

**Sollen und müssen
wir denn „ewig leben“ oder „schlafen“?**

Eine kleine Abendlektüre für den engagierten Medizin-
ethiker und Palliativmediziner

von Lutz Barth

2010 (September)

Inhaltsverzeichnis

„Grundsätzliches“	6
Arztethik aus Expertenhand?	26
Ärztliches „Standesrecht“ bricht nicht Verfassungsrecht!.....	37
Legalisierung des ärztlich begleiteten Suizids: Befürworter und Gegner sind zur Toleranz aufgerufen!.....	48
Sollen wir sterben dürfen? Der Gesetzgeber ist mehr denn je gefordert! Drohende Gefahren einer schier entfesselten Medizinethik!.....	59
Sterben – ein fundamentales Freiheitsrecht!(?)	76
Vom „Wert“ oder „Unwert“ der „ethischen Indikation/Implikation“ - eine erste Annäherung an ein schwieriges Thema.....	88

Haftungsausschluss

Inhalte

Die Inhalte der Internetseiten werden sorgfältig geprüft und nach bestem Wissen erstellt. Jedoch kann keinerlei Gewähr für die Korrektheit, Vollständigkeit, Aktualität oder Qualität der bereitgestellten Informationen übernommen werden. Haftungsansprüche gegen das IQB, welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw.

durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern auf Seiten des IQB kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden vorliegt. Namentlich gekennzeichnete Beiträge spiegeln nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wider.

Wie jede Wissenschaft sind die Medizin, Pharmazie aber auch das Recht ständigen Entwicklungen unterworfen.

Gerade im Bereich der Medizin werden die Erkenntnisse durch Forschung und klinische Erfahrung erweitert. Dies gilt vornehmlich auch im Bereich der Diagnostik und Therapie, so auch der medikamentösen Therapie. Soweit auf dieser Webpräsenz des IQB und der darin enthaltenen Beiträge ein diagnostisches Verfahren, eine Applikation oder eine Dosierung von Pharmaka erwähnt wird, kann vom IQB keine Gewähr übernommen werden. Insbesondere wird der Nutzer und Leser der Internetseite des IQB und der darin enthaltenen Beiträge nicht von der Verpflichtung befreit, die Indikation zu therapeutischen Interventionen für jeden Patienten sorgfältig abzuwägen. Die Gabe von Medikamenten erfordert in jedem Fall die Beachtung der Herstellerinformationen und die Prüfung von Zweckmäßigkeit, Dosierung und Applikation. Überdies wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Beiträge der einzelnen Autoren insbesondere zu Rechtsfragen deren eigene Meinung widerspiegeln und somit nicht zwangsläufig der herrschenden Lehre entsprechen. Es ist weder beabsichtigt noch gewollt, in irgendeiner Form Rechtsrat zu erteilen.

Urheberrechtliche Hinweise

Das IQB ist bestrebt, in allen Publikationen die Urheberrechte der verwendeten Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zu beachten, von ihm selbst erstellte Grafiken,

Tondokumente, Videosequenzen und Texte zu nutzen oder auf lizenzfreie Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zurückzugreifen.

Alle innerhalb des Internetangebotes genannten und ggf. durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen uneingeschränkt den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer.

Das Copyright für veröffentlichte, selbst erstellte Objekte bleibt allein beim IQB. Eine Vervielfältigung oder Verwendung der Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte in anderen elektronischen oder gedruckten Publikationen ist ohne ausdrückliche Zustimmung nicht gestattet.

Verweise

Das IQB erklärt ausdrücklich, dass zum Zeitpunkt einer Linksetzung die entsprechenden verlinkten Seiten frei von illegalen Inhalten waren. Der Herausgeber hat keinerlei Einfluss auf die aktuelle und zukünftige Gestaltung und auf die Inhalte der verknüpften Seiten. Deshalb distanziert er sich hiermit ausdrücklich von allen Inhalten aller gelinkten Seiten, die nach der Linksetzung verändert wurden.

Wir müssen uns auch von allen Inhalten, die sich hinter den angegebenen Links, die nicht zu unserer Seite führen distanzieren. Das gilt auch für die dahinter stehenden Server, weiterführende Links, Gästebücher und Foren und sämtliche anderen sichtbaren und nicht sichtbaren Inhalte. Sollte eine dieser Seiten auf den entsprechenden Servern gegen geltendes Recht verstoßen, so ist uns dies nicht bekannt. Auf eine entsprechende Benachrichtigung hin werden wir den Link zu dem entsprechenden Server selbstverständlich entfernen (Diese Stellungnahme wird durch das Urteil 312 O 85/98 Haftung für Links des Landgerichts Hamburg vom 12. Mai 1998 notwendig).

Rechtswirksamkeit des Haftungsausschlusses

Sofern Teile oder einzelne Formulierungen dieses Textes der geltenden Rechtslage nicht, nicht mehr oder nicht vollständig entsprechen sollten, bleiben die übrigen Teile des Dokumentes in ihrem Inhalt und ihrer Gültigkeit davon unberührt.

Datenschutz

Auf diesen Seiten ist keine Software implementiert, die persönliche Daten über den Nutzer sammelt. Sie erhalten von uns keine unaufgeforderten Informationen.

[>>> Zur Webpräsenz des IQB <<<](#)

„Grundsätzliches“

Die unlängst in einem Kurzbeitrag vor dem Hintergrund der Patientenverfügungsdebatte aufgeworfene Frage, ob die neopaternalistische Medizinethik „therapieresistent“¹ ist, muss gegenwärtig wohl mit einem deutlichen **JA** beantwortet werden.

Die nahezu in aller Regelmäßigkeit erscheinenden Statements bedeutender Funktionäre der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften aber auch namhafter Medizinethiker lassen mittlerweile keinen Zweifel aufkommen, dass der neue ethische Paternalismus salonfähig geworden ist und zunehmend in Wissenschaftskreisen der Eindruck entsteht, als entspringe dieser enthemmten Paternalismus gleichsam einer sich im Laufe der letzten Jahre herauskristallisierten sog. „herrschenden Lehre“, in der es allerdings nach diesseitigem Eindruck weniger um die Lehre, sondern vielmehr um das herrschende Element – mithin also Machtausübung – geht.

Hier soll allerdings nicht verschwiegen werden, dass die Paternalisten es geschickt verstehen, im Gewande der Wissenschaft tugendhafte Argumente gebetsmühlenartig vorzutragen und da nimmt es nicht wunder, dass sich die Apologeten einer „guten und aufrichtigen Wertekultur“ und Bewahrer des Hippokratischen Geistes tunlichst gegenseitig in ihren Beiträgen zitieren, um auf diesem Wege sich einem wissenschaftstheoretischen Diskurs nicht stellen zu müssen – einem wis-

¹ Vgl. dazu L. Barth, Ist die neopaternalistische Medizinethik „therapieresistent“?, in IQB – Internetportal >>> http://www.iqb-info.de/Neopaternalistische_Medinethik.pdf <<<

senschaftstheoretischen Diskurs, der weit reichende Folgen für die „Sterbe-Praxis“ hierzulande zeitig und demzufolge aus der Sicht einer künftigen Patientenrolle auch eines schwersterkrankten oder sterbenden Menschen mehr als leidenschaftlich zu führen ist, so dass gelegentlich das Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denken im Sinne einer allgemein üblichen Konvention (über-?)strapaziert werden muss.

In gewisser Weise habe ich sogar Verständnis für die „Therapieresistenz“, strebt doch auch der engagierte und vielleicht der durch die transzendente Verheißung inspirierte Ethiker und Arzt nach kognitiver Stabilität. Insofern kann in der derzeitigen „Debatte“ – die im Kern keine ist! – letztlich nicht damit gerechnet werden, dass zumindest eine „Selbsttherapie“ dergestalt vorgenommen wird, dass wenigstens die verfügbare Literatur gesichtet und in Teilen auch gewertet wird.

So gesehen gilt nicht mehr die verfassungsrechtliche Binsenweisheit, dass „Verfassungsinterpretation keine Philosophie ist“ und es könnte vortrefflich, wenn auch spitzbübisch und ironisch, darüber nachgedacht werden, ob künftig ein weiterer Senat – zumindest aber eine Arbeitsgruppe - beim BVerfG eingerichtet wird, der die ethischen und moralischen Grundsatzfragen gleich einem Ethikkomitee sachverständig aufbereitet und als Grundlage für gewichtige Wertentscheidungen empfiehlt.

