

Autonomie und Menschenrechte am Lebensende

Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis

Bearbeitet von
Caroline Welsh, Christoph Ostgathe, Andreas Frewer, Heiner Bielefeldt

1. Auflage 2016. Taschenbuch. 254 S. Paperback
ISBN 978 3 8376 3746 5
Format (B x L): 14,8 x 22,5 cm
Gewicht: 402 g

[Weitere Fachgebiete > Ethnologie, Volkskunde, Soziologie > soziale Gruppen:
Altersgruppen > Alterssoziologie](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Caroline Welsh, Christoph Ostgathe,
Andreas Frewer, Heiner Bielefeldt (Hg.)

Autonomie und Menschenrechte am Lebensende

Grundlagen, Erfahrungen,
Reflexionen aus der Praxis

Aus:

*Caroline Welsh, Christoph Ostgathe,
Andreas Frewer, Heiner Bielefeldt (Hg.)*

Autonomie und Menschenrechte am Lebensende Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis

Dezember 2016, 254 Seiten, kart., 29,99 €, ISBN 978-3-8376-3746-5

Autonomie ist zu einem zentralen Begriff des medizinethischen Diskurses der letzten Jahre geworden: Wie kann sie am Lebensende umgesetzt werden? Welche Praktiken, welche institutionellen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen stehen dem im Wege? Und gibt es neben dem menschenrechtlich verankerten Selbstbestimmungsrecht andere Menschenrechte, die am Lebensende besonders gefährdet sind?

Antworten hierauf geben Expertinnen und Experten aus den Bereichen Menschenrechte, Medizinrecht, Philosophie, Medizinethik, Literaturwissenschaft, aus der Inneren Medizin, der Palliativ- und der Rechtsmedizin sowie den Pflege- und Gesundheitswissenschaften.

Abgerundet wird der Band durch ein Interview mit der Behindertenrechtsaktivistin Dinah Radtke zur »Überraschenden Erfahrung von Lebensqualität« bei Menschen, die auf Assistenz und technische Geräte angewiesen sind.

Caroline Welsh (PD Dr. phil.) lehrt Germanistik mit wissenschaftsgeschichtlichem Schwerpunkt, bes. Literatur und Medizin, an der Universität Erlangen-Nürnberg und der Freien Universität Berlin.

Christoph Ostgathe (Prof. Dr. med.) ist Inhaber des Lehrstuhls für Palliativmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg und Leiter der Palliativmedizinischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen sowie Vizepräsident der Europäischen Palliativgesellschaft (EAPC).

Andreas Frewer (Prof. Dr. med., M.A.) ist Professor für Ethik in der Medizin an der Universität Erlangen-Nürnberg und European Master in Bioethics. Er leitet die Geschäftsstelle des Ethikkomitees und mehrere (inter-)nationale Forschungsprojekte.

Heiner Bielefeldt (Prof. Dr. phil. Dr. h.c.) ist Inhaber des Lehrstuhls für Menschenrechte und Menschenrechtspolitik der Universität Erlangen-Nürnberg und UN-Sonderberichterstatte für Religions- und Weltanschauungsfreiheit (2010-2016).

Weitere Informationen und Bestellung unter:

www.transcript-verlag.de/978-3-8376-3746-5

Inhalt

Autonomie und Menschenrechtsschutz am Lebensende.

Eine Einführung

Caroline Welsh im Namen der Herausgeber | 7

I. SELBSTBESTIMMUNG:

GRUNDLEGENDE, STÄRKUNG, RECHTLICHE STÜTZUNG

Autonomie und Selbstbestimmung auch am Lebensende.

Überlegungen aus ethischer Sicht

Jan P. Beckmann | 27

Menschenwürde und Autonomie am Lebensende.

Perspektiven der internationalen Menschenrechte

Heiner Bielefeldt | 45

Selbstbestimmung als Zwang?

Freiheitsrechte und medizinische Entscheidungen am Lebensende unter den Bedingungen knapper Ressourcen

Oliver Tolmein | 67

Literarische Reflexionen selbst- und fremdbestimmten Sterbens.

Medizingeschichtliche Situierung und Aktualität einer Sterbeszene in Manns *Buddenbrooks*

Caroline Welsh | 95

**Lebensende und Sterben – ein zu wenig bekanntes Feld.
Empirische Studien zum Meinungsbild
in der deutschen Bevölkerung**

Constanze Hübner, Andreas Frewer | 119

II. PRAXIS IM GESUNDHEITSWESEN

**Grenzerfahrungen in der Begegnung des Arztes mit dem
Kranken angesichts des Lebensendes**

Klaus Gahl | 141

**Würdewahrende Pflege – eine Illusion?
Organisationale Rahmenbedingungen pflegerischer Praxis**

Marianne Rabe | 165

**Ärztlich assistierter Suizid –
Reflexionen eines Palliativmediziners**

Christoph Ostgathe | 185

**Praxis und Probleme des assistierten Suizids in der Schweiz
aus rechtsmedizinischer Sicht**

Christine Bartsch | 203

III. LEBENSQUALITÄT AM LEBSENDE. LEHREN AUS DER BEHINDERTENRECHTSBEWEGUNG

**Fragilität des Körpers.
Ein menschenwürdiges Leben durch persönliche Assistenz**

Marianne Hirschberg | 223

Überraschende Erfahrung von Lebensqualität

Ein Interview mit Dinah Radtke | 237

Autorinnen und Autoren | 251

Autonomie und Menschenrechtsschutz am Lebensende

Eine Einführung

CAROLINE WELSH IM NAMEN DER HERAUSGEBER¹

ZUR AKTUELLEN SITUATION

Die angemessene Gestaltung des Lebensendes ist gegenwärtig eine der vordringlichen Aufgaben der Gesellschaftspolitik im Allgemeinen und der Gesundheitspolitik im Besonderen. Dazu gehört eine adäquate Sterbebegleitung, die in ein umfassenderes Konzept zur menschenwürdigen Gestaltung des Lebensendes eingebettet sein sollte. Ein solches Konzept sollte die Betreuung, Pflege und medizinische Versorgung von Menschen mit Altersgebrechlichkeit, mit Demenz oder von terminal Kranken mit einschließen – und zwar in der häuslichen Umgebung ebenso wie in Pflegeinstitutionen und Krankenhäusern. Es sollte darüber hinaus die Weiterentwicklung der Palliativmedizin und Hospizversorgung sowie auch den Schutz vor physischen, psychischen und medikamentösen Misshandlungen im Gesundheitswesen beinhalten.

