



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

von Lutz Barth, 20.11.07

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.

© 2007

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“¹ der Herren Student und Klie, aber auch die aktuellen Stellungnahmen einiger weiterer (Palliativ)Mediziner² 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.

¹ Freiburger Appell (Klie und Student) >>> online christoph-student.homepage.t-online.de/42853.html

² Vgl. dazu etwa Klinkhammer, Patientenverfügungen: Gesetzliche Regelung – pro und kontra, in Deutsches Ärzteblatt 104, [Ausgabe 33 v. 17.08.07, S. A - 2234](#)

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 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 Ärzten³ 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 berufständischen Kammern die Regelungsbefugnis zu konzedieren wäre, bliebe dieser Befund 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 Proklamationen⁴ zu scheitern droht.

³ In dem hier gemeinten Sinne konkurriert das Standes- bzw. Berufsrecht der Ärzteschaft unmittelbar mit der Gewissensfreiheit der Ärzte und Ärztinnen aus Art. 4 GG.

⁴ 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

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 gesetzesvertretende 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.

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 Appelle⁵ 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.

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.

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 arztethische Strömungen.

⁵ Neben dem Freiburger Appell hat erfährt ganz aktuell der sog. Lahrer Kodex allgemeine Beachtung.

Beredete Beispiele für eine fürsorgliche ethische Zwangsbeglückung des Patienten und ihre vorgebliche verfassungsrechtliche Legitimationsbasis finden sich immer öfter in der Literatur⁶. 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 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 allgemeinmenschliche Selbst- und Fürsorgegebot dar und verletzen damit auch Autonomie und Würde des Menschen“⁷.

Ein Blick in das Verfassungsrecht hingegen zeigt, 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 Rasonieren 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 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 wird⁸.

⁶ 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

⁷ Dörner et.al., ebenda.

⁸ H.H. Büttner, Der Arzt – eine Quelle der „Mündigkeit“ für den mündigen Patienten?, in Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern 5/2007, S. 152 ff.

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“ einräumt⁹.

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 sozialethische 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 gedenkt¹⁰.

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 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, wenngleich eindringlich davor zu warnen ist, wenn in der Fürsorgepflicht des Arztes zuvörderst mit Blick auf die Patientenverfügung „ein sittlicher Wert“ erblickt wird, der

⁹ 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 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!

¹⁰ Von Notfallsituationen mal abgesehen.

über dem des konkreten Willen des Patienten als Ausdruck seines Selbstbestimmungsrechts zu stellen ist. Es bedarf nicht der Einführung der boni mores durch die Medizinethiker¹¹, 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 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 Worte 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 dürfte¹².

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 möglicher Patient die Regie¹³ mit Blick auf sein „Sterben“ und „Sterbevorgang“ führt. Die individuelle Entscheidung des Patienten an seinem Lebensende oder für eine unweigerlich

¹¹ Dies gilt freilich auch für die Pflegeethiker.

¹² Leider gilt dieser desolatte 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.

¹³ 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.

zum Tode führende Entscheidung bedarf keiner ethischen Konsensbildung durch die Gesellschaft¹⁴ 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 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

¹⁴ Und ebenso wenig die der Familie oder sonstiger Angehörigen.

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 „Regieassistentin“ 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 Einwilligung¹⁵ 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

¹⁵ 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.

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“¹⁶. 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 und Ethiker) beredt die 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)Abwägung¹⁷ stattfinden kann. Nicht ausreichend dürfte dabei die Visionen von einem befürchteten Last-Diskurs sein, denn die zu gewährende Freiheit 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

¹⁶ 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.

¹⁷ 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.

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 dass 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 entwickeln“¹⁸.

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“¹⁹. 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 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

¹⁸ So Fahr in seinem Beitrag, Zur Kritik der aktiven Sterbehilfe, [online unter](#)

¹⁹ „Einen Freitod zu begleiten, wie Dignitas das anbietet, lehne ich aus moralischen Gründen ab. Nichts zu tun ist unmoralisch!“ Das heiße 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

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 Norminterpreten 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, dass 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“²⁰

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 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 sei²¹. 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 Bereichsethiken, aber auch religiöse Grund- und Werthaltungen, als verfassungsfest zu schützen. Es geht auch nicht um einen - mehr zweifelhaften denn redlichen - „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

²⁰ 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

²¹ 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.

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 vermag²².

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 „verfügt“ der Patient durchaus „testamentarisch“ über sein Schicksal – ein „Testament“, welches wir zu akzeptieren haben und nicht einer „ethischen Anfechtung“ der Bereichsethiker zugänglich ist. „Höhere sittliche“ und vor allem in der Gesellschaft konsenterte Werte mögen vielleicht zur „Sittenwidrigkeit“ eines Vertrages führen, nicht aber zur Nichtigkeit einer patientenautonomen Verfügung, die den nachhaltigen Willen des Patienten dokumentiert²³.

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 die Regie mit

²² Nicht ausgeschlossen sein dürften allerdings Instrumentalisierungsversuche, die nicht zwangsläufig zum Scheitern verurteilt sind.

²³ 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.

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 er 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, vermögedessen 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 geht²⁴. 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

²⁴ 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.

unterverfassungsrechtlicher Ebene in Gestalt eines einfachen 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.

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.

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“.

Lutz Barth

© IOB 2007

Für Anregungen und Kritik ist in der Verfasser verbunden.

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

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

IOB

© 2007