Die Besetzung des Ethikkomitees ist weniger problematisch und es muss zumindest gesichert sein, dass das „Ethikkartell“ hinreichend vertreten ist – freilich demokratisch legitimiert, wie es sich in einem parlamentarisch-repräsentativen System gehört, denn man/frau muss ja schließlich kein Freund von plebiszitären Elemente in unserer Verfassung sein. Gerade

des Volkes (und Arztes!) Stimme könnte doch zu Irritationen bei dem gewünschten und längst schon ausgemachten „Konsens“ über eine ars moriendi führen und da ist es doch allemal sinnvoller, akademische Eliten mit den Grundsatzfragen über die Kunst des Sterbens zu betrauen, um vielleicht auch den einen oder anderen Querdenker vor der Sünde Lohn zu bewahren und auf den rechten Tugendpfad zu bringen – wenn nicht schon freiwillig, so doch dann mit der Androhung von Sanktionen, die nicht dem irdischen und damit dem staatlichen Gewaltmonopol entlehnt sind.

In diesem Zusammenhang stehend darf ich denn auch auf den unlängst auf dem IOB-Internetportal hingewiesenen Beitrag v. Hartmut Kress² zurückkommen, der in seinem Referat unter Ziff. 5 das Problem der **„korporativen Selbstbestimmungsrechte versus individuelle Selbstbestimmung – nach wie vor ein Normkonflikt“** angesprochen hat.

Zunächst darf ich folgende pars pro toto zitieren:

„Zu den gesellschaftlichen Gruppen, die eine selbstbestimmte Patientenverfügung besonders nachdrücklich kritisieren, gehört die katholische Kirche. Sie lehnt vor

² "Menschenwürde und das Grundrecht auf Selbstbestimmung im Umgang mit dem Lebensende – mit Blick auf Anschlussfragen nach der Verabschiedung des Patientenverfügungsgesetzes und auf die Problematik des medizinisch assistierten Suizids"

Referat am 02.10.2009 auf der Tagung „Selbstbestimmt bis zuletzt? Patientenverfügung – Assistierter Suizid – Sterbehilfe“ der Evang. Akademie Baden in Verbindung mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der Bezirksärztekammer Nordbaden und der Ärzteschaft Karlsruhe

Quelle: Sozialethik Uni Bonn.de >>> [http://www.sozialethik.uni-bonn.de/kress/vortraege/kress_selbstbestimmung_lebensende_2. okt._2009.pdf](http://www.sozialethik.uni-bonn.de/kress/vortraege/kress_selbstbestimmung_lebensende_2_okt._2009.pdf) <<< (pdf.)

allem ab, dass beim irreversiblen apallischen Syndrom (sog. Wachkoma) die künstliche Lebensverlängerung beendet wird. Dieses Nein gilt auch für den Fall, dass der Patient dies in einer validen Erklärung zuvor verlangt hat.

Hierdurch entstehen in Deutschland, aber auch in anderen Staaten (Österreich, USA) gravierende Konflikte. Katholische Pflegeeinrichtungen oder Kliniken verweigern es, einen Patienten seinem Willen gemäß sterben zu lassen. Hierfür berufen sie sich der Sache nach auf ihr korporatives Selbstbestimmungsrecht, nämlich auf ihre korporative Religionsfreiheit. Normativ ergibt sich der folgende Antagonismus: korporatives Selbstbestimmungsrecht der (katholischen) Einrichtung, die beim apallischen Syndrom aufgrund der Vorgaben des katholischen Lehramts den Behandlungsabbruch ablehnt – versus individuelles Selbstbestimmungsrecht des Patienten, der seinem Willen durch eine Verfügung im Vorhinein Ausdruck verliehen hat. Vor diesem Hintergrund sind in der Bundesrepublik Deutschland schwer belastende Dilemmasituationen entstanden – belastend für die Ärzte und für die Angehörigen, die sich dem Willen des Patienten verpflichtet fühlen. Unter Umständen muss ein Gerichtsbeschluss herbeigeführt werden, um den Patienten zu verlegen, so dass er sterben kann.

Nun steht normativ – ethisch sowie rechtlich – eigentlich ganz außer Frage: Das individuelle Selbstbestimmungsrecht, konkret die Patientenverfügung, besitzt den Vorrang vor korporativen Rechten, also vor den religiösen Anschauungen, auf die sich eine katholische Einrichtung stützt. Es ist zu hoffen, dass das neue Gesetz dazu führt, dass manche katholische Kliniken oder Pflegeeinrichtungen das Selbstbestimmungsrecht und die Patientenverfügungen in Zukunft stärker achten.

*Aber auszuschließen ist nicht, dass hierzu weiterhin gerichtliche, ggf. sogar gesetzliche Klärungen erfolgen müssen.*³

Ist es wirklich so, dass es „normativ – ethisch sowie rechtlich – eigentlich ganz außer Frage steht“, dass das individuelle Selbstbestimmungsrecht vor den korporativen Rechten der verfassten Amtskirchen Vorrang besitzt?

Und – je nach Beantwortung der Frage – ließe sich hierauf aufbauend die Frage nach einem „dritten Senat beim BVerfG“ weiter diskutieren, die sicherlich bei Ihnen als LeserInnen zunächst ein Kopfschütteln, zumindest aber Verwunderung ausgelöst haben dürfte und in der Tat aus meiner Sicht zuvörderst provozieren soll.

Es steht im allgemeinen Wertediskurs zu befürchten an, dass die Ethik ganz allgemein und die die Ausrichtung der palliativmedizinischen Ethik im besonderen klerikale Züge angenommen hat, so dass die spezielle Ethik über die Behandlungsfragen am Ende eines verlöschenden Lebens in eine Art „Religionsersatz“ mündet.

Nun wissen wir, dass ganz generell der „Religion“ größtmögliche Freiheitsräume eingeräumt sind und diese von der Verfassung her auch prinzipiell geschützt werden; dies ist unverfänglich und muss nur dort besonderen Argwohn hervorrufen, wenn und soweit außerhalb der Religionsgemeinschaften stehend sich eine Wissenschaft und die sie vertretenden Personen aus Forschung und Lehre, aber eben auch Praxis anschicken, ihre Ethik als Wissenschaft dergestalt zu

³ Kreß, aaO., S. 7 ff.

„verklären“, als dass über die Ethik ein Pflichtengerüst generiert wird, dass seine Wirkung auf die Grundrechtsstellung nicht nur der Ärzteschaft, sondern der Bürgerinnen und Bürger schlechthin nicht verfehlen soll.

Grundrechtsadressaten laufen so gesehen der Gefahr, für bestimmte Zwecke einer Wissenschaftsdisziplin instrumentalisiert zu werden – ein Umstand, der nicht nur misslich sein dürfte, sondern in erster Linie auch der „Würde“ des Menschen, zumal des schwersterkrankten und sterbenden Patienten, zuwiderläuft.

Da nimmt es nicht wunder, dass wir uns nahezu wöchentlich mit den fragwürdigen Botschaften irgendwelcher „Überzeugungstäter“ konfrontiert sehen und sofern dann noch eine „Charta für schwersterkrankte und sterbende Menschen“ der Öffentlichkeit vorgestellt wird, werden es die Befürworter eines „freien Selbstbestimmungsrechts“ mehr denn je schwerer haben, mit ihren Argumenten sich in den einschlägigen Fachkreisen Gehör zu verschaffen. Der an sich gebotene rationale Diskurs, der sich durch eine hohe Dialogbereitschaft zwischen den verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen auszeichnen sollte, weicht einer gekonnt inszenierten Werbekampagne, die es versteht, die nachvollziehbaren Ängste und Schreckensvisionen der Patienten anzusprechen und so zu den ohnehin schon vorhandenen Irritationen der Bürgerinnen und Bürger über ihre Rechte am Lebensende beitragen zu können. Unter dem Tarnmäntelchen des „kollektiven Mitleidens“ wird uns allen zugesichert, nur das „Beste“ zu wollen und da scheint es auch nicht weiter problematisch zu sein, dass mit viel Empathie und Pathos einige namhafte Medizinethiker sich dazu berufen fühlen, dass „Leid“ dergestalt zu verklären, als jedenfalls die „Selbstentleibung“ moralisch verwerflich sei und wir

alle dazu aufgerufen sind, dass uns aufgebürdete Schicksal eines manchmal unerträglichen Siechtums freilich mit einer entsprechenden palliativmedizinischen Begleitung anzunehmen und – soweit es die Forschungsergebnisse der Palliativmedizin ermöglichen – auch geduldig zu ertragen haben. Uns werden gleichsam moralische Pflichten auferlegt, die nicht nur um unser selbst und der Gemeinschaft willen einzuhalten sind, sondern auch im Hinblick auf das Gelingen einer Palliativmedizin, die nur dann voranschreiten kann, wenn es auch gleichsam Patienten gibt, die sich in den Dienst der „Forschung“ und damit des Ausbaus der Palliativmedizin zu stellen beabsichtigen.