Menschenrechtspolitisch entwickelt sich erst langsam ein Bewusstsein für die Notwendigkeit eines spezifisch auf die Probleme am Lebensende

1 Wir teilen die Auffassung, dass es sinnvoll ist, sich um eine gendersensible Sprache zu bemühen. Alle diesbezüglich konkret vorgeschlagenen Wege haben aber leider offenkundige Nachteile. Daher haben wir den einzelnen Autoren die Wahl der Form freigestellt.

hin ausgerichteten Menschenrechtsschutzes. Es gibt einzelne Gerichtsurteile, insbesondere zu Forderungen eines – nach wie vor höchst umstrittenen – Rechts auf einen assistierten Suizid² und zu menschenrechtsverletzenden Zuständen, u.a. auch in deutschen Pflegeheimen,³ sowie eine Empfehlung des Europarats zum Schutz der Menschenrechte und Menschenwürde bei terminal Kranken und Sterbenden.⁴ Doch handelt es sich hier größtenteils noch um Neuland.⁵ Welche Menschenrechte sind in der letzten Lebensphase besonders gefährdet? Wo liegen die Herausforderungen und Probleme des Menschenrechtsschutzes am Lebensende? Reichen die vorhandenen Konventionen und Erklärungen zum Schutz der Menschenrechte am Lebensende aus oder wäre deren Kodifizierung im Rahmen einer Konvention für die Rechte Älterer ratsam?

Am 5. und 6. November 2015 hat der Bundestag über zwei für die rechtspolitische Absicherung und den Menschenrechtsschutz am Lebensende wichtige Gesetzesänderungen abgestimmt: zunächst über das »Gesetz zur Förderung der Palliativ- und Hospizversorgung«, am Folgetag dann über den neuen § 217 StGB, das »Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung«.⁶ Die enge Aufeinanderfolge verdeutlicht, wie sehr beide Beschlüsse miteinander verzahnt sind. Ohne staatliche Maßnahmen zur Sicherung eines menschenwürdigen Lebensendes, unabhängig von Einkommen und Staatszugehörigkeit, könnte die strengere Regelung des assistierten Suizids wie ein abstrakter Moralismus wirken. Bereits in der Begründung des fraktionsübergreifenden Entwurfs zur »Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung«⁷ heißt es:

2 Vgl. beispielsweise u.a. zum Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte im Fall *Pretty vs. UK* die Beiträge von Tolmein (2006), 208–226 und Bartsch im vorliegenden Band.

3 UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (2011), Nr. 27; vgl. hierzu auch Sethi et al. (2011).

4 Parliamentary Assembly Council of Europe (1999); vgl. dazu Körtner (2013), 670–696.

5 Dies gilt auch mit Blick auf die Menschenrechte Älterer im Allgemeinen; vgl. Secretary General Report (2011). Zur aktuellen Situation siehe Bielefeldt in diesem Band.

6 Vgl. Deutscher Bundestag (2015a) und (2015b).

7 Deutscher Bundestag (2015a), 9.

»die jüngsten Initiativen zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung sowie zur Stärkung der Pflege« sollen zusammen mit den »Möglichkeiten der Vorsorgevollmacht oder einer Patientenverfügung« den Rahmen bilden, »um gemeinsam mit den Regelungen zur Verhinderung der Ausbreitung der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe eine Kultur der Würde auch am Ende des Lebens zu stärken«.⁸

Der Bundestag versteht demnach die geschäftsmäßige Unterstützung des Suizids gerade nicht als Alternative zum natürlichen, medizinisch und menschlich begleiteten Sterben. Unter Berufung auf Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes (GG) entscheidet er sich stattdessen für Maßnahmen zur »Stärkung der Autonomie auch am Ende des Lebens« und zum »Schutz der Selbstbestimmung«. Hier, in Artikel 1 Absatz 1 GG, findet sich auch die zentrale Aussage des Grundgesetzes zur Unantastbarkeit der Menschenwürde: »Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt«. Artikel 1 Absatz 2 GG leitet sodann aus diesem Achtungs- und Schutzauftrag ein Bekenntnis zu den »unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten« ab. Die angestrebte Kultur der Würde am Lebensende wird hier auf doppelte Weise charakterisiert. Sie wird erstens über den Bezug zum Grundgesetz implizit an eine spezifische menschen- und verfassungsrechtlich geprägte Würdekonzeption gekoppelt, deren zentrale Idee die Unveräußerlichkeit der Menschenwürde und ihre Funktion als Fundament der Menschen- und Grundrechte ist.⁹ Zweitens werden »Autonomie« und »Selbstbestimmung« am Lebensende als zentrale Aspekte dieser Kultur der Würde hervorgehoben.

Um eine solche »Kultur der Würde am Ende des Lebens« zu entwickeln, bedarf es auf inhaltlich-konzeptioneller, strukturell-organisatorischer, gesundheits- und gesellschaftspolitischer Ebene allerdings noch erheblicher Anstrengungen. Hinsichtlich der notwendigen Versorgungsstrukturen hatte Lukas Radbruch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, bereits vor der Verabschiedung des Gesetzes zur Hospiz- und Palliativversorgung auf einige Schwachstellen desselben hingewiesen.

8 Deutscher Bundestag (2015a), 9, ebenso die beiden folgenden Zitate.

9 Zur juristischen Debatte um den Stellenwert der Menschenwürde im Grundgesetz als »Grundsatz« oder subjektives, einklagbares Recht vgl. Anderheiden (2012), 214–215. Zur Menschenwürde als Fundament des menschenrechtlichen Universalismus vgl. Bielefeldt (2016) und Joerden et al. (2013).

