

Grenzen der neopaternalistischen Medizinethik?

oder

**„Wenn es möglich ist, lass diesen Kelch an mir
vorübergehen“ – Warum soll ich jetzt (nicht!) sterben
(dürfen)?**

Beiträge über die Ethik, das Sterben und das
Selbstbestimmungsrecht.

Lutz Barth
2008

Vorwort

Der „Kampf“ um die Würde des Menschen an seinem Lebensende ist voll entbrannt und wir werden in dem Diskurs mit Botschaften von Heerscharen von Ethikern, Philosophen und Theologen konfrontiert, die uns das „Sterben“ nicht leichter machen.

Die ethischen Grundsatzfragen mit Blick auf die Sterbehilfe / Sterbebegleitung mögen hinreichend identifiziert sein und dennoch nimmt die aktuelle Debatte eine völlig neue Wende:

Der Patient wird mit dem Vorwurf eines egozentrischen Individualismus konfrontiert, wenn und soweit er auf sein „Selbstbestimmungsrecht“ beharrt und hier bahnt sich ein neuer inquisitorischer Paternalismus an, bei dem mit seinem Leiden instrumentalisiert wird.

Derzeit spielen die Chefideologen der medizinethischen Zunft sehr phantasievoll auf der Klaviatur der Rechtsethik und der Verfassung und nicht selten mündet die Interpretation vom Grund und den Grenzen des Selbstbestimmungsrechts in der soziaethischen Inpflichtnahme des Einzelnen, sich von seinen individuellen Vorstellungen eines „eigenen Todes und Sterbens“ verabschieden zu müssen.


Neue Gefahren ziehen also am Horizont der Sterbehilfe-Debatte auf.

Dieser vorgelegte Band führt die Thematik des ersten Kompendiums (2007) des Verfassers unter dem Titel

In dubio pro libertate

Kommt der Tod auf „ethisch leisen Sohlen“ daher?

 Vom „guten, demokratisch legitimierten Sterben“

 Von der Instrumentalisierung des „Todes“ und der „Ethik“

 [>>> zum Download <<< \(pdf.\)](#)

weiter und soll dazu beitragen, mit den nachfolgenden Kurzbeiträgen eine Orientierung anzubieten.

Lutz Barth, im Januar 2008

Hinweis:

Alle in diesem Buch veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Das gilt insoweit auch für die veröffentlichten Gerichtsentscheidungen und ihre Leitsätze, denn diese sind geschützt, soweit sie vom Einsender oder von der Schriftleitung erarbeitet oder redigiert worden sind. Der Rechtsschutz gilt auch gegenüber Datenbanken und ähnlichen Einrichtungen. Kein Teil dieses Buches darf außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ohne schriftliche Genehmigung des IQB in irgendeiner Form reproduziert oder in einen von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen verwendbare Sprache, übertragen werden.

Da dieses Buch in der Online-Version erhältlich ist, darf der Herausgeber auf den Haftungsausschluss in der Anlage hinweisen.

[>>> zum Haftungsausschluss >>>](#)

IQB - Lutz Barth, im Januar 2008

Inhaltsverzeichnis

mit Hyperlinkfunktion

Interview mit einer Sterbewilligen - "Suizid ohne Hilfe ist mir zu gewagt"	5
Sterbewille, Patientenverfügung und assistierter Suizid - Grenzen eines drohenden (palliativ)medizinethischen Paternalismus?!.....	8
Ist die neopaternalistische Medizinethik „therapieresistent“?...44	
Was würde heute Immanuel Kant den Medizinethikern entgegnen!	48
Setzen die katholischen Dogmen der Palliativmedizin Grenzen?	50
Sterbehilfe und der ethische Verkündigungsauftrag der Bundesärztekammer – der unmündige Arzt?	54
Medizin- und Rechtsethik und die Revitalisierung des Naturrechtsgedankens.....	56
Nachgehakt: Studie zur Sterbehilfe-Umfrage – was nun Herr Hoppe?	59
Ethikberatung: Hier sind Hausärzte gefragt.....	62
Dringender Appell an die bundesdeutsche Ärzteschaft und ihre Berufskammern!	64

Interview mit einer Sterbewilligen - "Suizid ohne Hilfe ist mir zu gewagt"

„Marly W. leidet an einer unheilbaren Krankheit und kann die starken Schmerzen nur mit Kortison und Tabletten ertragen. Darum hat die 79-Jährige bereits vor Jahren eine Entscheidung getroffen: ihr letzter Weg führt in die Schweiz.“
»»»¹

Kurze Anmerkung (L. Barth):

Ein Interview, das insbesondere die Medizinethiker zur Nachdenklichkeit anregen sollte. Hier äußert eine 79-Jährige Dame ihren konkreten Willen und ihre Wünsche und da wäre es geradezu sträflich, den von ihr gewünschten Weg mit Blick auf ihren Abschied aus dem Leben nicht ermöglichen zu wollen – mehr noch: im Zweifel sogar ihren dann aktuellen Sterbewillen in einen Lebenswillen abändern zu wollen.

Prof. Dr. med. Eberhard Klaschik vom Zentrum für Palliativmedizin der Universität Bonn geht im Rahmen des DFG-Projekts u.a. den Fragen nach, was Patienten mit ihren Patientenverfügungen ausdrücken wollen und ob diese von den behandelnden Ärzten richtig interpretiert werden. „Erste Studien in den USA hätten gezeigt, dass etwa ein Drittel aller Patienten, die eine Patientenverfügung ausgefüllt hätten, die Frage, ob sie ihrem Arzt doch eine Entscheidungsfreiheit einräumten, mit Ja beantworteten. Entsprechende wissenschaftlich evaluierte Erkenntnisse gebe es in Deutschland jedoch bisher nicht. Klaschik hält Patientenverfügungen für eine wesentliche Hilfe für den Arzt. Die Verbindlichkeit sollte jedoch seiner Ansicht nach nicht zu hoch angesetzt werden. Generell fordert der Bonner

¹ Quelle: sueddeutsche.de (15.12.07) von Ursula Auginski >>>
<http://www.sueddeutsche.de/panorama/artikel/44/147696/>

Palliativmediziner ein „neues Denken im Umgang mit schwerstkranken Patienten“. Auf diese Weise könne bei 70 bis 80 Prozent der Patienten der Sterbewille in einen Lebenswillen geändert werden. Klaschik verwies als Hilfe für den Arzt auf die seiner Ansicht nach „brillanten“ Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung“.²

Ob die Grundsätze der BÄK zur Sterbebegleitung brilliant sind, soll hier ausdrücklich offen bleiben, geht es doch im Kern um die Intention palliativmedizinischer Forschung, die Grundlagen für ein „neues Denken im Umgang mit schwerstkranken Patienten“ zu schaffen. Mit anderen Worten: es muss ein Umdenken stattfinden und da scheint es auch legitim zu sein, dass mit diesen Umdenkungsprozess zugleich auch der Sterbewille des Patienten in einen Lebenswillen geändert oder in der milderer Variante „umgedeutet“ werden kann. Der Wille des Patienten scheint also nach Auffassung mancher Palliativmediziner mit Fehler behaftet zu sein und bedarf einer ethischen Korrektur. Denn nur ein „höherer sittlicher Wert“ scheint in der Lage zu sein, den verbindlichen Patientenwillen in Frage zu stellen und da bietet sich gleichsam als ein milderes Mittel an, zunächst auf den Sterbewillen des Patienten beharrlich einzuwirken, damit dieser geläutert wird und sich so gleichsam in den Dienst der Palliativmedizin stellt. Die Grenze palliativmedizinischer Bemühungen ist vielmehr dort zu ziehen, wo der Patient seinen unmissverständlichen Willen geäußert hat. Die Verbindlichkeit der Patientenverfügung ist also sehr hoch anzusetzen und kann nicht dadurch unterlaufen werden, in dem gleichsam der Sterbewille in einen Lebenswillen umfunktionalisiert wird. Der Palliativmedizin kommt nicht ihrer selbst willen die Aufgabe zu, ethische Überzeugungsarbeit mit Blick auf ein ideologiefreies Sterben zu leisten. Es reicht völlig

² Quelle: Klinkhammer, Palliativmedizin: Den Sterbewillen in einen Lebenswillen ändern, in Deutsches Ärzteblatt 104, Ausgabe 48 vom 30.11.2007, Seite A-3306 / B-2907 / C-2807 >>>
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=57764>

zu, wenn diese vielmehr eine palliativmedizinische Betreuung lege artis leistet und die damit verbundenen Möglichkeiten dem Patienten darlegt, wenn und soweit das therapeutische Ziel eine nachhaltige Änderung erfahren hat. Gesinnungsethische Überzeugungsarbeit ist auch in Anbetracht aktueller Forschungsprojekte durch die Palliativmediziner nicht gefordert. Maßgeblich ist vielmehr zunächst der grammatikalische Wortlaut der Patientenverfügung und sofern dieser hinreichend klar ist, besteht kein Anlass zur Interpretation und sofern der Wille nicht kognitiv beeinträchtigt ist, liegt die Interpretationsherrschaft ausschließlich beim Patienten selbst, so dass es nahe liegt, schlicht den Patienten zu fragen. Warum soll also die Palliativmedizin dazu berufen sein, einen Sterbewillen in einen Lebenswillen zu ändern?

Die sterbewillige Marly W. bedarf erkennbar nach ihrem Interview keiner Überzeugungsarbeit; weder der Hinweis auf den Last-Diskurs noch die unrühmliche deutsche Vergangenheit sind für sie tragfähige Argumente, denn sie möchte ganz allein die Regie über ihren Abschied aus dem Leben führen. Dies ist und bleibt auch für die Palliativmediziner zu akzeptieren. Eine gezielte Abänderung des Willens bedeutet in letzter Konsequenz eine mehr als bedenkliche Manipulation des Sterbewilligen.

**Sterbewille, Patientenverfügung und assistierter Suizid -
Grenzen eines drohenden (palliativ)medizinethischen
Paternalismus?!**

In unserem säkularisierten Gemeinschaftswesen stehen wir vor ganz zentralen Entscheidungen. Dies gilt auch und gerade mit Blick auf die bedeutsamen Rechtsfragen am Ende eines Lebens, in dem der Patient ggf. seinen letzten Willen umgesetzt wissen möchte und es ist auffällig, dass sich Heerscharen von Philosophen, Ethikern und gelegentlich auch Moralisten anschicken, längst überkommene „Werte“ zu revitalisieren, die unversehens in eine ethische Zwangsbeglückung münden und Zweifel daran aufkommen lassen, ob die Sendboten hier eher ein Blick in die „ethische Glaskugel“ statt ins Verfassungsrecht werfen.

Auffällig ist, dass in dem Wertediskurs zunehmend der Blick für das Wesentliche getrübt wird und es zu befürchten ansteht, dass eine Archaisierung der Debatte über den Begriff des „mündigen Patienten“ droht. Dies belegen u.a. die zur Diskussion gestellten und der Öffentlichkeit präsentierten Gesetzgebungsvorschläge und die hierzu ergangenen Stellungnahmen. Besonders nachdenklich muss in diesem Zusammenhang stimmen, dass zuweilen das Verfassungsrecht in der Debatte unterrepräsentiert ist oder nicht selten keine adäquate Berücksichtigung findet. Immer öfters erhält der Ruf nach „höheren sittlichen Werten“ und ebenso oft bleiben allerdings die Autoren die Darlegung ihrer Offenbarungsquellen schuldig, wo denn diese „Werte“ ihren positiven Niederschlag gefunden haben. Es könnte der Eindruck entstehen, dass tatsächlich ein „Kulturkampf um die Würde“ des Menschen und damit des Patienten entbrannt ist, in dem neben den verfassungsrechtlich gesicherten „Werten“ gleichsam neue „höhere sittliche Werte“ zur Diskussion gestellt werden, die mehr oder minder dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten neue Konturen – und

sei es auch nur im Wege einer restriktiven Inhalts- und Reichweitenbestimmung – geben sollen.

Evident scheint hierbei nur zu sein, dass das Selbstbestimmungsrecht des Bürgers ihm auch in seiner Rolle als Patient und damit in allen Phasen seines Lebens oder Sterbens zu gewähren ist, so dass insbesondere diejenigen Vorschläge, die die inhaltliche Begrenzung auf den irreversiblen Krankheitsverlauf bis hin zum Tode vorsehen, auf prinzipielle verfassungsrechtliche Bedenken stoßen müssen.

Der „Freiburger Appell“³ der Herren Student und Klie, aber auch die aktuellen Stellungnahmen einiger weiterer (Palliativ)Mediziner⁴ sind nach diesseitiger Auffassung ein Beleg dafür, dass offensichtlich ein Rekurs auf das Verfassungsrecht nicht die gewünschten Ergebnisse in der Debatte zu liefern vermag, so dass an eine „allgemeinverbindliche“ Ethik oder an die Moral appelliert werden muss.

Hier entzieht sich der Wertediskurs schleichend einer stringenten Argumentationsführung und mündet unversehens in einem wohlmeinenden ethischen Paternalismus, in dem die tragenden Achsen der Freiheitssphäre und damit die der Autonomie der Grundrechtsträger verlustig gehen.

Dass das „Sterben“ als ein natürlicher Vorgang per se nicht normierbar ist, bedarf keiner besonderen Betonung und die Einführung dieser kreatürlichen Selbstverständlichkeit als Argument gegen eine Normierung der bedeutsamen Rechtsfragen am Ende eines menschlichen Lebens führt denn auch eher zur Verwirrung, denn zur Klärung der Probleme, die sich rund um die Sterbehilfe ranken, bei. Vielmehr gilt: die

³ Freiburger Appell (Klie und Student) >>> online christoph-student.homepage.t-online.de/42853.html

⁴ Vgl. dazu etwa Klinkhammer, Patientenverfügungen: Gesetzliche Regelung – pro und kontra, in Deutsches Ärzteblatt 104, [Ausgabe 33 v. 17.08.07, S. A - 2234](#)

grundrechtlichen Schutzpflichten des parlamentarischen Gesetzgebers gebieten es, die ohne Frage vorhandenen Rechtsunsicherheiten durch ein klares Bekenntnis zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu beseitigen. Von dieser Verpflichtung zur Regelung wird der Gesetzgeber nicht etwa dadurch freigestellt, in dem etwa die Bundesärztekammer Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung verabschiedet hat oder einige Palliativmediziner grundsätzlich die Ansicht vertreten, dass in der Debatte das Argument von der Rechtssicherheit vorgetäuscht werde. Der Umgang mit den Patientenverfügungen könne vielmehr nur dann gelingen, wenn die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung (der BÄK) allen Ärzten bekannt seien, so die Palliativmediziner.

Mal ganz abgesehen davon, dass die Grundsätze der BÄK zur Sterbebegleitung für sich genommen keine Verbindlichkeit erzeugen und somit weder den Bürgerinnen und Bürger und nach diesseitiger Auffassung auch nicht den Ärztinnen und Ärzte⁵ die Last der ureigenen Entscheidung abnehmen, kommt der BÄK kein gesamtgesellschaftliches ethisches Mandat zu, aufgrund dessen eine (normative) Bindung erzeugt werden kann. Eine Rechtsetzungsmacht – auch eine solche faktischer Natur – kommt der BÄK mit Bindungswirkung für Dritte nicht zu.

Faktische Rechtsetzungsmacht deshalb, weil über die Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung scheinbar in erster Linie die Ärzteschaft standesethisch (und freilich auch berufsrechtlich) gebunden wird, so dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten auf eine (demokratisch) nicht legitimierte, das Grundrecht der Selbstbestimmung eingreifende Schranke in Gestalt der ärztlichen Standesethik stößt und so ins Leere zu laufen droht. Selbst wenn aber den berufsständischen Kammern die Regelungsbefugnis zu konzedieren wäre, bliebe dieser Befund

⁵ In dem hier gemeinten Sinne konkurriert das Standes- bzw. Berufsrecht der Ärzteschaft unmittelbar mit der Gewissensfreiheit der Ärzte und Ärztinnen aus Art. 4 GG.

für den Bürger unbeachtlich, entfalten doch die (Standes)Regeln nur ihre Wirkung im intraprofessionellen Raum. Aber auch hier wirkt das Standesrecht und die Standesethik nicht grenzenlos, muss es sich doch letztlich an den Grundrechten der einzelnen Ärzte und Ärztinnen messen lassen, woran gelegentlich in der diskursiven Wertedebatte zu erinnern ist. Dies gilt um so mehr, als dass höchst aktuell die LÄK Berlin mit Blick auf die befürchtete Kommerzialisierung der Sterbehilfe bereits in der aufkommenden Debatte um den ärztlich assistierten Suizid mit berufsrechtlichen Sanktionen droht, obgleich keineswegs davon ausgegangen werden kann, dass hier das ärztliche Berufsrecht das verbieten kann, was ggf. verfassungsrechtlich geboten ist!

