerichtshof in Strafsachen – häufig wichtiger als die „Aussicht, unter schwersten Schmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen“. Schon seit längerem wird auch die vorschnelle Einführung einer Magensonde als Verletzung der Würde des Hilfsbedürftigen angesehen, sofern sie lediglich als ressourcenschonender Ersatz für die eigentlich notwendige persönliche Zuwendung bei der Nahrungsaufnahme benutzt wird.

In diesem Licht erscheint die Inanspruchnahme des schlechthin fundamentalen Achtungsgebots gegenüber dem je Anderen, resultierend aus einem unvergleichlichen Wert dieses Anderen, ohne weiteres einsichtig: schon die Inbezugnahme der sog. „Apparatemedizin“ irritiert aber: Gemeint ist offenbar nicht die Abhängigkeit „von Schläuchen“ als solche, 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 und im Mindestmaß selbstbestimmtes Leben erhofft werden kann. Schließlich dürfte erst die hierdurch eröffnete Möglichkeit, durch bewusstes Erleben und Handeln dem eigenen Leben Sinn zu verleihen, für viele den unschätzbaren Wert ihres Lebens begründen. Thomas Nagel, ein amerikanischer Philosoph der Gegenwart, hat zutreffend vermerkt, dass es wohl für die meisten keinen Mehrwert hätte, im Koma befindlich noch zwanzig Jahre am Leben zu bleiben und erst dann ohne Erwachen zu sterben oder auf der Stelle tot zu sein.

Vor diesem Hintergrund läßt sich leicht einsehen, warum die eingangs erwähnte Zweifelsregel mit der in Anspruch genommenen Menschenwürdegarantie nach deutschem Rechtsverständnis im Kern das Selbstbestimmungsrecht des je einzelnen Rechtssubjekts zum Ausdruck bringen soll. Primär sei es das Individuum kraft seines Autonomiestatus, das „über seine Würde bestimme“: Die „Menschenwürde schütze den Menschen auch davor, zum Objekt der Menschenwürdedefinition eines anderen zu werden“. Bei manchen deutschen Rechtswissenschaftlern heißt es gar, der Patientenwille sei nicht nur die Grenze, sondern erst der „Grund des ärztlichen Behandlungsauftrags“; die Würde des Menschen verlange daher eine „Kontrolle“ über das eigene Sterben und erlaube keinen dem Menschen aufoktroierten Lebensschutz. Merkwürdig ist eine solche Positionierung nicht nur deshalb, weil der Sinn jeder Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe ganz offensichtlich nicht in einer damit einhergehenden, sondern allein in der Ermöglichung künftiger Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung in verbessertem Gesundheitszustand nach hierauf gerichtetem ärztlichen „Wohltun“ liegt; viel grundsätzlicher verkennt die hier zum Ausdruck kommende

Frontstellung gegen den Lebensschutz durch – jedenfalls tendenzielle – Verabsolutierung des Selbstbestimmungsrechts den fundamentalen Sinn des Menschenwürdegedankens: Denn die sich damit verbindende Aufgabe der Gewährleistung humaner Lebensbedingungen ist mit einem auf maximale Selbstverwirklichung des einzelnen gerichteten Reduktionismus aller Erfahrung nach nicht zu erreichen, 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 einem Gegensatz zu dieser.

Wie kommt es, dass der überaus komplexe und vieldeutige Begriff der Menschenwürde, mit dem sich bekanntlich gut 2000 Jahre Philosophiegeschichte verbinden, im Kontext der sog. Sterbehilfe in einem derart reduktionistischen Sinne verstanden wird? – Zum einen ist es sicherlich Ausdruck einer dezidierten Abwehr gegen heteronomische Konzepte von Gesellschaft, insbesondere auch gegen eine erzwungene Beschränkung freiheitlicher Entfaltung durch den theologisch inspirierten Gedanken der Gottesebenbildlichkeit, und für ein Verständnis, das angelehnt an Immanuel Kant in der "Autonomie" den "Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur" sieht. Zum andern hat sich der Blick innerhalb der Sterbehilfedebatte mit Ausweitung der modernen Intensivmedizin deutlich verengt auf die Sorge vor einer "Zwangsbehandlung" und damit auf die Forderung nach rechtzeitiger Therapiebegrenzung und -beendigung. In dieser sog. "passiven Sterbehilfe" (wegen Nichthinderns des im Körper des Patienten bereits angelegten Desintegrationsprozesses)

