

## Der „Glaube versetzt Berge“ – aber auch die Grundrechte?

### *Über den (Un-)Wert immanenter „Grenzen“ in der Palliativmedizin*

v. Lutz Barth (26.04.11)

Mich treibt insbesondere die von mir befürchtete Klerikalisierung der Sonderethik in der Palliativmedizin um, mit der ich gleichsam nahezu unübersteigbare Hürden für einen schwersterkrankten und sterbenden Menschen verbinde, nicht zuletzt auch deswegen, weil spirituelle Aspekte mehr und mehr in der Literatur problematisiert werden und auch ich bereits unlängst zu der Auffassung gelangt bin, dass das „Sterben eines gläubigen Christen“ – zumal wenn er der katholischen Konfession zugehörig ist – eben nicht einfach ist (wohl aber sein kann) und ich – was für mich ebenso bedeutsam ist – in der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen eine Grundsatzproklamation führender Palliativmediziner aber eben auch Ethiker erblicke, der sich wohl kaum einer in der näheren Zukunft zu widersprechen getraut, obgleich hierzu allemal Anlass bestünde: ein mangelndes Bekenntnis zum Selbstbestimmungsrecht, dass insofern nur innerhalb des von der Charta vorgegebenen Kontextes vom Patienten aktiv wahrgenommen werden kann und wohl auch darf und so bei mir einen mehr als faden Beigeschmack hinterlässt, verkenne ich doch nicht die „Sogwirkung“ einer Charta, die zu unterzeichnen womöglich zwischenzeitlich zur „Pflicht“ geworden ist und so ein immenser öffentlicher Druck auf mehrere Professionen aufgebaut wird, dem sie sich auf Dauer nicht entziehen können und vor allem nicht dürfen, wollen die Mitzeichner sich nicht dem durchaus dann berechtigten Vorwurf ausgesetzt sehen, entgegen ihrer Selbstverpflichtung (!) etwa einer ärztlichen Suizidassistenz nicht

nur das Wort reden zu wollen, sondern gar im „schlimmsten Fall“ eben diese zu leisten. Andererseits ist auch die Kehrseite der „Medaille“ zu beachten und nachzufragen: Warum haben bisher einige renommierte Palliativmediziner, Ethiker und Patientenschützer noch nicht die Charta unterschrieben?

Nun, ich will diese Frage hier nicht vertiefen und vielmehr darauf verweisen, dass dem zutiefst gläubigen Christen, der sich dieser Charta als Palliativmediziner, Ethiker oder Hospizler verpflichtet weiß, nun nach dem Text der Charta nicht die „öffentliche Exkommunikation“ droht, wenn und soweit er zu der Erkenntnis gelangen sollte, dass die von ihm mitgezeichnete Charta einen rechtsethischen Irrweg beschritten hat; aber immerhin könnte sein Name in der öffentlich zugänglichen Liste der Mitunterzeichner z.B. farblich gesondert gekennzeichnet werden, so dass für jedermann ersichtlich wird, dass er der Leitidee in einem ganz entscheidenden Punkte nicht mehr zu entsprechen gedenkt: der Absage an die Liberalisierung des ärztlichen Berufs- und Standesrechts mit der Folge, künftig in besonderen Einzelfällen auch eine ärztliche Suizidhilfe leisten zu können.

Der gläubige Christ indes wird sich an die Lehren seiner Kirche erinnern und zwar eben auch an solchen, die nicht unbedingt zu den Zentraldogmen gehören und dennoch schleichend nach stringenter Beachtung streben, gilt doch die Befolgung der Lehren als besonders tugendhaft und –

freilich je nach Konfession – geht hiermit ein wohl ausgeklügeltes System der „Belohnung“, aber auch der „Bestrafung“ einher und so gesehen erlangen die Voten u.a. der beiden großen verfassten Amtskirchen in den bioethischen „Hochdiskursen“ eine besondere Qualität, die nicht zu unterschätzen ist.

Hier geht es zuvörderst nicht um die inhaltliche Qualität, die ich zu bewerten keinesfalls aus Gründen des Art. 4 GG beabsichtige, sondern um die Tendenz derartiger Botschaften, zu „ethischen Dogmen“<sup>1</sup> erhoben zu werden und die in der Tat in der derzeitigen (rechtspolitischen) Wertedebatte nicht nur überbewertet sind, sondern gleichsam auch ganz konkrete Grundrechtsgefährdungen „neuen Typus“ heraufbeschwören können, die in ihrer „normativen Ausstrahlkraft“ den möglichen Grundrechtseingriffen durch den staatlichen Gesetzgeber in nichts nachstehen, entfalten diese ethischen und moralischen Kernbotschaften doch eine Pflichtenbindung des subjektiven Grundrechtsträgers, über die er sich nicht hinwegsetzen darf, es sei denn – er lebt (und stirbt) mit der Exklusion aus einer ethischen Gemeinde. Während diese „Exklusion“ aus der Gemeinde der ethischen Neopaternalisten im Zweifel bei den Kirchen noch aufgrund ihrer prinzipiellen Deutungshoheit über die Wahrheit im Allgemeinen und der „Heiligkeit des Lebens“ im Besonderen argumentativ untersetzt werden könnte, gilt dies nicht in gleicher Weise für die Apologeten