In diesem Sinne plädiere ich für eine gesetzliche Absicherung der patientenautonomen Entscheidungen, ohne dass die Umsetzung des Willens der Patienten an den standesethischen – zugegebenermaßen wohlmeinenden – ärztlichen Proklamationen⁶ zu scheitern droht.

Hierzu zählen freilich auch die die ethischen Proklamationen der Palliativmediziner, so dass es zuvörderst darum gehen muss, für Rechtsklarheit Sorge zu tragen. Da beruhigt es keinesfalls, dass der Bundesgerichtshof sich vermeintlich eindeutig in den Fragen am Lebensende positioniert hat. Um es deutlich zu formulieren: auch dem BGH kommt in dieser Frage nicht die gesetzvertretende Rechtsetzungskompetenz zu. Allenfalls werden wir dem BGH eine „Notkompetenz“ zubilligen müssen, weil bis dato sich der Gesetzgeber in Stillschweigen hüllt und gleichwohl die Bürger einen Anspruch darauf haben, dass kein Stillstand in der Rechtspflege eintritt.

⁶ Im Übrigen wird im Allgemeinen in der Debatte der Eindruck geschürt, dass die (ärztlichen) Richtlinien zur Sterbebegleitung auf einem allgemeinen ethischen Konsens der Ärzteschaft beruhen. Dem ist mitnichten so, wie sich ganz aktuell am sog. „Lahrer – Kodex“ ablesen lässt. Dass die BÄK diesen Kodex für überflüssig erachtet, spricht gewissermaßen für sich selbst, soll doch in der Öffentlichkeit nicht der Eindruck entstehen, als gäbe es einen Harmonisierungsbedarf mit Blick auf differente arzthethische Strömungen.

Gerade weil das Sterben als ein natürlicher Vorgang per se nicht normierbar ist und wir eine Instrumentalisierung des Sterbens befürchten müssen, muss der parlamentarische Gesetzgeber auf eine verfassungskonforme Ausgestaltung des Selbstbestimmungsrechts drängen.

Sog. „Dambruchargumente“ entpflichten den Gesetzgeber ebenso wenig von seiner Aufgabe wie etwaige Statements oder Appelle⁷ von berufsständischen Organisationen oder Religionsgemeinschaften. Diese sind vielmehr ein Spiegelbild von differenten Meinungen und Auffassungen, die zwar gehört werden, aber keinesfalls regelmäßig eine strikte (normative) Beachtung erfahren. Ein solches gilt insbesondere dann, wenn über Grundrechte philosophiert wird und der Kern insbesondere des Selbstbestimmungsrechts als ein überragendes Rechtsgut und Freiheitsrecht nicht adäquat erfasst wird.

Wenn die Reichweite der Patientenverfügungen gar nicht begrenzt werde, bedeute „freie Entfaltung der Persönlichkeit“ eine Selbstbestimmung, die sich bis hin zur Selbstverfügung über das eigene Leben erstreckt, so wohl die Befürchtung der Palliativmediziner. Mit Verlaub – das Recht auf Selbstbestimmung steht jedem Patienten zu und in dem ausschließlich der Patient seine Einwilligung in den angedachten ärztlichen Heileingriff und in der Folge in die palliativmedizinische Therapie zu erteilen hat, steht es auch freilich in seinem Ermessen, eben diese Einwilligung zu erteilen oder zu versagen. Die Konsequenzen mögen für den Patienten aus medizinischer resp. palliativmedizinischer Perspektive heraus betrachtet zwar „katastrophal“ – weil zum Tode führend – sein, aber dies ändert nichts an der vom Patienten getroffenen Entscheidung und insofern kann der Patient durchaus über das eigene Leben selbst verfügen.

⁷ Neben dem Freiburger Appell hat erfährt ganz aktuell der sog. Lahrer Kodex allgemeine Beachtung.

Die Lehren u.a. des ehrwürdigen Hippokrates helfen uns aktuell nicht wirklich weiter, zementiert doch ein Rekurs hierauf eine ethische und in Teilen paternalistische Werthaltung, die gemessen an den aktuellen Fragen der Patientenautonomie ein neues zeitgemäßes Programm erfahren muss. Die Reichweitenbestimmung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten ist frei von Ideologien, modernen Seelenvorstellungen, bereichsspezifischen Partikularethiken, Leidkonzeptionen oder Ähnlichem.

Es ist eine Regelung erforderlich, die u.a. aus der Perspektive des sterbenden Patienten ein selbstbestimmtes Sterben ermöglicht, ohne das ein ethisches (oder religiöses) Zwangskorsett verordnet wird. Anlass für eine verfassungskonforme Regelung dürfte daher allemal bestehen, schicken sich doch einige Medizinethiker an, mit ihrer bereichsspezifischen Ethik ein neues Kapitel im Verfassungsrecht aufzuschlagen.

Beredete Beispiele für eine fürsorgliche ethische Zwangsbeglückung des Patienten und ihre vorgebliche verfassungsrechtliche Legitimationsbasis finden sich immer öfter in der Literatur⁸. Zwei Zitate mögen dies verdeutlichen:

„Eine Aufwertung der Ethik der Autonomie des Einzelnen bedeutet eine Dominanz des Stärkeren über die Ethik des Schwachen.“

„Viele „Patientenverfügungen“ vernachlässigen den Beziehungscharakter von Würde, ihren Bezug zum Zwischenmenschlichen, zum sozialen Zusammenhalt, zu den Zielen einer solidarischen Gesellschaft. Sie vereinseitigen damit den Würdebegriff auf eine fast schon egozentrische Betonung der Autonomie des Individuums. Einem

⁸ Geradezu beispielhaft hierfür der Beitrag von Dörner/Zieger/Bavasto/Holfelder zum Thema Patientenverfügungen: Kein „Sterben in Würde“, in Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 14 vom 05.04.2002, Seite A-917 / B-770 / C-718

bioethischen Menschenbild, das der Individualethik und dem „Glück“ des Einzelnen gegenüber der Sozialethik und dem Solidarisch-aufeinander-Angewiesensein der Menschen einen höheren sittlichen Stellenwert einräumt, wird der Vorzug gegeben. Selbst eine perfekt ausgefüllte Patientenverfügung garantiert aber nicht, dass die Krankheit angemessen oder würdevoll verläuft. Angesichts der Tatsache, dass sich Menschenwürde stets beim Schwächeren, nicht aber beim Stärkeren konkretisiert, bedeutet die Aufwertung der Ethik der Autonomie eine neue Vorherrschaft des Stärkeren (das autonome Individuum) vor der Ethik des Schwächeren (die fürsorgliche und solidarische Begegnung zweier Menschen)“.

Der Beitrag der Autoren endet gleichsam mit der These:

„Mithilfe von Patientenverfügungen ist dem Patienten die Fürsorgepflicht des Arztes weggenommen worden. So gesehen stellen Patientenverfügungen einen schweren Verstoß gegen das allgemeinemenschliche Selbst- und Fürsorgegebot dar und verletzen damit auch Autonomie und Würde des Menschen“⁹.

Ein Blick in das Verfassungsrecht hingegen wird allerdings zeigen, dass der Autonomie des Individuums ein sehr hoher Stellenwert beigemessen wird und im Übrigen das Verfassungsrecht nicht ein einheitlich verpflichtendes Menschenbild kennt und noch weniger eine einheitliche Ethik, aus denen dann Maßgaben für eine patientenautonome Entscheidung folgen.

Der Münchener Palliativmediziner G.D. Borasio warnt also durchaus zurecht vor einem neuen medizinethischen Paternalismus, denn es steht zu befürchten an, dass die Verfassungsinterpretation mit der Philosophie oder einem alltagstauglichen Rasonnieren gleichgesetzt wird und hieraus folgend der Patient zwangsinstrumentalisiert wird. Es offenbaren sich ganz aktuell unheilvolle Tendenzen, wenn die Autonomie des Patienten und damit in erster Linie die

⁹ Dörner et.al., ebenda.

Patientenverfügung in einen direkten Widerspruch zur Palliativmedizin und dem damit verbundenen medizinischen Ethos gesetzt wird und zugleich einige Mediziner unablässig behaupten, dass es den „mündigen Patienten“ nicht gäbe – mehr noch, eigentlich nicht geben kann. Da beruhigt es keinesfalls, dass zumindest das Streben nach Mündigkeit als wünschens- und lobenswert erachtet wird¹⁰.

Völlig unhaltbar ist die These der Autoren Dörner et al., wonach Patientenverfügungen der Sterbebegleitung und der Palliativmedizin entgegenstehen. Auch im Jahre 2002, aus dem der Beitrag der Autoren datiert, kam dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten eine überragende Bedeutung zu und es steht außer Frage, dass dies auch künftig so sein wird. Allen voran das Bundesverfassungsgericht käme in einen ungeheuren Erklärungsnotstand, sich von seiner Rechtsprechung zum Selbstbestimmungsrecht verabschieden zu wollen, um so der Einführung eines ethischen Paternalismus Vorschub leisten zu können. Grundrechte sind und bleiben in erster Linie subjektive Rechte des Einzelnen und diese kommen freilich auch dem Patienten zu, der allein mit Blick auf sein individuelles Sterben (und damit gleichsam sein Leben) die Regie führen möchte. Sofern er diesbezüglich Beistand benötigt oder wünscht, ist es ihm allein anheim gestellt, diesen einzufordern und ggf. die wohlgemeinten Ratschläge in seine Entscheidung einfließen zu lassen; der Patient bedarf insoweit keiner (!) ethischen Zwangsbeglückung.

Keinesfalls sollte sich der Patient dem Vorwurf ausgesetzt sehen, dass er mit seinem autonomen Willen der vermeintlichen Sozialethik eine Absage erteilt und quasi egozentrisch seiner Individualethik einen „höheren sittlichen Stellenwert“ einräumt¹¹.

¹⁰ H.H. Büttner, Der Arzt – eine Quelle der „Mündigkeit“ für den mündigen Patienten?, in Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern 5/2007, S. 152 ff.

¹¹ So aber Dörner et al., ebenda. Hier offenbart sich eine autoritäre und vorgeblich wohlmeinende Gesinnungshaltung, die der Individualethik jedenfalls in der Sterbehilfedebatte keine, allenfalls nur

Es droht offensichtlich nicht nur ein neuer ethischer Paternalismus, sondern er hat bereits greifbare Formen angenommen! Mag auch das Menschenbild des Grundgesetzes nicht dasjenige eines selbstherrlichen Individuums, sondern einer gemeinschaftsgebundenen Person sein – wie sich gelegentlich das BVerfG auszudrücken pflegt -, so folgt hieraus freilich jedoch nicht (!) eine schier unerschöpfliche Quelle für die sozialetische Inpflichtnahme des Individuums, das lediglich seine patientenautonome Entscheidung umgesetzt wissen möchte.

Es ist absurd und in der Folge vor allem höchst ärgerlich, einen prinzipiellen Antagonismus zwischen der selbstbestimmten Entscheidung in Gestalt der Patientenverfügung und „höheren sittlichen Werten“ zu behaupten, nur um des Zieles willen, um jeden Preis die vorgebliche „Fürsorgepflicht“ des Arztes erhalten zu wollen. Die Fürsorgepflicht des Arztes konkurriert eben nicht mit der Selbstbestimmung des Patienten, denn die Fürsorge des Arztes reicht nur soweit, wie eben der Patient nach erfolgter Aufklärung und Einwilligung die „Fürsorge“ des Arztes oder der Ärztin in Anspruch zu nehmen gedenkt¹².

Es muss verwundern, dass auch im scheinbar aufgeklärten 21. Jahrhundert Vertreter der Ärzteschaft daran zu erinnern sind, dass die Fürsorge(Pflicht) und damit etwa die

noch eine marginale Bedeutung beimessen will und zumindest in der Vergangenheit vielfach als Grund dafür benannt werden konnte, dass im Arzt-Patienten-Verhältnis sich ein zunehmender Autoritätsverlust eingeschlichen hat. Der Mythos vom „allwissenden, fürsorgenden und gleichsam dienenden Arzt“ ist gerade in den letzten Jahren entmythologisiert worden und die Revitalisierung alter Mythen in der Debatte um den Grund und die Reichweite patientenautonomer, verbindlicher Erklärungen muss nachdenklich stimmen. Der sich eingestellte Autoritätsverlust lässt sich nicht durch eine paternalistische Medizinethik kompensieren und dies ist m.E. nachhaltig zu begrüßen, trägt doch der Patient ein hohes Maß an Eigenverantwortung!

¹² Von Notfallsituationen mal abgesehen.

Behandlungspflicht ihre Grenzen an dem individuellen Willen des Patienten findet: der Patient bestimmt vielmehr den Beginn, in Teilen auch den Verlauf und im Übrigen das Ende der kurativen, aber auch palliativmedizinischen und eine hierauf gerichtete pflegerische Behandlung. Der Ärzteschaft freilich bleibt es unbenommen, ihre bereichsspezifischen Ethiken und Moralen und die damit verbundenen Fragen selbst zu identifizieren und zu beantworten, wengleich eindringlich davor zu warnen ist, wenn in der Fürsorgepflicht des Arztes zuvörderst mit Blick auf die Patientenverfügung „ein sittlicher Wert“ erblickt wird, der über dem des konkreten Willen des Patienten als Ausdruck seines Selbstbestimmungsrechts zu stellen ist. Es bedarf nicht der Einführung der boni mores durch die Medizinethiker¹³, wenn es darum geht, im Zuge der Debatte um den Grund und die Reichweite der Patientenverfügungen auf verfassungsrechtlich gebotene Maßgaben hinzuweisen. „Der gute Arzt“ oder die Pflegenden werden die Grenzen ihrer ethischen Grundhaltung hoffentlich erkennen und sich nicht in die Rolle eines Sendboten einer tradierten Wertekultur begeben, die sie erneut im Lichte eines „Gottes in weiß“ oder der ehrwürdigen F. Nightingale erscheinen und erstrahlen lassen, diesmal aber zusätzlich gepaart mit einem sozialetischen Erziehungsauftrag, der unmittelbar auf die Instrumentalisierung und Kolonialisierung patientenautonomer Entscheidungen um vermeintlich „höherer sittlicher Werte“ hinausläuft.

Hier würde sich die (Medizin- und Pflege)Ethik als probates Mittel der „Herrschaftsausübung“ über selbstbestimmte Partikularinteressen erweisen und so einem neuen medizinethischen (Zwangs)Paternalismus Vorschub leisten, der an die Stelle des „alten“ medizinischen Paternalismus tritt.

Hierauf wird der parlamentarische Gesetzgeber zu achten und zuvörderst zu berücksichtigen haben, dass das „Recht der Patientenverfügung“ nicht der intraprofessionellen Normsetzung durch die Ärzteschaft überantwortet wird, die im

¹³ Dies gilt freilich auch für die Pflegeethiker.