Gestorben werde »auch in anderen Abteilungen im Krankenhaus, eben nicht nur in der guten Versorgung einer Palliativstation«. Die »allgemeine Palliativversorgung in den normalen Krankenhausstationen« bleibe aber, obwohl sie »oft nicht funktioniert« im Gesetzentwurf unberücksichtigt.¹⁰ Nachbesserungsbedarf gebe es auch bei der Qualitätssicherung der geplanten Ausweitung der Palliativversorgung in Alten- und Pflegeheimen. »Es sind schon viele, die eine Palliativversorgung brauchen würden. Es gibt Untersuchungen, die zeigen, dass in Pflegeeinrichtungen fast zwei Drittel der Menschen im ersten Jahr nach dem Einzug versterben. Und tatsächlich sind die Pflegeheime einer der weißen Flecken auf der Landkarte der Palliativversorgung.«¹¹

Auch in der Plenardebatte des Bundestags am 5. November 2015 wurde deutlich, dass das neue Gesetz zur »Hospiz- und Palliativversorgung« lediglich einen Anfang bildet, auf den es aufzubauen gilt. So räumte der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach (*SPD*) ein: »Das kann aus meiner Sicht nur ein wichtiger, weiterer Schritt im Aufbau der Palliativmedizin sein. Damit wird der Bedarf bei weitem nicht gedeckt. Das gebe ich an dieser Stelle offen zu. Aber wir müssen dieses System langsam aufbauen, eine bessere Qualität erreichen und mehr Geld in die Hand nehmen.«¹² Elisabeth Scharfenberg (*Bündnis 90/Die Grünen*) mahnte an: »Das Hospiz- und Palliativgesetz ist ein Schritt auf dem Weg zu einer guten Hospiz- und Palliativversorgung. Es ist ein Schritt, den wir gehen müssen, und es ist wichtig, diesen Schritt weiterzugehen. Wir legen jetzt erst einige Meter zurück; aber einige Kilometer Wegstrecke liegen noch vor uns.«¹³ Von der Festschreibung der Palliativversorgung am Lebensende als Menschenrecht, wie es *Die Linke* in ihrem Entwurf¹⁴ forderte, ist die aktuelle Politik demnach noch weit entfernt. Das gilt für Palliativstationen in den Krankenhäusern und Teams der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV), die Schwerkranke und Sterbende mit besonders komplexen Symptomen und Problemen, die einer aufwändigen Versorgung bedürfen, behandeln und begleiten. Es gilt in noch stärkerem Maße für die Allgemeine

10 Radbruch (2015).

11 Zitiert aus Schröder/Zerback (2016), o. S.

12 Deutscher Bundestag (2015c), 12890 D.

13 Ebd., 12891 D.

14 Fraktion Die Linke (2015).

Ambulante Palliativversorgung (AAPV), welche die ärztliche und pflegerische Versorgung sowie die psychosoziale und gegebenenfalls spirituelle Begleitung der weitaus größeren Bevölkerungsgruppe am Lebensende gewährleisten soll und nach aktueller Gesetzeslage zwar Bestandteil der Regelversorgung sein sollte, aber bisher nicht als Leistung – und somit nicht dem Aufwand entsprechend – erlösrelevant ist. Das »Recht auf Gesundheit« schließt aber jede palliative Versorgung am Lebensende ein.¹⁵ Hier ist der Staat dazu verpflichtet, die entsprechende Versorgungsstruktur zügig auszubauen und einen diskriminierungsfreien Zugang zu ermöglichen.

Dass Menschen – auch angesichts demographischer Entwicklungen und neuer medizinischer Möglichkeiten der Lebensverlängerung – ihre letzte Lebensphase und ihr Sterben ohne vermeidbares physisches und psychisches Leiden und unter Respekt ihrer Würde erleben können, ist eine Herausforderung, die sich nur in multidisziplinärer Perspektive und in interdisziplinärer Zusammenarbeit angehen lässt. Es liegt daher nahe, die durch die verabschiedeten Gesetze angestrebten Verbesserungen aus der Perspektive unterschiedlicher Wissens- und Praxisfelder konstruktiv und kritisch zu begleiten.

Wie könnte eine Kultur des Respekts der Würde und der Selbstbestimmung am Lebensende aussehen? Welche Autonomie-Konzepte bieten sich zur Umsetzung in die Praxis an, und welchen Beitrag können die Menschenrechte auf konzeptioneller, inhaltlich-philosophischer ebenso wie auf politisch-rechtlicher Ebene dazu leisten? Welche gemeinsamen Schnittstellen und Wechselwirkungen ergeben sich durch eine stärkere Vernetzung der zunehmend spezialisierten Fachdiskurse zum Lebensende?

Die im vorliegenden Band versammelten Beiträge suchen Antworten auf diese Fragen. Sie fokussieren aus unterschiedlichen disziplinären Blickrichtungen auf Probleme, Herausforderungen und Lösungsansätze zur Verbesserung der Betreuung Schwerkranker und Sterbender am Lebensende. Sie tun dies unter besonderer Berücksichtigung der »Autonomie« und der Menschenrechte.

15 Vgl. UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (2000) und Bielefeldt in diesem Band.

AUTONOMIE, MENSCHENWÜRDE, MENSCHENRECHTE

Wenn von Autonomie am Lebensende die Rede ist, so zumeist in Debatten darüber, ob es ein Recht terminal Kranker und Sterbender auf einen (ärztlich) assistierten Suizid oder gar auf Tötung auf Verlangen gibt. Diese Kontroverse wird im vorliegenden Band nicht geführt, wenn auch einige Beiträge darauf Bezug nehmen. Ebenso wenig geht es um Möglichkeiten und Herausforderungen der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht als Instrumente zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende.¹⁶ Stattdessen konzentrieren sich die Beiträge auf spezifische Möglichkeiten, Autonomie und Selbstbestimmung am Lebensende zu fördern, und fragen nach Formen ihrer menschenrechtlichen Fundierung. Auf eine einheitliche Verwendungsweise des Autonomie-Begriffs wurde bewusst verzichtet, da es darum ging, das breite Spektrum seines Gebrauchs, aber auch das Potenzial des Begriffs für einen menschenwürdigen Umgang mit dem Lebensende zu erkunden. Daher folgt an dieser Stelle ein problemorientierter Einblick in die medizinethisch und menschenrechtlich relevanten Autonomie-Konzepte, wobei insbesondere die Schnittstellen zwischen diesen Wissensfeldern ausgeleuchtet werden sollen.

Mit der inhaltlichen Ausrichtung »Autonomie und Menschenrechte« am Lebensende knüpft der Band an diejenige Forschung zum Thema Sterben an, die sich in den letzten Jahren gleichfalls aus interdisziplinärer Perspektive ausführlich den Themenschwerpunkten »Sterben und Menschenwürde«, »Menschenwürde am Lebensende«, »Autonomie und Menschenwürde am Lebensende«¹⁷ gewidmet hat. Die Profilierung der *Menschenrechte* gegenüber der einseitigen Betonung der Würde und die Stärkung von nicht auf empirische Selbstbestimmungsfähigkeit reduzierbaren oder gar leistungsabhängigen Autonomie-Konzeptionen sollen dazu beitragen, medizinethische und menschenrechtliche Fragestellungen stärker als bisher systematisch zu verschränken.