Dies mag einerseits heroisch anmuten und legt die These nahe, dass im Zweifel „Leiden frei macht“ und wir uns eines Lohnes gewiss sein können, ohne hierbei besonders gläubig sein müssen. Der „ weltliche Lohn“ des Leidens besteht vielmehr in dem Beitrag des schwersterkrankten und sterbenden Patienten, sich ganz der Palliativmedizin und ihren Segnungen unterstellt zu haben, ohne dass wir gleichsam als egozentrische Egoisten auf das „Recht“ beharren, vorzeitig uns aus dem „Leben“ verabschieden zu wollen, ohne dass wir eben diesen „Beitrag“ geleistet zu haben.

Der schwersterkrankte und sterbende Patient hat eine „Aufgabe“ zu erfüllen: Nicht freiverantwortlich „zu sterben“, um auch weiterhin die Forschungsbemühungen der Palliativmedizin zu unterstützen und das dem tatsächlich so ist, lassen uns einige Ethiker in ihren Publikationen wissen. Der Sterbewillige wird demzufolge in die „Pflicht“ genommen, einen solidarischen Beitrag dergestalt zu leisten, in dem er sein „Leid“ in den Dienst palliativmedizinischer Forschungsbemühungen zu stellen hat.

Ist es da despektierlich, von „Überzeugungstätern“ in einem zentralen Wertediskurs zu sprechen und diese Ethiker mit ihren Überzeugungen ihrer „Täterschaft“ überführen zu wollen?

Ich meine nein und angesichts der drohenden „Verklärung“ der Palliativmedizin als eine Art „Ersatzreligion“ sollten wir auf subjektive Befindlichkeiten der Ethiker und im Zweifel auch einiger Moralthologen nur in dem Maße Rücksicht nehmen, wie diese im Diskurs ihre individuellen Gewissensentscheidungen offenbaren., während demgegenüber die Qualität ihrer Argumentation in der wissenschaftlichen Debatte schonungslos zu diskutieren und gelegentlich ad absurdum zu führen ist.

So manche Publikation entspricht aus meiner Sicht nicht den Minimalanforderungen einer „wissenschaftlichen Arbeit“ und es verfestigt sich in mir zunehmend der Eindruck, dass dies von den Autoren auch nicht gewollt ist, zumal es wohl einfacher erscheint, über den diskursiven Prozess hinweg völlig losgelöst „Botschaften“ zu verkünden und dies tunlichst gebetsmühlenartig, ohne dass auch nur ansatzweise ein Erkenntnisfortschritt bei den Autoren zu verzeichnen wäre.

Um diese These einordnen zu können, hilft uns allen vielleicht die nähere Beschäftigung mit dem Begriff „Überzeugungstäter“ weiter.

Was also ist eigentlich ist ein „Überzeugungstäter“, der uns scheinbar das „Sterben“ verunmöglicht und vielfach auch das „Leben“ erschwert?

Nun – googeln wir dazu im Internet, dann finden wir einige Informationen hierzu. Als ausreichend erachte ich hierbei die Kurzdefinition bei wissen.de⁴:

*Überzeugungstäter
ist der Straftäter, der sich aufgrund politischer,
religiöser oder sittlicher Überzeugungen für
verpflichtet oder berechtigt hält, strafbare
Handlungen zu begehen.*

Entkleiden wir diese Definition von ihren strafrechtlichen Bezügen, so zählen wir sicherlich alle zu den „Überzeugungstätern“ – eine Rolle, die wir im Übrigen nach den Verlautbarungen unseres Grundgesetzes auch einzunehmen dürfen und letztlich dann mit geschriebenen oder auch ungeschriebenen, weil „objektiven und immanenten“, Grenzen konfrontiert werden, wo wir (im Zweifel) im Begriff sind, u.a. gegen die verfassungsmäßige Ordnung zu verstoßen oder über Gebühr in die Rechte Dritter einzugreifen.

Wertedebatten sind häufig „philosophielastig“ und ein allgemeiner Konsens lässt sich vielfach weder vermitteln noch „verordnen“, mal ganz davon abgesehen, dass die „Zwangsneurose“ von der Vorstellung eines „allgemein gültigen Konsens“ dergestalt therapierbar erscheint, wenn und soweit das Toleranzprinzip in Erinnerung gerufen wird und sich so der eine oder andere Disput über „Werte“ in Wohlgefallen auflösen dürfte.

Auch diesbezüglich könnte ein Text von H. Kreß den Ethikern bei ihrer Orientierung hilfreich sein, zumal es

4

<http://www.wissen.de/wde/generator/wissen/ressorts/geschichte/zeitgeschehen/index.page=1262178.html>

mittlerweile geradezu groteske Formen annimmt, wenn Ethiker mit ihren Beiträgen gleichsam der Intention ihrer eigenen Wissenschaft widersprechen und sich ernsthaft von der abstrusen Vorstellung leiten lassen, dass Selbstbestimmungsrecht im Hinblick auf das selbstbestimmte Sterben mit „moralischen Grundpflichten“ überziehen zu wollen.

Wir brauchen keine falschen Propheten in unserem Lande und noch weniger Medizinethiker, die unwidersprochen eine „Le(e)hre“ verbreiten können, die nicht im Ansatz den fundamentalen Wert des Selbstbestimmungsrechts widerspiegelt. Wir benötigen in der Gegenwart keine Vormünder, *die die Oberaufsicht über uns gütigst auf sich genommen haben*, sondern eine aufgeklärte Wissenschaft, zu denen sich auch die Ethik als Disziplin zählt.

Nun mag man/frau mir hier entgegenhalten, dass ich der „Selbstbestimmungs-idee“ verfallen sei und damit beharrlich einem Mantra fröne und hierbei den Diskurs strapaziere, in dem ich es an der gehörigen Demut gegenüber den Verlautbarungen honorierter Personen der Gegenwartsethik vermissen lasse. Und in der Tat: ich möchte gar nicht verleugnen, dass die derzeitige Wertedebatte durchaus an meinen „Nerven“ zerrt und zwar aufgrund ihrer ausgesprochenen Trivialität. Bisher konnte sich die Lebensschützer-Fraktion die Aktionen eines „Dr. Tod“ geißeln und öffentlichkeitswirksam „vermarkten“; zwischenzeitlich ist allerdings Ruhe eingetreten und eine kleine handverlesene Schar von Autoren versucht, zumindest den Diskurs nicht ganz den Hobbyphilosophen zu überlassen und da stimmt es denn doch mehr als nachdenklich, mit welcher ungeheurer Ignoranz die namhaften Apologeten einer „neuen“ Wertekultur selbst angesehene Ethiker mit Nichtbe-

achtung abstrafen und es verstehen, rein vorsorglich diese in ihre Publikationen nicht mehr zu erwähnen.

Wo finden wir derzeit einen Hinweis darauf, dass bereits vor Jahren etwa die Ethikerin Schöne-Seiffert ein Plädoyer für die Legalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe gehalten hat?

Warum finden wir in den ohnehin spärlichen Literaturverweisen in den Beiträgen der „Ethikfürsten des 21. Jahrhunderts“ zur aktuellen Problematik keinen Hinweis mehr auf den Ethiker Birnbacher, der sich zur ärztlichen Assistenz deutlich positioniert hat?