Zweifel über ihre bereichsethische Sichtweise „höhere sittliche Werte“ generieren, die über die eigene Profession hinaus nach allgemeiner Beachtung streben und so die Gestalt einer verbindlichen „sittlichen Norm“ annehmen. Die grundrechtlichen Schutzpflichten und insbesondere die zentralen Fragen zur Absicherung der patientenautonomen Entscheidung am Ende des Lebens sind vielmehr durch den parlamentarischen Gesetzgeber selbst zu regeln und die Beantwortung, geschweige denn die Regelung, kann nicht (!) auf Berufs- resp. Standesorganisationen delegiert werden. Die dem Gesetzgeber von der Verfassung auferlegten grundrechtlichen Schutzpflichten sind von diesem selbst wahrzunehmen und die einzelnen Professionen bleiben lediglich dazu aufgerufen, in der Wertedebatte sich zu Wort zu melden, um ggf. den Gesetzgeber zum weiteren Nachdenken über seine bedeutsame Rolle bei der Abwehr von Grundrechtsbeeinträchtigungen anzuregen, zumal der verfassungsrechtliche Sachverstand der politisch Verantwortlichen eher begrenzt, zuweilen auch mitunter als dürftig zu bewerten sein dürfte¹⁴.

Die derzeit zur Diskussion gestellten Entwürfe seitens der politisch Verantwortlichen tragen diesem Gedanken nur unzureichend Rechnung, spiegelt sich doch in ihnen ein Werteverständnis wider, dass nicht gebührend dem „bunten Marktplatz“ differenter Auffassungen gerecht wird. Grundrechte sind und bleiben in erster Linie individuelle, also höchst subjektive Rechte und der Gesetzgeber wird gerade bei der Ausgestaltung des Selbstbestimmungsrechts darauf zu achten haben, dass einzig der Bürger und damit er als

¹⁴ Leider gilt dieser desolote Befund auch für eine nicht unerhebliche Zahl von Vormundschaftsrichtern, bei denen höchst bedenkliche und eigentlich rational nicht nachvollziehbare Defizite im Umgang mit den bedeutsamen Rechtsfragen am Lebensende festzustellen sind. Auch dieser Umstand dürfte dafür sprechen, die Rechtsfragen verfassungskonform zu regeln, damit u.a. den Vormundschaftsrichtern ein klares Regelwerk an die Hand gegeben wird, aufgrund derer es ihnen möglich sein müsste, „Recht“ zu judizieren.

möglicher Patient die Regie¹⁵ mit Blick auf sein „Sterben“ und „Sterbevorgang“ führt. Die individuelle Entscheidung des Patienten an seinem Lebensende oder für eine unweigerlich zum Tode führende Entscheidung bedarf keiner ethischen Konsensbildung durch die Gesellschaft¹⁶ als Grundlage für diese autonome Entscheidung, sondern allenfalls einen Konsens darüber, dass das Selbstbestimmungsrecht in dieser Frage höchst individuell und frei von paternalistischen oder wohlmeinenden Ratschlägen und Ideologien ist.

Die (rechts)ethisch bedeutsame Individualentscheidung für das selbstbestimmte Sterben bedarf ferner nach dem diesseitigen Grundrechtsverständnis auch keiner demokratischen Legitimation. Die parlamentarisch-repräsentative Demokratie liefert lediglich einen geeigneten Rahmen dafür, dass mit Blick auf die Patientenautonomie gerade der individuelle Wille gewahrt bleibt. Auch wenn mit den Worten des BVerfG dem Gesetzgeber ein großzügig zu bemessener Ermessens- und demzufolge Gestaltungsspielraum einzuräumen ist, sind gleichwohl den parlamentarisch-repräsentativen Willensbildungsprozessen insofern Grenzen gesetzt, als dass diese nicht nur frei von Fraktionsinteressen sein müssen. Das neue „christlich-soziale Leitbild“ und die damit verbundene Leitkultur kann für sich genommen nur den Anspruch einer allgemeinen Werteorientierung erheben, ohne das hieraus gleichsam für die konkrete unterverfassungsrechtliche Grundrechtsausgestaltung eine ethisch verbindliche „Norm“ folgen würde. Die Ausgestaltung der Patientenautonomie hat demzufolge unabhängig von einer „Leitkultur“ einer Partei zu erfolgen, denn die individuelle Grundrechtsausübung bedarf

¹⁵ Hierbei ist es im Übrigen unbeachtlich, dass Patienten gerade an ihrem Lebensende dazu neigen, „ihre“ Entscheidung an Ärzte resp. nahe stehende Personen delegieren zu wollen. Genauer betrachtet ist diese Entscheidung des Patienten, „nicht“ entscheiden zu wollen, ebenfalls Ausdruck und Folge des von ihm wahrgenommenen Selbstbestimmungsrechts, so dass sich hierin nicht – wie vielfach von Medizinethikern behauptet – die „mangelnde Mündigkeit“ des Patienten offenbart. Eher das Gegenteil dürfte anzunehmen sein.

¹⁶ Und ebenso wenig die der Familie oder sonstiger Angehörigen.

keines ethischen Kollektivzwanges, der einer parteipolitischen Philosophie entspringt und geschuldet ist. In diesem Sinne sind die Abgeordneten bei ihrer Entscheidung „nur“ ihrem Gewissen verantwortlich, gleichwohl aber hoffentlich in Kenntnis von dem Meinungsbild in der Bevölkerung, das ihnen einstweilen „treuhänderisch“ die Staatsgewalt übertragen hat. Insofern muss nicht zwangsläufig die individuelle Gewissensentscheidung der Abgeordneten über den Grund und die Reichweite eines Gesetzes zur Regelung der Patientenverfügung maßgeblich bestimmend sein, sondern vielmehr das Spiegelbild der differenten Wertauffassungen in unserer Gesellschaft, so dass sich in einer normativen Regelung auch eben dieses Spiegelbild verschiedenster Werte niederschlägt und so dem (verfassungsrechtlich einschlägigen) Toleranzgebot Rechnung trägt. Der Wille eines Herrn Bosbach oder eines Herrn Stünker ist zwar durchaus individuell beachtlich, führt aber letztlich nicht dazu, dass ihr höchst individueller Wille – freilich getragen von der Fraktion - gleichsam zu einem allgemeinen Gesetz erhoben wird, der uns bindet. Dem Gesetzgeber sind hier insoweit Grenzen gesetzt, als dass die Regelung grundrechtskonform ausgestaltet werden muss und so gleichsam die individuelle Grundrechtsstellung der Normadressaten gewahrt bleibt; anderenfalls droht der Vorwurf der verfassungswidrigen Regelung und dieser Vorwurf ließe sich am ehesten dadurch vermeiden, in dem von vornherein auf eine verfassungskonforme und freilich die das Selbstbestimmungsrecht des Patienten hinreichend berücksichtigende Regelung gedrängt wird, ohne dass die Abgeordneten ggf. dem Charme mancher Medizinethiker erliegen, wonach dem „egozentrischen Willen“ des Patienten die sozialetischen Grenzen skizziert werden müssen.

Auch wenn insoweit das BVerfG – wie bereits oben erwähnt - mehrfach betont hat, dass das Menschenbild des Grundgesetzes nicht dasjenige eines selbstherrlichen, sondern das eines gemeinschaftsgebundenen Individuums sei, ist hieraus keineswegs eine andere Betrachtungsweise anbefohlen. Der nicht normierbare kreatürliche Sterbevorgang und der hierzu im Zweifel geäußerte Wille des Patienten ist

weder gemeinschaftsgebunden, noch bedarf er der Akzeptanz durch unsere Gesellschaft oder eines ethischen Konzils und freilich noch weniger einer Partei, Standesorganisation oder einer Religionsgemeinschaft – mehr noch: auch aus familiären Bindungen folgt keine Inpflichtnahme oder Reichweitenbeschränkung des autonomen Willens mit Blick auf den selbst zu verantwortenden Abschied aus dem Leben, wobei freilich es dem Patienten unbenommen bleibt, aus welchen Motiven heraus auch immer mit seiner Familie oder ihm nahestehenden Personen im letzten Akt seines Lebens (oder Sterbens) gemeinsam die Regie zu führen; ihm bliebe gar die Möglichkeit eröffnet, sich selbst die Rolle einer „Regieassistentz“ zu entziehen und insgesamt sich seinen Angehörigen (oder der Ärzteschaft, der Pflegenden oder einer wie auch immer gearteten transzendenten „Macht“) anzuvertrauen; all dies bliebe dem Patienten aufgrund seines Selbstbestimmungsrechts vorbehalten und er selbst darf die Prioritäten setzen, so wie er im Übrigen sich dazu entscheiden kann, dem „würdevollen Sterben“ und der damit vielfach propagierten „Lebensqualität in den letzten Stunden“ zu entsagen und sich für eine „Qualität des Todes und damit des Sterbevorganges“ durchringt, die sein Leben ein abruptes Ende bereitet.

Zu einem anderen – allerdings nach diesseitigem Verständnis fragwürdigen – Ergebnis würde man nur dann gelangen (können), wenn über die ethische Normbildung hinaus einer Gattungsethik das Wort geredet werden soll, die zu einer besonderen Inpflichtnahme der Grundrechtsträger und Adressaten führen würde. Hier schleicht sich dann u.a. die Theorie von den immanenten Verfassungsschranken nicht nur in das Ohr mancher Verfassungsrechtler, sondern insbesondere auch der Philosophen und Soziologen ein, so dass hieraus folgend für die Gattung Mensch besondere Pflichten mehr oder minder phantasievoll auf der Klaviatur ethischer und demzufolge überindividueller Normenbildung konstruiert und nachfolgend scheinbar verbindlich statuiert werden können und vor allem sollen.

Eine Verpflichtung zum „Leben“ in Form eines ethischen Lebenszwangs lässt sich schwerlich verfassungsrechtlich begründen. Das überindividuelle Interesse einer säkularisierten Gesellschaft an der Erhaltung der Gattung Mensch ist zwar aus nachvollziehbaren Gründen durchaus ehrenhaft und wünschenswert, trägt aber im konkreten Entscheidungskonflikt mit Blick auf den autonomen Sterbewunsch nicht zur Lösung bei.

Im Übrigen soll hier aber durchaus betont werden, dass der Palliativmedizin ein hoher Stellenwert zukommt. Nicht akzeptabel erscheint mir allerdings zu sein, dass die Bedeutung der Disziplin durch eine ideologische (oder theologische) Sichtweise überhöht wird, in dem nicht selten „Leidkonzeptionen“ vorgestellt und Befürchtungen vor einem „Lastdiskurs“ geäußert werden. Dass es hier im Einzelfall zu Konflikten kommen kann, zeigt nicht zuletzt auch die aktuelle Debatte um den sog. „unseligen Papst-Tod“, der für sich genommen aber nicht „unselig“ war, sondern durchaus den Grundsätzen des Evangelium vitae entsprach.

Auch wenn sich ohne Frage das therapeutische Ziel im Rahmen einer palliativmedizinischen Behandlung und Betreuung ändert, erfährt auch die palliativmedizinische Behandlung ihre Legitimation (nur) durch eine Einwilligung¹⁷

¹⁷ Nicht nur die kurative, sondern auch die palliativmedizinische Therapie des Patienten erfordert eine ärztliche Aufklärung, aufgrund derer der Patient dann seine Einwilligung in das vom Arzt oder die Ärztin vorgeschlagene therapeutische Konzept zu erteilen hat. Sofern der Patient meint, auf ein gebotenes Aufklärungsgespräch verzichten zu wollen, wird dies grundsätzlich zu respektieren sein, wengleich ein allgemeiner Schluss, dass etwa der multimorbide Alterspatient regelmäßig (!) durch beredtes Stillschweigen seinen Verzicht und damit sein Einverständnis erklärt habe, nicht zulässig ist! Entgegen der von Klie vertretenen Auffassung gibt es keine Regel, wonach „von einer (zumindest stillschweigenden) Einwilligung des Patienten gegenüber der vom Arzt verordneten Behandlung ausgegangen werden kann, wenn dieser der Behandlung nicht widerspricht“, so Klie in Rechtskunde – Das Recht der Pflege alter Menschen, 8. Aufl. 2006, S. 99, 100.

des Patienten, so dass auch die patientenautonome Entscheidung die Grenze palliativmedizinischer Bemühungen markiert. Patientenverfügungen dokumentieren den Willen und damit die Entscheidung des Patienten, so dass dieser konkreten Entscheidung Geltung zu verschaffen ist. Die These etwa der Herren Student und Klie in ihrer cave-Patientenverfügung, wonach ein Gesetz zur Regelung von Patientenverfügungen über den Einzelfall hinaus dazu führen könnte, dass hierdurch eine Wirkung auf die Moral der Gesellschaft entfaltet wird, dürfte zwar durchaus plausibel sein, aber dennoch auf den konkreten Fall der Patientenverfügung bezogen ein ganz und gar untaugliches Argument. Es geht eben nicht um die „Moral“ der Gesellschaft, sondern um eine individuelle Entscheidung eines Grundrechtsträgers, der in einem exklusiven und höchst individuellen Bereich für sich völlig zu Recht seinen Freiraum reklamiert und zwar frei von moralischen und ethischen Zwängen. Diesbezüglich greift die Argumentation der beiden Herren zu kurz, zumal sie davon ausgehen, dass das Recht im Wesentlichen die Funktion hat, „Werthaltungen unmittelbar oder mittelbar in der Gesellschaft Geltung zu verschaffen“¹⁸. Mit Blick auf die Patientenverfügung geht es aber eben nicht darum, allgemeine Werthaltungen in das Bewusstsein deren zu rufen, die eine selbstbestimmte individuelle Entscheidung zu treffen gedenken und diese „Werthaltungen“ als verbindliche Standards zu definieren. Vielmehr ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ein „Wert an sich“, dem Geltung zu verschaffen ist und seine Grenze lediglich an den Grundrechten anderer findet.

Hier verschweigen die Initiatoren des Freiburger Appells – Cave Patientenverfügung – (aber auch andere Philosophen

¹⁸ So Student und Klie in Cave – Patientenverfügung, aaO. Hier verkennen die Autoren insbesondere den Sinn und Zweck von Grundrechten, die in erster Linie als individuelle Freiheitsrechte Geltung beanspruchen und insofern gerade der „herrschenden Moral“ auch in Gestalt wohlmeinender, aber gleichwohl freiheitsbeschränkender Gesetze die Grenzen setzen können. Gesetztes „Recht“ als Ausdruck „herrschender Moral“ ist nicht stets ein Garant dafür, dass dieses Recht verfassungskonform ist.

und Ethiker) beredt eine der zentralen Funktionen unsere Grundrechte! Dies erscheint zunächst auch unproblematisch, sind doch auch die Herren Student und Klie nicht frei von Ideologien; auch sie tragen mit ihrem Appell zunächst nur zur Diskussion im historisch bedeutsamen Wertediskurs bei, wie andere Interessierte auch.

Wir alle sind in unserer ureigenen Sozialisation verhaftet, so dass unsere Gesellschaft sich naturgemäß mit Blick auf grenzwertige Fragen durch die wünschenswerte Pluralität von Meinungen auszeichnen sollte und muss. Gleichwohl sind unsere Statements gewissermaßen einer Plausibilitätskontrolle unterworfen und nicht selten stellen wir dann in der Folge fest, dass mit wohlmeinenden Appellen zugleich auch die Gefahren einer Instrumentalisierung in besondere Weise verbunden sind. Deshalb muss schon für sich genommen der Hinweis auf „moralische Werthaltungen“ in unserer Gesellschaft durch die Statuierung von Recht Argwohn auslösen und zwar gerade in den Fällen, wo ein individueller Freiheitsbereich nur noch als Desiderat moralischer Gemeinschaftswerte erscheint. Hier wird verkannt, dass die individuelle Freiheit zur patientenautonomen Entscheidung ein „Wert per se“ ist und unserer Gesellschafts- und damit der Rechtsordnung als „Werthaltung“ vorgegeben ist. Mögliche Begrenzungen dieser so verstandenen Freiheit zur autonomen Selbstbestimmung bedürfen also eines konkurrierenden „Wertes“ auf gleicher Höhe, so dass bei entsprechenden Konflikten eine angemessene (Güter)Abwägung¹⁹ stattfinden kann. Nicht ausreichend dürfte dabei die Visionen von einem befürchteten Last-Diskurs sein, denn die zu gewährende Freiheit

¹⁹ Das sog. Prinzip der praktischen Konkordanz weist hier den richtigen Weg, so dass mögliche Präferenzentscheidungen stets sich an der Bedeutung der einzelnen, miteinander konfligierenden Grundrechte zu orientieren haben. So führt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht zur Fremdbestimmung der Ärzteschaft und die Grundrechte müssen jeweils in ihrem Kern beachtet werden, so dass sowohl der patientenautonomen Entscheidung des Patienten als auch der möglichen (individuellen!) Gewissenentscheidung der Ärzte und der Pflegenden hinreichend Rechnung getragen werden kann.

privatautonomer Selbstbestimmung bedarf keiner „präventiven Restriktion“, ohne dass sich derartige Konflikte realisiert haben und noch weniger ist der Patient moralisch verpflichtet, sein „Leid“ anzunehmen und ggf. zu tragen, wobei es ihm aber auch unbenommen bleibt, sich dafür zu entscheiden, anderen „nicht zur Last fallen zu wollen“.