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu instruktiv: H. Kreß, Katholische und evangelische Ethik im Nebeneinander – fördernd oder hemmend für den Ethikdiskurs, in MD, Materialdienst des Konfessionskundlichen Instituts Bensheim, 03/2008, S. 59 ff.; online zugänglich unter >>> [http://www.sozialethik.uni-bonn.de/Kreß/vortraege/Kreß\\_kath\\_ethik\\_bensheim\\_2008.pdf](http://www.sozialethik.uni-bonn.de/Kreß/vortraege/Kreß_kath_ethik_bensheim_2008.pdf) <<< (pdf.); ders., Dogmatisierung ethischer Fragen, in MD, Materialdienst des Konfessionskundlichen Instituts Bensheim, 01/2010, S. 3 ff.; online zugänglich unter >>> [http://www.sozialethik.uni-bonn.de/Kreß/vortraege/Kreß\\_dogmatisierung\\_mdk\\_i\\_2010.pdf](http://www.sozialethik.uni-bonn.de/Kreß/vortraege/Kreß_dogmatisierung_mdk_i_2010.pdf) <<< (pdf.)

einer arzt spezifischen Ethik, in denen über das Berufsrecht ethische und moralischen Werte als zwingend zu wahrende „Pflichten“ vorgeben werden, aus denen es dann kein Entrinnen mehr für die Ärzteschaft gäbe. Die Tendenz zur „Klerikalisierung“ einer Arztethik befördert geradezu in dramatischer Weise die arzt spezifische „Dogmatisierung einer berufsspezifischer Ethik“ in einem apodiktisch-autoritativen Stil, der zusehends mit einer bewussten Engführung der ethischen Grundsatzdebatte einhergeht: „Der gute Arzt“ (und selbstverständlich auch die Ärztin) ist der anzustrebende Idealtypus, der/die schon einmal mit Lehrbüchern auf ethischen und moralischen Grundkurs gebracht werden müssen, um sie vor einer moralischen Verrohung zu bewahren zu können.

Freilich – auch wenn der Begriff der „Dogmatisierung“ kirchenspezifisch zu deuten ist, schließt dies letztlich nicht aus, den ganz entscheidenden Prozess der „Normgewinnung“ für ein „Dogma“ auch auf die Palliativmedizin zu beziehen, die m.E. im Begriff ist, einen „sonderethischen“ Weg einzuschlagen, der mit einer „faktischen Dogmatisierung einer speziellen Arztethik“ beschrieben werden könnte: Nicht nur in der theologischen Ethik hat in einem breiten Maß eine „Re-Dogmatisierung“ Platz gegriffen, so der Theologe H. Kreß, sondern in der Arztethik wird angesichts aktueller Wertedebatten vermehrt eine „Dogmatisierung“ betrieben, die einerseits an Hippokrates und seinem Eid anknüpft und darüber hinaus ihre Legitimität aus transzendenten Offenbarungsquellen schöpft, die allgemein hin als „christliche Wurzeln“ bezeichnet werden, indes aber nicht darüber hinwegtäuschen dürfen, dass hier sich die „Sonderethik“ der Palliativmedizin in letzter Konsequenz von einer ethisch (und religiös!) einzufordernden Neutralität verabschiedet hat und so in einem ganz erheblichen Maße dazu beiträgt, dass ihre ärztlichen Berufskollegen in eine „ethische Not-

standslage“ versetzt werden, die zu überwinden nicht leicht zu sein scheint.

In diesem Sinne ist es mehr als begrüßenswert, wenn der Theologe Hartmut Kreß einen Punkt in seinen Beiträgen anspricht, der keinesfalls in der aktuellen, aber sicherlich auch in den zukünftigen bioethischen Grundsatzdebatten zu vernachlässigen ist: Die Frage nach den Grundrechtsproblemen als Folge kirchlicher Festlegungen und ich möchte hier anfügen, auch als Folge ethischer und moralischer Proklamationen von Palliativmedizinern, die eben nicht „nur“ von vorübergehendem Wert sind, beziehen diese doch ihre (vermeintliche) Legitimität aus transzendenten Offenbarungsquellen – vorzugsweise solche aus katholischer Lehrmeinung –, die vielerorts nicht zur inhaltlichen Diskussion stehen und im Übrigen noch der weiteren Ausdifferenzierung unterzogen werden, um so unmittelbar auch auf den Wesensgehalt grundrechtlicher Freiheitsverbürgen Einfluss nehmen zu können – sei es auch „nur“ über einen Umweg als einen zunächst unverdächtig erscheinenden Philosophen namens Kant, der bekanntermaßen aufgrund eines möglichen, aber nicht zwingenden (Fehl!)Schlusses<sup>2</sup> sich zu einem „Selbstentleibungsverbot“ hat hinreißen lassen.