Wie erklärt sich, dass manche Ethiker glauben, vortrefflich über das Selbstbestimmungsrecht der Patienten resp. der Bürgerinnen und Bürger rasonieren zu können, ohne auch nur im Ansatz auf eine rechtswissenschaftliche Fundstelle verweisen zu müssen?

Meine Kritik könnte sich freilich in Wohlgefallen auflösen, wenn wir uns allein an dem grammatikalischen Wortlaut von Art. 5 III GG orientieren, wonach die Freiheit der Wissenschaft und Forschung gewährleistet ist und von daher auch die Pseudowissenschaft mehr oder minder einen grundrechtlichen Schutz für sich beanspruchen kann. Gleichwohl werden dann in der Folge die Wissenschaftler unnachgiebig mit dem selbstverständlichen Postulat konfrontiert, endlich der hohen Last ihrer Verantwortung zur Argumentation gerecht zu werden und entsprechend wahrzunehmen, wollen sie sich nicht endgültig dem Vorwurf aussetzen, Verfassungsinterpretation mit Hobbyphilosophie oder Rechtsethik mit einer „Ethik des Glaskugeldenkens“ zu verwechseln.

Es ist hohe Zeit, dass die Ethiker endlich handfeste Argumente vortragen, die zumindest geeignet sind, in der Sache zum weiteren Nachdenken anregen zu können. Die üblichen Argumente vom befürchteten „Dammbruch“ und „sozialverträglichen Frühableben“ sind mittlerweile derart abgedroschen, dass sie kaum der Gegenargumentation wert sind.

Interessanter hingegen scheint da schon die These des Mediziners Michael de Ridder zu sein, der da meint, in äußersten Grenzfällen gehört die ärztliche Assistenz auch zum Arsenal palliativmedizinischer Maßnahmen. Wie gedenken die modernen Gegenwartsethiker, hierauf zu erwidern und zwar ungeachtet der hinlänglich bekannten Sonntagsreden?

Die aktuell der Öffentlichkeit vorgestellte Charta für schwersterkrankte und sterbende Menschen versucht zwar, hierauf in ihrem Leitsatz Nr. 1 eine Antwort zu liefern, die allerdings einem „Glaubensbekenntnis“ eines geradezu von seinen Werten überzeugten „Überzeugungstäters“ gleichkommt und erstaunlicherweise ein vorbehaltloses und deutliches Bekenntnis zum Selbstbestimmungsrecht auch der schwersterkrankten und sterbenden Menschen vermissen lässt.⁵

Wohlgermerkt: Dass den Menschen ein „Sterben“ unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen ist, ist selbstverständlich und insofern ist die Charta in Teilen mit seinen Leitsätzen insofern begrüßenswert, weil es nach wie vor gilt, hier für entsprechende Rahmenbedingungen Sorge zu tragen.

⁵ Aufmerkamen Beobachter wird allerdings nicht entgangen sein, dass allein die Besetzung der Arbeitsgruppen für eine gewisse Kontinuität bei der Bewahrung höchst konservativer Ideale und Werte Sorge getragen hat.

Gleichwohl bin ich mehr als enttäuscht, ist es doch den Expertinnen und Experten insbesondere der Arbeitsgruppe 1 nicht gelungen, trotz wohlgesetzter Worte ein vorbehaltloses Bekenntnis zum Selbstbestimmungsrecht der Schwersterkrankten abzugeben.⁶

Der Leitsatz 1 - Gesellschaftspolitische Herausforderungen – Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation enthält einen folgenschweren Satz:

„Wir werden uns dafür einsetzen, ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen und insbesondere den Bestrebungen nach einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen durch eine Perspektive der Fürsorge und des menschlichen Miteinanders entgegenzuwirken.“

Auch wenn in den Erläuterungen zum Leitsatz 1 der Charta die Sicherung der Autonomie und Selbstbestimmung besonders betont wird, bleibt doch ein gewichtiger Aspekt gänzlich außer Betracht: Der Wunsch des schwersterkrankten Patienten, lieber „sterben“ als palliativmedizinisch betreut zu werden.

Nun sei es den Expertinnen und Experten zugestanden, der Legalisierung der Tötung auf Verlangen eine Absage zu erteilen, wenngleich hiermit allerdings nicht die Probleme um die ärztliche Suizidassistentz gelöst werden. Auch die Frage, ob ggf. die Perspektive der Fürsorge gegenüber einem Suizidwunsch auch im

⁶ Wie – bitte schön – hätte dies auch gelingen können, wenn gelegentlich von einem prominenten Mitglied der Arbeitsgruppe im Zuge der Debatte um das Patientenverfügungsgesetz die unsäglichkeit Meinung vertreten wurde, die „Patientenverfügung sei das Opium fürs Volk“?

Rahmen einer palliativen Betreuung nachrangig ist oder aber, wie derzeit jüngst debattiert, gar die Suizidassistentz eine ethische Handlungsoption auch im Sinne der Palliativmedizin ist, wird nicht thematisiert und dies stand wohl auch nach den Bekenntnissen namhafter Palliativmediziner und Ethiker im Wertediskurs über die Legalisierung der Sterbehilfe nicht zu erwarten an.

In diesem Sinne ist denn die Charta wahrlich „nur“ ein erster Schritt in die richtige Richtung, hingt diese doch der aktuellen Wertediskussion ein Stückweit hinterher.

Von daher kann ich mich persönlich nur in Teilen mit der Charta identifizieren, birgt diese doch nach ihrem ersten Leitsatz einstweilen noch die „Gefahr“ in sich, dass nicht vollständig das Selbstbestimmungsrecht des schwersterkrankten Patienten nach einem freiverantwortlichen „schnellen Tod“ akzeptiert und das Prinzip „Fürsorge“ bemüht wird, in dem sich ein ganz bestimmtes Werteverständnis widerspiegelt und das nicht zu Unrecht in der Vergangenheit als Ausdruck eines ethischen Paternalismus gewertet und kritisiert wurde.

Insofern ist es begrüßenswert, wenn die Expertinnen und Experten der Charta sich einen weiterführenden Diskussionsprozess wünschen und in diesem Sinne bin ich mir sicher, dass auch perspektivisch die Palliativmedizin keine Berührungspunkte mehr mit der ärztlichen Suizidbeihilfe haben wird, vorausgesetzt, die Experten enthalten sich einer Rolle als „Überzeugungstäter“ und öffnen sich einem Grundrechtsverständnis, bei dem kein Zweifel an dem hohen Gut der Selbstbestimmung aufkommt.

Gleichwohl überwiegt derzeit bei mir die Skepsis: Dienstfeurig wird die „Charta“ als ein Meilenstein gefeiert und aufgrund ihres Bedeutungsgehaltes ist wohl in naher Zukunft nicht damit zu rechnen, dass Kritik gegenüber einem „weichen Text“ zur Selbstbestimmung der schwersterkrankten und Sterbenden in der Charta geltend gemacht wird.

Ungeachtet dessen sollte aber klar sein, dass der grammatikalische Wortlaut der Charta in ihrem ersten Leitsatz kein deutliches Bekenntnis zum Selbstbestimmungsrecht der schwersterkrankten und sterbenden Menschen enthält und überdies einen beachtlichen ethischen Konflikt vorprogrammiert hat:

„Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. Er muss darauf vertrauen können, dass er in seiner letzten Lebensphase mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert wird und dass Entscheidungen unter Achtung seines Willens getroffen werden.“

Wie aber verhält sich hierzu der Hinweis

„Wir werden uns dafür einsetzen, ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen und insbesondere den Bestrebungen nach einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen durch eine Perspektive der Fürsorge und des menschlichen Miteinanders entgegenzuwirken“,

wenn und soweit es gerade dem Willen der schwersterkrankten und sterbenden Menschen entspricht, nach ihren individuellen Vorstellungen sterben zu wollen und sich ein Wunsch nach einem ärztlich begleiteten Suizid offenbart?

Ist in einem solchen Fall dann der Sterbewille in einen Lebenswillen abzuändern und zwar durch die „Perspektive der Fürsorge“ etwa der Palliativmediziner, die dem vom Patienten gewünschten Tod eine konsequente Absage erteilen und dem Patienten ihre „Hilfe“ versagen?

