

## Sterbehilfe – „Leben wir, so leben wir um der Palliativmedizin willen“

v. Lutz Barth (19.10.10)

*„Das praktische Verhalten einzelner Ärzte kann nicht als Legitimation für eine Revision der ethischen Beurteilung von Tötung auf Verlangen oder assistiertem Suizid herangezogen werden.*

*Die DGP steht für eine bestmögliche Verbesserung der Lebensqualität von schwerkranken und sterbenden Menschen. Dabei ist weder beabsichtigt den Tod zu beschleunigen noch ihn zu verzögern. Tötung auf Verlangen oder assistierter Suizid werden abgelehnt. Eine ethische Argumentation, die sich an der nicht ausreichend belegten Praxis Einzelner orientiert, ist gesellschaftlich nicht tragfähig und kann keine Basis für die Diskussion dieses sensiblen Themas sein.“*

Quelle: Stellungnahme der DGP zur Studie von Schildmann et al., Pall Med, 20, unter Ziff.5; online unter >>> [http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/DGP\\_Stellungnahme\\_zu\\_Studie\\_End-of-life\\_practices\\_in\\_palliative\\_care\\_Schildmann\\_et\\_al.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/DGP_Stellungnahme_zu_Studie_End-of-life_practices_in_palliative_care_Schildmann_et_al.pdf) <<<

Das IQB-Internetportal steht für eine konsequente Absicherung des Selbstbestimmungsrechts der schwersterkrankten und sterbenden Menschen. Der assistierte Suizid und die „Tötung auf Verlangen“ in Ausnahmefällen werden nachhaltig gefordert. Eine ethische Grund- und Werthaltung einschlägiger Berufsverbände, Institutionen oder öffentlich-rechtliche Körperschaften ist für einen gebotenen Konsens in einer durch die Pluralität von Werten gekennzeichneten Gesellschaft nicht prägend; maßgeblich sind insoweit die von der Verfassung geschützten Werte und hierin nimmt das Selbstbestimmungsrecht einen überragenden Stellenwert ein.

Die ethischen Dilemmata lassen sich durch eine **Rückbesinnung auf das Toleranzprinzip** auflösen, zumal das Selbstbestimmungsrecht nicht zur Fremdbestimmung führt.

**Die ethische Argumentation u.a. der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ist nicht anschlussfähig, weil diese nachhaltig die Reichweite des Selbstbestimmungsrechts, aber auch der individuellen Gewissensfreiheit der einzelnen Ärztinnen und Ärzte verkennt.**

Eine palliativmedizinische Bereichs- resp. Sonderethik wird sich zuvörderst an einer rechtsethischen Beurteilung zu orientieren haben, die ihre Bezugspunkte insbesondere aus der Verfassung generiert und im Übrigen der Verfassungswirklichkeit Rechnung zu tragen hat.

Das Verfassungsrecht übernimmt beileibe nicht das, was die Arztethik im Allgemeinen oder die Palliativmedizin im Besonderen meint, für sich als „verbindlich“ zu akzeptieren, geschweige denn das Selbstbestimmungsrecht des Patienten mit moralischen Pflichten zu überfrachten, die dann unversehens Eingang in den Normbereich grundrechtlich geschützter Freiheitsbereiche finden sollen.

Hierbei steht außer Frage, dass die Angebote der palliativmedizinischen Betreuung ausgebaut werden müssen, freilich aber nicht in der Weise, dass einstweilen bis zur Absicherung einer flächendeckenden und hinreichenden Versorgung der schwersterkrankte und sterbende Patient gehalten ist, sich seines Selbstbestimmungsrechts zu begeben oder im Zweifel sich einer Bestimmung in seiner Patientenverfügung zu enthalten, in der er seinen Wunsch nach einem frei verantwortlichen Suizid hinreichend präzise äußert.

