

Legalisierung des ärztlich begleiteten Suizids: Befürworter und Gegner sind zur Toleranz aufgerufen!

v. Lutz Barth (29.07.10)

Als ein Befürworter der aktiven Sterbehilfe (freilich beschränkt auf entsprechende Fallkonstruktionen) habe ich in den letzten Jahren immer wieder den Paternalismus nicht nur der Funktionäre der BÄK, sondern vornehmlich auch denjenigen der Ethiker und Theologen, aber auch so mancher Rechtswissenschaftler gerügt.

Aus der Veröffentlichung der aktuellen Repräsentativumfrage bei der Ärzteschaft können allerdings wesentliche Schlüsse für eine offene und zielführende Debatte gezogen werden. Der wohl wichtigste Aspekt ist hierbei das Toleranzprinzip, denn das Streben nach einem allgemeinen Grundkonsens wird nicht von Erfolg gekrönt sein – mehr noch, ein „Erfolg“ kann sich auch nicht einstellen, da die Grund- und Werthaltung der einzelnen Diskutanten prinzipiell von unserer Verfassungsordnung her geschützt ist und gerade in der Pluralität der Meinungen und Auffassungen ein Wert in sich zu erblicken ist.

Bei den bisherigen Interpretationsversuchen der aktuell veröffentlichten Repräsentativumfrage des Allensbach-Instituts ist ein interessanter Aspekt zunächst noch unerörtert geblieben: Die Ablehnung des ärztlich begleiteten Suizids aus religiösen Gründen.

44% der Befragten haben dem Argument zugestimmt, dass es sich schon aus religiösen Gründen verbietet, einen Suizid zu unterstützen. Auch wenn sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Befürwortern (22%) und Gegnern (57%) mit Blick auf das Argument feststellen lässt, wird man/frau in der Folge nicht umhinkommen, die religiös motivierte und sich offensichtlich an den christlichen Werten orientierte Wertauffassung der Gegner zu akzeptieren. Dies ist auch m.E. insofern geboten, weil neben dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten freilich der Religionsfreiheit ein überragender Wert beizumessen ist, wonach ein Jeder nun wahrlich nach seiner Façon selig werden kann und darf! Anderenorts habe ich bereits dargelegt, dass ich die Rechtsprechung des BGH in diesem Punkte für wenig förderlich erachte, wonach offensichtlich der Gewissensentscheidung (einschließlich der Bekenntnis-, Glaubens – und Religionsfreiheit) der Ärztinnen und Ärzte, aber auch der PflegerInnen jedenfalls nicht die Bedeutung beigemessen wird, denen ihnen nach dem Grundgesetz zukommt.

Eine künftige Liberalisierung resp. Legalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe sollte hierauf – insbesondere wenn sie in einer staatlichen (!) (Rechts)Norm erfolgen soll – besonders Rücksicht nehmen, zumal im Diskurs ganz überwiegend die Auffassung vertreten wird, dass die selbstbestimmte Entscheidung des Patienten nicht zur Fremdbestimmung führen darf. So wie also der schwersterkrankte Patient mit seinem nachhaltigen Sterbewunsch zur Toleranz aufgefordert ist und er dem Arzt oder der Ärztin die Entscheidung zur Suizidassistenz nicht abringen kann, wird andererseits die Ärzteschaft sich durch eine Toleranz auszeichnen müssen, die jedenfalls dem Patienten die Option zum ärztlich begleiteten Suizid eröffnet. Eine generalisierende Regelung wird dies in der Folge zu berücksichtigen haben und dies erscheint m.E. auch unproblematisch zu sein (die Problematik des Schwangerschaftsabbruchs und dessen ethischen und moralischen, insbesondere aber auch moraltheologischen Implikationen verdeutlicht dies).