erschöpft sich das Spektrum denkbarer Wertkonflikte beim Umgang mit dem Patienten jedoch keineswegs. Vielmehr zeigt etwa das strikte Verbot der gezielten Tötung auf Verlangen (der sog. "aktiv-direkten Sterbehilfe"), dass die Forderung nach Ermöglichung eines "menschenwürdigen Sterbens" nicht in der singulären Idee individueller Selbstbestimmung restlos aufgeht. Es bedarf daher einer sorgfältigen Analyse des Gesamtspektrums möglicher Weisen des Sich-Verhaltens zu einem hilfsbedürftigen Patienten, um zu erfahren, inwieweit welche Wertprinzipien je nach typisierter Fallkonstellation Geltung beanspruchen. Erst im Lichte dieses übergreifenden Wertungszusammenhangs zeigt sich nicht nur die grundsätzliche Sinnhaftigkeit der etablierten juristischen Sterbehilfetypologie, sondern werden zugleich Wertungswidersprüche des geltenden Rechts sichtbar. Ich will im Folgenden versuchen, mein Verständnis zur geltenden Rechtslage wie auch meine Kritik hieran anhand ausgewählter Einzelfragen exemplarisch zu verdeutlichen.

II. Ich beginne mit dem schon erwähnten strafbewehrten Verbot der Tötung auf Verlangen: Im wesentlichen sind es drei Argumentationsstränge, die zur Begründung dieses mit Ausnahme Belgiens und der Niederlande derzeit weltweit geltenden Verbots angeboten werden: Das Postulat von der "Heiligkeit menschlichen Lebens" gleichsam als theologisch imprägnierte Form eines verabsolutierten Lebensschutzes ist dabei der für das Recht am wenigsten überzeugende: Denn die unvermeidliche Folge eines solchermaßen umfassenden Tabus wäre, dass das Selbstbestimmungsrecht bei möglicher oder sicherer tödlicher Folge niemals relevant werden dürfte – nicht bei der Schmerzmedikation, selbst wenn diese ausdrücklich erbeten wurde, und schon gar nicht bei der Ablehnung einer angebotenen Therapie, sofern diese die allein

lebenserhaltende ist. Der Bundesgerichtshof hat aber schon in einer recht frühen Entscheidung betont, dass ein Patient höchst achtenswerte persönlich-private Gründe haben kann, sich einer Behandlung zu entziehen. Ihm das zu verweigern würde ihm das Bestimmungsrecht über den eigenen Körper rundweg verwehren; als Rechtssubjekt könnte man den Patienten dann nicht mehr bezeichnen.

Das hier also zum Durchbruch kommende Selbstbestimmungsrecht sehen manche Kollegen allerdings im Falle der aktiv-direkten Tötung als von vornherein nicht betroffen an, mit der Begründung, daß damit nur die eigene Verhaltensfreiheit geschützt, nicht aber ein Leistungsrecht auf Vollstreckung der existentiellen Wünsche des Patienten gewährt sei. Strukturell ließe sich das Geschehen jedoch durchaus auch als arbeitsteilige Selbsttötung des Sterbewilligen und damit als Teil der eigenen Verhaltensfreiheit begreifen; davon abgesehen entspricht es jedenfalls allgemeiner juristischer Dogmatik, dass die Zuerkennung eines Rechts auch die Sorge für die zur faktischen Inanspruchnahme dieses Rechts erforderlichen Rahmenbedingungen impliziert. Im Fall Diana Pretty – die Patientin litt an ALS und erstrebte eine Vorabzusage von Straffreiheit für ihren Ehemann – hat der EGMR daher zu Recht ein auf die eigene Tötung gerichtetes "Gestaltungsrecht" nicht ausgeschlossen, resultierend aus dem Recht auf Achtung der Privatsphäre (Art. 8 MRK); die dennoch gebilligte Strafbarkeit des Tötenden wurde mit dem überragenden Allgemeininteresse am Bestand der Rechtsordnung, genauer: auf Erhaltung des Fremdtötungsverbots begründet.