16 Zum Einfluss verschiedener Konzeptionen von Autonomie und Fürsorge auf den Umgang mit Patientenverfügungen vgl. Platzer (2010).

17 Neben dem einschlägigen Handbuch zum Thema Sterben und Menschenwürde Anderheiden/Eckart (2012) vgl. auch Rothhaar (2015) und Körtner (2013) sowie Wittwer et al. (2010).

Die Begriffe »Autonomie« und »Menschenwürde« sind Kernelemente sowohl in der Biomedizin und Medizinethik als auch des Menschenrechtsdiskurses. Dabei scheint in vielen bio- und medizinethischen Debatten der Autonomie-Begriff stärker verankert zu sein, während sich die Menschenwürde vor allem über ihre Bedeutung als Fundament der internationalen Menschenrechte profiliert hat. Beide Begriffe sind durch eine offene, eher unscharfe Semantik gekennzeichnet – nicht etwa weil sie generell nicht klar definiert würden, sondern weil sie je nach theoretischem Ansatz und disziplinärer Ausrichtung unterschiedlich gefasst werden. Diese Bedeutungsvielfalt innerhalb und zwischen einzelnen Fachdiskursen macht nicht nur die Problematik, sondern auch das produktive Potenzial dieser Begriffe aus – und zwar insbesondere dort, wo in Phasen des Umbruchs und der Neuorientierung innerhalb einzelner Disziplinen Begriffe und Konzepte zwischen den Disziplinen ausgetauscht werden. Für die Zusammenführung medizinethischer und menschenrechtlicher Fragestellungen – und darum geht es im vorliegenden Band – sind die folgenden Austauschprozesse zwischen medizinethischen und menschenrechtlichen Diskursen relevant.

Jenseits seiner philosophischen Tradierung spielt der Autonomie-Begriff in der Bio- und Medizinethik eine zentrale Rolle. Eingeführt als Alternative zum paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis, auch angesichts zunehmender Möglichkeiten der Hochleistungsmedizin, galt die Patientenautonomie, gestärkt durch die Gesetze (§ 630d BGB und § 1901a BGB) zur Einwilligung nach erfolgter Aufklärung (»informed consent«) und zur Patientenverfügung sowie theoretisch profiliert etwa in dem einflussreichen Band zur Prinzipienethik von Beauchamp und Childress,¹⁸ über Dekaden als medizin- und bioethisches Leitprinzip.¹⁹ Diese Konzeption des Autonomie-Begriffs hat sich in den letzten Jahren insbesondere hinsichtlich seiner Anwendbarkeit auf Fragen des Lebensanfangs und Lebensendes als problematisch herausgestellt. Kennzeichnend für die aktuelle Unzufriedenheit in der Bio- und Medizinethik mit einem auf rationale Selbstbestimmung reduzierten Autonomie-Begriff ist die Bestandsaufnahme aus Felix

18 Beauchamp/Childress (2013), die Erstauflage ihrer *Principles of Biomedical Ethics* erschien 1979.

19 Baranzke (2013), 635–650. Diese Darstellung ist problemorientiert verkürzt. Zur Vielfältigkeit der Autonomie-Konzepte auch in der Medizin- und Bioethik siehe Illhardt (2008), Härle (2012) und Wiesemann/Simon (2013).

Thieles²⁰ Einführung in den ersten Teil des interdisziplinären Handbuchs *Menschenwürde und Medizin*.²¹ Thiele bezweifelt, dass »der Medizinethik mit den etablierten Konzepten, allen voran dem Prinzip der Autonomie, die geeigneten Mittel für die Bewältigung der anstehenden Debatten zur Verfügung stehen«. ²² Als Beispiel für die innere Sinnengrenze des Autonomie-Begriffs führt er die Situation Demenzkranker an: »Ein im Endstadium Demenzkranker ist aufgrund fehlender Autonomie genauso wenig dazu in der Lage, seinen Willen kundzutun, wie ein Embryo«. Als Alternative zu diesem in bioethischer Theorie auf die rationale Selbstbestimmung reduzierten Autonomie-Begriff präsentiert Thiele – mit explizitem Verweis auf den Gebrauch im menschenrechtlichen Kontext – den Begriff der Menschenwürde.²³ »Und tatsächlich scheint es doch [...] überzeugender zu sein, über die Würde eines Demenzkranken, eines Menschenaffen oder eines Embryos zu sprechen, wo es keinen Sinn macht, über deren Autonomie zu diskutieren«. Felix Thiele zufolge werde daher die Menschenwürde »als Leitmotiv und zentrale Begründungsinstanz der praktischen Philosophie und Bioethik [...] das Mantra der Autonomie verdräng[en]«.

Einen etwas anderen Weg schlagen Heike Baranzke und Gunnar Duttge in ihrem 2013 erschienenen Band *Autonomie und Würde: Leitprinzipien in Bioethik und Medizinrecht* und Markus Rothhaar in seinem Aufsatz »Autonomie und Menschenwürde am Lebensende« ein.²⁴ Gleichfalls unzufrieden mit dem auf Selbstbestimmung reduzierten Autonomie-Begriff, knüpfen auch sie am menschenrechtsphilosophischen Würdebegriff an. Indem sie in ihren Begriffsexplikationen die Abhängigkeit des Würdebegriffs von der jeweiligen Autonomie-Konzeption herausstellen, versuchen sie jedoch zugleich die Autonomie für die Medizinethik durch einen Rückgriff auf Immanuel Kants transzendente Autonomie-Konzeption für die Bio- und Medizinethik zu rehabilitieren. Trotz dieser Ansätze zur Reformulierung bleibt die Auseinandersetzung um den Autonomie-Begriff am Lebensende an die Debatte um den assistierten Suizid und die Tötung auf Verlangen

20 Thiele (2013).

21 Joerden et al. (2013).

22 Thiele (2013), 13, ebenso das folgende Zitat.

23 Ebd., 14, ebenso die folgenden Zitate. Zur menschenrechtlichen Konzeption des Würdebegriffs in der Bioethik vgl. auch Knoepffler (2004).