---

<sup>2</sup> Ob es sich um einen „Fehlschluss“ Kants handelt, kann hier freilich nicht problematisiert werden; indes kommt es aber hierauf m.E. auch nicht an, könnte doch einiges dafür sprechen, dass die moderne Gegenwartsethik den berühmten „Kategorischen Imperativ“ gerade in seiner rechtsethischen Dimension „nur“ unvollständig interpretiert. Vgl. hierzu einführend den Beitrag von Dietmar von der Pfordten, **Zur Würde des Menschen bei Kant**, online zugänglich auf der Homepage v. von der Pfordten >>> <http://www.rechtsphilosophie.uni-goettingen.de/ZurWuerdeDesMenschenBeiKant.pdf> <<< (pdf.); siehe auch Stefan Martini, **Die Formulierung der Menschenwürde bei Immanuel Kant** und die „Objektformel“ in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts; hierbei handelt es sich um ein Vortragsskript eines im WiSe 2005/06 gehaltenen Referats im Rahmen des rechtsphilosophischen Seminars "Die aktuelle Werte-Debatte" bei Prof. Klaus Adomeit (Freie Universität Berlin);

Nun soll aber an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, dass seit je her auch das Verfassungsrecht für eine gewisse „Klerikalisierung“ empfänglich war und ist; ohne Frage haben immer mal wieder namhafte Verfassungsrechtler<sup>3</sup> den Versuch unternommen, über die sog. „christlichen Wurzeln“ unseres freiheitlichen Staates den Grundrechten gleichsam ein „Pflichtengerüst“ überzustülpen, in dem zentrale Kernthesen der Theonomie jeweils als „mitgedachte Schranken“ den konkreten Gewährleistungsbereich zentraler Freiheitsrechte limitieren können.

Hier scheint sich ein weiterer Diskussionsbedarf einzustellen und zwar auch gerade mit Blick darauf, dass sowohl in der katholischen aber auch in der evangelischen Kirche nicht „nur“ die Tendenz zur Re-Dogmatisierung“ zu beobachten ist, sondern dass innerhalb der verfassten Amtskirchen jeweils ein Richtungsstreit darüber entbrannt ist, in welchem Maße die Kirchen künftig beabsichtigen, innerhalb einer pluralen Wertewelt Antworten auf brennende Fragen in Ethikdiskursen geben zu wollen, die über die transzendente Offenbarungsquellen hinausragen – nicht zuletzt auch deswegen, weil ein imaginärer Gesetzgeber immer weniger in unserer Gesellschaft als „Autorität“ akzeptiert wird und seine Konturen (wenn diese denn überhaupt jemals hinreichend klar waren) zunehmend verblassen.

Auch die zeitgenössische Grundrechtslehre resp. Interpretation wird hiervon nicht unberührt bleiben, wird sie sich doch mit der Frage beschäftigen müssen, ob das Bekenntnis zur Autonomie des Einzelnen

---

online zugänglich unter Arbeitskreis kritischer Juristinnen und Juristen an der Humboldt-Universität zu Berlin>>> <http://akj.rewi.hu-berlin.de/projekte/seminararbeiten/martini2.pdf> <<< (pdf.)

<sup>3</sup> Hier sei zur Illustration nur auf das sog. „Böckeförde-Diktum“ verwiesen:

mehr als nur ein „Lippenbekenntnis“ (und vor allem „Glaubensbekenntnis“!) ist und auch prinzipielle Berücksichtigung bei der Frage nach einem selbstbestimmten und frei verantwortlichen Suizid finden soll, ohne dass der Grundrechtsträger gehalten wäre, sich bei seinen individuellen Entscheidungen stets vom Kantschen Imperativ leiten lassen zu müssen. Die Frage, ob das kirchliche Selbstbestimmungsrecht resp. die korporative Religionsfreiheit dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten Grenzen zu setzen vermögen, ist indes eine scheinbar offene Frage, wie sich nicht zuletzt an der Debatte um das Patientenverfügungsgesetz ablesen ließ.