Eine solche „Ethik“ mag zwar im Diskurs vertreten werden, wenngleich ihr doch letztlich „nur“ ein beschränkter Wert zukommt, da sie im Begriff ist, tragende Verfassungsprinzipien und insbesondere die Grundrechte schlicht auszublenden – eine Sichtweise, die nur deshalb möglich ist, weil Verfassungsinterpretation mit Hobbyphilosophie verwechselt wird und ein Jeder meint, phantasievoll auf der Klaviatur des Grundgesetzes „spielen zu müssen“, ohne hierbei zu erkennen, dass Disharmonien komponiert werden, die auf einen moralisch annehmbaren Grundrechtsgebrauch hinauslaufen.

Eine solche „Ethik“ ist gesellschaftlich nicht tragfähig und kann keine Basis für einen vorgeblich herrschaftsfreien Wertediskurs sein, bei dem einige Apologeten einer (neuen?) Wertekultur glauben, aufgrund ihrer Stellung im Diskurs entsprechenden moralischen und – was freilich ebenso schwer wiegt – standesethischen Druck auf ihre Kollegenschaft auszuüben, in dem nur derjenige als ein gerechter Palliativmediziner und Medizinethiker erscheint, der u.a. die jüngst vorgestellte Charta für schwersterkrankte und sterbende Menschen mit ihren zentralen Leitsätzen akzeptiert.

Sofern die Palliativmedizin bei ihrer ethischen und moralischen Grund- und Werthaltung zu bleiben beabsichtigt, wird um so mehr die kurative Medizin wieder gefordert sein, um ggf. dafür Sorge tragen zu können, dass dem Selbstbestimmungsrecht des schwersterkrankten und sterbenden Menschen die Bedeutung beigemessen wird, die vom Grundgesetz her vorgesehen ist: einem Rechtsgut von allerhöchstem Rang!

So wie wir es zu akzeptieren haben, dass es jedem anheim gestellt ist, für sich als innerlich verpflichtend nach dem Grundsatz

- **„Leben wir, so leben wir dem Herrn; sterben wir, so sterben wir für den Herrn“**

u.a. seinen Wertekanon auszurichten, so kann freilich auch ein Jeder für sich an dem Grundsatz

- **„Leben wir, so leben wir um der Palliativmedizin willen und verzichten hierbei auf eine Selbstentleibung“**

seine selbstbestimmte Entscheidung ausrichten – aber bitte mit Verlaub: Lassen wir den Patienten entscheiden und nicht eine „Standesethik“, bei der der Patient Gefahr läuft, instrumentalisiert zu werden!

Eine palliativmedizinische Bereichsethik mit ihrem besonders ausgeprägten Fürsorgeanspruch wird mit einem eindeutigen Bekenntnis zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten an „Wert gewinnen“ und so um Anschlussfähigkeit werben können. Es geht um **den** Patienten und nicht um die Verbreitung irgendwelcher Visionen und Ideale, die unmittelbar ihre Grenzen aus der Innenperspektive des schwersterkrankten und sterbenden Menschen erfahren. Eine „Ethik“, die diese Grenzen nicht zu akzeptieren beabsichtigt, ist nach diesseitiger Auffassung als „inhuman“ zu werten und demzufolge strikt abzulehnen.

### **Was also ist gefordert?**

Die Frage muss zuvörderst lauten: Wie viel Medizinethik verträgt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten?

Die Frage dürfte im Zweifel beim engagierten Medizinethiker die Zornesröte ins Gesicht steigen lassen, kann letztere doch ohne weitere Phantasie schon vorausahnen, dass der Medizinethik im Spannungsfeld zwischen Recht und Ethik hier vom Autor eine höchst bescheidene Rolle zugewiesen wird und zwar insbesondere unter der Voraussetzung, dass sich nicht selten die Medizinethik speziell am Lebensende als eine Gesinnungsethik erweist, die wir nur deshalb zu tolerieren und demzufolge zu akzeptieren haben, weil sich in ihr die individuelle Gewissensentscheidung des Berufsethikers offenbart.