24 Baranzke/Duttge (2013b); Rothhaar (2015).

gebunden. Deshalb wird dort, wo es um die Gestaltung des Lebensendes geht, meist der Begriff der Menschenwürde dem der Autonomie vorgezogen.²⁵

Im menschenrechtlichen Kontext kommt dem Begriff der Menschenwürde bereits im Gründungsdokument der Menschenrechte, in der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* (1948), eine tragende Rolle zu. Entsprechend prominent vertreten ist er seither sowohl in der Menschenrechtsphilosophie als auch in internationalen Menschenrechtsdokumenten und einigen nationalen Verfassungen sowie in der rechtswissenschaftlichen Literatur. Obwohl das Recht auf Selbstbestimmung als Manifestation der »Achtung der Würde des Menschen als Verantwortungssubjekt« zur Begründungsfigur der Menschenrechte als Freiheitsrechte gehört, wird der Begriff der Autonomie erst durch seine prominente Platzierung in der UN-Behindertenrechtskonvention (2006) zu einem menschenrechtspolitischen Leitbegriff.²⁶ Es erscheint allein aufgrund der zentralen Bedeutung von Medizin und Medizinethik für Menschen mit Behinderungen, dass die Nähe, wenn nicht oft sogar Gleichsetzung von individueller Autonomie einerseits und empirischer Selbstbestimmung andererseits vielleicht allzu starke Anleihen beim medizinethischen Konzept der Patientenautonomie macht. Stärker als dies in den medizinethischen Konzepten der Patientenautonomie der Fall ist, wird hier allerdings – in Verbindung mit der Forderung nach gesellschaftlicher Inklusion – ein besonderes Augenmerk auf die weitreichenden Unterstützungsleistungen gelegt, die Menschen mit Behinderungen benötigen, um innerhalb der Gesellschaft autonom bzw. selbstbestimmt leben zu können.

25 Vgl. hierzu Körtner, der das Recht auf Selbstbestimmung als Implikat der Menschenwürde begreift, aus der sich allerdings kein Menschenrecht auf Suizid herleiten ließe. Körtner wendet sich dabei sowohl gegen ein auf Unabhängigkeit und Autarkie hin ausgerichtetes Autonomiekonzept im Kontext der Sterbehilfedebatte als auch gegen eine einseitige Konzentration auf die Förderung selbstbestimmten Sterbens durch Patientenverfügungen. Vgl. Körtner (2013), insbesondere 671 und 683.

26 Ich folge hier den Ausführungen von Bielefeldt (2016), 32–36 zur Bedeutung der individuellen Autonomie im Kontext des Behindertenrechts.

AUTONOMIE UND MENSCHENRECHTE AM LEBENSENDE

Die Neukonzeption des Autonomie-Begriffs im menschenrechtlichen Kontext, die Verschränkung von Autonomie und Menschenwürde und die Suche nach einer umfassenden Lesart der Autonomie in der Medizinethik rechtfertigen Versuche, den Autonomie-Begriff für das Lebensende in neuer Weise »fruchtbar zu machen«. Dies geschieht im vorliegenden Band auf drei Ebenen.

Im *stärker theoretisch ausgerichteten ersten Teil* arbeitet Jan Peter Beckmann (Philosophie und Medizinethik) aus ethischer Sicht die Kriterien und Vorzüge eines an Immanuel Kant anknüpfenden Autonomie-Begriffs (Selbstgesetzlichkeit) für den Umgang mit dem Lebensende heraus. Dabei unterscheidet er klar zwischen der *Autonomie* als einem »den Menschen mit Notwendigkeit auszeichnende[n] Prinzip«, der *Selbstbestimmung* als einem auf diesem Prinzip basierenden Recht und *Akten der Selbstbestimmung*. Autonom ist somit jeder Mensch in allen Lebenslagen und -phasen gleichermaßen, denn die Autonomie ist nicht an empirische Fähigkeiten und Leistungen gebunden. Zu fördern und zu stärken bleibt die konkrete Manifestation der Autonomie in der Selbstbestimmung, die für viele Individuen am Lebensende durchaus stark eingeschränkt sein oder gar mehr oder weniger vollständig ausfallen kann. Ein sich auf diese Konzeption von Autonomie berufendes Menschenbild fördern, so Beckmann, den Respekt und die Achtung vor der prinzipiellen Unverfügbarkeit des Menschen und laufe nicht Gefahr, fehlende Selbstbestimmungsfähigkeit durch Fremdbestimmung – beispielsweise durch übergriffige, falsch verstandene Fürsorge oder durch Handlungen, die gegen den expliziten oder impliziten Willen des Betroffenen gerichtet sind – zu kompensieren. *Caroline Welsh* (Literatur- und Kulturwissenschaft) greift die von Beckmann ausgearbeitete Begrifflichkeit auf, konzentriert sich jedoch auf die empirische Seite des Begriffspaars und fragt nach konkreten Formen der Selbst- und Fremdbestimmung im Rahmen ärztlicher Sterbebegleitung. Die exemplarische Gegenüberstellung zweier Sterbeszenen aus Thomas Manns Familienroman *Buddenbrooks* zeigt, dass die Vorstellung eines guten, selbstbestimmten Sterbens hier als ein Sterben *in medico absente* dargestellt wird. Die Anwesenheit von Ärzten, die einer kurativen Medizin und der Lebenserhaltung um jeden Preis verpflichtet sind, wird demgegenüber bereits um 1900 als

fremdbestimmtes Sterben erlebt und in ihren negativen Auswirkungen auf den Sterbeprozess dargestellt.

