

**Defizite in der „arztethischen Konsensbildung“ (?)  
oder die Suche nach dem „Wir“!**

Mit Spannung dürfen die Diskursteilnehmer, auch solche, denen keine öffentliche Plattform geboten werden soll, auf den kommenden 114. Deutschen Ärztetag, der in der Zeit vom 31.05. bis 03.06.2011 in Kiel stattfinden wird, blicken.

Es steht zu erwarten an, dass auf dem Ärztetag nicht „nur“ über bedeutsame arztethische (Wert-)Haltungen debattiert und im Zweifel entschieden wird, sondern dass gleichsam auch Beschlüsse einiger zurückliegender Deutscher Ärztetage dergestalt revidiert werden, in dem diese sich nicht mehr als zeitgemäß erweisen.

Die Liberalisierung des ärztlichen Berufsrechts und hier näher die Möglichkeit, die ärztliche Suizidassistenz nicht mehr länger berufsrechtlich zu sanktionieren, steht ganz aktuell auf der Agenda und da mag es zweckmäßig sein, an den 112. Deutschen Ärztetag zu erinnern und hieran einige Nachfragen anzuknüpfen.

Aus der Eröffnungsrede des Präsidenten möchte ich zunächst folgende pars pro toto zitieren:

*„Wir Ärztinnen und Ärzte sind dem Leben verpflichtet, wir wollen Krankheiten heilen, Schmerzen lindern und den Menschen in ihrer ganz individuellen, in ihrer persönlichen Not beistehen, so gut es geht. Zum Leben gehört aber auch das Sterben. Unsere Aufgabe ist es, dann nicht nur Trost zu spenden, sondern mit den Mitteln der modernen Palliativmedizin die Lebensqualität unheilbar kranker Menschen bis zuletzt zu erhalten.“*

*Deshalb auch wenden wir uns mit aller Deutlichkeit gegen Überlegungen, die ärztliche Hilfe zum Sterben salonfähig zu machen.*

*(Beifall)*

*Da spielt es auch keine Rolle, ob die Möglichkeit eines assistierten Suizids nach geltendem Recht straffrei bleibt, denn jeder Suizidversuch, jeder Wunsch nach einem Suizid ist immer auch ein Hilfeschrei.*

*Nur extrem selten ist doch der Suizid eines Menschen wirklich frei verantwortlich. Weit mehr als 90 Prozent aller Suizide sind durch Depressionen verursacht, bedingt durch schwere Erkrankungen mit hohem Leidensdruck und oft auch mit wirtschaftlichen Belastungen und mit sozialer Einsamkeit, also auch mit Missverständenheit. Diese Menschen brauchen ärztlich-psychotherapeutische Hilfe und sie brauchen menschliche Nähe.*

*Da wirkt der 66. Deutsche Juristentag mit seiner Positionierung, ich möchte mal sagen, sehr distanziert, wenn er fordert, dass die Mitwirkung eines Arztes an einem Suizid eines unheilbar Kranken eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern sogar als ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung zu tolerieren sei.*

*Meine Damen und Herren, dieser Weg zerstört nicht nur unser Arztbild als Heiler, Helfer und Tröster – dieser Weg muss das Vertrauen der Patientinnen und Patienten und der Bevölkerung in die Ärzteschaft zerstören.*

*(Beifall)*

*Wir aber wollen eine gänzlich andere Richtung, wir wollen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender verbessert wissen. Und dazu brauchen wir mehr Palliativmedizin und endlich eine ausreichende Zahl von ambulanten und stationären Palliativdiensten. Dass sich die Bundesregierung und der Deutsche Bundestag da bereits angestrengt haben, erkennen wir hoch an. Hier ist weiterer Handlungsbedarf und nicht etwa in einer zweifelhaften Interpretation des Strafgesetzbuchs.*

*Wir Ärztinnen und Ärzte wollen keine Sterbegehilfen sein, auch wenn uns so mancher Rechtsgelehrter diese Rolle gerne zuschreiben möchte. Es widerspricht zutiefst Geist und Inhalt unseres ärztlichen Auftrags. Um es klar und deutlich zu sagen: Assistierter Suizid ist keine ärztliche Aufgabe und darf es auch niemals werden, liebe Kolleginnen und Kollegen.*

*(Beifall)<sup>1</sup>*

Wie wir zwischenzeitlich wissen, hat der Präsident der BÄK aktuell mit seinen Äußerungen zur Liberalisierung des ärztlichen Berufsrecht zu einigen Irritationen geführt und postwendend einige Kritiker auf den Plan gerufen, die auch aus den eigenen Reihen stammen.