Mit anderen Worten: Wie ernst wollen die Palliativmediziner den geäußerten Willen und die darauf sich gründenden Wünsche des Patienten nehmen, wenn diese sich doch auch auf einen freiverantwortlichen Suizid beziehen können?

Tritt dann das Ethikkomitee zusammen und versucht den schwersterkrankten Patienten davon zu überzeugen, dass es „unmoralisch“ sei, einen Suizid zu begehen und diesen vor allem auch einzufordern?⁷ Was

⁷ „Es ist unanständig, wenn Menschen die Gesellschaft dazu zwingen wollen, auch noch den Tod für sie zu organisieren oder ihn gar herbeizuführen“, so Axel W. Bauer in seinem aktuellen Statement, dass sicherlich nicht überraschend ist (vgl. dazu Angemerkt! Auf Leben und Tod, Edgar Dahl und Axel W. Bauer, in Gehirn & Geist v. 14.06.10 >>> <http://www.gehirn-und-geist.de/artikel/1034087> <<< (html). Anm. Lutz Barth: Es wäre wünschenswert gewesen, wenn auch Axel W. Bauer nach der zwischenzeitlichen Debatte nicht „Äpfel mit Birnen vergleicht“: Es geht ausdrücklich nicht darum, ob der „Sterbewunsch“ unanständig sei, sondern einzig darum, dass ggf. trotz der Segnungen der Palliativmedizin in einem Suizid der schwersterkrankte Patient eine Option sieht, seinem individuellen Leiden entfliehen zu können, ohne dass hiermit das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zur Fremdbestimmung etwa der Ärzte oder Pfleger führt.

Im Übrigen erlaube ich mir den Hinweis, dass es reichlich verfroren ist, angesichts der Selbstbescheidung der Palliativmedizin mit Blick auf ihre Möglichkeiten, eben nicht jeden „Fall“ palliativmedizinisch beherrschen zu können, überhaupt die Frage aufzuwerfen, ob der Suizidwille „unanständig“ sei.

mag der sterbende Patient wohl dabei empfinden, wenn ihm im ethischen Grundsatzgespräch bedeutet wird, dass es nicht die Aufgabe des Rauches sei, über das Verlöschen des Feuers zu befinden?

Freilich – der Palliativmedizin sind auch in Schwerstfällen keine Grenzen gesetzt, kann diese doch auf den probaten Problemlöser der „terminalen Sedierung“ verweisen, die für sich genommen ethisch nicht problematisch erscheint, beabsichtigt doch der Mediziner nicht den „Tod“ des Patienten, sondern vielmehr „nur“ eine Reduktion des Bewusstseinsniveaus bei therapieresistenten Symptomen. Das „Motiv“ ist also der berufsethische Schlüssel zum inneren Frieden des Therapeuten und da nötigt es mir angesichts der aktuellen Wertedebatte größten Respekt ab, wenn und soweit einige Palliativmediziner sich aufrichtig dazu bekennen, dass das „Ziel“ der Reduktion des Bewusstseinsniveaus und damit ihr „Motiv“ in der Lebensverkürzung des Patienten bestand.

Auch Herr Bauer scheint hierbei völlig zu ignorieren, dass immerhin nahezu ein Drittel der Ärzteschaft für eine Liberalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe eintritt und da stellt sich dann schon die Frage, ob er vielleicht auch glaubt, dass dieser Teil der bundesdeutschen Ärzteschaft moralisch „verroht“ sei.

Vielleicht ist es dem Medizinethiker Bauer möglich, kurzfristig bei den Verantwortlichen der BÄK um die Herausgabe der jüngsten Umfrage nachzusehen, um diese dann kommentieren zu können. Es muss ein wenig zur Nachdenklichkeit anregen, dass hier einstweilen noch „Geheimniskrämerei“ betrieben wird und was liegt es da näher, ggf. zu vermuten, dass auch die jüngsten Umfrage (Anfang 2010) den vermeintlichen artethischen Konsens zur Frage der standesrechtlichen und ethischen Missbilligung der ärztlichen Suizidbeihilfe als „ethische Nebelbombe“ entlarvt hat?

Was also ist redlicher oder hier in der Terminologie des Beitrages verbleibend tugendethischer? Das auf richtige Bekenntnis, dem Leiden der Schwersterkrankten ein „Ende“ zu bereiten oder der Rückzug auf das ehrenwerte Motiv, im Rahmen der palliativen Sedierung lediglich das „Leiden der Patienten“ lindern zu wollen?

Pharmakologisch gewendet und zugespitzt: Barbiturat oder Benzodiazepin ist die Alternative resp. Option bei der Entscheidung der „therapeutische Mittel“ für eine ethische Indikation/Implikation, die um so leichter zu fällen ist, wenn und soweit der schwersterkrankte und sterbende Patient diesbezüglich sein Selbstbestimmungsrecht in freier Verantwortung ausgeübt hat.

Sofern also der Patient sich für das Barbiturat – freilich nach entsprechender Aufklärung – entschieden hat, dürfen ihn dann die Palliativmediziner seine letzte Reise ohne Wiederkehr antreten lassen oder widersprüche dies der palliativmedizinischen Ethik, die sich nun an diesem Punkte nicht wesentlich von der Ethik der kurativen Medizin unterscheidet? Sofern der Patient „austherapiert“ ist, findet ein Wechsel hin zur palliativmedizinischen Betreuung statt und die kurative Medizin gesteht sich ein, „nichts“ mehr an Spitzenmedizin leisten zu können. Wenn die Palliativmedizin akzeptieren würde, dass es auch Grenzen ihrer „Medizin“ gibt, darf diese dann „auch“ vor dem unsäglichem Leiden des Patienten dergestalt „kapitulieren“, in dem diese den „letzten Wunsch“ des Patienten nach einem selbstbestimmten Tod erfüllt, da die „terminale Sedierung“ das letzte therapeutische Mittel zu sein scheint und im Zweifel auf Dauer das Bewusstseinsniveau herabgesenkt werden muss?

Anders gewendet: Ist die Palliativmedizin bereit, für ihren speziellen Bereich von der kurativen Medizin zu lernen, wonach angesichts einer „therapieresistenten Symptomatik“ sich Situationen ergeben können, in denen die Palliativmedizin einen nachhaltigen Beitrag zu leisten imstande wäre, den vom Patienten gewünschten „schnellen Tod“ aktiv zu unterstützen und letztlich darüber „zu wachen“, dass der Tod auch komplikationslos eintritt?

Liegt es außerhalb jeglicher Betrachtungsweise, dass der schwersterkrankte und sterbende Patient gerade in seinem bewussten Abschied aus dem Leben seine „Würde“ gewahrt sieht, ohne darauf angewiesen sein, dass „der Schlaf der kleine Bruder des Todes ist“?

Der freiverantwortliche Suizid tritt an die Stelle der „terminalen Sedierung“ und sofern der schwersterkrankte Patient seinem individuellen Leid zu entfliehen gedenkt, möchte er nicht auf „ewig“ leben und – was wohl ganz entscheidend sein kann – auch nicht auf „ewig schlafen“!

Wer aber maßt sich nun in einer solchen Situation an, dem Patienten sein „Recht“ abspenstig zu machen, einen schnellen Tod vorzuziehen und stattdessen davon zu überzeugen, dass es unanständig ist, sich für einen Suizid zu entscheiden?

Mit Verlaub: Einer Ethik, die sich zur Aufgabe gemacht haben sollte, Schwersterkrankte und Sterbende mit „moralischen Pflichten“ zu überziehen, die vornehmlich darin münden, das Leid annehmen zu müssen und sei es auch nur in einer bewusstseinseintrübenden Variante der palliativen Sedierung, ist eine konsequente Absage zu erteilen – mehr noch: eine so verstehende „Ethik“ wird ihres Namens nicht gerecht und weckt bei mir Assoziationen an düstere Zeiten vergangener

Jahrhunderte, wo der Mensch über das ihm zugefügte Leid „geläutert“ werden sollte.

Eine derart fehlgeleitete Vorstellung von einer Medizinethik – näher die der Palliativmedizin – widerspricht im höchsten Maße dem „Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden“ und unsere Gesellschaft ist weit davon entfernt, diese Art von Gesinnungsethik als einen allgemeinen Konsens zu akzeptieren.

Was also ist aktuell geboten?