Maßgeblich ist nur die Innenperspektive des Patienten bei seinem Ringen um eine selbstbestimmte Entscheidung, die frei von moralischen, ethischen und gesamtgesellschaftlichen „Zwängen“ und wohlmeinenden Perspektiven sein muss, so dass eben die säkularisierte Gesellschaft verpflichtet ist, ein verfassungsrechtlich gebotenes Alternativverhalten und die darauf gründende selbstbestimmte Entscheidung als Option zu gewährleisten und zu garantieren. Ein „moralischer Druck“, „nicht zur Last fallen zu dürfen“ ist für den selbstbestimmenden Patienten ebenso unbeachtlich wie das Ansinnen mancher Bereichsethiker, er möge doch die Angebote einer palliativmedizinischen Therapie annehmen; dies gilt zumindest in den Fällen, in denen gleichsam mit der ohne Frage überaus sinnvollen palliativmedizinischen Betreuung mehr oder minder schleichend ein Inpflichtnahme des Patienten verbunden wird, wonach dieser auf seine egozentrische individuelle Sichtweise (einstweilen) zu verzichten hat, trägt er doch mit diesem Verzicht auf eine selbstbestimmte Entscheidung letztlich zur Weiterentwicklung und Verbreitung der Palliativmedizin (oder des Hospizgedankens) bei. Besonders deutlich wird dieser Ansatz bei U. Fahr, auch wenn er betont, auf das Hauptproblem der schweren, unerträglichen Schmerzen nicht näher eingegangen zu sein:

„Es kann sein, dass es Personen gibt, deren Leben geglückt ist, die auch Sterben können, und die jetzt Sterben wollen, weil sie unter unerträglichem Schmerz leiden. Ich meine aber, dass sie auf die Wahrnehmung dieser Möglichkeit verzichten können, unter der Voraussetzung, dass alles getan wird, um bessere Schmerzmedikamente zu entwickeln, als es sie bisher gibt. Sie wissen, dass ohne ihr Leiden der Druck in Richtung einer besseren Schmerzmedizin geschmälert würde.“

Schwere Schmerzen sind kein Grund zu töten, sondern ein guter Grund dafür, schnellstmöglich bessere Schmerzmedikamente zu entwickeln²⁰.

Dieses abschließenden Votum von Fahr in seinem Beitrag zur Kritik an der aktiven Sterbehilfe überzeugt allerdings nicht, denn hier wird verkannt, dass der Patient sich nicht in den Dienst der Forschung u.a. von Pharmaunternehmen zu stellen hat und noch weniger hat sich der an unerträglichen Schmerzen leidende Patient der Erkenntnis zu öffnen, dass „ohne sein Leiden“ kein hinreichender Druck auf die Forschung aufgebaut werden könne. Gelegentlich wird mit Blick auf die aktive Sterbehilfe darauf hingewiesen, dass „professionalisierte Hilfe zur Selbsttötung das sei, was man ein unmoralisches Angebot nennt“²¹. Ob diese Einschätzung zutreffend ist, kann nur ein jeder für sich selbst beantworten. Die Ärzte, die bereit wären, einen Suizid zu begleiten – und derer dürfte es Umfragen zufolge mehrere geben – unterbreiten dem Patienten nach diesseitiger Auffassung kein „unmoralisches“ Angebot, sondern entsprechen lediglich dem selbstbestimmten Sterbewunsch des Patienten nach einer entsprechenden Hilfe zum Sterben, ohne hierbei offensichtlich mit ihrer ureigenen Gewissensentscheidung in Konflikt zu geraten.

In diesem Sinne erscheint es durchaus entbehrlich, den (fragwürdigen) moralischen Zeigefinger zu erheben, wenn es Ärzte mit ihrem Gewissen und entgegen einer vielleicht dem ehrwürdigen Geist des Hippokrates widerstrebenden moralischen und ethischen Grundhaltung vereinbaren können, in Grenzfällen aktive Sterbehilfe zu leisten. Mag auch die ethische Grundhaltung eines Herrn Salm (und freilich die der

²⁰ So Fahr in seinem Beitrag, Zur Kritik der aktiven Sterbehilfe, 2000 (online unter <http://www.ethik-info.de/Fahr005.pdf>).

²¹ „Einen Freitod zu begleiten, wie Dignitas das anbietet, lehne ich aus moralischen Gründen ab. Nichts zu tun ist unmoralisch!“ Das heiÙe zwar nicht, dass Leben um jeden Preis verlängert werden müssten. Eines aber sei klar: „Professionalisierte Hilfe zur Selbsttötung ist das, was man ein unmoralisches Angebot nennt“, so S. Salm in der Sendung von Sabine Christiansen am 11.03.07

anderen Damen und Herren) ehrenwert und akzeptabel sein, so bleibt doch sein Bekenntnis im Ergebnis eine Stimme unter vielen, die im Wertediskurs gehört werden möchte – freilich aber in dem Bewusstsein, dass dieses Bekenntnis Ausdruck seiner momentanen selbstbestimmten Entscheidung zu einem aktuellen Problem ist und uns seine individuelle Gewissensentscheidung in Teilen offenbart. Mehr dürfen wir, die wir uns am Diskurs beteiligen, auch nicht erwarten, denn: derart moralisierende und mahnende Betrachtungsweisen fordern nicht selten zur nachhaltigen Skepsis auf, auch wenn sich die moralisierenden Norminterpretationen hierbei auf historisch überlieferte und ohne Frage bedeutsame Worte großer Philosophen berufen können. Indes gilt aber: weder Hippokrates, Kant noch Habermas oder der ehrwürdige Sokrates lösen den individuellen Konflikt bei der zentralen Frage am Ende eines verlöschenden Lebens und es ist wenig hilfreich, wenn etwa darauf verwiesen wird, dass es „kein Leben gibt, das nicht leidfrei ist“.

„Das Gleichnis(von Sokrates: der Verf.) lehrt, dass nur die Erfahrung des Leides es uns erlaubt, die Freude des Lebens in anderen Augenblicken als Abwesenheit von Leid zu erleben. Auf eine Kurzformel gebracht heißt das, nur wer gefesselt war, weiß, was Freiheit ist. Dabei geht es nicht nur um das Leiden, es geht auch darum, Grenzen wahrzunehmen und anzunehmen“.²²

Mit Verlaub – wer die Freiheit kosten will, muss nicht das Leid annehmen und ertragen; es geht auch nicht darum, die Grenzen wahr- und gleichsam anzunehmen, sondern vielmehr darum, dass der Patient seinen Willen mit Blick auf seinen Tod (!) – seinem Abschied aus dem Leben – artikulieren kann und dass dieser Wille entsprechend beachtet wird.

Sofern Pleschberger das hohe Gut der Freiheit (auch) über das Leiden zu erschließen gedenkt, bleibt ihr ein solches

²² So Pleschberger, „Bloß nicht zur Last fallen“ - Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen, Dissertation v. Sabine Pleschberger, vorgelegt im Dezember 2004

Verständnis freilich unbenommen, wenngleich sie sich der Gefahr aussetzt, mit ihrer Lesart den Begriff der Würde ebenfalls ideologisch zu besetzen. Ein Umstand, den sie mit Blick auf die Religion meint, kritisieren zu müssen.

Weder der Religion noch der berufsständischen Pflege- und Arztethik kommt allerdings die Befugnis zu, allein die Definitionsherrschaft über den ideologiefreien Begriff von der Würde des Menschen für sich reklamieren zu können, aus dem dann gleichsam eine „Leid-Konzeption“ folgt, die für alle verbindlich sei²³. Vielmehr bleibt es dem einzelnen Grundrechtsträger unbenommen, ein diesbezügliches „Wahlrecht“ auszuüben, dass wiederum selbst Ausdruck seines individuellen Selbstbestimmungsrechts ist: sofern also der Patient sich dazu entschließt, dass „Leid“ – aus welchen Motiven und Grundüberzeugungen auch immer – anzunehmen und zu ertragen, werden wir dies selbstverständlich zu akzeptieren haben. Das hier neben dem Selbstbestimmungsrecht ggf. noch zusätzlich die Glauben-, Gewissens- und Religionsfreiheit die patientenautonome Entscheidung stützen und rechtfertigen, ist eine von der Verfassung vorgesehene Folge, zumal mit Blick auf das Leben und Sterben in der Regel mehrere Grundrechte betroffen sind resp. sein können.

Das Sterben ist und bleibt ideologiefrei und nach der Verfassung kommt dem Gesetzgeber die zentrale Aufgabe zu, in dem Wertediskurs das Selbstbestimmungsrecht der Patienten gegenüber der Inpflichtnahme durch intraprofessionelle Bereichethiken, aber auch religiöse Grund- und Werthaltungen, als verfassungsfest zu schützen. Es geht auch nicht um einen - mehr zweifelhaften denn redlichen -

²³ In diesem Zusammenhang stehend dürfte es aufschlussreich sein, wenn die Autorin Pleschberger zugleich darauf verweist, dass der „Kaiserschnitt nach Wunsch“ zu beklagen sei (Pleschberger, aaO., S. 182). Auch wenn das Buch der Bücher davon ausgeht, dass die „Frau unter Schmerzen gebären solle“, bleibt dies in Ansehung an die moderne Medizin nur ein frommer Wunsch, den zu wünschen im Belieben einer jeden werdenden Mutter steht, aber wohl nicht zum moralischen Gebot erhoben werden dürfte.

„Kampf“ um die Leitprofession beim „Sterben“! Sowohl die Ärzteschaft, die Pflegenden als auch die geistlichen Würdenträger und im übrigen die Humanisten haben zu akzeptieren, dass die Verfassungsinterpretation aus guten Gründen nicht (!) mit der Philosophie und noch weniger mit einer Partei-, Verband- oder Vereinspolitik gleichzusetzen ist, mag auch der „Wunsch“ nach einer allgemeinen Leitkultur und nach der Dominanz für eine Profession beim „professionellen Sterben“ noch so groß sein. Die Dominanz einer Profession oder einer bereichsspezifischen Ethik und damit die Geistes- und Werthaltung einer gesellschaftlichen Gruppe folgt auch nicht aus der Tatsache, dass ggf. die Stiftung Warentest das beachtliche Angebot der vorformulierten Patientenverfügungen einer Prüfung unterzieht und einzelne Angebote hierbei besonders „gut“ abschneiden. All diese Angebote, ob moralisch genehm oder als „unmoralisch“ zu verwerfen, sind lediglich in einem beschränkten Umfang Orientierungshilfen für den Patienten, der sich zum Abfassen einer Patientenverfügung durchringt, wobei ihm die zentrale Entscheidung über „das Ob (!)“ keiner abzunehmen vermag²⁴.

Gleich, welche „Leitprofession“ sich mit ihrer bereichsspezifischen Ethik im Diskurs durchzusetzen vermag – jede dieser Leitprofessionen wird sich an der selbstbestimmten Entscheidung des Patienten zu orientieren haben, die ihrerseits nicht zur Fremdbestimmung eben der Ärzte oder der Pflege führen darf. Zitate von großen Philosophen können allenfalls zur Orientierung im historisch bedeutsamen Diskurs dienen, uns aber nicht die höchst individuelle und selbstbestimmte Entscheidung abnehmen. Man/frau muss nicht Kant, Sokrates oder die Richtlinien der BÄK zur Sterbebegleitung oder dergleichen gelesen haben, um seine Entscheidung treffen zu können.

Mit der Selbstbestimmung ist freilich auch ein hohes Maß an Selbstverantwortung untrennbar verbunden und insofern

²⁴ Nicht ausgeschlossen sein dürften allerdings Instrumentalisierungsversuche, die nicht zwangsläufig zum Scheitern verurteilt sind.

„verfügt“ der Patient durchaus „testamentarisch“ über sein Schicksal – ein „Testament“, welches wir zu akzeptieren haben und nicht einer „ethischen Anfechtung“ durch die Bereichsethiker zugänglich ist. „Höhere sittliche“ und vor allem in der Gesellschaft konsentiertere Werte mögen vielleicht zur „Sittenwidrigkeit“ eines Vertrages führen, nicht aber zur Nichtigkeit einer patientenautonomen Verfügung, die den nachhaltigen Willen des Patienten dokumentiert²⁵.

Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf die höchst spannende Debatte über den mutmaßlichen Willen und, sofern dieser nicht feststellbar sein sollte, die „allgemeinen Wertvorstellungen“ in unserer Gesellschaft. Der scheinbare Widerspruch „in dubio pro vita“ und „pro libertate“ begegnet sich am Horizont fundamentaler Werte gleichsam auf Augenhöhe und löst sich in Wohlgefallen auf: derjenige, der von seiner Freiheit nicht Gebrauch machen möchte, will oder kann, entschließt sich „stillschweigend“ zugleich auch für sein Leben (!) und im Zweifel der kurativen und ihr nachfolgend der palliativen medizinischen Therapie und Betreuung. Freiheit und damit das Selbstbestimmungsrecht will im status positivus (aber auch status negativus) gelebt werden, so dass die differenten Facetten und damit Optionen der Freiheitsausübung stets aus der Perspektive des Grundrechtsträgers mitbedacht werden müssen. Dies bleibt freilich nicht ohne Konsequenzen für den Gesetzgeber, der im Rahmen seiner Regelungskompetenz den notwendigen verfassungsrechtlich gebotenen Freiraum dafür schaffen muss, dass sowohl die positive als auch die negative Freiheitskomponente ihre Berücksichtigung findet, ohne sich von einem der grundlegenden Werte – namentlich Freiheit, Selbstbestimmung, Leben und Gesundheit – verabschieden zu müssen. Der „sterbewillige“ Grundrechtsträger kann selbst

²⁵ Nur in Parenthese sei an dieser Stelle angemerkt und gleichsam in Erinnerung gerufen, dass nicht selten wenige Jahre später sich das „Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden“ und damit die herrschende Sozialethik durchaus ändern kann, wie die – bereits schon zum seinerzeitigen Zeitpunkt – unselige und „pseudoethische“ Debatte um das Peepshow-Urteil des BVerwG hinreichend dokumentiert haben dürfte.

die Regie mit Blick für seinen Tod führen, so wie es ihm anheim gestellt bleibt, sich dem Prozess der Rechts- und Güterabwägung nach dem geltenden Verfassungsrecht und der aktuellen Verfassungswirklichkeit entweder zu „unterwerfen“ oder durch positive und hinreichend konkretisierte Willensäußerung zu „entziehen“.