Im Jahre 2009 jedenfalls konnte von einer allgemeinen Harmonie in Gestalt eines „Konsens“ ausgegangen werden, der sich wie folgt in dem Beschluss auf Antrag der Herren Windhorst, Voigt, Henke und Bodendieck (Drucksache VIII - 102) widerspiegelt:

*„I.*

*Ärztinnen und Ärzte stehen Sterbenden bei; sie leisten Hilfe im und beim Sterben, nicht Hilfe zum Sterben.*

*Der ärztlich assistierte Suizid wird abgelehnt. Das Gleiche betrifft die organisierte, gewerbliche bzw. kommerzielle Beihilfe zum Suizid durch sogenannte Sterbehilfeorganisationen.*

*II.*

*1. Die Mitwirkung eines Arztes oder einer Ärztin an einem Suizid widerspricht dem ärztlichen Ethos. Es darf keine Option ärztlichen Handelns sein, in schwierigen oder hoffnungslosen Situationen einer Patientin oder einem Patienten eine aktive Tötung zu empfehlen oder daran mitzuwirken. Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten. Jede medizinische Betreuung hat unter Achtung*

---

<sup>1</sup> Quelle: BÄK, Eröffnungsrede(Auftakt) >>>  
<http://www.bundesaerztekammer.de/arzt2009/co000007/artikel.htm> <<< (html)

*der Menschenwürde, der Persönlichkeit und des Selbstbestimmungsrechts des Patienten/der Patientin zu erfolgen.*

*2. Eine ärztlich assistierte Beihilfe zum Suizid ist abzulehnen, weil sie nicht nur mit dem tradierten Arztbild unvereinbar ist, sondern weil das Vertrauensverhältnis, auf dem jede Patient-Arzt-Beziehung beruht, letztlich zerstört würde.*

*3. Auch die Etablierung einer organisierten Vermittlung der Beihilfe zum Suizid wird abgelehnt; und zwar unabhängig davon, ob sie in gewerblicher Form durchgeführt wird und/oder kommerziell intendiert ist.*

*4. In den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ werden sowohl Handlungsoptionen als auch die Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht aufgezeigt. So kann bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist, eine Änderung des Behandlungsziels indiziert sein, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden und die Änderung des Therapieziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung tritt dann die palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen. Es gibt keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung erlöschenden Lebens um jeden Preis. Nicht der medizinisch-technische Fortschritt bestimmt primär die Grenzen, sondern eine auf die Achtung des Menschen und der Menschenwürde ausgerichtete Behandlung bzw. Betreuung.*

*5. Sterbebegleitung beinhaltet jede Form mitmenschlicher Hilfe, die einem Sterbenden geschuldet wird und die sein Los und sein Leid erleichtert. Ärzte und Ärztinnen leisten dabei Hilfe im und beim Sterben, nicht Hilfe zum Sterben. Sterbebegleitung ist aber nicht nur eine ärztliche Aufgabe. Ärzte und Ärztinnen können weder familiären noch religiösen Beistand ersetzen; sie können im Sinne des Leidenden oder Sterbenden mit anderen Personen, insbesondere mit Angehörigen und Pflegenden, zusammenwirken.*

### **III.**

*1. Es besteht die Notwendigkeit, die mit der Sterbebegleitung und die damit verbundenen medizinisch-ethischen und rechtlichen Implikationen Ärzten und Ärztinnen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu vermitteln. Dafür sind die notwendigen Freiräume und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einschließlich finanzieller Grundlagen zu schaffen bzw. zu verbessern. Ärztinnen und Ärzten muss u. a. die notwendige Zeit für diese Aufgaben eingeräumt werden. Zuwendung erfordert auch Zeit.*