In der verfassungsrechtlichen Literatur gilt es als unbestritten, dass die in Art. 4 GG enthaltenen Freiheitsrechte wichtige Elemente des Persönlichkeitsschutzes bilden, dienen diese Grundrechte doch der Gewährleistung und Absicherung einer sinnhaften Orientierung des Menschen an eigenen Selbst- und Wertvorstellungen und so gesehen darf freilich auch der Ethiker einen Anspruch darauf erheben, seine ureigenen Werte und vielleicht auch Visionen zu kreieren, die er dann für sich als innerlich verpflichtend erachten kann.

Art. 4 GG sichert uns mit der Glaubens-, Bekenntnis-, Religions- und Gewissensfreiheit innerhalb unseres säkularen Gemeinschaftswesens und der damit verbundenen Pflicht zur „Neutralität“ eines exklusiven Freiraum, in dem wir – vorbehaltlich der Rechte anderer und der verfassungsmäßigen Ordnung – tatsächlich nach unserer Façon leben und auch sterben dürfen und zwar jenseits einer sozialetischen Inpflichtnahme des Individuums, auch nur eine Lebens- oder Sterbeethik (um der Gattung Mensch willen) als verbindlich akzeptieren zu müssen.

Grundrechte sind in erster subjektive Abwehrrechte gegenüber dem Staat und dieser Abwehrcharakter wird allgemein hin als eine „klassische Grundrechtsfunktion“ bezeichnet, wenngleich es doch im gegenwärtigen Wertediskurs durchaus Sinn machen könnte, sich der Genese der Grundrechte als Abwehrrechte (vgl. hierzu statt vieler R. Poscher, Grundrechte als Abwehrrechte, 2003, S. 15 ff.; insgesamt ein lesenswertes Werk.) zu erinnern: In Europa lag die Bedeutung der ersten Grundrechtskodifikationen auch in ihrer Stoßrichtung gegen die ständischen Herrschaftsstrukturen, in denen sich die Grundrechte als Abwehrrechte gegen willkürliche Ausübung fürstlicher Macht und ständische Privilegien richteten (Poscher, Grundrechte, ebenda, S. 22).

Auch wenn dieses düstere Zeitalter überwunden ist, könnte es aber Sinn machen, wenn ein Jeder für sich im Diskurs die Frage stellt, ob sich nicht auch gegenwärtig ständische Privilegien herausgebildet haben, gegenüber die sich die Bürginnen und Bürger in einer Gesellschaft zu erwehren haben und im Zweifel der Staat aufgrund seiner allgemeinen Schutzfunktion gegenüber Grundrechtsbeeinträchtigungen dazu berufen ist, korrigierend einzugreifen.

Lassen wir uns in diesem Zusammenhang von der These leiten, dass die moderne Medizinethik mit ihren Vorstellungen zur Bedeutung der Ethik im allgemeinen und dem (palliativ-)medizinischen Arztethos im besonderen über den intraprofessionellen Rahmen hinaus auch bemüht ist, eine „Wertekultur“ zu errichten, in der dem Individuum in seiner Rolle als Patient gewissermaßen auch „Pflichten“ auferlegt werden – seien diese auch nur ethischer oder moralischer Natur -, so scheint es durchaus im Bereich des Möglichen zu liegen, dass hier die Medizinethik über das ärztliche Standesrecht eine normativ verbindliche Ethik generiert, gegenüber denen sich der Patient in der Folge zu erwehren hat, auch wenn und soweit zunächst das Berufs- oder Standesrecht der Ärzteschaft eben nicht die Rechte und Pflichten im Verhältnis zu den Patienten regeln soll, aus denen dann im Zweifel der Patient Ansprüche herleiten könnte.