*Hartmut Kreß* weist völlig zu recht darauf hin, dass auch mit Blick auf das Verfassungsrecht sich hier ein Diskussionsbedarf ergeben hat: „Das individuelle Selbstbestimmungsrecht – hier in Form einer validen Patientenverfügung – besitzt vor dem korporativen Selbstbestimmungsrecht, dass eine katholisch getragene Einrichtung in Anspruch nimmt, ethisch, grundrechtlich sowie rechtsstaatlich den Vorrang“.<sup>4</sup>

So sehr dieses Ergebnis dogmatischer Reflexion überzeugen muss, so ergibt sich gleichwohl ein weiterer Diskussionsbedarf und zwar auch über die Konstruktionen hinaus, in denen gleichsam das individuelle Selbstbestimmungsrecht der Menschen vom Inhalt her durch „kirchenspezifische Dogmatisierungen“ (vermeintlich) konterkariert wird.

Zwar weist *Kreß* nicht ohne Bedacht darauf hin, dass jedenfalls mit Blick auf die Patientenverfügung allen voran die Zivilgerichte deutlich darauf hingewiesen haben, dass ein Vorrang des individuellen Selbstbestimmungsrechts der Patienten besteht, wenngleich hiermit noch nicht zum Ausdruck gebracht ist, dass diese zivilrechtliche Rechtsprechung auf Dauer

unabänderlich erscheint, wenn anderenorts – namentlich im Verfassungsrecht – ein Weg skizziert wird, der sich von einem Ziel eines schonenden Ausgleichs widerstreitender Interessen leiten lässt.

Nun – ich selbst bin in dieser Frage noch einseitig „unentschieden“, möchte aber zumindest zu Bedenken geben, dass u.a. das Prinzip der praktischen Konkordanz einen Weg eröffnen könnte, der sowohl dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten als auch dem kirchlichen Selbstbestimmungsrecht hinreichend Rechnung trägt, ohne dass eines der Grundrechte sich ihres Kerns zur Gänze „begeben“ müsste. Und gerade in diesem Punkte dürfte dann die Frage der „Dogmatisierung“ ethischer Grundsatzfragen aus kirchenspezifischer Sicht besonders virulent werden, handelt es sich doch im Zweifel bei den ethischen Grundsatzklärungen der Kirchen jeweils um Dogmen, die zu übersteigen nach dem kirchlichen Selbstverständnis und ihrer „Rechtsetzungsmacht“ nahezu verunmöglicht werden und da könnte es zumindest eine offene Frage sein, wie sich dann in der Folge etwa das Bundesverfassungsgericht positionieren würde und welche Folgerungen die Kirchen aus diesem Befund selbst zu ziehen gedenken.<sup>5</sup>

Lassen wir uns von der Arbeitshypothese leiten, dass jedenfalls mit Blick auf die „Heiligkeit des Lebens“ und dem „Selbstentleibungsverbot“ es einer „Re-Dogmatisierung“ kirchenspezifischer (Ethik)Positionen nicht bedarf, weil diese ethische und moralische Werthaltung schon immer den Kirchen zu eigen war – mehr noch, sie geradezu prägten und ohne

<sup>5</sup> Anhand der aktuell aufgelegten „Christlichen Patientenverfügung“ ist das Bemühen der beiden großen verfassten Amtskirchen deutlich zu erkennen, einen „Sonderweg“ zu beschreiten, der im Übrigen postwendend Kritik nach sich gezogen hat: vgl. dazu stellvertretend das Statement der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, Erklärung v. 26.01.11 >>> <http://www.hospize.de/servicepresse/2011/mitteilung423.html> <<< (html)

<sup>4</sup> Kreß, Dogmatisierung, MD 01/2010, aaO., S. 8

ein unverrückbares Bekenntnis zum konsequenten Lebensschutz diese sich ein Stückweit ihrer Identität begeben würden -, werden beachtliche Dilemmata offenkundig, die nach meinem Dafürhalten zur Entscheidung anstehen: Sollte die Kirche gehalten sein, in zentralen Fragen ihres kirchlichen Selbstverständnisses Kompromisse eingehen zu müssen, wonach stets dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten der Vorrang einzuräumen ist, ohne dass sich das kirchliche Dogma von der Heiligkeit des Lebens mit den sich daraus ergebenden kirchenspezifischen Implikationen auch nur im Wesenskern widerspiegelt, bliebe wohl nur noch die Alternative, sich der Lösung des ethischen Grundsatzkonfliktes bei der Debatte um die „Schwangerschaftsberatung“ zu erinnern – eine, wie ich meine, kaum wünschenswerte Lösung.

Sie, verehrte LeserInnen, mögen sich nun die Frage stellen, ob ich mich als „Verfechter“ der ärztlichen Suizidbeihilfe (auch mit einem aktiven Tun) von meinem „liberalen Verfassungsverständnis“ verabschiedet habe und gleichsam auf seltsame Weise geläutert worden bin: Nein, keineswegs, denn meine Gedankensplitter zum kirchlichen Selbstbestimmungsrecht sind Ausdruck meines Toleranzverständnisses, wonach es tatsächlich jedem gestattet ist, nicht nur nach seiner „Facon selig zu werden, sondern im Zweifel auch zu leben und zu sterben“.