Dass der Patient mit seinem nachhaltigen Sterbewilligen hierbei Gefahr läuft, dem „allgemeinen moralischen und ethischen Wertekonsens“ unterworfen zu werden, belegt im Zweifel die Rechtsprechung des BGH und es liegt an ihm, Vorsorge zu treffen. Das hierbei „moralische und ethische Werte“ zu pervertieren drohen, steht nicht zu befürchten an, auch wenn dies ein nicht hinwegzudiskutierender Makel der unrühmlichen deutschen Vergangenheit ist. Die Kategorie „unwertes Leben“ war und ist kein (!) Wert und sie wird es auch künftig nicht werden, wohl aber das Recht und die Freiheit des Einzelnen, für sich sein (!) Leben individuell als „lebenswert“ zu qualifizieren. Er steht dann vor der durchaus schwierigen Entscheidung, seinen Lebensplan und seine Grenzen hierzu zu markieren, die zu markieren einzig seine individuelle Entscheidung ist. Die „Würde“ des unmittelbar betroffenen Patienten und das ihm zustehende Selbstbestimmungsrecht unterliegt keinen (!) gesellschaftlichen resp. moralischen Grundrechtsschranken, aufgrund derer eine Inpflichtnahme für einen vermeintlichen „guten und gerechten Tod“ (und im Zweifel der Gesellschaft dienlichen Tod) begründet werden könnte. Ein Staat, der dies zu einem allgemeinen, moralisch verbindlich vorgeschriebenen Gesetz erheben würde, enttarnt sich als ein Staat, der eben nicht die ureigene Lebensphilosophie des Individuums achtet und Erinnerungen an das gewaltige Unrecht in der Geschichte schlechthin wach werden lässt. So wie der psychisch und physisch kranke und scheinbar dem Tode geweihten und nahestehende (Alters-)Patient keine „Ballastexistenz“ ist, so wenig darf ihm gegenüber der Vorwurf einer „egozentrischen individualethischen Grundhaltung“ erhoben werden, nur weil er seinen konkreten Willen im Rahmen seiner (!) medizinischen Behandlung umgesetzt und gewahrt wissen möchte. Ethische Maßgaben für die Individualethik offenbaren

sich nicht selten als eine (fragwürdige) Tugendethik, um so eindringlich auf das Individuum erzieherisch einwirken zu können, vermögedenen der Patient das trügerische Gefühl vermittelt bekommt, sich „sozialethisch“ konform und angemessen zu verhalten. Hier könnte dann freilich in der Tat von einem „Last-Diskurs“ gesprochen werden, dergestalt, als dass der Patient mit seinem gefassten individuellen Willen mit der „Last“ einer sozialethischen Inpflichtnahme und damit vermeintlich „höheren sittlichen Werten“ konfrontiert wird, unter der es kein Entrinnen mehr gibt. In dem hier gemeinten Sinne kommt dann dem neuen medizinethischen Paternalismus eine höchst kritisch zu bewertende Qualität zu: er enttarnt sich bei genauerer Betrachtungsweise als eine Ideologie, die über den Weg der Sozialethik Eingang in den konkret individuell zu fassenden Willen des Patienten finden soll und von daher ist die These des Soziologen Feldmann durchaus zutreffend, wonach es wohl um die Instrumentalisierung des Todes und der hierzu geführten Debatte geht²⁶. Die Folge ist ein „gesellschaftlich akzeptiertes, weil ethisch vorbereitetes und damit konsentiertes Sterben“, so dass jedes von dieser ethischen Norm abweichendes individuelles Sterben als „moralisch verwerflich“ stigmatisiert werden muss und nur in Parenthese sei angemerkt, dass es dann freilich Sinn macht und überaus konsequent ist, alternative und die den Individualwillen des Patienten hervorhebende Konzepte als „unmoralische Angebote“ zu diskreditieren.

Die Aufgabe des Verfassungsrechts wird allerdings zuvörderst darin zu erblicken sein, dem Grundrechtsträger Handlungsoptionen zur Verfügung zu stellen, die ihm auf unterverfassungsrechtlicher Ebene in Gestalt eines einfachen

²⁶ Insofern erinnert die ethische Zwangsbeglückung zugleich an die „reiche Erbtante“, die im Wachkoma liegend ggf. im Interesse eines zu erwartenden Erbes schneller als gewünscht aus dem „Leben“ zu scheiden hat. Sowohl die Intention der potentiellen Erben, aber eben auch die Intoleranz mancher Ethiker sind gleichermaßen bedenklich und inakzeptabel – anders ausgedrückt: moralisch verwerflich, um sich dieser Kategorie hier ganz ausnahmsweise mal bedienen zu dürfen.

Gesetzes oder ggf. ergänzender und abändernder Rechtsnormen die Möglichkeit einräumen, seine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen, die dann auch in der Folge – auch in Form seines antizipierten Willens – strikt zu beachten ist. Unsere Gesellschaft und vor allem die säkularisierte Wertegemeinschaft mit ihrer gesamten Pluralität wird es aushalten müssen, dass das Sterben höchst persönlicher Natur ist und dass offensichtlich eine nicht unbeträchtliche Zahl von Bürgerinnen und Bürgern u.a. auch die aktive Sterbehilfe in aussichtslosen, weil u.a. mit unsäglichen Schmerzen verbundenen Situationen befürwortet.

Indes bleibt aber zu fragen: kommt es eigentlich hierauf an? Nach diesseitigem Verständnis eher nicht, denn ob 30, 40 oder vielleicht 70% der Befragten eine positive Einstellung zur aktiven Sterbehilfe haben, ist nicht entscheidend, sondern vielmehr die Tatsache, dass immer eine Minderheit das Gegenteil befürwortet oder sich einen vermittelnden Weg – etwa durch die Angebote der Palliativmedizin – zu entscheiden gedenkt. Das Verfassungsrecht und hier näher das individuelle Selbstbestimmungsrecht liefert die Maßgaben für den Gesetzgeber dergestalt, als dass dieser im Rahmen seiner grundrechtlichen Schutzverpflichtung gehalten ist, allen (!) Optionen Rechnung zu tragen.

Es ist eine individual(grund)rechtliche Betrachtungsweise anbefohlen, die nicht im Rekurs auf einen höchst fragwürdigen Appell an die sozialetischen „Pflichten“ (?) der Bürgerinnen und Bürger obsolet geführt werden sollte. Es gibt keine Pflicht zum Leben und ein hierauf gerichteter ethischer Zwang ist mehr als „unethisch“, wird doch das Individuum um eines seiner zentralen Freiheitsrechte, namentlich das Selbstbestimmungsrecht, schleichend „beraubt“ und dies sind nach diesseitiger Überzeugung keine guten Aussichten für den nach Freiheit und Selbstbestimmung strebenden Bürger im säkularen Verfassungsstaat.

Ein solches gilt sowohl für staatliche Grundrechtsgefährdungen, aber auch für aktuelle

Bedrohungslagen, die aus einer paternalistischen ethischen Werthaltung von Bereichsethikern folgen, die nach allgemeiner Beachtung und Verbindlichkeit streben. „Nicht dein, sonder mein Wille“ ist und bleibt entscheidend und dies gilt freilich auch für meinen (und nicht deinen!) „mutmaßlichen Willen“, den zu erschließen (und nicht zu interpretieren) im Zweifel die Ärzte, Verwandte oder andere nahe stehenden Personen berufen sind, wenn hierzu der selbstbestimmte Bürger schweigt.

Mit einem beredten Schweigen des Patienten mag zugleich das Prinzip in dubio pro vita favorisiert werden, wenngleich dies nicht stets der Fall sein muss. Die Bürgerinnen und Bürger bleiben aufgerufen, entsprechende Vorsorge zu treffen, um nicht unversehens ein Opfer wohlmeinender, aber gleichwohl einer bedenklichen und vermeintlich konsentierten ärztlichen Berufsethik zu werden: mit dem aufkommenden neuen medizinethischen Paternalismus ist ein Sendungsbewusstsein verbunden, dass wenig tugendhaft ist. Nicht dem egozentrischen Individualismus ist das Wort zu reden, sondern allenfalls einer Zwangsinstrumentalisierung der Grundrechtsträger für ein „medizinethisch vertretbares Sterben“.

Mit Sorge werden daher auch die Bemühungen einiger Palliativmediziner registriert. Die Gegner der Sterbehilfe – zumal bei einem ärztlich assistierten freiverantwortlichen Suizid – lassen uns immer häufiger an ihrem Verkündigungsauftrag teilhaben, der allerdings bei näherer Betrachtungsweise sich als ein „Glaubensbekenntnis besonderer Art“ erweist und uns letztlich einen Blick in die „ethische Glaskugel“ statt in das Verfassungsrecht ermöglicht. Auffällig ist das Bemühen der Chefideologen aus der Zunft der Medizinethiker, tunlichst nicht auf verfassungsrechtliche Argumente einzugehen und diese in einem breiteren Rahmen zu thematisieren, sondern vielmehr die Öffentlichkeit mit „höheren sittlichen und moralisch gebotenen Werten“ zu konfrontieren, mit denen das Selbstbestimmungsrecht vollständig verdrängt werden soll.

Das hierbei die Chefideologen sich den Vorwurf gefallen lassen müssen, ein ganzes Staatsvolk neben der Zunft der Ärzteschaft instrumentalisieren und nach ihren vorgeblich „höheren Werten“ sozialetisch erziehen zu wollen, erscheint ebenso dringend geboten wie bedenklich.

Woher kommt der enthemmte neue medizinethische Paternalismus? Wo liegen die Offenbarungsquellen für die Inspiration der Medizinethiker? Ist hier der Wunsch der Vater des Gedankens, wenn es darum geht, den Patienten nicht in die eigene Selbstverantwortung entlassen zu wollen, in dem mehr oder minder phantasievoll mit dem „wahren oder vermeintlichen Willen“ des Sterbenden spekuliert wird?

Die Gegner eines Patientenverfügungsgesetzes betonen immer wieder, dass die Patientenverfügungen von einem Willens-Kontinuum ausgehen. Nach J.C. Student hat dies etwa zur Folge, dass das, was ein Mensch in gesunden Tagen angeordnet hat, auch im Zustand krankheitsbedingter Bewusstlosigkeit weiterhin Gültigkeit haben soll. Ob dies allerdings sinnvoll ist, bestreitet er aus psychologischer Sicht und verweist darauf, dass unser Leben und unsere menschliche Existenz dynamisch sei und daher diesem Prozess die Patientenverfügung als ein statisches Instrument mehr als abträglich ist²⁷.

Die „psychologischen Einsichten“ des Herrn Student sind allerdings wenig überzeugend, gehen diese doch im Kern zunächst von der Vorstellung aus, dass unsere Fähigkeiten, Planungen und Vorhaben im Voraus exakt anzugeben, durchaus schon in Alltagssituationen beschränkt seien. Dem mag man durchaus zustimmen können, wenngleich die weitere Argumentation darauf hinausläuft, dass gerade das statische (starre) Moment bei einer Patientenverfügung dazu führe, dass der Selbstbestimmung und der Autonomie des Einzelnen ein Bärendienst erwiesen werde.

²⁷ So Student, Warum wir kein Patientenverfügungs-Gesetz brauchen – Fünf Argumente, Erweiterter Vortrag v. 21.06.07

Der Schluss, der hieraus zu folgen hat, drängt sich förmlich auf und es wundert nicht, dass daher dem Gesetzgeber empfohlen wird, dass wir kein Patientenverfügungsgesetz benötigen. Den Medizinethikern scheint hier völlig die verfassungsrechtliche Selbstverständlichkeit abhanden gekommen zu sein, dass das Individuum nicht gehalten ist, sein Leben und sein Sterben nach „psychologischen Einsichten“ auszurichten und hierdurch das Selbstbestimmungsrecht von vornherein ad absurdum geführt wird. Entscheidungen sind freilich abänderbar und es mag auch sein, dass wir als Menschen einem dynamischen Veränderungsprozess ausgesetzt sind, der ggf. auch bei veränderten Bewusstseinslagen (etwa der Demenz) nicht aufhört – all dies ist prinzipiell möglich, so wie es möglich ist, dass uns der Tod gewaltsam aus dem Leben reißt, obgleich wir noch Visionen, Wünsche und allerlei mehr hegen.

Das Leben ist ebenso wie der Tod resp. das Sterben dynamisch und gerade dieser Dynamik setzt der autonome Wille des Patienten bedeutsame Grenzen, die es zu akzeptieren gilt. Selbst wenn wir den psychologischen Einsichten als Thesen eine gewisse Evidenz nicht vorenthalten wollen, kommt diesen doch nur eine beschränkte Bedeutung zu, denn der Patient trifft seine Entscheidung in voller Verantwortung. Freilich kann er sich dazu entschließen, seinem dynamischen Lebensprozess im Stadium eines dementiellen Veränderungsprozess seinen freien Lauf zu lassen, selbstverständlich darf er auf die Interviews mit „Sterbenden“ vertrauen und hoffen, dass er die in Aussicht gestellten Sterbephasen durchlaufen wird so wie er sich ganz bescheiden in die gütigen Hände einer transzendenten Macht begeben kann, die ihm sein Leben geschenkt aber auch wieder nehmen kann und dies wohl auch tun wird. Alles Optionen, die dem Patienten, dem Bürger und Bürgern offen stehen so wie die Option, diesbezüglich eine andere Variante eines für sie gelungenen Sterbens in Erwägung zu ziehen und sei es der Abschied aus dem Leben auf einem Parkplatz durch einen „schnellen Tod“.

Das Selbstbestimmungsrecht des Individuums beinhaltet mehr, als die Chefideologen aus der Zunft der Medizinethiker eigentlich wahrhaben wollen und genau dies ist der neuralgische Punkt in der Debatte.

Es geht nicht um das gelungene Sterben des Patienten, sondern um ein ethisch wohlgefälliges Sterben aus der Perspektive der Ethiker, die sich nicht selten als ethische „Großinquisitoren“ in der Öffentlichkeit präsentieren. Eine Debatte, mag sie auch noch so wünschenswert sein, wird zunehmend dadurch entschärft, in dem die Großinquisitoren uns allenfalls gestatten, eine nach ihren Vorstellungen ethisch vertretbare „Fahrkarte ins Jenseits“ zu lösen, bei der der freiverantwortliche Suizid unter ärztlicher Begleitung nicht zum „Angebot“ gehört.

Die Frage muss erlaubt sein: wer instrumentalisiert hier eigentlich wen und wer degradiert das Individuum mit seinem Selbstbestimmungsrecht und seiner schillernden Würde zum Objekt irgendwelcher psychologischer Einsichten?

Jeder mag auf seine Weise seinen „Tod“ sterben und es muss zum intensiven Nachdenken anregen, wenn gerade die Chefideologen der Medizinethik ernsthaft vorschlagen, dass Strafrecht für ihre Vorstellungen von einem ethisch vertretbaren Sterben fruchtbar zu machen. Ich darf zitieren:

„Stattdessen wäre es hilfreich, wenn der Gesetzgeber Maßnahmen plant, die Ärzte ausdrücklich mit Strafe (z. B. wegen Körperverletzung) bedrohen, wenn sie palliativmedizinisch unzureichende Versorgung anbieten. Auf diesem Weg ließe sich der unzureichende Kenntnisstand der deutschen Mediziner auf dem Sektor der Palliativmedizin vermutlich schnell und wirkungsvoll verbessern – zum Wohle und zur Sicherheit von Patientinnen und Patienten.“²⁸

²⁸ So Student in einem Beitrag „Wie nützlich sind Patientenverfügungen? Zur aktuellen Diskussion um die Patientenautonomie (2005)

Wenn Argumente nicht überzeugen, so scheint der Ruf nach dem Strafgesetzgeber wohl unumgänglich zu sein und die Ärzteschaft bleibt aufgerufen, sich hier deutlicher als bisher zu positionieren, auch wenn die BÄK uns Glauben schenken will, dass es einen einheitlichen ethischen Konsens innerhalb der bundesdeutschen Ärzteschaft gibt. Es reicht völlig zu, wenn die Chefideologen ihren psychologischen Einsichten selber folgen, ohne hiermit aber den Anspruch zu verbinden, dass das gesamte Staatsvolk gehalten wäre, diesbezüglich sich seines Selbstbestimmungsrechtes zu begeben. Die Maxime „Nicht dein, sondern mein Wille geschehe“ weist uns allen daher den rechten Weg. Wir benötigen keine tugendethischen Appelle bei unserer selbstbestimmten Entscheidung und diejenigen, die unaufhörlich den Befürwortern eines ärztlich assistierten freiverantwortlichen Suizids ein „schlechtes Gewissen“ bescheinigen wollen, erweisen sich nach diesseitiger Auffassung in erster Linie durch ein unerträgliches Maß an Intoleranz, dass in dem Vorwurf eines egozentrischen Individualismus gipfelt.

Der Geist des Hippokrates scheint hier die Medizinethiker zu beflügeln, ohne dass diese erkennen, dass diese gelegentlich in Sphären hinauf steigen, von deren Warte aus es besonderen Eindruck macht, den moralischen Zeigefinger in einer säkularisierten Gesellschaft zu erheben, ohne ihre Quelle der Offenbarung in Frage zu stellen.