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 auf dem Boden einer freiheitlichen Rechtsordnung der übergreifende Sicherungsauftrag schon konkret aktualisiert sein, um den Eingriff in freiheitliche Betätigung einzelner zu rechtfertigen. Es genügt also nicht die bloß abstrakte Möglichkeit eines sog. Dammbruchs bzw. einer mißbräuchlichen Nutzung des erlaubten Handlungsspielraums; die Sorge vor Mißbrauch oder vor dem Betreten einer "schiefen Bahn" muß durch konkrete Anhaltspunkte begründet sein. Solche lassen sich allerdings bei näherer Betrachtung der Situation in den Niederlanden sehr wohl finden: Die Einzelheiten näher zu beleuchten fehlt uns hier die Zeit; ausreichend ist aber schon der generelle Eindruck, daß der gedachte seltene Ausnahmefall einer erlaubten Tötung sich offenbar zunehmend zu einer gesellschaftlich akzeptierten Euthanasiepraxis auch ohne dahingehendes Verlangen des Patienten fortentwickelt hat.

Wenn es aber so ist, daß bei schlechter Kontrollierund Beweisbarkeit des Geschehens und signifikantem Machtgefälle unter Umständen mit Mißbrauch gerechnet werden muß, so ist "normative Vorsicht" bei allen Sterbehilfekonstellationen gerechtfertigt, also auch bei der Therapiebegrenzung und bei der möglicherweise lebensverkürzende Schmerzmedikation, der sog. "indirekten Sterbehilfe". Die in letztgenanntem 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 aber auch im äußeren Geschehen niederschlagen, um glaubwürdig sein zu können. Deshalb verlangt der Alternativentwurf Sterbegleitung 2005 die Beachtung und sorgfältige Dokumentation der ärztlich verantwortbaren Wirkstoffe und ihrer jeweiligen Dosisgrenzen, damit sich unter dem Deckmantel scheinbarer Schmerzlinderung keine zielgerichtete Tötungstat mit besonderen Mitteln verbergen kann. Stufenschemata und Dosisempfehlungen lassen aber nicht übersehen, dass in der Praxis wegen der erheblichen Bandbreite an individueller Schmerzempfindlichkeit und Toleranz der Nebenwirkungen dennoch manche Unsicherheit über das im konkreten Fall Verantwortbare besteht. Um zu verhindern, daß streng folgenorientiert ab irgendeinem nicht mehr erträglich erscheinenden Zustand in der zielgerichteten Tötung die effektivste Form der "Leidensminderung" gesehen werden könnte, wird in Deutschland derzeit über weitere verfahrensrechtliche Schutzmechanismen nachgedacht wie etwa das Vier-Augen-Prinzip bei der Verordnung besonders gefahrenträchtiger Medikamente.

Die Begrenzung der Schmerzmedikation auf den Bereich der zwar möglichen, 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, nicht dagegen der notstandsähnliche Gedanke eines Überwiegens des (scheinbar) objektiven Interesses, von Qualen befreit zu werden, gegenüber einem potentiell längeren Weiterleben; denn die auf eine notstandsähnliche Lage abhebende Argumentation würde