Medizinethiker und nicht selten führende Ärztesfunktionäre nehmen wie selbstverständlich die Rolle als Sachwalter einer Arztethik ein und verfügen im intraprofessionellen Raum über eine Definitionsmonopol, mit der die Ethik zugleich auch als probates Herrschaftsinstrument ausgewiesen ist: Der intraprofessionelle Diskurs wird seinem Inhalte nach von einigen führenden Apologeten einer Wertekultur vorgegeben und dort, wo sich selbst in den eigenen Reihen Widerstand regen könnte, wird rein vorsorglich der Geist des Hippokrates reanimiert, um so Disharmonien durch Abweichler verhindern zu können; denn wer möchte sich schon dem Vorwurf aussetzen, gegen den Hippokratischen Eid zu verstoßen, der doch über Jahrtausende hinweg es erst ermöglicht hat, ein Arztbild im 21. Jahrhundert zu zeichnen, bei dem uns die Ärzteschaft als besonders ethisch und moralisch integer erscheint.

Das dieses „Bild“ vom guten Arzt zunehmend ins Wanken gerät, hängt wohl in erster Linie damit zusammen, dass selbst innerhalb der verfassten Ärzteschaft ein ethischer Grundkonsens nicht feststellbar ist und dies auch für die Bereichsethik der Palliativmedizin nicht angenommen werden kann.

*„Ich selbst bin Arzt mit ausreichend Erfahrung in Anästhesie und Intensivmedizin, um beurteilen zu können, um welche in Kauf genommene "Verkürzung des Lebens" es sich bei der im besagten Ärzteblattartikel zitierten Studie der RUB handelt: Gemeint ist vor allem die Gabe von Opioiden bei der Indikation "Atemnot".*

*Zugelassen sind Opioide für subjektiv empfundene "Atemnot" (wir Mediziner sagen auch "Dyspnoe") \*nicht\*, sondern \*nur\* für die Indikation "Schmerzen". Atemnot ist -- rechtlich gesehen -- (laut des Beipackzettels der Opioide) eine \*Kontra\*indikation.*

*Dies bedeutet, dass Palliativmediziner Opioide off-label benutzen (und nicht nur bei deren vorwiegend kirchlichen Häusern, sondern auch in "normalen" onkologischen Kliniken von z.B. Universitäten ist es heutzutage gang und gäbe). Die Off-label-Gabe eines Medikamentes erfordert rechtlich jedoch eine besondere Aufklärung des Patienten über die Risiken (also die mögliche Lebensverkürzung). Aber worüber bzw. was wird in der Regel wirklich aufgeklärt?*

*Ich habe diese Form der Aufklärung kürzlich selbst bei einer befreundeten Patientin miterleben dürfen (Lungenmetastasen im Endstadium): "Wir spritzen Ihnen jetzt Morphin, damit Sie besser Luft kriegen!"*

*Dies ist keine Aufklärung, welche dem Patienten ermöglicht, selbst die Risiken abzuwägen, sondern eine absichtlich irreführende Beschönigung. Welcher Patient (ich meine hier nur solche, die \*keine\* Schmerzen haben wie die besagte Freundin) wird eine derartige Therapie ablehnen, wenn sie ihm verspricht, "besser" Luft zu bekommen?*

*Fakt ist jedoch, dass diese "bessere" Luft nur eine absichtlich herbeigeführte subjektive Sinnestäuschung für den Patienten ist. Objektiv wird durch die Verabreichung von Morphin bei Atemnot die Atmung \*schlechter\* (und zwar grundsätzlich, weil die Täuschung des Atemzentrums ja das pharmakologische Ziel dieser Morphin-Therapie ist; dieser Fall verhält sich vollkommen anders bei einer Schmerztherapie mit Morphinen). Diese Verschlechterung der Atemfunktion war auch bei der Morphin-Therapie Freundin der Fall, wie ständige Messungen der Sauerstoffsättigung nachwiesen (außerdem entwickelte sie mit immer höherer Morphindosis eine immer weiter zunehmende die Atmung außerdem störende Bronchiospastik).*

*Die Gabe von Morphin bei der Indikation "Atemnot" ist also in der Tat schleichende und versteckte aktive Sterbehilfe.*