Der entscheidende Punkt allerdings ist aus meiner Sicht, dass die individuelle Selbstbestimmung auch ein Höchstmaß an Eigenverantwortung bedingt und dass hieraus folgend eben auch diese Eigenverantwortung dazu führt, dass der konkrete „Grundrechtsgebrauch“ zwar (prinzipiell!) in das Belieben des Einzelnen gestellt ist und somit aus der Innenperspektive des Grundrechtsträgers verschiedene Folgen hiermit verknüpft werden müssen.

Gerade anhand der aktuellen Diskussion um das Für und Wider der „christlichen

Patientenverfügung“<sup>6</sup>, die nunmehr in einer Neuauflage von den Kirchen präsentiert wurde, berufen sich vornehmlich die Kritiker darauf, dass gleichsam mit der christlichen Patientenverfügung der Patient hinter seinen Rechten zurückbleibt. Dem muss in der Tat zugestimmt werden, wengleich die Frage lauten muss: Was folgt aus dieser Erkenntnis für den Einzelnen?

Gehen wir zunächst davon aus, dass der gläubige Christ einem seinem Glauben entsprechende Patientenverfügung abzufassen gedenkt, werden wir dies aufgrund des individuellen Selbstbestimmungsrechts hinzunehmen haben, auch wenn insoweit mit dem Verfassen einer christlichen Patientenverfügung ein „Rechtsverlust“ – im Zweifel gar inzident ein „Grundrechtsverzicht“ – erklärt wird, der ihm zu erklären vor allem deshalb nahezu zwingend notwendig erscheint, um seiner Glaubenslehre und der sie prägenden Dogmen (durchaus im Sinne eines strikten „Befehls“) entsprechen zu können.

Von daher folgt aus den kritischen Anmerkungen von *Hufen*<sup>7</sup> zur christlichen Patientenverfügung allenfalls der gut gemeinte

---

<sup>6</sup> Vgl. dazu etwa: H. Barth, Warum die Kritik an der neuen Christlichen Patientenvorsorge unberechtigt ist, in Quelle: Welt online v. 01.02.11 >>>

[<<< http://www.welt.de/politik/deutschland/article12410205/Warum-die-Kritik-an-der-neuen-Christlichen-Patientenvorsorge-unberechtigigt-ist.html#](http://www.welt.de/politik/deutschland/article12410205/Warum-die-Kritik-an-der-neuen-Christlichen-Patientenvorsorge-unberechtigigt-ist.html#)

(html); M. Kamann, Kirchen raten zu Verzicht auf Patientenrechte, in Quelle: Welt online v. 26.01.11 >>>

[<<< http://www.welt.de/politik/deutschland/article12349294/Kirchen-raten-zu-Verzicht-auf-Patientenrechte.html#](http://www.welt.de/politik/deutschland/article12349294/Kirchen-raten-zu-Verzicht-auf-Patientenrechte.html#)

(html)  
<sup>7</sup> Zur Patientenverfügung in der Neufassung der "Christlichen Patientenvorsorge" der Deutschen Bischofskonferenz, der Evangelischen Kirche sowie der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland erklärt der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, Prof. Dr. Wolfram Höfling (26.01.11) >>>

[<<< http://www.hospize.de/servicepresse/2011/mitteilun\\_g423.html](http://www.hospize.de/servicepresse/2011/mitteilun_g423.html)

Hinweis, dass im Zweifel der gläubige Patient mit der Unterzeichnung der christlichen Patientenverfügung im Begriff wäre, sich seiner von der im säkularen Verfassungsstaat konzidierten Rechte zu begeben und zwar ungeachtet der Frage, ob die Wertungen (auch im medizinischen und ethischen Sinne) der Kirchen anschlussfähig sein mögen oder nicht.<sup>8</sup>

Entscheidend freilich ist, dass gerade aus dem Patientenverfügungsgesetz über die ärztliche Indikation ein Schutzmechanismus auch zugunsten derjenigen greift, die eine christliche Patientenverfügung verfasst haben: Sofern „Behandlungen als Optionen angeboten (werden), die weder im Sterbeprozess noch im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit indiziert sind und daher schon heute den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen können“<sup>9</sup>, wird dem keiner widersprechen wollen, wengleich eben unabhängig von einer Patientenverfügung die Ärztin oder der Arzt gehalten ist, eine (medizinische) Indikation<sup>10</sup> zu treffen.