*2. Wenn Menschen den Wunsch nach einem begleiteten oder ärztlich assistierten Suizid äußern, kann dies auch Ausdruck ihrer Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit und Hilfsbedürftigkeit sein. Ärztinnen und Ärzte sollten im Rahmen ihrer beruflichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten dazu beitragen, Leid zu lindern. Gleichfalls gilt es, Patientinnen und Patienten in diesen Situationen eine breite Unterstützung zukommen zu lassen. Dies verlangt, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender zu verbessern, insbesondere die Palliativmedizin und*

*palliativmedizinische Einrichtungen auszubauen und für eine würdige Alten- und Krankenpflege Sorge zu tragen.“<sup>2</sup>*

Ungeachtet der Frage, ob dieser Beschluss noch zeitgemäß ist und sich nach der von der BÄK in Auftrag gegebenen Befragung so aufrechterhalten lässt, möchte ich mit nachfolgenden Gedanken zum Nachdenken anregen:

Wenn ich es recht verstehe, ist die BÄK letztlich eine Arbeitsgemeinschaft der einzelnen Landesärztekammern und so gesehen könnte eine Vermutung dafür streiten, dass die demokratische Konsensbildung zuvörderst in den Kammerbezirken der Länder stattzufinden hat.

Zu fragen ist also, ob die Delegierten der einzelnen Ärztekammern sich auf eine Entschliebung ihrer eigenen Kammern berufen können (oder gar müssen?), wenn und soweit es um Angelegenheiten geht, die für den freien Berufsstand der Ärzteschaft von überragender Bedeutung und auf dem Deutschen Ärztetag zur Abstimmung gestellt sind?

Dies Frage drängt sich mir nicht nur deshalb auf, weil u.a. Theodor Windhorst als Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe seinerzeit einen Antrag gegen die Liberalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe im Deutschen „Ärzteparlament“ eingebracht hat, sondern weil nach einem kursorischen Überblick in das „Landesrecht“ der Ärztekammern und deren Satzungen einschließlich der Geschäftsordnungen eine Vermutung dafür streiten könnte, dass hier im Zweifel demokratische Funktionsdefizite zu beklagen sind und zwar in einem doppelten Sinne:

Zunächst werden die Mitglieder einer Kammerversammlung gewählt, die ihrerseits die Delegierten zu den beruflichen Vertretungen auf Bundesebene – mithin also der BÄK – wählen. Dies erscheint zunächst unproblematisch, wengleich die konkreten Berufspflichten etwa zunächst auf Landesebene zu bestimmen wären und nicht durch die „laufende Geschäftsführung“ des Vorstands einer Landesärztekammer abgedeckt sind.

Hier wäre es also von erheblichem Interesse, beizeiten zu erfahren, ob es derartige Beschlüsse der „Kammerversammlungen“ gibt, in der die Frage der Liberalisierung der ärztlichen Suizidassistenz durch die Delegierten auf Landesebene einer Beantwortung zugeführt worden ist. Der „demokratische Willensbildungsprozess“ folgt von unten – also von der Basis – her und nicht von oben, mithin also nicht aufgrund der „doppelten Delegation“ durch die Wahl der Delegierten durch die Delegierten, die zum Deutschen Ärztetag entsandt werden.

Freilich bleibt es der basisdemokratisch legitimierten Kammerversammlung auf „unterster“ Ebene vorbehalten, die entsprechenden Beschlüsse des Deutschen Ärztetages nicht zu „ratifizieren“, wengleich hier doch wohl eher mein Wunsch der Vater des Gedankens ist, denn dies steht eben nicht zu vermuten an.

„Alle Kammergewalt geht von den Ärztinnen und Ärzten“ aus und auch wenn - wie in der ganz großen Politik - auf ein repräsentatives System gesetzt wird, kann es Sinn machen, in Grundsatzangelegenheiten sich den Vorzügen der „plebisitären Demokratie“ zu erinnern, die

---

<sup>2</sup> Quelle: BÄK, Beschlussprotokoll >>> <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/112DAETBeschlussprotokoll20090901.pdf>  
<<< (pdf.)

mehr oder minder sich indirekt über arztinterne Umfragen organisieren lässt und dem mit Blick auf die Liberalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe auch jüngst entsprochen wurde.