Etwas anders stellt sich der Autonomie-Begriff in den stärker aus der Menschenrechtsperspektive argumentierenden Beiträgen (Bielefeldt, Hirschberg, Radtke) dar. Hier übernimmt der Begriff der Menschenwürde die Funktion von Beckmanns Autonomie-Begriff: Sie ist – ebenso wie die Autonomie bei Beckmann – unveräußerlich, leistungsunabhängig, nicht abstuftbar und garantiert so die Unhintergebarkeit des Achtungsanspruchs eines jeden Menschen als Verantwortungssubjekt (Bielefeldt). Damit entfällt in diesen Ansätzen die Notwendigkeit, streng zwischen den Begriffen Autonomie und Selbstbestimmung zu unterscheiden. So überträgt *Heiner Bielefeldt* (Philosophie und Menschenrechte) den Begriff der »relationalen Autonomie«, wie er im Rahmen der Behindertenrechtskonvention entwickelt wurde, auf die Situation am Lebensende. Autonomie ist hier ein Beziehungsbegriff, der darauf verweist, dass jeder Mensch der Unterstützung durch Andere bedarf, »um selbstbestimmt leben zu können«. Dies sei bei Menschen mit Behinderungen, bei schwerer Krankheit und am Lebensende lediglich in stärkerem Maße der Fall. Die Förderung einer so verstandenen Autonomie ist damit eine menschenrechtspolitische Konsequenz neben anderen – im Beitrag ebenfalls aufgezeigten – Menschenrechtsansprüchen am Lebensende. Dazu gehört u.a. die Gewährleistung der Palliativversorgung im Rahmen des Menschenrechts auf Gesundheit. *Marianne Hirschberg* (Disability Studies und Gesundheitswissenschaften) geht der Frage nach, welche Theorien der Disability Studies und Erfahrungen aus der Behindertenrechtsbewegung auf das Lebensende übertragbar sind. Dieser Fragestellung ist der *dritte Teil des Bandes* gewidmet, der neben dem Beitrag Hirschbergs auch ein Interview mit Dinah Radtke zur Lebensqualität und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen enthält. Ausgehend vom Konzept der Fragilität des Körpers, das Behinderungen, Beeinträchtigungen und Unterstützungsbedürftigkeit bezogen auf die gesamte Lebenszeit eher als Norm denn als Ausnahme betrachtet, entwickelt Hirschberg das Modell der »persönlichen Assistenz« als Lösungsansatz auch für die Stärkung der Selbstbestimmung am Lebensende. Dabei konzentriert sie sich auf Möglichkeiten und Ziele konkreter Förderung autonomer Entscheidungen im Alltag. Sowohl Bielefeldt als auch Hirschberg betonen die Bedeutung gesellschaftlicher Inklusion für die Realisierung eines selbstbestimmten Lebens auch am Lebensende; beide beziehen zudem Position ge-

gen die Vorstellung von Hilfsbedürftigkeit als Defizit. Bielefeldt wendet sich dabei insbesondere gegen neoliberal verengte Autonomiekonzepte, Hirschberg gegen die Bevormundung »beeinträchtigter Menschen, die Pflege und Unterstützung erhalten«, im »klassischen Pflegesystem«.

Unabhängig davon, wie der Begriff der Autonomie im Einzelnen gefasst wird, ist allen Beiträgen gemeinsam, dass sie die Gefahr einer »fremdbestimmenden« falsch verstandenen Fürsorge (Beckmann) nicht durch die Konstruktion von »Autonomie und Fürsorge« als Gegensatzpaar (Bielefeldt) abzuwenden suchen, sondern Fürsorge »in den Dienst der Patientenautonomie« (Rabe) stellen. Das Postulat einer jedem Menschen kraft seines Menschseins inhärenten Auszeichnung – sei es das der Menschenwürde oder der Selbstgesetzgebung (Autonomie) – dient der Sicherung der Achtung auch des in seinen Leistungen eingeschränkten und der Hilfe Bedürftigen als Verantwortungssubjekt und baut seiner Reduzierung auf den Status eines zu pflegenden Objekts vor.

Den blinden Flecken medizinethischer Diskurse und öffentlicher Debatten zum Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende geht *Oliver Tolmein* aus der Perspektive eines praktizierenden Fachanwalts für Medizinrecht nach. Wo greifen Leistungsregulierungen und -begrenzungen gesetzlicher Krankenkassen – verdeckt oder dem Betroffenen schmerzlich bewusst – in das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen über seine medizinische Versorgung bei schwerer Krankheit und am Lebensende ein? Tolmein macht darauf aufmerksam, dass – von der Öffentlichkeit unbeachtet – ökonomische Steuerungsstrategien erarbeitet werden und in kleinem Kreise Diskussionen über die Allokation eines doch beachtlichen Volumens finanzieller Mittel stattfinden. Er benennt Gründe, warum das neue Hospiz- und Palliativgesetz nicht ausreicht, um die notwendigen Rahmenbedingungen für eine angemessene Versorgung am Lebensende zu gewährleisten und zeigt anhand von Beispielen verweigerter Kostenübernahme von Off-Label-Medikamenten in der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung Praktiken verdeckter Rationierung auch in ihrer Konsequenz für die Betroffenen. Tolmeins Beitrag deckt zudem wenig reflektierte Zusammenhänge zwischen Ökonomisierungsstrategien und der ideologisch aufgeladenen öffentlichen Debatte über Sterbehilfe auf. Hier stellt sich die Frage, ob die Emphase des Rechts auf Selbstbestimmung über Todesart und -zeitpunkt das Nachdenken darüber verhindert, dass womöglich ökonomische und ge-

sundheitspolitische Bedingungen die Entscheidung für einen (assistierten) Suizid in erheblichem AusmaÙe bedingen.

Mangelnde Aufklärung der Bevölkerung über verschiedene Formen der »Sterbehilfe« und die Angst vor einem einsamen, qualvollen und fremdbestimmten Sterben benennt auch der medizinethische Beitrag von *Constanze Hübner* und *Andreas Frewer* als mögliche Gründe für das Interesse der deutschen Bevölkerung an »aktiver Sterbehilfe«. Die Autoren definieren »Sterbehilfe« als Oberbegriff, der alle Formen der Sterbehilfe – aktive, Sterbehilfe, passive Sterbehilfe, indirekte Sterbehilfe (auch palliative Sedierung) – sowie Sterbebegleitung umfasst. Die Ergebnisse einer auf Fragebögen basierenden Umfrage in der deutschen Bevölkerung zu verschiedenen Formen der Sterbehilfe zeigen, dass die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe dort am höchsten ist, wo der Kenntnisstand nicht ausreicht, um verschiedene medizinische Maßnahmen am Lebensende der aktiven, passiven oder indirekten Sterbehilfe zuzuordnen. Die empirische Untersuchung zeigt, dass bei differenzierter Aufklärung auch die breite Bevölkerung keineswegs Konzepte aktiver Sterbehilfe favorisiert, wie das manche demoskopische Untersuchungen immer wieder naheulegen scheinen. Der Beitrag ergänzt denjenigen des Palliativmediziners *Christoph Ostgathe*, der aufgrund ähnlicher Verwirrungen u.a. auch bei Betreuungsrichtern für eine Abkehr von dieser Begrifflichkeit zugunsten der vom Ethikrat bereits 2006 vorgeschlagenen Begriffe plädiert, diese klar definiert und hinsichtlich der rechtlichen Situation in verschiedenen Ländern abklärt. Ein weiterer Beitrag beschäftigt sich mit wenig bekannten Problemen des assistierten Suizids in der Schweiz. *Christine Bartsch* berichtet von ihren Erfahrungen als Rechtsmedizinerin bei verpflichtend durchzuführenden Legalinspektionen nach erfolgter Suizidassistenz durch Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz. Anhand verschiedener Fallbeispiele gibt sie Einblick in die Problemfelder der aktuellen Praxis der Suizidassistenz in der Schweiz, die über den Schweizer Kontext hinaus auf potenzielle Gefahren durch das Agieren organisierter Sterbehilfevereine verweisen. Dazu gehören Schwierigkeiten bei der Ermittlung der Todesart und Todesursache sowie unvollständige oder auch widersprüchliche Dokumentationen in den bei der Inspektion vorgelegten medizinischen Dokumenten – beispielsweise über die auch in der Schweiz als Voraussetzung für eine Suizidassistenz geforderte Urteilsfähigkeit. Der Beitrag macht damit auch auf das reichhaltige, bisher kaum

aufgearbeitete Quellenmaterial rechtsmedizinischer Analysen und Fallakten aufmerksam.