Sofern allerdings es dem Wunsche des Patienten entspricht und die Ärztin oder der Arzt bereit ist, letztlich dieser „wunscherfüllenden Behandlung“<sup>11</sup> auch ohne medizinische Indikation“ nachzukommen, stellt sich zuvörderst die Frage nach der „ethischen Indikation“, die zu erörtern mit dem Patienten (hier dem gläubigen Christen) möglich erscheint und er daraufhin gleichsam über die Patientenver-

fügung seine „Einwilligung“ in eine „Körperverletzung“ erteilen könnte – freilich nach einer gebotenen Aufklärung. Die „medizinische Indikation“ wird dann durch eine „ethische Indikation“ in dem Sinne überlagert, als dass der Patient selbstbestimmt, entgegen seiner nach staatlichem Recht eingeräumten Patientenrechte dahingehend festgelegt hat, dass er bereit ist, für sich eine „Reichweitenbeschränkung“ zu akzeptieren; die Motive hierfür stehen nicht zur Überprüfung an, darf doch der gläubige Patient um eines höheren und transzendenten Zieles eine „Last tragen“, die für andere sich als unnötiges Leid oder Leidverlängerung darstellen würden.

Freilich bleibt die vielfach als unangenehm und nicht selten als ungehörig empfundene Frage offen, ob unser Sozialversicherungssystem bereit wäre, auch die Therapiekosten in Folge einer „ethischen Indikationsentscheidung“ des Arztes, die zu treffen ihm aufgrund der individuellen christlichen Patientenverfügung durchaus möglich ist, zu übernehmen?

An den hierauf zu gebenden Antworten werden sich dann nicht nur die Ärzte und näher die Palliativmediziner messen lassen müssen, sondern vornehmlich auch die Kirchen, die bekanntermaßen selbst Träger von Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge sind und zwar ungeachtet der Tatsache, dass im Zweifel der „Patient gehalten ist, binnen einer Frist von wenigen Tagen, Wochen oder Monaten“ auch tatsächlich zu versterben, um so jedenfalls im Rahmen der SAPV<sup>12</sup> den medizinischen und pflege-

---

<sup>8</sup> Die Frage der „Anschlussfähigkeit“ kirchlicher Dogmen oder entsprechender „Lehrmeinungen“ und „Kommentierungen“ – etwa in Gestalt des Katechismus der katholischen Kirche – stellt sich aus der Sicht der Kirchen nicht, berufen diese sich doch auf ihr von der Verfassung geschütztes Selbstbestimmungsrecht.

<sup>9</sup> So Hufen, ebenda

<sup>10</sup> Nach § 1901 b Abs. 1 Satz 1 BGB prüft der Arzt, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist.

<sup>11</sup> Hier sei auf das Problem der „Vergütung“ der ärztlichen Leistung hingewiesen: im Zweifel muss die „wunscherfüllende“ medizinische Leistung vom Patienten selber gezahlt werden.

---

<sup>12</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie / SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008, S. 911 zuletzt geändert am 15. April 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger, S. 2 190, in Kraft getreten am 25. Juni 2010; Quelle: G-BA >>> [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL\\_2010-04-15.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf) <<< pdf.

rischen Aufwand für die Betreuung eines schwersterkrankten und sterbenden Patienten vergütet zu bekommen. Was aber ist, wenn dieser „Fall“ nicht eintreten sollte und die „(palliativ)medizinische Indikation“ nicht eintritt, so dass der Patient erneut der Indikationsstellung durch die kurativ tätigen Ärzte anheim gestellt und damit überantwortet wird, die zuvor allerdings die medizinische Indikation dahingehend getroffen haben, „aus medizinischer Sicht für den Patienten nichts mehr tun zu können“?

Die Prognose über die Lebenserwartung eines schwersterkrankten oder sterbenden Patienten darf eben aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht unter wirtschaftlich Aspekten betrachtet nicht allzu „optimistisch“ ausfallen, gilt es doch, sich hier der Worte Cicely Saunders bedienend, „(...) nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben“, so dass gleichsam die Endlichkeit des Lebens mitgedacht wird und hier sich ein weiteres ethisches Dilemma offenbart: Das „Leben“ mit einer Krankheit muss begrenzt sein und wie selbstverständlich werden nicht nur von der Versichertengemeinschaft auch allgemeine Erwartungen an die Krankheit geknüpft, wie eindrucksvoll aus der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung ergibt.

Auch wenn das „Leben per se“ von Beginn an einen irreversiblen Lauf nimmt, so schöpft die Palliativmedizin ihre ethische Legitimation aus der Vergänglichkeit des menschlichen Lebens und da erscheint es natürlich auch besonders hilfreich, wenn der Patient in absehbarer Zeit zu „sterben gedenkt“, mal von dem Sondertatbestand abgesehen, dass bei Kindern die Lebenserwartung auch wohl etwas länger prognostiziert werden darf.