*Im Fall meiner Freundin half meine Anwesenheit, so dass ich sie über die wahre Absicht der Gabe des Morphins aufklären konnte (was eigentlich Aufgabe des verabreichenden Arztes gewesen wäre).*

*Sie war damit einverstanden, so dass auf mein Bitten hin der behandelnde Arzt die Morphindosis immer weiter erhöhte und erhöhte, und am Ende noch eine weitere atemdepressive Substanz zur "Beruhigung" verabreichte (Wirkstoff "Midazolam"), welche den Sterbeprozess schließlich nach wenigen Stunden vollendete.*

*Alles das, was auf der besagten onkologischen Station einer Universitätsklinik geschah, entsprach dem ausdrücklichen Wunsch und Willen der Patientin.*

*In diesem Sinne bin auch ich dem behandelnden Arzt dankbar.*

*Rechtlich hingegen bewegte sich dieser Arzt (und mit ihm zahlreiche Kollegen aus Onkologie und Palliativmedizin immer wieder) auf ziemlich gefährlichem Terrain. Glücklicherweise würden ihm im Falle einer ev.strafrechtlichen Verfolgung (was im aktuellen Fall von seitens der Angehörigen oder mir natürlich \*ausgeschlossen\* ist, initiiert zu werden) möglicherweise einige onkologische*

oder palliativmedizinischer Gutachter zur Seite stehen, welche ihm bescheinigen könnten, dass das Morphin in diesem Fall angeblich "keine atemdepressive Wirkung" gehabt haben sollte.

Wegen der Gefahr der Strafverfolgung würden sich also schließlich möglicherweise auch hochkarätige Gutachter falsche fachliche Tatsachen "zusammenlügen" müssen, um nicht selbst Anlass für einen unsinnigen Präzedenzfall zu geben.

Lange Rede, kurzer Sinn:

Ich stimme Ihrem Kommentar zum besagten Artikel (["Aufrichtige Debatte ist jenseits von Sonntagsreden einzufordern!"](#)) vollkommen zu.

Obwohl ich dem assistierten Suizid aus anderen Gründen bisher kritisch gegenüberstand, erscheint er mir (nachdem ich die Situation mit meiner Freundin erlebt habe) der einzige juristische wie auch moralische Ausweg aus dem Dilemma zu sein, welches jener Ärzteblattartikel angesprochen hat.

Mir ist klar geworden, dass schleichender assistierter Suizid in Deutschland bereits ohnehin überall in Onkologie und Palliativmedizin stattfindet, jedoch selbst die Patienten nichts darüber wissen.

Die Definition der Palliativmedizin selbst (z.B. aus Lehrbüchern über Palliativmedizin) beinhaltet bereits diesen Widerspruch. Es heißt dort, dass Palliativmedizin im engeren Sinne (und genau um diese geht es in besagtem Artikel, abzugrenzen von "palliativer Therapie" im Allgemeinen), grundsätzlich eine Lebensverlängerung \*nicht\* mehr anstrebt.

Da jedoch jede sonstige medizinische Maßnahme \*immer\* das Risiko einer Lebensverkürzung beinhaltet (jede Operation zum Beispiel), welche auf der anderen Seite der "Waage" jedoch \*immer\* als Aussicht eine Lebensverlängerung verspricht, ist der (statistisch) \*erwartete\* Nutzen des Patienten die juristische und moralische Rechtfertigung für einen solchen Eingriff.

Da es in der Palliativmedizin (im engeren Sinne) keine erwartete Lebensverlängerung definitionsgemäß geben kann, so muss nach einfachen statistischen Überlegungen davon ausgegangen werden, dass Palliativmedizin \*grundsätzlich\* zu einer Lebensverkürzung führt (zumindest in der "statistischen Erwartung").

Sie haben also vollkommen recht, dass die Palliativmedizin zwangsläufig unehrlich sein muss (auch zu sich selbst), um vor dem Deutschen Recht überhaupt durchführbar zu sein und zu bleiben.