Weder der Staat noch irgendeine Institution kann für sich die Legitimation beanspruchen, eine wie auch immer geartete Sterbekultur verpflichtend zu verordnen, so dass eine künftige Regelung die diametral entgegengesetzten Positionen im Wertediskurs gleichsam schonend zum Ausgleich zu bringen hat: Die Freiheit des Einzelnen führt weder zur Unfreiheit des Anderen noch bedarf es einer institutionellen Absicherung einer übergeordneten Arztethik, die dem Gewissen der einzelnen Ärztinnen und Ärzte eine Schranke setzt, die nicht übersprungen werden darf. Auch der hippokratische Eid bedarf in der aktuellen Wertedebatte eines Programmsatzes, der sich sinnvoll nur von dem Gedanken der Toleranz her bestimmen lässt und hier scheint mir ein besonderer Schlüssel zur Entkrampfung einer zeitweilig fundamentalistisch anmutenden Wertedebatte zu liegen. Die aktuelle Repräsentativumfrage belegt, dass 65% dem Argument zustimmen, dass es gegen den hippokratischen Eid verstoße, wenn Ärzte den Patienten beim Suizid unterstützen. Auch hier lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Befürwortern (30%) und Gegnern (83%) feststellen und in diesem Zusammenhang stehend könnte es nun wahrlich Sinn machen, zumindest in der Wertedebatte sich dazu zu bekennen, dass der hippokratische Eid nicht (!) rechtsverbindlich ist. Selbstverständlich bleibt es den Ärzten vorbehalten, sich auf den „hippokratischen Eid“ zu berufen und hieraus Schlüsse für die ureigene Werthaltung zu ziehen, so wie es letztlich auch dem gläubigen Christen vorbehalten ist und bleibt, sich etwa nach dem Katechismus der Katholischen Kirche und seinen Dogmen auszurichten und zu handeln so wie es eben auch dem Humanisten anheim gestellt ist, die Zehn Gebote durch 10 Angebote des evolutionären Humanismus ersetzen zu müssen und hieraus Konsequenzen für ihr Weltbild im Allgemeinen und ggf. dem Sterben im Besonderen ziehen zu müssen.

Über den unser Verfassungsrecht charakterisierenden Grundsatz in dubio pro libertate hinaus könnte es im Übrigen in der aktuellen Debatte Sinn machen, an einen weiteren ehrwürdigen, wenn auch in „Vergessenheit“ geratenen Grundsatz zu erinnern:

Abusus non tollit usum!

© 2010

Wenn wir bereit sind zu akzeptieren, dass „Ethik“ und „Moral“ nahezu in die Beliebigkeit der einzelnen Interpreten, insbesondere aber aus individualrechtlicher Sicht, gestellt sind, verbleibt es bei den hinlänglich bekannten Angstszenerien, die traditionell mit den sog. „Dammbruchargumenten“ verbunden sind und ganz bewusst immer wieder in das Zentrum der Ethikdebatte gerückt werden.

Aber auch diesbezüglich gilt: Prinzipiell führen „Dammbruchargumente“ nicht zu „unechten“ Schranken des Selbstbestimmungsrechts, mal ganz davon abgesehen, dass die Dammbruchargumente stets nur behauptet, keinesfalls aber nachgewiesen sind und von daher das rechtsethische Prinzip Geltung beansprucht, wonach der Missbrauch den Gebrauch (hier: der Freiheit des selbstbestimmten Sterbens) nicht aufhebt.

Eine andere (rechtsqualitative?) Bewertung der „Dammbruchargumente“ wären wohl „nur“ dann möglich, wenn in dem befürchteten Dammbruch zugleich ein Angriff auf die „Würde des Menschen“ zu erblicken wäre, so dass gleichsam (in erster Linie rein vorsorglich) aus Art. 1 GG ein Verbot der Legalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe folgen würde, weil u.a. ein tolerantes Verständnis und die damit notwendig verbundene Bandbreite der Interpretationsmöglichkeiten von der Arztethik gleichsam zur „moralischen Verrohung“ des ärztlichen Berufsstandes führen und im Übrigen der Rubikon überschritten werden könnte, den zu überschreiten auf ewig verboten sein sollte. Das „sozialverträgliche Frühableben“ schwerster-

kranker (und weniger erkrankter) Patienten werde befördert und so gesehen richtet sich die Schutzverpflichtung aller staatlichen Gewalt darauf, potentielle Missbrauchsgefahren auszuschließen: Ethische und moralische Entgleisungen – auch nur solche rein hypothetischer Natur – werden mithin präventiv vom Schutzbereich des Art. 1 GG erfasst und so gesehen kann in Art. 1 GG eine Superanspruchsgrundlage für eine bestimmte moralische und ethische Wertanschauung erblickt werden, die zuweilen fantasievoll entfaltet wird, aber deswegen nicht minder nach allgemeiner Beachtung und Geltung strebt.