Ob dies allerdings das Erbe des Hippokrates ist, steht nachhaltig zu bezweifeln an: nicht ein neuer inquisitorischer ethischer Zeitgeist ist gefordert, sondern Toleranz und Akzeptanz der selbstbestimmten Entscheidung.

Dies jedenfalls folgt aus der Verfassung und jedweder Versuch, „höhere sittliche Werte“ zu revitalisieren, mündet zwangsläufig in der weiteren Tabuisierung der Sterbehilfe-Debatte, so wie nicht selten das Argument von dem „Last-Diskurs“ und der unrühmlichen (weil ethisch in höchstem Maße verwerflichen) deutschen Vergangenheit eher dazu geeignet ist, von den zentralen Verfassungsrechtsfragen abzulenken. Eine offene Debatte ist gefordert, die nicht im Vorfeld durch einen wohlmeinenden medizinethischen

Paternalismus im Keime „erstickt“ wird, in dem mit fragwürdigen Hinweisen auf das Standesrecht die individuelle Gewissensentscheidung der gesamten bundesdeutschen Ärzteschaft vorweggenommen und im Zweifel diszipliniert werden soll.

Es bedarf nicht der Heroisierung der Ärzteschaft, in dem diese auf einen ethischen Minimalkompromiss zwangsverpflichtet wird, der ganz maßgeblich auf den Lehren des ohne Frage ehrwürdigen Hippokrates beruht, zumal diese sich im Laufe der Jahrhunderte den geänderten Verfassungsrealitäten angepasst haben und dort, wo dieser verfassungsrechtliche Befund beharrlich geleugnet wird, durchaus auch angepasst werden müssen. Insofern ist eine gesetzliche Regelung rund um die Patientenerfürgung dringender denn je notwendig, denn die Bürger und Bürgerinnen bedürfen keiner ethischen Gleichschaltung mit einem zweifelhaften medizinethischen und standesrechtlich abgesicherten Minimalkompromiss.

Verfassungsrechtliche Selbstverständlichkeiten werden mit „psychologischen Einsichten“ verwässert und dies sind keine guten Aussichten für ein selbstbestimmtes Sterben, zumal gerade die „psychologischen Einsichten“ Alltagsrealitäten beschreiben, die durchaus „durchbrochen“ werden können.

Wir sterben keinen „akademischen Tod“, sondern dass Sterben ist höchst natürlich und sofern wir meinen, die Regie hierbei führen zu wollen, bleiben uns alle Optionen offen – also auch das Gespräch mit einem Medizinethiker, der uns von seinem psychologischen Alltagswissen zu überzeugen versucht. Freilich können wir den „Leitlinien eines medizinethisch angenehmen Sterbens“ auch eine deutliche Absage erteilen, denn nicht Konformität ist gefordert und verfassungsrechtlich geboten, sondern Individualität.

Dies zu begreifen, dürfte eigentlich nicht schwer fallen, es sei denn, dass es unerwünscht ist, dass in unserer säkularen Gesellschaft zumindest mit Blick auf das Sterben das ethische Monopol der Ärzteschaft in Frage gestellt wird.

Das „Sterben“ ist solange frei von Ideologien, wie wir uns nicht der ideologischen Betrachtung selbst bereitwillig hingegen

wollen – eine Instrumentalisierung des Sterbenden oder Sterbewilligen für eine bereichsspezifische Ethik ist und bleibt allerdings unerträglich. Entideologisierung und Entmystifizierung scheinen also die vornehmsten Gebote in einem Wertediskurs zu sein, bei dem es gilt, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten aber auch der Bürger und Bürgerinnen nicht zugunsten eines bedenklichen medizinischen Paternalismus zu opfern.

Das Vertrauen in die ethische Integrität des Arztes wird kein Schaden nehmen, sondern vielmehr wachsen: „unser“ Arzt ist Ansprechpartner und weder Hippokrates noch die BÄK oder einer der Medizinethiker. Vielmehr gilt: sofern der einzelne Arzt als Gesprächspartner seines Patienten die individuelle Entscheidung eben seines Patienten mitzutragen vermag, ist dies zu akzeptieren und nicht (!) standesethisch zu sanktionieren.

Völlig absurd freilich wird es, wenn der Patient vereinzelt dazu angehalten wird, zugunsten der Fortentwicklung der Palliativmedizin überhaupt Abstand von einer Patientenverfügung zu nehmen. Deutlicher können die Sendboten einer vermeintlich „sittlich gebotenen Sterbekultur“ mit einer solchen Argumentation nicht dokumentieren, dass der Patient sich in den Dienst der Palliativmedizin zu stellen hat und somit zum „Objekt“ degradiert wird.

Was also bleibt? Beileibe keine Resignation, sondern ein konsequentes Eintreten für das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wider einem herrschenden (?) und virusartig um sich greifenden neuen medizinethischen Paternalismus! Die „Fahrkarte ins Jenseits“ können wir uns selbst freiverantwortlich ausstellen und es gibt keine 1. oder 2. Klasse, in der wir – zu welchen Regionen auch immer – hinfahren können. Nur eines dürfte sicher sein: vor Antritt unserer „letzten Reise“ auf irdischen Gefilden bedürfen wir keinen Lokführer mit psychologischen Einsichten, der im Zweifel die „Weichen“ stellen möchte und so einstweilen die Reise in das Tal der „medizinethischen Glückseligkeit“ führen wird, aus dem es dann kein Entrinnen mehr gibt. Sichern wir

uns also unsere „Reise“ mit einer Patientenverfügung ab, denn mit ihr bestimmen wir unseren „Reiseverlauf“ und vor allem auch ein mögliches, vom Patienten gewünschtes Ziel: einen „schnellen Tod“! Insofern plädiere ich nachhaltig für eines ärztlich begleiteten und freiverantwortlichen Suizid, der auch ein aktives Handeln der Ärzte in bestimmten Situationen mit einschließt, sofern der Patient selbst nicht mehr in der Lage ist, sein Leben aktiv zu beenden und der Arzt oder die Ärztin frei von Fremdbestimmung ihren Beitrag leisten wollen und dies mit ihrem Gewissen vereinbaren können.

Als Befürworter der durchaus in Teilen als „aktiv“ zu bezeichnenden Sterbehilfe hege ich nach wie vor Vertrauen in die bundesdeutsche Ärzteschaft, gleichwohl aber auch Skepsis gegenüber den Chefideologen eines medizinethischen Paternalismus, deren Motive vielfach durch ein alltagsphilosophisches Rasonieren über Verfassungsrechtsfragen verschleiert werden und uns scheinbar Glauben schenken wollen, dass diese für unser aller Selbstbestimmungsrecht eintreten. Dem ist mitnichten so!

„Der gute Arzt“ bedarf keines Lehrbuches, um sich in einem bedeutsamen ethischen Wertediskurs positionieren zu können und noch weniger bedarf er der ethischen Grunderziehung durch seine zuständige Kammer.

Es beginnen sich neue Mythen um den Tod und das Sterben zu ranken und nicht selten münden diese in die verklarte Selbstherrlichkeit einer Wissenschaft, einer Institution, aber auch einzelner Personen – aller Wertepluralität zum Trotz und gerade dieser aufkommenden Gefahr müssen wir mit einem Gesetz zur Regelung der Patientenverfügung begegnen. Wir brauchen keine fünf Argumente, um darzulegen, warum wir ein solches Gesetz brauchen: eines ist durchgreifend, nämlich das verfassungsrechtlich verbürgte Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

Hierauf sollten wir uns besinnen, da sich in einem zunehmenden Maße unaufhörlich die Idee der medizinethischen Chefideologen von den standesethischen

Grundrechtsrechtsschranken und einem „den höheren sittlichen Werte entsprechenden Tod“ und damit Sterben nicht nur in das Ohr der Ärzte, sondern gleichsam auch in das Ohr der politisch Verantwortlichen einschleicht.

Es wird seinen Grund haben, warum die BÄK bei einzelnen Abgeordneten präsent wird, um für ihre Position zu werben und weil dem so ist, müssen wir dagegen halten und ebenso beharrlich die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts nicht nur der Patienten, sondern auch dasjenige der Ärzte nebst ihrer Freiheit zur Gewissensentscheidung anmahnen! Allein dieser Befund ist schon bezeichnend, wenn und soweit nicht verkammerte Bürger und Bürgerinnen für einen adäquaten Grundrechtsschutz der bundesdeutschen Ärzteschaft eintreten müssen, obwohl wir gerade eines mündigen Arztes bei der zentralen Entscheidung am Ende unseres Lebens bedürfen, der frei von ethischen Grundsatzproklamationen ist. Es ist völlig zureichend, wenn der Arzt und die Ärztin sich zu einer Gewissensentscheidung durchringt, die in jedweder Richtung zu akzeptieren ist.

Mehr ist eigentlich nicht gefordert – jedenfalls dann nicht, wenn es darum geht, den intraprofessionellen Rahmen der palliativmedizinischen Wertedebatte in einem vermeintlichen interprofessionellen Gewande einzukleiden.

Der maßgeschneiderte und ggf. durch Sanktion angepasste Anzug des medizinethischen Paternalismus kollidiert mit den vielfältigsten Wertvorstellungen von subjektiven Grundrechtsträgern und es ist dafür Sorge zu tragen, dass dieser „Anzug“ nicht mit heißer Nadel genäht wird. Das Zeitalter der Inquisition dürfte im Wesentlichen in einem säkularem Gemeinschaftswesen überwunden sein – so bleibt jeweils zu hoffen und weil diese meine Hoffnung nicht enttäuscht werden möge, werbe ich um Toleranz in der Debatte und verwehre mich gegen die Revitalisierung vermeintlich „sittlich höhere Werte“ durch die Chefideologen in und aus der Zunft übereifriger Medizinethiker.

Am Schluss dieses Beitrages möchte ich selbst die Frage an mich richten, ob auch ich mit einem „Sendungsbewusstsein“ ausgestattet bin. Die Antwort fällt eher selbstkritisch aus und muss bejaht werden: in einem höchst spannenden Wertediskurs plädiere ich für das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, dass nicht zur Fremdbestimmung anderer Grundrechtsträger führen darf. Schlagen wir nicht die „Würde des Menschen“ zur „kleinen Münze“, in dem wir uns auf die Suche nach einem „höheren sittlichen Wert“ begeben und hierbei ggf. unseren Blick dafür trüben, dass der autonome Patient zum „Objekt“ einer beliebigen Bereichs- oder allgemeinverbindlichen Gattungsethik wird.

Uns allen bleib es freigestellt, sich an der Diskussion zu beteiligen – aber stets in dem Bewusstsein, dass unsere Innen- und Außenansichten über das individuelle Sterben nicht notwendig Eingang in die Verfassung finden werden, noch dass diese die Verfassungswirklichkeit nachhaltig und zielführend präjudizieren, in dem (scheinbar neue) „höhere sittliche Werte“ reaktiviert werden.

**Ist die neopaternalistische Medizinethik
„therapieresistent“?**

Diese Frage mag zuweilen bei den Berufsethikern ein Gefühl des Unwohlseins auslösen, impliziert diese doch zugleich die These, dass der Ethiker mit seiner zunächst unterstellten tugendhaften Einstellung den Anspruch verbindet, „Gutes“ für sich, für den Patienten und nicht zuletzt auch für die Gesellschaft und damit der Gattung Mensch schlechthin leisten zu wollen, mit dem zivilem Ungehorsam des nunmehr mündigen Patienten konfrontiert wird, der sich nicht instrumentalisieren möchte – weder für die Zwecke einer wie auch immer gearteten Gattungsethik und noch weniger im Sinne der von den einzelnen Ethikern verkündeten individuaethischen Werthaltung im Allgemeinen und Besonderen.

Nehmen wir die Rechtsethik ernst, kann kein Dissens darüber bestehen, dass dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten keine Grenzen durch eine neopaternalistische Werthaltung der Ärzte resp. ihrer Medizinethiker gezogen werden können, denn über die ethischen Glaubensbekenntnisse und Werthaltungen hinaus führt in erster Linie ein aufrichtiges Bekenntnis zu Rechtsethik zu der Erkenntnis, dass eben das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nachhaltigen Eingang in die Verfassung gefunden hat, während demgegenüber der medizinethische Paternalismus einer verfassungsfesten Legitimationsbasis entbehrt. Lediglich Art. 4 GG (und freilich die Forschungs-, Wissenschafts- und Meinungsfreiheit) eröffnet den Berufsethikern den exklusiven Bereich, mit philosophischen Grundsatzbetrachtungen „Verfassungsinterpretation“ zu zelebrieren und da mag es durchaus unangenehm sein, wenn der tugendhafte Philosoph – der zunächst die These propagiert, dass der Arzt (ungewollt oder gewollt) in eine Unterwerfungsrolle gerät, in dem das Individuum jenseits aller Vernunft zur Blockade jeglichen ärztlichen Handelns wird – mit einer anderen Werthaltung konfrontiert wird.

Der Patient nimmt – zugespitzt formuliert – also seinen Arzt in „Geiselnhaft“ und beraubt ihm so seiner Handlungsmöglichkeiten, in dem er seine Kunst – freilich im Interesse des Patienten – nicht praktizieren darf, obwohl er sich doch hierzu berufen fühlt. Dass dies zu Problemen führt, ist durchaus nachvollziehbar, strebt doch auch der Medizinethiker nach kognitiver Stabilität und es erscheint demzufolge legitim, wenn er für sich Mechanismen entwickelt, um dissonante Erfahrungen einstweilen kompensieren zu können. Problematisch freilich wird es dann, wenn der medizinethische Anspruch und die damit einhergehende Selbstverpflichtung gleichsam mit der zwanghaften Vorstellung verbunden wird, den Patienten von seinem „Irrweg“ abzubringen – er also gehalten ist, die Segnungen und Heilsbotschaften der Ethiker anzunehmen und sofern er sich als widerspenstig erweist, der Patient einem paternalistischen Druck mit dem Ziel der Einflussnahme auf den patientenautonomen Willen ausgesetzt wird.

Dass dieser Druck dann moderat umschrieben wird, in dem der Wille des Patienten eingetrübt zu sein scheint, er die Optionen und Chancen einer Krankheit ggf. nicht zu überblicken vermag und er daher der rechten Unterweisung bedarf, ändert nach diesseitiger Auffassung rein gar nichts an dem Umstande, dass hier der Ethiker selbst für sich einen unspektakulären Weg gefunden hat, um seine individuelle Vorstellungen von einer Lebensqualität, eines guten Sterbens und einer berufsethischen Geisteshaltung zur magna charta philosophischer Grundweisheiten zu erheben, dem sich freilich der Patient zu unterwerfen hat.

Wer also – muss nochmals nachgefragt werden – unterwirft hier wen?

Hierbei ist evident, dass eine Unterwerfung des Patienten unter einem ethischen neopaternalistischen Diktat des Arztes bzw. Ethikers ebenso problematisch ist, wie die Fremdbestimmung des Arztes durch den Patienten bei Entscheidungen am Ende (s)eines verlöschenden Lebens.