Ethiker sollten sich befleißigen, Medizinethik nicht mit Gesinnungsethik zu verwechseln, da letztere zwar einen Schutz u.a. aus Art. 4 GG genießt, keinesfalls aber zum Maßstab für ein „Sterben“ schwersterkranker Patienten erhoben werden kann. Die „Charta“ ändert freilich hieran rein gar nichts, denn auch eine kollektive Gesinnungsethik bleibt in dem Maße moralisch verwerflich, wie in ihr das Selbstbestimmungsrecht der schwersterkrankten und sterbenden Menschen gelehnet wird und von Bedingungen abzuhängen scheint, die in exklusiven Ethikzirkeln „ausgehandelt“ und vereinbart werden und so den Patienten zum „Spielball“ einer Berufsethik werden lassen, ohne seinen selbstbestimmten Willen tatsächlich mit aller Konsequenz ernst zu nehmen.

In den nachfolgenden Abschnitten des Beitrags werden einige Einzelbeiträge nochmals in Erinnerung gerufen, aus denen sich im Zweifel und bei gutem Willen sich den Ethikern und Palliativmediziner „neue Erkenntnisse“ aufdrängen und ggf. einen Meinungswandel bewirken könnten.

Arztethik aus Expertenhand?

„Auf moralische Fragen muss jeder seine eigenen Antworten geben. Andere und vor allem der Staat können dabei vielleicht Hilfestellung leisten; sie dürfen Antworten und Entscheidungen aber nicht einfach vorgeben. Auch bedarf es dazu zwar der Gewissensbildung, nicht aber eines besonderen Sachverständes“, so der überzeugende und vor allem richtige Hinweis in der Einladung des Nationalen Ethikrats „Ethik aus Expertenhand“ (2007) und dem dazu veröffentlichten Protokoll.⁸

Derzeit allerdings drängt sich der Verdacht auf, dass die Arztethik einem bedeutsamen Funktionswandel unterzogen wird, in dem innerhalb der verfassten Ärzteschaft einige namhafte Oberseminaristen die Interpretationsgewalt und damit Interpretationsherrschaft an sich gerissen haben und so der individuellen Gewissensentscheidung der einzelnen Ärztinnen und Ärzte keinen nennenswerten „Raum“ mehr überlassen bleibt.

Eigentlich ist es eine Selbstverständlichkeit, die zu betonen nicht notwendig , aber gleichwohl mit Blick auf die „interne Debatte“ auf höchster Funktionärs-ebene ganz aktuell in Erinnerung zu bringen ist: Jede Ärztin und jeder Arzt bleibt zur individuellen Gewissensentscheidung berufen und da steht zu befürchten an, dass mit dem Funktionswandel zugleich Funktions-

⁸ Quelle: Ethikrat.org >>>
http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Wortprotokoll_Ethik_aus_Expertenhand_2007-04-19.pdf <<< (pdf.)

verluste der freien Gewissensentscheidung einhergehen, die wohl kaum akzeptabel erscheinen.

Die Dokumentation der öffentlichen Veranstaltung des Nationalen Ethikrats (2007) ist daher mehr denn je in das Bewusstsein nicht nur der Ärztesfunktionäre, sondern zugleich auch der Medizinethiker zu rufen, damit wir nicht immer gebetsmühlenartig an ethische und vor allem verfassungsrechtliche Binsenweisheiten appellieren müssen und wohl wahr ist hierbei eine ganz zentrale Erkenntnis (und nun auf den aktuellen Diskurs bezogene Botschaft!) des Soziologen Wolfgang van den Daele:

„Außerdem ist jeder von uns auch ein moralischer Überzeugungstäter. Wir haben ja alle unsere moralische Position; die vertreten wir nach wie vor. Wenn wir feststellen: „Wir haben einen Dissens“, dann vertreten wir unsere Überzeugung eben im Dissens.“⁹

Und in der Tat: „Moralische Überzeugungstäter“ sind am Werke und dies ist prinzipiell weder verwerflich noch anrühlich, sofern die Absicherung der Überzeugungen nicht qua „Herrschaftsausübung“ – etwa über die Rechtsetzungsmacht der Kammern – erfolgt und demzufolge der Dissens sich in Wohlgefallen auflösen wird: Der Dissens wird qua „Rechtsetzungsmacht“ der Funktionäre schlicht in einem zwangsverordneten Konsens aufgelöst und schon scheint dem moralischen und sittlichen Verfall der Ärzteschaft im Hinblick auf das Arztethos Einhalt geboten – freilich eine „sittliche Verrohung“, die zu konstatieren nur deshalb möglich ist, weil die moralische Wertauffassung nur Weniger zum Maßstab guter ärztlicher Standessitte erhoben

⁹ Wortprotokoll, aaO., S. 24)

wird, ohne hierbei zur Kenntnis zu nehmen, dass sich der Staat zur „moralischen Werthaltung“ des Einzelnen eher in vornehmer Zurückhaltung übt, auch wenn gelegentlich in der Öffentlichkeit ein anderer Eindruck entstehen könnte, wenn ganz allgemein von einer „Leitkultur“ die Rede ist und gerade diese Leitkultur untrennbar mit einem christlichen Werteverständnis verbunden zu sein scheint.

Mit Blick auf die Liberalisierung der ärztlichen Suizidassistenten wollen wir nun aber nicht den Diskurs mit einer „Leitbilddebatte“ überfrachten – ich meine eher nicht über- und belasten -, geht es doch zunächst vornehmlich darum, die Ärzteschaft in ihre wohlverstandene Freiheit zu entlassen, die eben nicht davon abhängt, ob einzelne Oberethiker oder „Überzeugungstäter“ glauben, ihr Werteverständnis sei „wertvoller“, „richtiger“ oder eben auch nur „moralischer“!

Ein unverkrampfter Blick in den grammatikalischen Wortlaut unseres Grundgesetzes – hier insbesondere Art. 4 – zeigt denn auch deutlich die inhaltlichen Grenzen von der normativen Ausstrahlungswirkung auch nur intraprofessionell wohlmeinender Botschaften der „Überzeugungstäter“ auf: Sie binden die Ärztinnen und Ärzte aus der verfassten bundesdeutschen Ärzteschaft nicht! Punkt um!

Und ich möchte sogar noch „eins drauf setzen“:

Ob in der „Entthematisierung des Konflikts“ vielleicht eine manchmal bessere Lösung zu erblicken sei, wie van den Daele zum weiteren Nachdenken aufgibt, soll hier ausdrücklich nicht thematisiert werden, wohl aber der von ihm angesprochene demokratische Legitimationseffekt einer Mehrheitsentscheidung. *„Diese Mehrheitsentscheidung ist für diejenigen, die mit ihrer Position moralisch unterliegen, genau deshalb akzeptabel,*

weil es sich um eine Machtentscheidung handelt“, so van den Daele¹⁰ und da regt sich denn bei mir ein gewisses Unbehagen, könnten wir doch neben dem „guten Arzt“ zugleich auch den „guten ärztlichen Demokraten“ als besonders ethisch wertvoll erachten, der zwar bei seiner individuellen Gewissensentscheidung im Innersten festzuhalten gewillt ist, sich aber eben einer Mehrheitsentscheidung als guter und aufrichtiger Demokrat zu beugen bereit ist. Die Prozeduralisierung des moralischen Konflikts, nämlich die moralische Entscheidung in einem demokratischen Verfahren zu entschärfen (z.B. durch Beschlüsse auf dem Deutschen Ärztetag) kommt allerdings einem Damoklesschwert gleich, in dem der Träger von subjektiven und höchst persönlichen (Grund)Rechten geradezu „enthauptet“ wird, so dass sein Gewissen zwar nicht auf ewig, aber eben mit einer jederzeit sicherlich abänderbaren Mehrheitsentscheidung normativ „präjudiziert“ worden ist und zwar bis zu dem Zeitpunkt, wo sich ggf. die „Mehrheiten“ ändern werden (oder eben auch nicht).

Die demokratische Legitimationsbasis der „guten arzt-ethischen Mehrheitsentscheidung“ wiegt sicherlich als ein ernstzunehmendes Argument schwer, setzt sich doch derjenige über das ohnehin gern bemühte Stigma eines „Dr. Tod“ in dem Wertdiskurs hinaus zugleich dem Vorwurf aus, wohl kein aufrechter Demokrat zu sein.