Der Geschädigte ist der Patient in seinem Selbstbestimmungsrecht und seinem Recht auf ehrliche Aufklärung vor jedem Eingriff.“

Diese Zuschrift eines Arztes hat mich erst kürzlich erreicht und die dazu geführte persönliche Korrespondenz bestärkt mich persönlich, weiter für das Selbstbestimmungsrecht gerade der schwersterkrankten und sterbenden Menschen einzutreten und ein Stückweit auch dafür, dass den Ärzten ein notwendiger Freiraum für ihre individuelle Gewissensentscheidungen zu belassen ist und darüber hinaus auch ihre Ängste genommen werden müssen, um überhaupt in der Öffentlichkeit unbefangen ihre Meinung zum Thema äußern zu dürfen. Ich finde es – gelinde ausgedrückt – mehr als unerträglich, dass die freie Ärzteschaft sich derzeit – von einigen Ausnahmen abgesehen – sich aus standesrechtlichen Gründen nicht getraut, im Wertediskurs offen ihre Meinung zu vertreten.

Eine standesethische Stigmatisierung würde wohl umgehend erfolgen und wer möchte denn schon das zweifelhafte „Prädikat“ eines „Dr. Tod“ erhalten?

Auch wenn Herr Hoppe gelegentlich signalisiert, dass Ärzten wohl keine standesrechtlichen Repressionen zu befürchten haben, scheint dieser Hinweis nicht zwingend zu der dringend gebotenen offenen Diskussion über die ärztliche Suizidbeihilfe zu führen: zu groß dürfte die Angst derjenigen im Wertediskurs sein, quasi in einem ethischen Oberseminar nachträglich noch als „guter Arzt“ qualifiziert und entsprechend geläutert zu werden.

Ich stelle mir gelegentlich vor, wie ich persönlich als Zwangsmitglied einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft reagieren würde, wenn mir derartiges widerfahren würde?

Nun – als streitbarer Mensch könnte ich mir gut vorstellen, gegen die ethische Selbstverklärung meines eigenen Berufsstandes „zu Felde zu ziehen“ und einer Berufsethik die Gefolgschaft zu versagen, in der das Selbstbestimmungsrecht der Patienten aber eben auch mein Recht zur freien Wissensbildung und Meinungsäußerung zu Grabe getragen wird.

An welchem Punkt ist die freie Ärzteschaft angelangt, wenn diese in einer – pointiert ausgedrückt – „Fibel“ den theoretischen und praktischen Über- und Unterbau geliefert bekommt, um innerhalb einer „Wertegemeinschaft“ gutmeinender Ethiker als „guter Arzt“ akzeptiert und damit aufgenommen zu werden?

Nun – es ist Zeit, den BLOG-Beitrag zu schließen, um mein Gemüt nicht weiter strapazieren zu müssen, auch wenn es mich reizen würde, noch deutlichere Worte an die Adresse derjenigen zu richten, die da meinen, „moralische Grundpflichten“ mit Blick auf den schwersterkrankten und sterbenden Menschen zu kreieren.

Ich hingegen hege Vertrauen in den „praktischen Arzt“, mit dem ich im Zweifel auch in schwierigsten Fragen an meinem Lebensende einen Dialog führen kann und sofern er sich eines Wunsches nach ärztlicher Suizidassistenz nicht verschließen würde, wäre dies natürlich aus meiner Perspektive begrüßenswert, wenngleich ich aber auch Respekt vor einer ablehnenden Entscheidung hätte – die im Übrigen mein Verhältnis zum behandelnden Arzt in keiner Weise beeinflussen wird, will ich mich nicht selbst dem Vorwurf aussetzen, das angemahnte Toleranzprinzip über Bord zu werfen.

Mir persönlich erscheint jedenfalls eine Ärztin oder Arzt „vertrauenswürdiger“, wenn diese(r) jenseits einer sich in einem zunehmenden Maße entfesselnden Medizinethik zu seiner (!) individuellen Gewissensentscheidung bekennt.