Akzeptieren wird die Tatsache nicht immer entsprechender Geistes- und Werthaltungen, so folgt hieraus zugleich auch die Akzeptanz der Pluralität von Werten und sofern dies Schwierigkeiten bereitet, sollte hier ein Blick in das Verfassungsrecht riskiert werden. Eine „Therapieresistenz“ lässt sich im Zweifel dadurch begegnen, in dem der von Zweifeln geplagte Medizinethiker schlicht die Tatsache verinnerlicht, dass sein Berufsethos und die damit verbundenen Werte auf dem bunten Marktplatz von „Werten“ mit anderen Vorstellungen konkurrieren, ohne dass der Patient gehalten wäre, sich für eine Variante entscheiden zu müssen. Das Gewissen der Medizinethiker (und vor allem der Ärzte und Ärztinnen) wird dann zur Ruhe kommen, wenn es sich frei von Zwängen in dem ethischen Diskurs bewegen kann, ohne dass das – zuweilen selbst auferlegte – berufsethisches verursachte Helfersyndrom den Blick für das Wesentliche eintrübt. Der mündige Patient bedarf eines ebenso mündigen Arztes, der nicht philosophischer Sonntagsreden durch die Berufsethiker bedarf, um mit seinem Patienten einen vielleicht vorhandenen ethischen Grundsatzkonflikt lösen zu können. Der „gute Arzt“ ist vielmehr ein Arzt oder eine Ärztin, der nicht um einer Philosophie willen dazu angehalten wird, einer fragwürdigen neopaternalistischen Berufsethik (ggf. bei Androhung berufsrechtlicher Sanktionen) zu frönen und dabei sowohl die eigenen Werte als auch die Werte eines Patienten über Bord zu werfen. Der medizinethische Diskurs bedeutet gegenwärtig mehr, als die Selbstidentifikation berufsethischer Grundsatzfragen. Es geht um die Vermittlung eines wertkonservativen Geisteshaltung bei der Ärzteschaft, die unmittelbar über standesethische Proklamationen die Grundrechte der Patienten (und der Ärzte) tangiert und sich im Zweifel als eine ungeschriebene Grundrechtsschanke erweisen soll. Der Patient aber auch die Ärzte hingegen bedürfen keiner „Schattengesetzgebung“, die über die Generierung höher sittlicher und moralischer Werte stattfindet, sondern lediglich des Hinweises, dass diese frei in ihrer Gewissensentscheidung sind. Lediglich der demokratisch legitimierte Gesetzgeber ist dazu berufen, die bedeutsame Fragen am Ende des Lebens verfassungskonform zu regeln.

Allein der neu aufkommende Paternalismus sollte für den Gesetzgeber Anlass genug sein, endlich die Fragen um die Patientenverfügung zu regeln. Es steht zu befürchten an, dass die mündigen Ärzte zur Unmündigkeit erzogen und so zwangsläufig die Interessen der Patienten an einer selbstbestimmten Entscheidung unmittelbar berührt, wenn nicht gar verhindert werden.

Was würde heute Immanuel Kant den Medizinethikern entgegen!

„Faulheit und Feigheit sind die Ursachen, warum ein so großer Teil der Menschen, nachdem sie die Natur längst von fremder Leitung frei gesprochen (...), dennoch gerne zeitlebens unmündig bleiben; und warum es anderen so leicht wird, sich zu deren Vormündern aufzuwerfen. Es ist so bequem, unmündig zu sein. (...) Dass der bei weitem größte Teil der Menschen (darunter das ganze schöne Geschlecht) den Schritt zur Mündigkeit, außer dem, dass er beschwerlich ist, auch für sehr gefährlich halte: dafür sorgen schon jene Vormünder, die die Oberaufsicht über sie gütigst auf sich genommen haben.“ (Immanuel Kant, Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? (1783), zitiert nach: Werkausgabe Bd. VI, hg. von Wilhelm Weischedel, 1968, S. 53.).

In der Tat ist Aufklärung geboten und die Selbstbestimmung ist untrennbar mit der Selbstverantwortung verbunden. Das ethische Dilemma im Rahmen der Sterbehilfe-Debatte ist nicht unauflösbar, wie gerne von den Fundamentelethikern behauptet wird. Ein rechtsethischer Umbruch hat zu keinem Zeitpunkt bei der Begründung des Selbstbestimmungsrechts stattgefunden, sondern die Irritationen hierüber sind ausnahmslos den „Vormündern“ geschuldet, die die Definitionsherrschaft qua Profession über ein vermeintlich „gutes und ethisch genehmigtes Sterben“ ausüben wollen.

Dass hierbei das spezifische Berufsethos im Rekurs auf Hippokrates die Legitimation für eine Instrumentalisierung des Sterbens verbürgen soll, dürfte aus der Sicht der Paternalisten höchst angenehm sein, wemgleich wir nicht umhinkommen, feststellen zu müssen, dass hier das Berufsethos mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten kollidiert und freilich das letztere der Oberaufsicht der Vormünder deutliche Grenzen setzt. Entlasten wir die Ärzteschaft, allen voran die Medizinethiker von ihrem sich selbst auferlegten Nebenamt, diese Last auf sich genommen zu haben.

Sofern wir der gütigen Hilfe bedürfen, werden wir selbst darüber zu befinden haben, ob wir die Hilfe in Anspruch nehmen wollen.

Das Vertrauensverhältnis wird wachsen, wenn die Oberaufsicht nicht mehr auszuüben ist, zu denen die Ärzteschaft nach herrschender Lehre scheinbar standesrechtlich und –ethisch verpflichtet ist. Die berufsständische Institution ist aufgefordert, die Ärzte in die Mündigkeit zu entlassen und damit diesen die Möglichkeit zur freien Gewissensentscheidung zu ermöglichen. Noch nimmt der Gesetzgeber erkennbar auf die subjektiven Befindlichkeiten der Fundamentealiker Rücksicht, binden diese doch qua ethischem Dekret eine gesamte Berufsgruppe.

Sofern die Ärzteschaft allerdings selbst nicht mehr der gütigen Oberaufsicht „ihrer“ Vormünder unterstellt ist, wird sich die Debatte um den ärztlich begleiteten freiverantwortlichen Suizid in Wohlgefallen auflösen.

Nicht nur der Patient ist also gefordert, sondern vor allem auch die Ärzteschaft, der frei von ihren standesethischen Fesseln die Möglichkeit zur Teilnahme am ethischen Diskurs ermöglicht werden muss, ohne dass hier ein empfindliches Übel in Gestalt einer Strafanzeige mit der entsprechenden Stigmatisierung in Aussicht gestellt wird. Im letztere Falle avanciert der Oberaufseher zum Zuchtmeister mit Sanktionsmöglichkeit, um bereits eine dringend gebotene und vor allem offene Diskussion innerhalb einer Berufsgruppe im Keime zu ersticken.

Mündige Ärzte braucht das Land und nicht ein Heer folgsamer Gewissensträger, deren Gewissen sich aus einem richtlinienkonformen Programm einer Institution konstituiert.

Setzen die katholischen Dogmen der Palliativmedizin Grenzen?

Die Frage löst zuweilen Irritationen aus, konfrontiert diese doch die Medizinethik mit ihrem emanzipatorischen Anspruch auf vermeintlich höhere sittliche Werte nach einem ethisch konsentierten Tod und Sterben und dem proklamierten Anspruch, dass Sterben als einen Vorgang weitestgehend erträglicher zu machen, so dass der Patient nicht auf seinen egozentrischen Willen nach einem vorzeitigen Ableben beharren muss.

Die Debatte um den „unseligen Papst-Tod“ verdeutlicht die enorme ethische Sprengkraft der Palliativmedizin, die im Zweifel in der Lage ist, mit ihren therapeutischen Möglichkeiten bis ins Mark der katholischen Kirchengogmatik vorzudringen und hier ein Dilemma offenbart, dass scheinbar nicht zu lösen ist. Das Evangelium vitae führt (zumindest den Christen unter uns) deutlich die Grenzen palliativmedizinischer Bemühungen vor Augen.

Wir müssen das „Leid“ annehmen, dass uns eine transzendente Macht auferlegt hat und es wird uns in Teilen abverlangt, dass wir uns den Schmerzen zu stellen haben.

Wir dürfen aus dem Evangelium vitae zitieren:

„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 Schmerzmittel- 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*“.

Welche Gründe, so wird zu fragen sein, sind so schwerwiegend, dass das Bewusstsein durch eine entsprechende Medikation „beraubt“ werden darf, zumal der Gläubige gehalten ist, sich mit vollem Bewusstsein auf die Begegnung mit Gott vorbereiten zu können? Muss sich der schmerzgeplagte Patient zumindest zu lichten Momenten entscheiden, so dass eine dauerhafte Sedierung nicht zulässig ist, oder zumindest nur dann als zulässig erachtet wird, wenn der Patient zuvor seinen „moralischen und familiären Verpflichtungen“ nachgekommen ist. Die endgültige Begegnung mit Gott ist allerdings nicht für den Patienten vorhersehbar, denn nur der Allmächtige gibt den „Seinen“ das Leben und nimmt es ihnen es freilich.. Nehmen wir dies ernst, so ist eine dauerhafte, die das Bewusstsein kontinuierlich ausschließende Sedierung nach dem katholischen Selbstverständnis der Palliativmedizin ausgeschlossen, denn der gläubige Christ hat sich bei vollem Bewusstsein auf ein „Treffen“ vorzubereiten, dessen Zeitpunkt ihm nicht bekannt

ist. Diese Lesart scheint auch konsequent zu sein, denn „Schmerz und Leid“ zu ertragen, ist prinzipiell „heroisch“ und wie zu muten ansteht, besonders „gottgefällig“. Die Bibel selbst hält hierzu eine Fülle von Beispielen bereit und auch das Evangelium vitae erinnert in Teilen hieran; dies gilt nicht zuletzt mit Blick auf die „Mutterfreuden“.

Das ethische Konzil einer Palliativstation wird also mit Frage zu konfrontieren sein, ob es dem Interesse eines gläubigen Christen entspricht, ihm ggf. die Begegnung mit seinem Schöpfer bei klarem Bewusstsein zu ermöglichen. Keine leichte Aufgabe, wie ich meine und im Übrigen steht nachhaltig zu bezweifeln an, ob das ethische Konzil überhaupt verpflichtet ist, sich mit diesen Grenzfragen auseinander zu setzen. Der „Tod als ein zunächst natürlicher Vorgang“ und die zuvor ggf. vom Patienten gewünschte (vollständige) Schmerzausschaltung (und nicht nur Linderung) ist frei von kirchenspezifischen Dogmen und sofern der Patient sich nicht im Vorfeld expressis verbis zu seiner religiösen Einstellung zum Sterben und seinen Weg zum „Herrn“ hin geäußert hat, wird zwar der Rat des Theologen resp. Seelsorgers gehört, aber er dient nicht als Legitimation einer mildernden Variante palliativmedizinischer Bemühungen, nur weil der Patient einer bestimmten Konfession zugehörig ist. Die Frage wird also nur dann virulent, wenn der Patient selbst unmissverständlich zum Ausdruck gebracht hat, dass er das „Leid und die Schmerzen“ in Teilen auf sich zu nehmen gedenkt, um in vollem Bewusstsein und Verantwortung vor seinen Schöpfer zu treten. Sofern während der palliativmedizinischen Betreuung allerdings der Patient einen geänderten Willen äußert, wird diesem selbstverständlich Rechnung tragen zu sein und dem Seelsorger kommt dann die eminent wichtige Aufgabe zu, nicht auf Erden über einen schmerzgeplagten Glaubensbruder oder –schwester zu richten und ihn/sie mit den katholischen Dogmen über Gebühr zu konfrontieren, so dass sich Selbstzweifel bei dem Patienten ergeben, der ihm das Sterben zusätzlich noch erschwert, zumal die ultima ratio des ärztlichen begleiteten Suizids ohnehin strikt ausscheidet. Das Sterben als katholischer Christ ist also eine echte Herausforderung und für all diejenigen, die sich nicht derart

verpflichtet und gebunden fühlen, bleibt einzig die Gewissheit, dass unsere Gesellschaft eine säkulare Gesellschaft ist, in der das Sterben nicht dogmenspezifisch determiniert ist und daher ein „wohlgefälliges Sterben“ verfassungsrechtlich nicht vorgeschrieben ist, mögen dies auch einige Sendboten unter den Medizinethikern anders sehen.

Sterbehilfe und der ethische Verkündigungsauftrag der Bundesärztekammer – der unmündige Arzt?

Der BÄK-Präsident Hoppe hat erneut Pläne zu einer gesetzlichen Regelung zu Patientenverfügung zurückgewiesen. Eine solche Regelung sei nicht notwendig, sagte er. "Es ist alles klar, es ist nur nicht jedem alles klar."

Die BÄK bleibt also ihrer Linie treu und nimmt die Debatte um die Sterbehilfeorganisation Dignitas zum Anlass, zum wiederholten Male davor zu warnen, den ärztlich begleiteten Suizid im Strafgesetzbuch als nicht strafbare Maßnahme aufzunehmen. Die BÄK führe zurzeit Gespräche mit dem Bundesjustizministerium, den Fraktionen und einzelnen Abgeordneten, berichtete Hoppe.

Quelle: Ärzte Zeitung online (26.11.07)

Kurze Anmerkung (L. Barth):

In der Tat ist „alles klar“, aber der BÄK scheint nicht klar zu sein, dass aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten folgend ggf. der ärztlich begleitete Suizid eine verfassungsrechtlich vertretbare Option aus der Perspektive des Patienten sein kann. Zu fragen ist also, ob der Gesetzgeber die prinzipielle Möglichkeit hierzu einräumen will oder ob er dem berufsethischen Votum der BÄK zu folgen gedenkt. Das dem Gesetzgeber diesbezüglich ein Ermessensspielraum einzuräumen ist, dürfte evident sein, wenngleich bei einer strikten individualrechtlichen Sichtweise, die beim selbstbestimmten Tod zuvörderst zum Tragen kommt, die Ermessensspielräume durchaus als eng zu bezeichnen sind. Der Patient bedarf nicht einer ethischen Legitimation zum Sterben und er hat durchaus das Recht, entgegen mancher Rechtsauffassungen zu den Voraussetzungen des Selbstbestimmungsrecht auf „ethisch qualifizierte Entscheidungswege“ zu verzichten. Sein Abschied aus dem Leben mag der Patient individuaethisch verantworten, ohne dass er gehalten ist, einer wie auch immer gearteten Sozialethik eines vermeintlich vertretbaren ethischen Todes zu folgen. Die zentrale kulturelle Bedeutung

des Rechts (auf den selbstbestimmten Tod) liegt entgegen der Auffassung etwa von Student und Klie gerade in der Anwendung des Rechts mit Blick auf den Einzelfall, denn Grundrechte sind und bleiben zuvörderst individuelle Rechte und der Patient ist nicht aufgefordert, seine individuelle Patientenverfügung an den moralischen Werten unserer Gesellschaft auszurichten. Die „herrschende Moral“ der Gesellschaft wird es aushalten müssen, dass Mitglieder unserer Gesellschaft sich für andere vertretbare und vor allem verfassungsrechtlich gebotene Handlungsoptionen entscheiden. Moralische und ethische Glaubensbekenntnisse mögen legitim sein, aber es sind eben nur Stimmen unter vielen. Der demokratisch legitimierte Gesetzgeber wird dies bei seiner geplanten gesetzlichen Regelung zur Patientenverfügung zu berücksichtigen haben - eine Regelung, die entgegen der Auffassung der BÄK und mancher Medizinethiker dringender denn je ist. Hieran ändert sich auch nichts, wenn die BÄK wohl demnächst in einem handbaren und jederzeit griffbereiten Format ein Faltblatt herauszugeben denkt, in dem die Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung und die Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen enthalten sind. Der Gesetzgeber ist aufgrund seines Schutzauftrages und des Vorbehalts des Gesetzes dazu verpflichtet, die wesentlichen Fragen selbst zu regeln. Standesethische Proklamationen ersetzen eine gebotene Regelung und letztlich die individuelle Gewissensentscheidung des Arztes oder Ärztin nicht! Dieser Befund mag für die BÄK unangenehm sein, aber bei der Frage nach der Sterbehilfe lässt sich keine standesethische Grundsatzposition verordnen, denen die Ärzteschaft verpflichtet wäre, zumal der mündige Patient eines „mündigen Arztes und einer Ärztin“ als Gesprächspartner bedarf, die frei von (ethischer und moralisierender) Fremdbestimmung sind. Der Verkündungsauftrag der BÄK hat also durchaus auch seine Grenzen und diese ergeben sich aus der Verfassung, was nicht „allen klar zu sein scheint“.

Medizin- und Rechtsethik und die Revitalisierung des Naturrechtsgedankens

In der Hospiz-Zeitschrift 34/2007, S. 4 ff. haben die Autoren Klaus Dörner und Paul Timmermanns zum Verhältnis von Ethik und Recht und damit zum „Hintergrundrauschen in der gesellschaftlichen Debatte der Patientenverfügung Stellung genommen („Für den Fall, dass ...soll gelten...“, in Hospiz-Zeitschrift 04/2007, S. 4 ff.)