Nun – diese Bedenken können zerstreut werden, so dass sich nach wie vor die Ärzteschaft in einem ethischen Ungehorsam erproben darf: Gerade eine der vornehmsten Funktionen der Grundrechte als Abwehrrechte ebnet hier den Weg in die Auflösung des Konflikts im Konflikt, denn auch um den sicherlich nach-

¹⁰ Wortprotokoll, aaO., S. 25

vollziehbaren „Preis einer Mehrheitsentscheidung“ ist der Einzelne nicht verpflichtet, dieser Mehrheitsentscheidung bei einer abweichenden individuellen Gewissensentscheidung im Sinne eines moralisch-ethischen Grundsatzbefehls unbedingte Folge zu leisten. Dies würde nämlich dazu führen, dass wir Art. 4 GG seines eigentlichen „Kerns“ berauben und so die Gewissensentscheidung, die der Einzelne für sich innerlich verbindlich erachtet, zur Makulatur werden zu lassen, denn es macht dann in der Folge keinen Unterschied mehr, ob etwa die einzelnen Ärztinnen und Ärzte ein „Gewissen“ bilden oder nicht, wird dieses doch jeweils durch Mehrheitsentscheidungen der Berufsgruppe im Zweifel konterkariert, zumal das „Arztethos“ eine Angelegenheit aller ersten Ranges zu sein scheint, über das in einschlägigen berufsethischen Zirkeln bestes Einvernehmen hergestellt werden soll – freilich ausgerichtet an dem Bild des „guten Arztes“, der sich in besondere Weise als Anwalt der Patienten und damit des Lebens verpflichtet sieht und gleichwohl wahlweise in die Rolle eines „Überzeugungstäters“ schlüpfen kann und auch wird, um so der Moral eine (pseudo-!)demokratische Legitimationsbasis verschaffen zu können: „Niklas Luhmann lässt grüßen“ und das Grundrecht der Gewissensfreiheit wird durch den Legitimationscharakter eines Verfahrens – vorzugsweise auf den Deutschen Ärztetagen – versenkt, wenn es darum geht, die „Moral der Herrschenden“ zu konservieren, mal ganz davon abgesehen, dass die „Mehrheitsentscheidungen“ miteinander konkurrieren, so wie sich unschwer aus der „Meinung des Volkes“ und einschlägiger Umfragen bei der Ärzteschaft erschließen lässt. Welcher dieser „Mehrheitsentscheidungen“ gebührt dann der Vorzug und wer soll hierüber entscheiden und kommt es eigentlich hierauf überhaupt an? Würde der „beatmete Kopf“ ein Mehrheitsvotum akzeptieren wollen, wenn er hierdurch an einem selbst-

bestimmten Sterben gehindert werden würde, „nur“ weil er nicht die Tatherrschaft auszuüben in der Lage ist?

Da hilft es auch nicht entscheidend weiter, wenn etwa Rudolf Henke mit Blick auf die zu Irritationen geführten Äußerungen des BÄK-Präsidenten Hoppe im Streitgespräch mit Dr. Michael de Ridder auf den Beschluss des Deutschen Ärztetages aus 2009 zur ärztlichen Suizidbeihilfe hingewiesen hat und dabei aber ganz artig betonte, dass der „Antrag (...) jedoch ein politischer Beschluss und als solcher nicht mit Sanktionen bewehrt (ist)“¹¹

Nun – dies lässt immerhin erahnen, warum hier ein ethischer Ungehorsam anbefohlen ist, da jedenfalls „Sanktionen“ in der Zukunft nicht ausgeschlossen sind und mit Verlaub: wir reden dann in der Folge über die berufrechtliche resp. ethische Sanktion von individuellen Gewissensentscheidungen, die eigentlich doch „frei“ sind und auch ungeachtet des Missionierungseifers so mancher Ärztefunktionäre und (Hobby-)Philosophen und Ethiker von fragwürdigen Herrschaftsansprüchen der Paternalisten auch künftig frei bleiben sollten.

In diesem Sinne kommt es auf die Frage, ob der seinerzeitige Beschluss des Deutschen Ärztetages zur ärztlichen Suizidbeihilfe ein „politischer Beschluss“ war, letztlich nicht an, denn auch ein konkreter Beschluss zur Änderung des ärztlichen Berufs- oder Standesrechts würde einer rechtlicher Überprüfung nicht standhalten und zwar ungeachtet der (scheinba-

¹¹ vgl. dazu v. Markus Fels, in Rheinischer Merkur (20.05.10); online unter >>> http://www.rheinischer-merkur.de/2010_20_Grauzonen_am_Ende.42388.0.html <<< (html)

ren) demokratischen Legitimation des sog. Ärztepारlaments.

Wo kommen wir denn hin, wenn einige wenige Funktionäre für sich das exklusive „Recht“ beanspruchen, die aus Kammersicht sittlich annehmbare „Gewissensentscheidung“ vorgeben zu können und sei dies „nur“ im Wege der Prozeduralisierung eines „moralischen Konflikts“, so dass man/frau sich im Zweifel auf eine Mehrheitsentscheidung berufen kann?

Hieran anknüpfend könnten dann einige Funktionäre der BÄK auf die demokratische Legitimationsstrategie durch „Verfahren“ verzichten und sich gleich auf Augustinus berufen:

Nostra philosophia est vera philosophia

Aber selbst ein Moraltheologe würde sich hierauf nicht zurückziehen wollen, wie wir – vielleicht zur allgemeinen Überraschung? – ebenfalls im Wortprotokoll nachlesen können.¹²

Der Theologe Schockenhoff, der im Übrigen erklärtermaßen ein Gegner des ärztlich assistierten Suizids und damit u.a. auch ein Bewahrer des Arztethos ist, kommt denn eigentlich auch folgerichtig zur Erkenntnis, dass es im Kern darum geht, im Rahmen einer Ethikdebatte „Gründe beizubringen“ und zwar durch die jeweiligen unterschiedlichen Professionen und zwar ungeachtet der Möglichkeit, seine Philosophie (resp. die der Kirche im Sinne einer theologischen Ethik) als richtig (und einzig wahre) deklarieren zu können.

Freilich wäre eine solche philosophische Borniertheit in Anlehnung an Augustinus in einem Ethikrat, der pro-

¹² Wortprotokoll, aaO., S. 30

minent besetzt war, verfehlt, geht es doch letztlich darum, dass Experten mal mehr und mal weniger gute Argumente in einem Diskurs vortragen dürfen, auch wenn diese sich im nachhinein durchaus als Argumente von „Überzeugungstätern“ wie von selbst entlarven, macht es doch augenscheinlich einen beachtlichen Unterschied, ob man/frau sich in einem Expertengremium äußert oder sich letztlich an anderer Ort und Stelle seiner eigentlichen Berufung widmet und ungehindert seine Mission in Sachen „Wertekultur“ und „Moral“ fortsetzt – eine Mission, die einer fundamentalistisch anmutenden ideologischen Engführung der „Moraldebatte“ gleichkommt und so gesehen „nur“ noch durch übergeordnetes, weil staatlich „neutrales“, Recht entschärft werden kann.

Auch diesbezüglich gibt das Wortprotokoll einen wertvollen Hinweis darauf, was derzeit in der internen ethischen Wertedebatte der verfassten Ärzteschaft gefordert ist:

„Wie auch immer die Grund- und Menschenrechtskataloge in der Folgezeit im Detail ausfallen - zentral bleibt der Kerngedanke der Sicherung einer individuellen Freiheitssphäre. Allenthalben geht es nun darum, seine eigene Meinung sagen zu können, seinen eigenen Beruf ausüben zu dürfen, seiner eigenen Religion oder seinem eigenen Gewissen gemäß leben zu können, kurz: bei der Suche nach dem guten und gerechten Leben den eigenen Überzeugungen, religiösen Überlieferungen oder ethischen Maximen folgen zu dürfen. Grundrechte sind also, wie man bündelnd sagen kann, Garantien personaler Autonomie und individueller Selbstbestimmung. Sie sind Garantien der Freiheit, den eigenen Urteilen und Ansichten entsprechend leben zu können.