Das „Sterben“ ist aber nun so einfach nicht, wie allgemein hin angenommen werden könnte, wenn und soweit uns hier nochmals der befürchteten „Re-Dogmatisierung“ kirchenspezifischer Lehrinhalte erinnern und ggf. hieraus folgend aus der Sicht des gläubigen Palliativmediziners seine ethische Werthaltung gebührend berücksichtigen. Nicht wenige in der Zunft der Palliativmedizin vertreten die Auffassung, der „Sterbewille sei in einen Lebenswillen“ abzuändern und sofern der Palliativmediziner zuvörderst sich auch noch dazu berufen fühlt, seinen zunächst bescheiden anmutenden Beitrag zur Theologie leisten zu können, dann wird ein weiteres Dilemma offenbar: Auch der Palliativmediziner wird – wenn er denn wahrhaftig glaubt und bereit ist, der Lehre zu folgen – mit einschneidenden Botschaften eben des Lehramts konfrontiert, die er schlicht um seines eigenen Seelenheils willen nicht ausblenden darf, wie nachstehend folgende pars pro toto aus dem Evangelium vitae mehr als eindrucksvoll belegt:

*„Besondere Bedeutung gewinnen in der modernen Medizin die sogenannten »palliativen Behandlungsweisen«, die das Leiden im Endstadium der Krankheit erträglicher machen und gleichzeitig für den Patienten eine angemessene menschliche Begleitung gewährleisten sollen. In diesem Zusammenhang erhebt sich unter anderem das Problem, inwieweit die Anwendung der verschiedenen Schmerz- und Beruhigungsmittel, um den Kranken vom Schmerz zu befreien, erlaubt ist, wenn das die Gefahr einer Verkürzung des Lebens mit sich bringt. Auch wenn jemand, der das Leiden aus freien Stücken annimmt, indem er auf schmerzlindernde Maßnahmen verzichtet, um seine volle Geistesklarheit zu bewahren und, wenn er gläubig ist, bewußt am Leiden des Herrn teilzuhaben, in der Tat des Lobes würdig ist, so kann diese »heroische« Haltung doch nicht als für alle verpflichtend angenommen werden. Schon Pius XII. hatte*

*gesagt, den Schmerz durch Narkotika zu unterdrücken, auch wenn das eine Trübung des Bewußtseins und die Verkürzung des Lebens zur Folge habe, sei erlaubt, »falls keine anderen Mittel vorhanden sind und unter den gegebenen Umständen dadurch nicht die Erfüllung anderer religiöser und moralischer Verpflichtungen behindert wird«. Denn in diesem Fall wird der Tod nicht gewollt oder gesucht, auch wenn aus berechtigten Gründen die Gefahr dazu gegeben ist: man will einfach durch Anwendung der von der Medizin zur Verfügung gestellten Analgetika den Schmerz wirksam lindern. Doch »darf man den Sterbenden nicht ohne schwerwiegenden Grund seiner Bewußtseinsklarheit berauben«: die Menschen sollen vor dem herannahenden Tod in der Lage sein, ihren moralischen und familiären Verpflichtungen nachkommen zu können, und sich vor allem mit vollem Bewußtsein auf die endgültige Begegnung mit Gott vorbereiten können.“*

Hiernach bewegen sich die Palliativmediziner mit Blick auf die Schmerzmedikation bis hin zur ultima ratio der palliativen Sedierung auf einem sehr schmalen Grad, denn immerhin gilt es, auch für uneingetübte Bewusstseinsmomente Sorge zu tragen, wenn und soweit sowohl der Patient als auch der Palliativmediziner seinen religiösen Pflichten nachkommen will.

Diese „religiösen Pflichten“ werden gegenwärtig von nicht wenigen Ethikern nur scheinbar ihrer „Religiosität“ entkleidet und durch den seit Alters her überlieferten und sorgsam „gepflegten“ Fürsorgegedanken ersetzt, der aber in seinen Konsequenzen für das Selbstbestimmungsrecht des schwersterkrankten und sterbenden Patienten nicht weniger bedrohlich erscheint: Aegroti salus suprema lex - "Das Wohl des Kranken ist höchstes Gesetz" und da müssen alle Bestrebungen, die dieses „höchste Gesetz“ nicht zu akzeptieren bereit sind, nicht nur verdächtig erscheinen, sondern

vor allem auch rein vorsorglich „diskreditiert“ werden: Die „Autonomie“ des Patienten gerät erneut in den sog. bioethischen Hochdiskursen in den Blickpunkt der Überzeugungstäter und es wird der (hoffentlich sich als untauglich erweisende) Versuch unternommen, einer „ethischen Re-Dogmatisierung“ der Arzt-Patienten-Beziehung das Wort zu reden, in dem mehr oder mal weniger das „höchste Gesetz“ zur Diskussion gestellt wird: Voluntas aegroti suprema lex – „Der Wille des Kranken ist das oberste Gesetz“.