Schwerpunktthema des *zweiten Teils* ist die Frage, wie ein humanes, menschenwürdiges Sterben sich in der Praxis trotz »zeitlicher, räumlicher, institutioneller und krankenhaus-hierarchischer Bedingungen« (Gahl) vor dem Hintergrund der zunehmenden Hospitalisierung, Rationalisierung und Medikalisierung des Sterbens verwirklichen lässt. Mit Blick auf das Verhältnis zwischen Kranken, Sterbenden und Ärzten (Gahl) bzw. Pflegenden (Rabe) wird hier die Tragfähigkeit und Produktivität von Beckmanns Fassung des Begriffspaares Autonomie/Selbstbestimmung auch für die Praxis deutlich. Der Internist *Klaus Gahl* erinnert daran, dass ärztliche Sterbebegleitung in der »gemeinsamen menschlichen Grund- und Grenzerfahrung der Sterblichkeit verankert ist« und präsentiert eine Bandbreite menschlicher Grenzerfahrungen für den Sterbenden ebenso wie für den Arzt. Gegen die Gefahren eines verarmten Umgangs mit Kranken und Sterbenden im Klinikalltag, beispielsweise durch den Verlust empathischer Zuwendungsfähigkeit und mangelnder, zum Teil mangelhafter Kommunikation setzt er drei Maximen ärztlichen Handelns: (1) die Achtung der Person des Gegenübers, seiner Würde und seines Selbstbestimmungsrechts auch in Extremsituationen; (2) die »Achtung der Autonomie und der Menschenwürde auch bei eingeschränkter oder aufgehobener Selbstbestimmungsfähigkeit« und (3) die »Achtung der Subjekthaftigkeit« des kranken und sterbenden Menschen. Auch am Lebensende und im Sterben sei der Mensch noch »leibliches Zentrum seiner Empfindungen und Erlebnisse«, reagiere auf Zuwendung, auf Berührung und auf die Art, wie allgemein mit ihm umgegangen werde. Diese Maximen werden anhand verschiedener Grenzerfahrungen mit Blick auf ihre Umsetzung in spezifischen Situationen erläutert. »[G]enügend Zeit und Raum auch für menschliche Zuwendung und Kommunikation« erweist sich hier als unabdingbare Voraussetzung. *Marianne Rabe* (Pflegerwissenschaften) betont ebenfalls die Bedeutung einer sich auf die Person des Gegenübers einlassenden Kommunikation. Wichtig sei diese nicht nur zwischen Pflegern und zu Pflegenden, sondern auch zwischen Pflegenden und Ärzten. Rabe versteht Autonomie gleichfalls als »grundsätzliches Potenzial des Menschen zur Selbstbestimmung und damit als Grundlage der Würde«, verwendet den Begriff allerdings auch im Kontext der Patientenautonomie im Sinne des Rechts auf Selbstbestimmung. Anhand exemplarischer Problemfelder in der Pflege zeigt sie wo – durch die

Konstruktion eines scheinbaren Konflikts zwischen Patientenautonomie und Fürsorge – im täglichen Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden das Selbstbestimmungsrecht ignoriert und die Würde Schwerkranker und Sterbender verletzt wird. Die Verantwortung für eine »respektvolle Grundhaltung« gegenüber den zu Pflegenden liege allerdings nicht allein bei den einzelnen Mitarbeitern. Ihre »fachlichen und moralischen Handlungsspielräume« würden von den Strukturen des Gesundheitswesens und den Institutionen, in denen sie arbeiten, mitbestimmt. Damit lenkt Rabe den Blick auf die organisationsethische Dimension einer menschenwürdigen Gestaltung des Lebensendes und zeigt auf dieser Ebene verschiedene Lösungsmodelle auf.

In den Beiträgen von *Klaus Gahl* und *Christoph Ostgathe* wird ein weiteres, für Menschen am Lebensende existenziell wichtiges, aber in der Medizinethik immer noch zu wenig berücksichtigtes Thema angesprochen: die Frage nach dem Umgang mit der Diagnose der Unheilbarkeit einer tödlich verlaufenden Krankheit. Beide sehen hier besondere Herausforderungen sowohl für den Patienten und sein soziales Umfeld als auch für den behandelnden Arzt und zeigen vor unterschiedlichem theoretischem Hintergrund wie eine »empathische Diagnosemitteilung« (Ostgathe), die Übermittlung dieser »Wahrheit angesichts des Lebensendes« (Gahl), im Detail aussehen könnte. Dies in eine gelingende Arzt-Patienten-Beziehung zu integrieren, ist umso wichtiger, da es starke empirische Hinweise darauf gibt, dass die Suizidrate in der Zeit nach der Mitteilung der Diagnose, z.B. einer (potenziell) unheilbaren Krebserkrankungen, deutlich ansteigt. Hier sollte – neben der behutsamen Diagnosemitteilung – auf Grundlage realistischer Therapieziele immer Raum für Perspektive und Hoffnung bleiben (Ostgathe).

Danksagung

Für die Förderung des Projekts wie auch der Tagung »Autonomie und Menschenrechte am Lebensende«²⁷ sei der Emerging Fields Initiative an der FAU Erlangen-Nürnberg herzlich gedankt. Allen Autorinnen und Autoren des vorliegenden Bandes möchten wir für ihre Beiträge wie auch die geduldige und umfangreiche Redaktionsarbeit Dank sagen. Dipl.-Polit. Sabine Klotz vom Lehrstuhl für Menschenrechte und Menschenrechtspoli-

27 Tagungsberichte von Schendel sowie Trum/Stowasser: <http://www.efi.fau.de>.

tik sei für ihren engagierten Einsatz und ihre große Unterstützung herzlich gedankt. Cornelia Geisler, B.A. und Frauke Scheller, M.A. von der Professur für Ethik in der Medizin danken wir für die Formatierung der Beiträge und die Erstellung der Gesamtdatei.