Somit ließe sich vortrefflich über die (Vertrauens-)Frage streiten, was dem gesamten Berufsstand abträglicher erscheint: Ein auf die Standesethik verpflichtete Ärzteschaft oder der/die nach seinem/ihrem Gewissen handelnde Arzt oder Ärztin, der/die mit Blick auf Einzelschicksale zumindest erkennt, dass es Situationen gibt, in dem das Leid einer Krankheit übermächtig geworden ist und der Patient sich ihm gegenüber offenbart, diesem Leid entfliehen zu wollen?

### **Was aber wäre die Alternative?**

Nun – wir können uns freilich auch zum wohlmeinenden Paternalismus nicht nur der Ärzte und Ethiker, sondern auch der Politiker nachhaltig bekennen und gleichsam geläutert uns eingestehen, dass wir mit unserem Beharren auf unser Selbstbestimmungsrecht einen falschen Weg eingeschlagen haben. Bei gehöriger Demut werden wir wieder aufgenommen in die Gesellschaft der Gutmeinenden und wir befehlen nicht nur unseren Geist, sondern auch unseren dahinsiechenden Leib in die gütige Hände derer, die uns frohe Botschaften verkünden: Du willst nicht von eigener Hand oder durch die Hand eines Arztes sterben, sondern einen Beitrag dazu leisten, dass die Palliativmedizin flächendeckend eingeführt wird und im Übrigen der Fortschritt der palliativmedizinischen Forschung nicht dadurch verzögert wird, in dem du auf eine Patientenverfügung beharrst.

Wir haben abgelassen von unserem unseligen Vorhaben und in der unendlichen Güte der zum Paternalismus Berufenen dürfen wir darauf hoffen, dass uns Vergebung zuteil wird. Diese Aussichten frohlocken uns und aller Schmerz geht dahin, werden wir doch einen Tod sterben, der ganz und gar von den wohlmeinenden und über jeden Zweifel an ihrer tugendethischen Grundhaltung erhabenen Experten als „ars moriendi“ deklariert wurde.

Auch diejenigen Ärzte, die es gewagt haben, gegen die Gutmeinenden aufzubegehren, in dem sie sich eine Mitwirkung bei einem Suizid in einem Moment der „ethischen Verwirrung“ haben vorstellen können, werden entsprechend geläutert zu den ärztlichen Tugenden und arztethischen Geboten zurückkehren und reumütig sich fortan aktiv zum Eid des Hippokrates bekennen. Ihnen wird eine vergleichsweise milde Strafe zuteil, in dem sie – gleich einem Gang nach Canossa – den Eid des Hippokrates in freier Rede wiederholend sich zu ihren Standesvertretern begeben, die dann ebenfalls in ihrer weitsichtigen Güte die Absolution erteilen.

Ja – so ist sie: die schöne heile Welt der Selbstgerechten, in der wir im wahrsten Sinne des Wortes drohen, als Subjekt internalisiert zu werden. Aber dieses werden wir hinnehmen, wissen wir doch um den gerechten Weg, den die Paternalisten uns vorzeichnen.

Auch dem Autor der vorstehenden Zeilen droht Ungemach: Er sollte sich doch eines Besseren belehren lassen, will er nicht „große Schuld“ auf sich laden und überhaupt – warum dieses gebetsmühlenartige Werben um ein Selbstbestimmungsrecht, wenn

doch eigentlich die Patienten gar nicht selbstbestimmt sterben wollen und stattdessen nur darauf warten, dass ihnen in einem dialogischen Prozess bedeutet wird, dass sie einer höheren Sache zu dienen haben und einen gerechten Lohn empfangen werden: Es gilt, den Sterbewillen in einen Lebenswillen umzuändern.

Welchen „Lohn“ werde ich empfangen, wenn ich mich beharrlich weigere, mich dieser gutmeinenden Gesellschaft anzuschließen und ihre Werte fortan nicht nur zu akzeptieren, sondern auch gleichsam mit gleicher Beharrlichkeit zu verkünden?