Ist dem aber wirklich so? Folgt aus Art. 1 GG das präventive Schutzgebot für befürchtete Mißbrauchsgefahren, die zunächst hypothetisch angenommen, aber rein vorsorglich dazu führen, dass die nachfolgenden Grundrechte sich in ihrem Gebrauch an den Missbrauchsgefahren zu orientieren hätten und somit die Reichweite der grundrechtlichen Gewährleistung etwa des Selbstbestimmungsrecht oder der Gewissensentscheidung von vornherein mit „Grenzen“ versehen sind?

Ich meine nein und von daher ist der Wertediskurs um all seine ideologisch überhöhten und im Übrigen fundamentalistischen Argumente zu entfrachten. Die Befürworter als auch Gegner einer Legalisierung der ärztlichen Suizidbegleitung resp. –hilfe werden – je nach Standpunkt – die eine oder andere Zahl aus der Repräsentativbefragung in ihrer Interpretation in den Vordergrund rücken, um damit zumindest die eine oder andere Überschriftenzeile über einen Beitrag rechtfertigen und so gleichsam den Eindruck zu erwecken zu können, als sei ein Konsens in der Ablehnung der ärztlichen Suizidbeihilfe belegt. Immerhin darf es schon als ein kleiner Erfolg gewertet werden, dass derzeit noch keine Kritik gegen die Methode der Umfrage laut geworden ist; ein Umstand, der wohl insbesondere darauf zurückzuführen ist, dass der Palliativmedizin die ihr gebührende Bedeutung bei der Befragung eingeräumt worden ist. Die Folgen stellten sich dann auch prompt ein, zeigten sich doch (einige?) Palliativmediziner resp. deren Privatrechtsvereine, innerhalb derer diese organisiert sind, über ihre Kollegen und deren Einstellung zur ärztlichen Suizidbegleitung empört. Empörung – wenn überhaupt – muss allerdings vielmehr die Schelte derjenigen auslösen, die da glauben, nachhaltigen Einfluss auf eine Gewissensentscheidung nehmen zu wollen.

Nehmen wir die Repräsentativumfrage als das hin, was sie ist: Eine Momentaufnahme von 527 individuellen Gewissensentscheidungen von Ärztinnen und Ärzten, die ein jeder von uns, aber eben auch von den Funktionärsvertretern der Kammern und der BÄK zu respektieren und zu tolerieren hat. Gerade in der Toleranz ist die wichtigste Tugend für den Bereich der privaten und höchst individuellen Selbstbestimmung zu erblicken und Horst Dreier führt diesbezüglich völlig zu recht aus, dass gerade die Freiheitsgewährleistungen (freilich innerhalb zu respektierender Grenzen) „ein außerordentlich hohes Maß an Unterschiedlichkeit der Einstellungen, Lebensstile, Wertetables, Meinungen und persönliche performances“ erlauben und befördern und dies auch so nach der Konzeption der Grundrechte so gewollt ist!

„Prallen diese aufeinander, werden sie oft wechselseitig als Zumutung wahrgenommen. Doch diese Zumutung ist der Preis, den man für die gleiche Freiheit aller in einer pluralen Lebenswelt zahlen muss. Toleranz, verstanden als eine Forderung an den Bürger, nicht an den Staat (der hat ethisch neutral zu sein), bedeutet im Kern: sich diesen Zumutungen gewachsen zu zeigen.“ (Dreier, Der freiheitliche Verfassungsstaat als riskante Ordnung (in RW – Heft 1/2010, S. 11 ff.), online unter >>> http://www.jura.uni-wuerzburg.de/fileadmin/02160100/Elektronische_Texte/Dreier_Internet.pdf, pdf.)

Und in der Tat: Die Freiheitsrechte sind aus der Innenperspektive der subjektiven Grundrechtsträger funktional gleichgerichtet und da sind Konflikte vorprogrammiert, die einander der Harmonisierung bedürfen und zwar in einem Sinne, als dass zwischen ihnen ein weitestgehender schonender Ausgleich vorzunehmen ist: Der gläubige Christ braucht sich nicht seiner Glaubensüberzeugung begeben, um etwa einen Tatbeitrag im Rahmen einer (aktiven oder passiven) Sterbehilfe zu leisten so wie er auch nicht gehalten ist, sein persönliches Gewissen als unübersteigbare Hürde schlechterdings über Bord werfen zu müssen, „nur“ weil die ärztliche Suizidbegleitung legalisiert wird.