LITERATUR

- Anderheiden, Michael (2012): »Die Menschenwürde beim Sterben erhalten: Rechtliche Bedingungen«, in: Anderheiden/Eckart (2012), Bd. 1, 213–236.
- Anderheiden, Michael/Eckart, Wolfgang U. (Hg.) (2012): *Handbuch Sterben und Menschenwürde*, 3. Bde., Berlin: De Gruyter [De Gruyter-Handbuch].
- Baranzke, Heike (2013): »Menschenwürde und Pflege: Sozial, handlungs- und handlungsethische Dimensionen«, in: Joerden et al. (2013), 635–650.
- Baranzke, Heike/Duttge, Gunnar (Hg.) (2013a): *Autonomie und Würde: Leitprinzipien in Bioethik und Medizinrecht*, Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Baranzke, Heike/Duttge, Gunnar (2013b): »Autonomie und Würde als Leitprinzipien in Bioethik und Medizinrecht«, in: Baranzke/Duttge (2013a), 11–29.
- Beauchamp, Tom L./Childress, James F. (2013): *Principles of Biomedical Ethics*, 7. Auflage, Oxford, New York: Oxford University Press.
- Bielefeldt, Heiner (2016): »Der Menschenrechtsansatz im Gesundheitswesen. Einige Grundsatzüberlegungen«, in: Frewer/Bielefeldt (2016), 19–56.
- Deutscher Bundestag (2015a): »Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung«, BT-Drs. 18/5373, 1.07.2015, Online: dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805373.pdf [29.07.2016].
- Deutscher Bundestag (2015b): »Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) vom 1. Dezember 2015«, BGBl. (Bundesgesetzblatt) I 2015, 2114, Online: www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung.html [29.07.2016].

- Deutscher Bundestag (2015c): »Stenografischer Bericht der 133. Sitzung der 18. Wahlperiode«, Plenarprotokoll 18/133, 5. November 2015, Online: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btp/18/18133.pdf> [11.08.2016].
- Fraktion Die Linke (2015): »Antrag: Hochwertige Palliativ- und Hospizversorgung als soziales Menschenrecht«, BT-Drs. 18/5202, 16.06.2015, Online: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/052/1805202.pdf> [11.08.2016]
- Frewer, Andreas/Bielefeldt, Heiner (Hg.) (2016): *Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse* [Menschenrechte in der Medizin. Human Rights in Healthcare, Bd. 1.], Bielefeld: transcript.
- Härle, Wilfried (2012): »Patienten-Selbstbestimmung und ärztliche Fürsorge am Lebensende«, in: Anderheiden/Eckart (2012), Bd. 1, 539–554.
- Hoffmann, Thomas Sören/Knaup, Marcus (Hg.) (2015): *Was heißt: In Würde Sterben? Wider die Normalisierung des Tötens*, Wiesbaden: Springer.
- Illhardt, Franz Josef (Hg.) (2008): *Die ausgeblendete Seite der Autonomie. Kritik eines bioethischen Prinzips*. Münster: LIT-Verlag.
- Joerden, Jan/Hilgendorf, Eric/Thiele, Felix (Hg.) (2013): *Menschenwürde und Medizin. Ein interdisziplinäres Handbuch*, Berlin: Duncker & Humblot.
- Knoepffler, Nikolaus (2004): *Menschenwürde in der Bioethik*, Berlin: Springer.
- Körtner, Ulrich H. J. (2013): »Menschenwürde am Lebensende«, in: Joerden et al. (2013), 685–769.
- Parliamentary Assembly Council of Europe (1999): »Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying«, Recommendation 1418, Online: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722&lang=en> [29.07.2016].
- Platzer, Jörg (2010): *Autonomie und Lebensende. Reichweite und Grenzen von Patientenverfügungen*, Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Radbruch, Lukas (2015): »Gestorben wir nicht nur in Hospizen«, Deutschlandfunk, Interview mit Christiane Kaess, 30.04.2015, Online: http://www.deutschlandfunk.de/palliativ-versorgung-gestorben-wird-nicht-nur-in-hospizen.694.de.html?dram:article_id=318542 [25.07.2016].

- Rothhaar, Markus (2015): »Autonomie und Menschenwürde am Lebensende. Zur Klärung eines umstrittenen Begriffs«, in: Hoffmann/Knaup (2015), 101–114.
- Schröder, Gerhard/Zerback, Sarah (2016): »Palliativ- und Hospizmedizin. Begleitung bis zum letzten Atemzug«, Deutschlandfunk, Beitrag v. 10.08.2016, Online: http://www.deutschlandfunk.de/palliativ-und-hospizmedizin-begleitung-bis-zum-letzten.724.de.html?dram:article_id=322819.
- Secretary General Report (2011): »United Nations General Assembly: Follow-up to the Second World Assembly on Ageing. Report of the Secretary-General«, UN-Doc A/66/173 Online: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/Pages/OlderPersonsIndex.aspx> [29.07.2016].
- Sethi, Dinesh/Wood, Sara/Mitis, Francesco/Bellis, Mark/Penhale, Bridget/Marmolejo, Isabel/Lowenstein, Ariela/Manthorpe, Gillian/Kärkiet, Freja (Hg.) (2011): »European report on preventing elder maltreatment« (WHO, Copenhagen, 2011), Online: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf [29.07.2016].
- Thiele, Felix (2013): »Einführung«, in: Joerden et al. (2013), 13–34.
- Tolmein, Oliver (2006): Keiner stirbt für sich allein. Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung, München: Bertelsmann.
- UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR) (2000): »CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)«, UN-Doc. E/C.12/2000/4, Online: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf> [11.08.2016].
- UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR) (2011): »Prüfung der Staatenberichte nach Artikel 16 und 17 des Paktes«, UN-Doc E/C.12/DEU/CO/5 7, Online: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/ICESCR/icescr_state_report_germany_5_2008_cobs_2011_de.pdf [8.08.2016].
- Wiesemann, Claudia/Simon, Alfred (Hg.) (2013): *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*, Münster: mentis.
- Wittwer, Héctor/Daniel, Schäfer/Frewer, Andreas (Hg.) (2010): *Sterben und Tod: Geschichte – Theorie – Ethik. Ein interdisziplinäres Handbuch*, Stuttgart: Metzler.