Die beiden Autoren bringen zunächst ihr Bedauern zum Ausdruck, dass insgesamt die Rechtsphilosophie – gleichsam viele Jahrzehnte innerhalb der juristischen Wissenschaft – zu einem Überbleibsel aus einer alten und heute wohl nutzlosen Zeit geworden sei, um so dann an einen Altmeister des Staats- und Verfassungsrechts, namentlich E.-W. Böckenförde zu erinnern, der in einem mehr oder minder spektakulären Artikel in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung v. 03.09.03 (Nr. 204) mahnte: Die Würde des Menschen war antastbar. Hier bezog sich Böckenförde auf die Neukommentierung des ebenso altwürdigen Kommentars zum Grundgesetz durch Mathias Herdegen, der die Kommentierung von Dürig des Art. 1 GG übernommen hatte und es scheint, als habe Herdegen mit seiner Kommentierung einen Epochenbruch markiert.

Es verwundert nicht, dass die beiden Autoren auch auf Immanuel Kant verweisen, um so die Brücke zur „Vernunft“ schlagen zu können und damit an die unmittelbar einsichtige „Vorgegebenheit des ethischen Rechtsgrundes“, wonach das Subjekt sich selbst zu verpflichten habe. Von dieser Warte aus ist nicht mehr weit, die Grenzen für ein Selbstbestimmungsrecht zu ziehen, wird doch die Würde des Menschen gerade mit ihrer Unantastbarkeit als eine „objektivrechtliche Norm“ qualifiziert, von der sich vortrefflich auch Schranken für die subjektive Grundrechte der Einzelnen ziehen lassen können.

Dem war in der Tat so und das innere Verhältnis von Ethik und Recht wird in unserer Gesellschaft neu bestimmt – aber

nicht, weil es zu Zeiten unserer Mütter und Väter unseres Grundgesetzes hierzu kein Anlass gegeben hätte oder einzelne Verfassungsjuristen in Teilen das Erbe Kants (und im Übrigen des Hippokrates) ausschlagen, sondern weil gerade die Rechtsphilosophie wieder bemüht wird und (vermeintlich!) „neu“ gedacht wird, mal ganz abgesehen davon, dass dies die veränderten Realitäten und damit die Verfassungswirklichkeit erfordern.

Beiden Autoren ist es m.E. nach nicht gelungen, einen Epochenbruch zu belegen, ist doch dieser sog. „Epochenbruch“ vielmehr schon seit Jahrzehnten Gegenstand lebhafter grundrechtstheoretischer Diskussionen, in denen gleichsam rechtsphilosophischen Argumente einfließen und die Normexergeten um entsprechende Beachtung und Gehör im grundrechtstheoretischen Diskurs bitten. Insofern reicht es wohl nicht aus, einzelne Philosophen und Verfassungsrechtler zu bemühen, um darzulegen, dass „fundamentalethische Prinzipien“ zu verblässen drohen. Die Autoren mögen daher daran erinnert werden, dass es keine einheitliche und damit verpflichtende Grundrechtstheorie im Sinne einer systematisch orientierten Auffassung über den allgemeinen Charakter, die normative Zielrichtung und die inhaltliche Tragweite der Grundrechte gibt, sondern lediglich (nur) einen „Pluralismus solcher Theorien sowie den damit verbundenen methodologischen Eklektizismus und den politischen Opportunismus ihrer Inanspruchnahme“ und dass exakt dieser Befund auch für das „Menschenbild“ und der „Würde des Menschen“ des Grundgesetzes Geltung beansprucht. Insofern propagieren die beiden Autoren nur eine von vielen grundrechtstheoretischen Konstruktionen, ohne hierbei allerdings zu erkennen, dass zwar objektivrechtliche Elemente in unserer Verfassung nicht geleugnet werden können, sehr wohl aber diese dazu bestimmt sind, die subjektivrechtliche Elemente zu verstärken und letztere weitestgehend zu dienen. Es versteht sich von selbst, dass eine derartige grundrechtstheoretische Sichtweise (die im Übrigen auch dem BVerfG nicht fremd ist) dem Selbstbestimmungsrecht zwar keine neuen, aber immer ganz aktuelle Konturen verleiht und natürlich die Fundamentalisten resp. Naturrechtsphilosophen aus der „Reserve“ locken müssen. Der mündige Patient

besinnt sich auf sein schon immer vorhandenes Selbstbestimmungsrecht und demzufolge ist kein Epochenbruch zu verzeichnen, sondern lediglich die Besinnung des Bürgers und der Bürgerinnen, aber eben auch mancher Verfassungsrechtler auf ein scheinbar vergessenes Prinzip in der Moderne: die Freiheit zur Selbstbestimmung und damit konsequenterweise die Absage an eine sozialetische Inpflichtnahme höchst bedeutsamer Grundrechtsgüter. Über Jahrzehnte hinaus war es der wertkonservativen Verfassungsrechtslehre gelungen, die Idee von den objektiven Grundrechtsschranken aufrechtzuerhalten, um so in zentralen Fragen die Grundrechte des Staatsvolks „versenken“ zu können. Das dies den Fundamentaethikern gelegen kam, versteht sich ebenso wie die Tatsache, dass eben die Verfassungsinterpretation nicht mit der Philosophie gleichzusetzen ist, letztlich von selbst und von daher sei es auch den beiden Autoren nachgesehen, dass sie in ihrem Beitrag die verschiedenen Grundrechtstheorien für nicht erwähnenswert erachten.

Der Diskurs in der Sterbehilfe-Debatte ist vielmehr ein Kampf um fundamentalethische Positionen und in diesem Sinne scheint es wünschenswert, wenn die Fundamentaethiker über das Razonieren über rechtsphilosophische Werte hinaus sich ein wenig mehr Grundrechtsdogmatik und Theorie zumuten, wenn es darum geht, selbstverständliche Grundfreiheiten in Gestalt des Selbstbestimmungsrechts der Patienten zur Disposition stellen zu wollen.

Nachgehakt: Studie zur Sterbehilfe-Umfrage – was nun Herr Hoppe?

In einer großen Online-Befragung hat sozioland online Bürgerinnen und Bürger über ihre Meinung zum Thema Sterbehilfe befragt.

Über 2.500 Personen äußerten sich im Zeitraum Juni 2006 bis April 2007 zu Fragen rund um das schwierige Thema Tod und Sterben.

Quelle: sozioland – das online-meinungsportal >>> [mehr dazu](#) <<<

Unter den nachfolgenden Kategorien wurde die Umfrage ausgewertet:

Persönliche Bedeutung /Sterbehilfe in der Öffentlichkeit / Sterbebegleitung / Entscheidungsgewalt / Demografie

Kurze Anmerkung (L. Barth):

Auf seinen Seiten hat sozioland die Ergebnisse der Sterbehilfe-Umfrage präsentiert und die Ergebnisse sind beeindruckend, aber durchaus nicht (!) überraschend.

Dem Selbstbestimmungsrecht wird aus der Sicht der Befragten ein eminent hoher Stellenwert beigemessen. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang stehend auch die Ergebnis zu der Frage

Was meinen Sie: Verstoßen Ärzte, die, wie in Holland, bereits aktive Sterbehilfe praktizieren, gegen ihren Berufsethos?

55% der Befragten verneinten dies eindeutig, während mit – ja, teilweise – 31% und mit – ja, absolut – nur 6% votierten. Ein Beleg dafür, dass jedenfalls die berufsethische Auffassung der Berufskammern der verfassten bundesdeutschen Ärzteschaft nicht mit der ethischen Werthaltung der Befragten korrespondiert. Sofern also das Selbstbestimmungsrecht des

Patienten im Diskurs eine überragende Bedeutung zukommt, kann sich zwar die Ärzteschaft berufsethisch positionieren, ohne dass diese Werthaltung allerdings als Maßstab für die gesetzgeberische Entscheidung über die Rechtsfragen rund um die patientenautonome Verfügung Geltung beanspruchen kann. Der Gesetzgeber wird in diesem Zusammenhang stehend nur Sorge dafür tragen müssen, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht zur Fremdbestimmung über die Ärzte führt.

Entgegen den ständigen Proklamationen der BÄK bleibt also noch einzig die Frage zu klären, ob die Kammermitglieder, namentlich die Ärztinnen und Ärzte, sich dem Votum der BÄK anschließen oder hierzu eine differenzierte Auffassung vertreten. Hier ist m.E. dringender Handlungsbedarf geboten und die Kammern der verfassten Ärzteschaft sind aufgerufen, ihr ethisches Votum an den Willen ihrer Mitglieder auszurichten, wobei es dann selbstverständlich ist, auch die Detaillergebnisse der Umfrage zu veröffentlichen. Es nährt sich der Verdacht, dass insbesondere die BÄK kein Interesse daran hegt, dass Meinungsbild der bundesdeutschen Ärzteschaft einzuholen, könnte doch sich aus der Umfrage unter den Ärzten die unangenehme Tatsache ergeben, dass das ethische Votum der BÄK keine hinreichende Legitimation für sich beanspruchen kann.

Nun wissen wir freilich nicht, ob die Kammern nicht doch insgeheim eine Umfrage bei Ihren Mitgliedern durchgeführt haben. Wenn dem so sein sollte, dürfen wir um einen entsprechenden Hinweis bitten, wobei dann immer noch die Frage abzuklären ist, ob dieses ethische Votum basisdemokratisch legitimiert ist!

In Anbetracht des bevorstehenden 111. Deutschen Ärztetages, der im Mai stattfinden wird, bleibe ausreichend Zeit, über die einzelnen Landesärztekammern eine hinreichend differenzierte Umfrage unter der Ärzteschaft zu organisieren.

Allen voran der Präsident der Bundesärztekammer ist m.E. daher aufgefordert, für eine derartige Umfrage zu plädieren.

Es dürfte nicht zureichend sein, im Rahmen der aktuellen Debatte über die Sterbehilfe/Sterbebegleitung auf die sicherlich verdienstvollen Lehren des Hippokrates zu verweisen, denn der Wille des Hippokrates könnte durchaus überholt sein und mit den vorhandenen Realitäten nicht mehr übereinstimmen!

Ethikberatung: Hier sind Hausärzte gefragt

Nicht nur Klinikärzte suchen bei den Ethikkomitees um Rat nach.

"Bis zu 20 Prozent der Anfragen erhalten wir von Niedergelassenen", sagte Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing vom Komitee des Uniklinikums Tübingen, zugleich Vorsitzender der ZEKO. Meistens gehe es den Kollegen um Fragen der Therapiebegrenzung und der Sterbebegleitung. Wichtig für Wiesing: Die Beratung erfolgt freiwillig und stellt keine neue Hierarchie-Ebene dar." »»»²⁹

Kurze Anmerkung (L. Barth):

Ganz aktuell können wir den Seiten der BÄK entnehmen, dass bei der Vorstandswahl der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing, Professor für Ethik in der Medizin an der Universität Tübingen, in seinem Amt als Vorsitzenden bestätigt und Prof. Dr. Jochen Taupitz, Professor für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht, Internationales Privatrecht und Rechtsvergleichung an der Universität Mannheim, zu seinem Stellvertreter gewählt worden ist.

Aus der Sicht des Vorsitzenden wird stets betont, dass insbesondere der behandelnde Arzt weiterhin verantwortlich entscheiden und handeln müsse. Diese Position ist konsequent, trägt sie doch auch der wohlverstandenen Grundrechtsstellung der Ärzte mit Blick auf die von ihnen zu verantwortende Gewissensentscheidung Rechnung. Bei der konkreten Entscheidung „vor Ort“ sind also keine Hierarchie-Ebenen gewollt und deshalb muss nachgefragt werden, warum die BÄK meint, die bundesdeutsche Ärzteschaft an das

²⁹ Quelle: Ärztliche Praxis (07.07.06) >>> zum Artikel >>>
http://www.aerztlichepraxis.de/artikel_politik_patient_ethik_11522872_40.htm

ärztliche Berufsethos erinnern zu müssen, wenn es doch darum geht, im ethischen Diskurs insgesamt die Pluralität von Werten anzuerkennen, mögen diese auch nicht immer mit dem Selbstverständnis etwa einzelner Kammermitglieder übereinstimmen.

Es stände der BÄK gut zu Gesicht, sich im historisch bedeutsamen Diskurs jedenfalls mit Blick auf die eigene Profession etwas zurückzunehmen und ggf. dafür Sorge zu tragen, dass ihr ethisches Votum gleichsam basisdemokratisch durch die Ärzteschaft abgesichert wird. Es steht nämlich zu vermuten an, dass ein beachtlicher Teil der Ärzte und Ärztinnen sich in bestimmte Grenzsituationen an der Schwelle zwischen „Leben und Tod“ abweichend von dem standesethischen Votum der BÄK positioniert haben. Hier stellt sich die Frage, wie die BÄK mit Art. 4 GG des Grundgesetzes umzugehen gedenkt?

Sowohl Wiesing aber auch vornehmlich Taupitz stehen in der Debatte um die Patientenverfügung etc. für deutliche Positionen, wenn es darum geht, dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten Rechnung zu tragen. In diesem Sinne würde ich mir wünschen, wenn sich der Vorsitzende und sein Stellvertreter sich bei Zeiten auch dem Grundrechtsschutz der Ärzte und Ärztinnen verstärkt widmen könnten, da nicht ausgeschlossen ist, dass hierdurch der Vorstand der BÄK zu neuen Einsichten bei der Frage nach der Verbindlichkeit standesethischer Proklamationen gelangt.

**Dringender Appell an die bundesdeutsche Ärzteschaft
und ihre Berufskammern!**

Sehr geehrte Damen und Herren,

voraussichtlich noch in diesem Jahr wird der Gesetzgeber zur Tat schreiten, die Rechtsfragen rund um die Patientenverfügungen und damit inzident auch um die „Sterbehilfe“ zu regeln.

Die Bürgerinnen und Bürger in unserem Lande bedürfen Ihrer ganz persönlichen Mithilfe bei der Klärung dieser Fragen und ich bitte Sie, freilich in anonymisierter Form, Ihr ganz persönliches ethisches Votum abzugeben. Wie Ihnen gegenwärtig, wird der Ton in der Debatte schärfer und Ihr Patient scheint mehr und mehr verunsichert zu werden.

In Anbetracht der Tatsache, dass im Mai diesen Jahres Ihr 111. Deutscher Ärztetag stattfindet, können Sie mehr oder minder basisdemokratisch Ihr ethisches Votum im Vorfeld abgeben. Es wäre eine sehr hilfreiche und vielleicht auch notwendige Geste, wenn Ihre jeweiligen Landesärztekammern Ihnen als unmittelbar betroffene Ärzte und Ärztinnen auf den Internetportalen der Kammern die Möglichkeit bieten würde, sich zu positionieren.

Die ethische Kernfrage ist seit geraumer Zeit hinreichend identifiziert und es macht daher Sinn, Sie persönlich im Wertediskurs anzuhören und zumindest Ihre Einstellungen etwa mit Blick auf den ärztlich assistierten freiverantwortlichen Suizid mit einer anonymisierten Umfrage „abzurufen“.

In diesem Sinne appelliere ich an die Landesärztekammern, Ihre Internetportale für eine entsprechende Umfrage unter Ihren Kollegen nutzbar zu machen. Entsprechende Ergebnisse könnten dann auf dem kommenden Deutschen Ärztetag diskutiert werden.

Ihr aktuelles Votum ist zwingend geboten, denn ohne Ihre freie und persönliche Gewissensentscheidung kann der Wertediskurs nicht fortgeführt werden.

Lutz Barth, 17.01.08

Impressum IQB

Institut zur Qualifizierung und Beratung von Mitarbeitern
und Gesundheitseinrichtungen - IQB.
27607 Langen, Debstedter Str. 107, Tel. 04743/278001
E-Mail: webmaster@iqb-info.de

>>> [Hinweise nach §§ 5 ff. TMG \(Telemediengesetz\)](#) <<<
Inhaltlich Verantwortlicher gemäß § 6 MDSStV für die
Webpräsenz des IQB unter der Adresse www.iqb-info.de :
Lutz Barth
[>>> Haftungsausschluss <<<](#)