Der „Lohn“ meiner Unbelehrbarkeit und damit „Sünde“ besteht in dem ewigen Tod und da stimmt es mich dann doch letztlich frohes Mutes, dass ich die verbleibende Zeit hier auf Erden noch dazu verwenden darf, ganz aktiv an einem meinungsbildenden Prozess teilzunehmen. Sind es nicht gerade die Kommunikationsfreiheiten des Grundgesetzes, die schlechthin konstitutiv für unsere freiheitliche demokratische Grundordnung sind? Erst der „geistige Meinungskampf“ eröffnet uns Perspektiven, die fernab von einer transzendenten Welt bereits in der Gegenwart eröffnet werden können und da erscheint es mir persönlich allemal sinnvoll, auch Streitbar und pointiert in der Debatte Stellung zu beziehen.

Das Selbstbestimmungsrecht ist der zentrale Wert in unserer Verfassung und da mögen es mir einige Damen und Herren aus den verschiedenen Zünften nachsehen, wenn diese sich mehr oder minder direkt oder indirekt angesprochen fühlen sollten. Das individuelle Sterben bedarf keines gesellschaftlichen Konsenses und da muss, wenn gesellschaftlichen Gruppen fortwährend um einen solchen bemüht sind, der Gesetzgeber aktiv werden: Wenn nicht er, wer denn sonst?

Freilich ist es schwer, sich im herrschaftsfreien Diskurs entsprechendes Gehör zu verschaffen, der so herrschaftsfrei eben nicht ist. Unbequeme Positionen werden schlicht ausgeblendet, fügen diese sich doch nicht in das Bild von einem „guten Arzt“ ein und so mancher Oberethiker lässt uns dann auch in seiner unendlichen Güte an seinen Visionen seiner Leitkultur teilhaben, die sich nicht selten im wahrsten Sinne des Wortes als „Leidkultur“ erweist und wir überhaupt erst in den Genuss kommen, die wahre Freiheit schauen zu können.

Die empirische Datenlage scheint immerhin klar zu sein: Der schwersterkrankte Patient will gar nicht sterben (auch wenn er sterbend ist) und er will seine Entscheidung vielmehr an die Ärzte und Angehörigen delegieren. Ihm dürstet gleichsam nach guter palliativer und hospizlicher Pflege und da dem so ist, ist der Gesetzgeber dazu aufgefordert, endlich mehr für den Ausbau der Palliativmedizin zu tun. Gerne stellt sich der Patient in den Dienst der ohne Frage notwendigen Forschung. Er verzichtet künftig auf das Abfassen einer Patientenverfügung und dem Sterbewunsch, damit er so seinen Beitrag leisten kann, denn schließlich macht es doch keinen Sinn, mit seiner Patientenverfügung und dem unanständigen Ansinnen eines frei verantwortlichen Suizids irgendwelche heroischen und ehernen Ziele einer Bewegung zu zerstören. Will denn der Patient mit seiner Verfügung die durchaus beachtliche „Schuld“ auf sich laden, wenn es nicht vorangeht mit der Palliativen Forschung, mal von den moralischen Folgewirkungen für die Gesellschaft abgesehen – einer Gesellschaft, in der nicht wenige einer schleichenden Euthanasie das Wort reden und vorbereiten, in dem diese auf ihre egoistischen Willen nach einem selbstbestimmten Tod beharren?

Nun – bleiben wir alle „anständig“ und begeben uns des Rechts auf einen selbstbestimmten Tod und der „Lohn“ scheint uns gewiss zu sein: der aufrichtige Dank der Palliativmedizin, einstweilen auf das Selbstbestimmungsrecht partiell verzichtet zu haben, damit es voran geht – mit der palliativmedizinischen Forschung und der Zementierung einer „Kultur des Lebens“, in der der Tod nicht willkommen ist und noch weniger von den schwersterkrankten und sterbenden Menschen eingefordert werden darf.

Lutz Barth

© IQB 2010

>>> [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/>