Konzedieren wir den Gegnern einer Legalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe ihre Freiheitsrechte, so muss indes auch klar sein, dass derjenige, der Freiheit für sich reklamiert, diese selbstverständlich auch den Anderen zubilligen sollte und in diesem Sinne sind die Landesärztekammern, aber auch die BÄK zur ethischen Neutralität verpflichtet. Dieses Neutralitätsgebot folgt aus der Erkenntnis, dass es im Diskurs beileibe nicht um die Frage geht, ob eine Institution oder Körperschaft eine „ethische und moralische Werthaltung“ einzunehmen in der Lage ist, sondern vielmehr darum, dass die Arzt-Patienten-Beziehung auch mit Blick auf die Betreuung am Lebensende eine dialogische Beziehung ist, in der der Arzt nicht bar seines Gewissen ein therapeutisches Ziel verfolgt oder verfolgen muss und dort, wo die medizinisch indizierte Therapie im wahrsten Sinne des Wortes ihrer Indikation entbehrt, begleitende, namentlich palliativmedizinische Betreuungsangebote vorstellt, erörtert und ggf. durch den Patienten als gewünscht angenommen werden.

Weniger, aber eben auch nicht mehr ist gefordert und demzufolge muss der nach wie vor behauptete Widerspruch zwischen Sterbehilfe und palliativmedizinischer Betreuung mehr als Argwohn wecken, könnte doch in der Negierung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten auch im Hinblick auf die Palliativmedizin der Verdacht aufkeimen, als seien die palliativmedizinischen Forschungsbemühungen untrennbar mit der Bereitschaft der Patienten verbunden, ggf. entsprechend ihr Leid zu tragen, würden diese doch anderenfalls nicht nur der Palliativmedizin, sondern auch der Hospizbewegung einen „Bärendienst“ erweisen. Anders ausgedrückt und nachgefragt: Warum führen wir im Diskurs die Kategorie „unanständig“ ein, wenn jemand glaubt, sich von seinem individuellen Leid verabschieden zu müssen?

Durch derart unsägliche Hinweise wird das Selbstbestimmungsrecht letztlich ad absurdum geführt und von der Konzeption eines liberalen Freiheitsverständnis und der darauf fußenden Konzeption unserer Grundrechte verbleibt nur noch wenig bis rein gar nichts übrig. Über die mit einem besonderen Sendungsauftrag ausgestatteten Ethiker hinaus sind also auch die Palliativmediziner daran zu erinnern, dass sie die „Zumutungen“ ihrer Kollegen zu ertragen haben. Diesbezüglich kommt den Landesärztekammern (meinetwegen auch der BÄK) die Rolle der Mediatoren zu, so dass zwischen den ethischen Lagern vermittelt werden kann. Freilich kann die Kammer angesichts einer Mehrheitsentscheidung eine Präferenzentscheidung für die eine oder andere Option verkünden, nicht hingegen aber das Mehrheitsvotum dazu verwenden, eine gebotene individuelle Gewissensentscheidung qua „Richtlinie“ oder Dekret zu ersetzen. Das Recht und hier insbesondere das Berufsrecht resp. Standesrecht ist mit der Auflösung eines ethisch-moralischen Konflikts nicht überfordert, jedenfalls nicht in dem Maße, wie es der Intention einer berufsrechtlichen Regelung entsprechen sollte, nämlich die divergierenden Grund- und Werthaltungen im Lichte des Toleranzgebots zu respektieren. „Standesrecht bricht nicht Verfassungsrecht“ und sofern wir das Toleranzgebot nicht endgültig zur Disposition einer Institution stellen wollen, bleibt nur der Hinweis darauf, dass eben die Kammern sich zu bescheiden und manchmal auch in ihren Statements zu disziplinieren haben – es sei

denn, die Kammern wachsen quasi in eine amtskirchliche Stellung hinein, die künftig einer „heiligen Indikation“ am Ende eines verlöschenden Lebens das Wort reden darf, in der der Suizid als eine „Todsünde“ dergestalt zu qualifizieren wäre, als dass er vom Patienten ernsthaft nicht mehr in Erwägung gezogen werden sollte und freilich den Ärztinnen und Ärzten strikt verboten ist, auch nur ansatzweise über eine Assistenz nachzudenken.

Es ist eben „unanständig“, nicht nur einen Suizid zu begehen, sondern auch dabei mitzuwirken: Der Patient maßt sich an, über ein Geschenk zu verfügen, während demgegenüber in Teilen die Ärzteschaft Hippokrates ihre Gefolgschaft zu versagen bereit ist und letztlich doch nicht handeln darf, weil es ihr einer „Mehrheit“ nicht gestattet.