erstens eine Lebensverkürzung selbst gegen den Patientenwillen und zweitens – als effektivere Handlungsoption – ebenso oder gar erst recht eine direkte Tötung aus Mitleid oder "gnadenhalber" legitimieren. Eine solchermaßen externe Lebensqualitätsbewertung mit tödlicher Folge hätte denknotwendig die Annahme "lebensunwerten Lebens" zur Prämisse – eine Annahme, die solchermaßen explizit gemacht wohl allgemein als menschenwürdigwidrig angesehen würde. Dann ist es aber nicht weniger brisant, wenn die Entscheidung zur Therapiebegrenzung aus ärztlicher Sicht als eine solche "über den Sinn oder Unsinn einer denkbaren Behandlungsmaßnahme" im Hinblick auf die "letztlich unvermeidliche Sterblichkeit des Menschen" verstanden und beschrieben wird. Gewiß: Der behandelnde Arzt ist nicht allein den Wünschen seines Patienten verpflichtet, sondern ebenso den Erkenntnissen und Prinzipien seiner Profession, die seinen berufsspezifischen Ethos begründen. Ist eine lebenserhaltende Maßnahme nicht mehr medizinisch indiziert, so kommt es auf den Willen des Patienten oder im Falle seiner Einwilligungsunfähigkeit auf Erklärungen seines Betreuers streng genommen nicht mehr an. Das alles ist durchaus folgerichtig, und dennoch wüßte man eben gerne etwas genauer, was sich hinter dem Mysterium vom "Wegfall der medizinischen Indikation" in concreto verbirgt.

Denn bekanntlich sind die prognostischen Schwierigkeiten insbesondere der Intensivmedizin nach wie vor erheblich; nur in manchen Fällen ist tatsächlich wenige Tage zuvor bereits absehbar, dass der Patient alsbald sterben wird; mitunter wird das Wissen eher ein Ahnen sein, und nicht selten werden die Handelnden und Beobachtenden vom Todeseintritt auch überrascht. Ein kürzlich in einem medizinischen

Journal publizierter Beitrag betont, daß jeder praktizierende Arzt Patienten kenne, die eine scheinbar infauste Situation entgegen aller Erwartung überlebt haben. Die Entscheidungen zur Therapiebegrenzung sind häufig offenbar eher von Intuition 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 wie nach außen zu rechtfertigen. Das gilt um so mehr, wenn offenbar zunehmend infolge der Begrenztheit der Ressourcen auch der ökonomische Aspekt und das Allokationsproblem relevant wird. Der britische Medizinethiker John Harris hat in seinem Buch "The Value of Life" bereits vor mehr als einem Jahrzehnt eindringlich auf die Gefahren der gegenwärtigen Entwicklung 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." Die jüngsten Zahlen aus den niederländischen Studien haben übrigens zutage gefördert, daß zwar das Ausmaß der aktiv-direkten Tötungen etwas zurückgegangen ist, Fälle der nicht-freiwilligen Therapiebegrenzung bei einwilligungsunfähigen Patienten jedoch deutlich zugenommen haben.

Die Rechtsfigur der mutmaßlichen Einwilligung ermöglicht eine

solche 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 zu verantworten sind. In Wahrheit verschwimmen hier jedoch die Kategorien und fließen mehr oder minder ungebremsst Vernünftigkeitserwägungen anderer in dasjenige ein, was am Ende als vom Patienten hypothetisch gewollt nur behauptet werden kann. Das ist der Grund, warum Juristen darauf beharren, daß der hypothetische Wille des einwilligungsunfähigen Patienten nicht vom behandelnden Arzt, sondern, von Akutsituation abgesehen, von einer dritten Person ermittelt und bestimmt wird, also von einem Gesundheitsbevollmächtigten oder von einem vormundschaftsgerichtlich bestellten Betreuer (da den Angehörigen in Deutschland nicht die Rolle einer echten Stellvertreterfunktion zugestanden ist). 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 hat der Bundesgerichtshof 1994 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...". Das merkwürdige Hin- und Her verdeutlicht, was ohnehin 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 messen, und bleibt deshalb eine jede von einem anderen, selbst vom besten Freund getroffene Verfügung stets ein Akt der Fremdbestimmung.