Immerhin mehr als ein Drittel der befragten Ärzte votiert für eine Liberalisierung und da, so meine Meinung, können wir wahrlich nicht mehr von „Peanuts“ sprechen. Sofern also die Kammergewalt von den Ärztinnen und Ärzten ausgeht, könnte dies über die Wahlen hinaus auch durch Abstimmungen ausgeübt werden, man/frau könnte fast meinen, Demokratie vom Feinsten, auch wenn die Mehrheitsentscheidung nicht die Ärztin oder den Arzt über das Arzthethos bindet, schließt sich doch hieran die Frage an, ob und in welchem Maße das demokratisch legitimierte „Ärzteparlamente“ auf „erster Stufe“ - namentlich die der Landesärztekammern – überhaupt zu einer solchen weitgreifenden Normsetzung berufrechtlicher Pflichten mit Sanktionsmöglichkeit in individuellen Gewissensentscheidungen legitimiert sind und wenn ja, welche Grenzen sie hierbei zu berücksichtigen haben und zwar auch solche, die sich unmittelbar aus der Orientierung des Gemeinwohls und damit partiell der Patienten ergeben?

Fragen, die hier einstweilen ausgespart bleiben, geht es mir doch vor allem um die Frage, ob die Delegierten auf dem Deutschen Ärztetag sich auf ein Votum aus ihren Kammerbezirken stützen können, ohne hier gleich einem imperativen Mandat das Wort reden zu wollen.

Vielleicht kann hier jemand zur weiteren Orientierung beitragen, oder sollen wir vielleicht einfach darauf vertrauen, dass die Delegierten schon wissen, was sie tun und entscheiden?

Ich möchte mit einem Zitat aus einem Sondervotum zum Bericht der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz vom 23.04.2004 enden:

*„Dem vorliegenden Bericht kann ich nicht zustimmen. In seiner Tendenz scheint er mir zu liberal, in einzelnen Aussagen zu unbestimmt und allzu offen für Auslegungen, die von ethischer Seite her nicht vertretbar sind.*

*Im Einzelnen möchte ich dies an folgenden Punkten exemplifizieren:*

*Zu These 14: Aktive Sterbehilfe*

*Mit dem von der Kommission beschlossenen Schlusssatz des zweiten Absatzes („In solchen Extremfällen kann aufgrund des Selbstbestimmungsrechts Sterbenskranker ausnahmsweise eine aktive Sterbehilfe ethisch toleriert werden.“) wird die Tür zur aktiven Sterbehilfe endgültig geöffnet, was aus ethischer Sicht, in jedem Fall aus Sicht der christlichen Ethik, keinesfalls toleriert werden kann.“<sup>3</sup>*

---

<sup>3</sup> Quelle: Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz - Sterbehilfe und Sterbebegleitung, Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten, Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz vom 23. April 2004, Sondervotum v. Professor Dr. Reiter; online unter >>> <http://www.deutsches-gesundheitsparlament.eu/UserFiles/Bericht%20der%20Bioethik-Kommission%20Sterbehilfe%20und%20Sterbebegleitung.pdf> <<< (pdf.)

Also doch eine Frage der Toleranz, so möchte man/fast meinen und weiter, fühlen sich die Delegierten dem Toleranzprinzip verpflichtet, auch wenn sie eine individuelle Gewissensentscheidung zur Liberalisierung der ärztlichen Suizidassistentz getroffen haben, die keiner demokratischen Legitimation bedarf?

**Um es klar und deutlich zu sagen: „Ärztinnen und Ärzte sollten keine Befehlsempfänger ethischer Gewissensentscheidungen sein, auch wenn so mancher Ethikgelehrte ihnen diese Rolle gerne zuschreiben möchte!“**

Lutz Barth (24.01.11)

© IQB 2011

>>> [Impressum/Haftungsausschluss](#) <<<

Für Anregungen und Kritik ist der Verfasser verbunden.

>>> E-mail: [webmaster@iqb-info.de](mailto:webmaster@iqb-info.de)

>>> home: Zur Webpräsenz: <http://www.iqb-info.de/>