Nach „außen“ hin freilich gelingt es derzeit noch den Oberethikern in unserem Lande, dass seit Jahrzehnten diskutierte Spannungsverhältnis zwischen „Fürsorge“ und „Wille“ als weitestgehend „entschärft“ darzustellen, wengleich doch unübersehbar sich ein ethischer Neopaternalismus eingeschlichen hat, mit dem gleichsam eine „Kampfansage“ an das ehrwürdige Autonomieprinzip verbunden ist: Über das probate Instrument der „Selbstverpflichtung“ sind überzeugte Lebensschützer dazu übergegangen, in einer Charta sich öffentlich zum „Fürsorgeprinzip“ zu bekennen und wie es scheint, gelingt gerade über diesen strategisch geschickt gewählten Ansatz eine „Re-Dogmatisierung“ des paternalistischen und scheinbar überwundenen arztethischen Gedankenguts. Es entspricht der guten ärztlichen Sitte, sich zu einer Charta zu bekennen, die letztlich nur „Gutes“ für den schwersterkrankten und sterbenden Patienten will und mögliche Zweifel, ggf. den Patienten für eine gesamte Profession instrumentalisieren zu wollen, werden nicht nur zerstreut, sondern schlicht als unhörig – weil arztethisch kaum denkbar – gegeißelt, in dem man/frau vorzugsweise zu den bedeutsamen Konsequenzen beredt „schweigt“!

Konsequenzen, die unheilvoller nicht sein können, „beraubt“ man/frau doch den schwersterkrankten Patienten an ihrem „Lebensende“ fundamentaler Rechte, die

sich zuvörderst aus unserer Verfassung ergeben: Es erklärt sich eine Profession für das „Sterben“ ihrer Patienten nicht zuständig und von daher muss die Frage erlaubt sein, wo denn derzeit hierzulande selbstbestimmt und frei verantwortlich gestorben werden darf?

In der Anonymität, so könnte eine stille und stumme Anklage all derjenigen Patienten lauten, die ihrem persönlichen Leid entfliehen wollen und so sich mehr oder minder genötigt sehen, sich auf eine Reise ins Jenseits ohne Wiederkehr in das Ausland zu begeben. Das „Sterben“ in der eigenen Häuslichkeit wird verunmöglicht und der Patient letztlich zum Sterbetourismus genötigt.

Mit Interesse dürfen wir also darauf blicken, wie sich die Delegierten auf dem kommenden Deutschen Ärztetag positionieren werden. Vielleicht könnte es Sinn machen, generell von einer Regelung der ärztlichen Sterbebegleitung in der M-BO der Ärzteschaft abzusehen, um so das selbstbestimmten Sterben auch an und ggf. durch die Hand eines Arztes zu ermöglichen, zumal nur dieser die Gewissensentscheidung zu treffen hat. Auch das Sterben-Dürfen ist ein natürliches und fundamentales Freiheitsrecht und wir müssen Obacht geben, hierin nicht ein „subjektives Anspruchsdenken“ der Schwersterkrankten auf Kosten der allgemeinen Moral und einer intraprofessionellen Berufsethik zu sehen<sup>13</sup>; im Zweifel kann sich die verfasste Ärzteschaft auf das ansonsten gern bemühte Argument zurückziehen, dass das „Sterben nicht normierbar“ sei und dies dann wohl auch für berufsethische Grundsätze zu gelten habe, die durch das Berufsrecht abgesichert werden sollen.

Mit einem solchen „Rückzug“ erklärt die verfasste Ärzteschaft keine Kapitulation vor einem ethischen Grundsatzthema, sondern entpflichtet sich selber davon, eine in der Gesellschaft anschlussfähige Position zur Sterbebegleitung und damit auch ärztliche Suizidassistenz präsentieren zu können, die auf einem Konsens beruht. Dies kann und wird nicht gelingen und zwar nicht nur deshalb, weil nach den Umfragen mehr als ein Drittel für eine Liberalisierung eintreten, sondern weil anerkannte Berufsethiker und nicht selten Hobbyphilosophen den Diskurs mit ihren „Warnungen“ überstrapazieren und hierbei verabsäumen, darauf hinzuweisen, dass sie gebetsmühlenartig ihre ureigenen Gewissensentscheidungen proklamieren, die wir zu akzeptieren haben, aber beileibe nicht teilen müssen, geschweige denn sehendes Auges mitverfolgen müssen, dass diese bestrebt sind, ihre Gewissensentscheidungen zum Maßstab einer allgemeinverbindlichen Moral zu deklarieren, getreu dem Motto „Du sollst keine anderen Ethiker nehmen mir haben“.

Lutz Barth

© 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/>

<sup>13</sup> Vgl. dazu L. Barth, Sterben – ein fundamentales Freiheitsrecht (18.08.10), in IQB-Internetportal >>> [http://www.iqb-info.de/Sterben\\_ein\\_fundamentales\\_Freiheitsrecht\\_Lutz\\_Barth\\_2010.pdf](http://www.iqb-info.de/Sterben_ein_fundamentales_Freiheitsrecht_Lutz_Barth_2010.pdf) <<< pdf.