Die Prozeduralisierung ethischer Legitimationsverschaffung und damit die nahezu jedwede beliebige Generierung von „Werten“ scheidet allerdings an der für mich entscheidenden Erkenntnis, dass der formale Aspekt der demokratischen Legitimation nicht dazu führt, dass auch nur ansatzweise aus dem Mehrheitsvotum eine „Moral oder Ethik“ auf Zeit nach strikter Beachtung verlangt, von der abzuweichen nur noch gegen (berufsrechtliche) Sanktionen möglich erscheint. Mehr als ein Drittel der Ärzteschaft könnte so gesehen in die Rolle eines Märtyrers schlüpfen, in dem sie sich der Majorität einer Mehrheit unterwerfen, obgleich es ihnen doch von der Verfassung her gestattet ist, ein eigenes Gewissen nicht nur zu bilden, sondern auch nach ihren Überzeugungen zu leben und zu handeln, sofern sie die ganz allgemein gültigen und verbindlichen **normativen Spielregeln** beherzigen.

Eine berufs- oder standesrechtliche Regelung wird eben diese Spielregeln ebenfalls zu beachten haben und in diesem Zusammenhang stehend darf denn auch daran erinnert werden, dass der „Normgesetzgeber“ nicht beliebig in die Grundrechte seiner verfassten Kammermitglieder eingreifen darf: Je näher und ausgeprägter der Grundrechtsbezug ist, um so vorsichtiger werden die Kammern eine berufsrechtliche Regelung auf den Weg bringen müssen, damit diese nicht von vornherein als verfassungswidrig zu qualifizieren wäre und im Übrigen den Schluss nahe legt, dass ohnehin der parlamentarische Gesetzgeber gefordert ist – der, wie bereits oben erwähnt, sich ethisch neutral zu verhalten hat.

Der intraprofessionellen Normsetzung in einer „kleinen Demokratie“ sind also von vornherein durch die Verfassung enge Grenzen gezogen und es sind gerade diese Grenzen, die weithin mit dem demokratiepolitischen, im Übrigen aber durchaus eindrucksvollen Argument verwässert werden sollen: Die Kammern (und erst recht nicht die BÄK) sind nicht dazu legitimiert, eine ethische Grundsatzfrage verbindlich zu entscheiden. Die Landesärztekammer sind als öffentlich-rechtliche Institutionen auch dem Grundsatz der ethischen und moralischen Neutralität verpflichtet, während demgegenüber die BÄK sich im Diskurs als „private Arbeitsgemeinschaft“ äußert, von der in einem besonderen Maße die unabdingbare Toleranz einzufordern ist.

Wir dürfen also gespannt sein, wie nunmehr der Diskussionsprozess innerhalb der Ärzteschaft geführt und welche Richtung er nehmen wird.

Unter rein praktischen Aspekten betrachtet sollten in erster Linie die Mitglieder in den zuständigen Ausschüssen der Kammern verinnerlichen, dass das Arztethos nicht verbindlich ist (!) und es auch in der Zukunft nicht werden wird. Dass Verfassungsrecht ist – mehr denn je – weit davon entfernt, eine ethische Mehrheitsentscheidung auch der ansonsten als integer geltende Berufsgruppe der Ärzteschaft als „Recht“ anzuerkennen.

Von dieser Warte aus betrachtet verflüchtigen sich die (scheinbaren) Probleme wie von selbst und es ist vielmehr an den parlamentarischen Gesetzgeber der Appell zu richten, analog der Problematik um die Patientenverfügung sich seines grundrechtlichen Schutzauftrages zu erinnern, wenngleich es einer solchen Erinnerung m.E. nicht bedarf, spricht doch der Gesetzesvorhalt eine deutliche Sprache. Die erst jüngst getroffene Entscheidung des BGH zur „Sterbehilfe“ ersetzt nicht die Tätigkeit des Gesetzgebers und es ist dringend dafür Sorge zu tragen, dass die Ärztekammern von der hohen Last einer Normsetzung in diesem grundrechtsrelevanten Bereich nicht nur entlastet, sondern vor allem auch entbunden werden, zumal diese hierfür – wie dauerhaft im Übrigen auch der BGH – **nicht zuständig** sind!

Lutz Barth

© IQB 2010

>>> Impressum/Haftungsausschluss <<<

Für Anregungen und Kritik ist der Verfasser verbunden.

>>> E-mail: webmaster@iqb-info.de

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



© 2010