Aber können wir wenigstens auf dasjenige vertrauen und uns damit beruhigen, was ein noch einwilligungsfähiger Patient nach ordnungsgemäßer ärztlicher Aufklärung für richtig hält, können wir etwa sagen: Eine schwangere Frau hat als Angehörige der Zeugen Jehovas kraft ihres Selbstbestimmungsrechts die Bluttransfusion verweigert; dann muß sie eben bei Nachblutungen anläßlich der Entbindung auch die Folgen tragen (ein in Deutschland tatsächlicher geschehener Fall, die Ärzte haben die Frau verbluten lassen; die zunächst eingeleiteten strafrechtlichen Ermittlungen wurden am Ende wieder eingestellt)? Das Recht offenbart hier bemerkenswerte Unsicherheiten und Inkonsistenzen: Während das aktuelle Behandlungsveto inzwischen weithin akzeptiert wird, behilft sich die Praxis bei einwilligungsunfähigen Patienten häufig damit, einen Betreuer zu bestellen, der die erwähnte weltanschauliche Überzeugung nicht teilt. Im Falle eines Suizidversuchs gehen wir noch weiter und bezweifeln selbst bei einem aktuellen Todeswillen die hinreichende "Freiverantwortlichkeit", was auch oder gar erst recht bei der Tötung auf Verlangen – als drittem Legitimationsgrund für die Bestrafung nach § 216 StGB – angeführt wird. Auch die gegenwärtig in Deutschland unternommenen Versuche nach einer strafrechtlicher Erfassung der organisierten Sterbehilfevermittlung durch Vereinigungen wie Dignitas sind offensichtlich – jedenfalls auch – von Zweifeln an der

nötigen Freiwilligkeit der Sterbewilligen getragen; denn der darüber hinaus angenommene kommerzielle Aspekt vermag für sich bei freiwilligem Handeln der Beteiligten die Bestrafung wohl kaum zu rechtfertigen. Ganz im Gegensatz zu diesen Zweifeln insbesondere bei dezidiert todesgerichtetem Streben des einzelnen wird die von einem Behandlungsveto getragene Therapiebegrenzung juristisch selbst dann akzeptiert, wenn sie den sicheren Todeseintritt nach sich zieht. Bei Vorausverfügungen, den sog. Patientenverfügungen, hält der rechtspolitische Zeitgeist unter Verweis auf die Möglichkeit eines Aufklärungsverzichts selbst die sonst obligatorische ärztliche Beratung nicht für erforderlich. Dabei begründet der mit einer solchermaßen antizipierten Erklärung einhergehende "Zeitsprung" doch vermehrt Zweifel, ob das seinerzeit Erklärte auch in der aktuellen Situation noch Gültigkeit beanspruchen kann – mit Blick auf mögliche Neuerungen durch den medizinischen Fortschritt, aber vor allem wegen des Umstands, daß das menschliche Streben niemals eindeutig, niemals ohne Brüche und Umwege, niemals ohne Irrtümer ist. Die menschliche Existenz, Wollen und Handeln, sich selbst wie auch dem Anderen gegenüber, ist stets ein Wagnis.

III. Lassen Sie mich an dieser Stelle zu einem wenigstens vorläufigen Abschluß kommen: Was meinen wir also, wenn wir unserer Forderung nach einem "menschenwürdigen Sterben" Ausdruck verleihen? Gewiß keine empirische Eigenschaft, die dem konkreten Menschen irgendwie anhaftet (oder auch nicht), oder etwas, das durch Leistung errungen wurde oder erworben durch gesellschaftlichen Ruhm – und damit ebenso gewinn- wie verlierbar ist; gemeint ist damit vielmehr eine Relation, eine Beziehung, des Menschen zu seinem Mitmenschen, in seinem Dasein

wie als soziales Wesen. Dem Menschen in seiner je einzigartigen Identität und Befindlichkeit nach Möglichkeit gerecht zu werden, in der interpersonellen Begegnung ebenso wie in der Sorge um humane Lebensbedingungen im Ganzen, das umreißt das weite Spektrum dessen, was uns mit der wahren und zu schützenden "Menschenwürde" zur Aufgabe gemacht ist. Welche konkreten Folgerungen und Forderungen sich hieraus ergeben, ist freilich nicht 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 sehr begrenzt 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. Das Ausfüllen dieses Rahmens ist dasjenige, worauf wir auch weiterhin mit aller Sorgfalt und aller Umsicht besonders achten müssen.

❖ Keywords : Sterbehilfe, Menschenwürde, Selbstbestimmungsrecht, aktive Sterbehilfe, passive Sterbehilfe, indirekte Sterbehilfe

투고일 : 2008. 11. 25 / 심사(수정)일 : 2008. 11. 28 / 게재확정일 : 2008. 12. 5