Sie ermöglichen die Selbstbestimmung über den eigenen Lebensentwurf und seinen Vollzug, Urteile in ethischen und moralischen Fragen eingeschlossen“, so der Staats- und Verfassungsrechtler Horst Dreier.¹³

Nun verschweigt er in der Folge seines Vortrages zu recht nicht die Ambivalenz von „Freiheit“ und die damit verbundenen Schwierigkeiten, wenngleich aber doch der Tenor keinen Zweifel daran aufkommen lässt, dass gerade bei einer ethischen Kontroverse in erster Linie die Freiheitssphäre des Individuums zu wahren ist, ohne dass freilich etwa das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen zur Fremdbestimmung anderer Grundrechtsträger führt.

Und hier lässt sich denn vielleicht auch ein „Konsens“ herstellen: Akzeptieren wir die Tatsache, dass Verfassungsinterpretation nicht mit Philosophie oder ethischer Reflexion gleichzusetzen ist, so verfängt weder der Hinweis auf Augustinus noch etwa auf Kant, sondern nötigt uns nicht nur die Beibringung von Argumenten (Gründen) aus verfassungsdogmatischer Sicht ab, sondern vor allem auch die intensive Auseinandersetzung hierüber.

Hieran ermangelt es aber m.E. im Diskurs über die Liberalisierung der ärztlichen Suizidassistenten. Es besteht kein Zweifel daran, dass unsere Verfassung Garantien personaler Autonomie und individueller Selbstbestimmung auch in Gewissensfragen verbürgen, die zwar nicht „beliebig frei“, aber immerhin von so eminent hoher Bedeutung sind, dass Eingriffe nur unter ganz strengen Voraussetzungen (u.a. Vorbehalt des Gesetzes) möglich sind.

¹³ Wortprotokoll, aaO., S. 5

In Anbetracht dieser hohen Hürden kommt der philosophischen oder theologischen Perspektive eines „Wertekonflikts“ eine höchst bescheidende Rolle zu, ist doch Gesetzgeber zur Neutralität verpflichtet und gerade dieser „Gesetzgeber“ darf sich nicht als „Überzeugungstäter“ präsentieren, wie im Zweifel die Diskutanten in einem Wertekurs, die jedenfalls ihre „Gründe“ aus ihrer Profession und/oder Offenbarungsquellen beziehen und sollte der Gesetzgeber – hier die Parlamentsmehrheit – doch der Versuchung unterliegen, dürfen wir alle auf die Weitsicht des Bundesverfassungsgerichts hoffen, dass dann im Zweifel Korrekturen anbringt (was allerdings gar nicht mal so selten geschieht).

Es ist nicht einsehbar, warum etwas anderes für die Landesärztekammern oder der BÄK als „Arbeitsgemeinschaft“ gelten soll, auch wenn insoweit nicht in Abrede gestellt werden soll, dass die Ärzteschaft sich des Themas aus intraprofessioneller Perspektive annehmen kann und letztlich auch soll. Aber die Binnenperspektive des Arztethikers entbindet diesen nicht von den verfassungsrechtlichen Vorgaben, die letztlich den „moralischen Herrschaftsansprüchen“ auch einer berufsständischen Selbstverwaltung Grenzen setzen. Mag auch die „Medizin- resp. Arztethik“ intraprofessionell sich die inhaltlichen Konturen geben, so wenig ist damit allerdings die Möglichkeit eröffnet, diese als „verbindlich“ zu deklarieren – eine Ethik, die dann mit der Gewissensentscheidung des Arztes kollidieren kann und – soweit wir uns an Umfragen bei den Ärzten erinnern – auch kollidieren wird.

Die BÄK – aber in erster Linie die Landesärztekammern – sind daher gut beraten, den Beschluss des 112. Deutschen Ärztetages zur ärztlichen Assistenz

beim Suizid als das so werten, was er im Kern ist: Eine Mehrheitsentscheidung der verfassten Ärzteschaft, die ihre individuelle Gewissensentscheidung offenbart hat, im Übrigen aber die Freiheit zur Gewissensentscheidung unberührt lässt und diese Freiheit – wenn sie denn ausgeübt werden sollte – nimmt weder ein Ethikrat noch irgendeine andere Ethikkommission den Ärztinnen und Ärzten ab so wenig wie der „beatmete Kopf“ genötigt ist, sich einer „Mehrheitsentscheidung“ unterwerfen zu müssen.

Wo also liegt die Lösung des Problems?

Nun – ich meine in dem „Konsens“, dass das individuelle Sterben eines schwersterkrankten Patienten keinen „ethischen Konsens“- getragen durch die Mehrheit - bedarf und sofern diese Patienten zur eigenen Ausführung des nachvollziehbaren Suizidwunsches nicht in der Lage sind und der Wunsch an die Ärzte hergetragen wird, eben diese Ärzte es mit ihrem Gewissen auszumachen haben, ohne dass es einer ethischen Unterweisung durch die Kammern bedarf. So betrachtet rückt der einzelne Arzt wieder in den Blickpunkt einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung und nicht eine öffentlich-rechtlich Körperschaft oder eine Arbeitsgemeinschaft, die derzeit im Begriff sind, ein Stückweit die Grundrechte ihrer verfassten Mitglieder zu marginalisieren und zur „kleinen Münze“ zu schlagen!

Es liegt nicht an dem mangelnden Vertrauen der Patienten in die Ärzteschaft, sondern erkennbar an dem mangelnden Vertrauen der Kammern – allen voran der BÄK – in die ethische Integrität ihrer Mitglieder und dies ist eigentlich ein Befund, der in höchstem Maße beklagenswert ist, kann doch hieraus u.a. der Schluss gezogen werden, dass die einzelnen Ärztinnen und

Ärzte ethisch bevormundet werden sollen, weil diese ansonsten „sich“ der Gefahr aussetzen, „arztethisch zu verrohen“ und demzufolge auf „Kurs“ gebracht werden müssen, ganz nach dem Motto:

Nostra philosophia est vera philosophia

Betrübliche Aussichten für einen freien Berufsstand, zumal sich hier ein Grundrechtsverständnis offenbart, dass kaum nachvollziehbar ist.

Ärztliches „Standesrecht“ bricht nicht Verfassungsrecht!

Von den Gefahren einer „moraltheologischen Infektion“ des Arztethos

Dass der Präsident der BÄK „hart“ bleiben würde, stand eigentlich insbesondere nach den zurückliegenden Statements und dem gebetsmühlenartigen Vortragen allseits bekannter Argumente (denen allerdings die Argumentationskraft nach diesseitiger Einschätzung völlig fehlt) zu befürchten an.¹⁴

In dem Gespräch mit dem Arzt Michael de Ridder wurde denn auch eher eine „ethische Nebelbombe“ ohne

¹⁴ vgl. dazu etwa [patientenverfuegung.de](http://www.patientenverfuegung.de) v. 18.05.10 >>>
<http://www.patientenverfuegung.de/newsletter/2010-05-18/hoppe-bleibt-hart-aber-neue-empfehlungen-der-bundesaerztekammer-zur-pv> <<< (html)

Sprengkraft gezündet, denn ob der Präsident der BÄK zu erkennen gegeben hat, dass die BÄK keinen Arzt standesrechtlich verfolgen würde, der seinem Gewissen folgt, ist zunächst ohne Belang, da die BÄK hierfür nicht zuständig ist, sondern einzig die Landesärztekammern.

Allerdings bliebe es dem Präsidenten der BÄK als „Privatperson“ mit seiner individuellen Werthaltung unbenommen, wie im Übrigen von ihm in den vergangenen Jahren immer mal wieder angekündigt, persönlich Strafanzeige zu stellen.

Allerdings könnte die „ethische Nebelbombe“ dennoch nicht ihre Wirkung verfehlen, weil immerhin die Ärztekammer Berlin und die Kammer in Thüringen eine Untersagungsverfügung erlassen haben, die – wie wohl den meisten Diskutanten bekannt – zunächst in einer erstinstanzlichen Entscheidung des VG Gera bestätigt wurde.¹⁵

Ob die Entscheidung vom Ergebnis her überzeugt, soll hier einstweilen ausgespart bleiben, lag doch die Besonderheit des Falles darin, dass es sich bei der Patientin nicht um eine jedenfalls schwersterkrankte Patientin gehandelt hat. Indes gibt die Begründung des Gerichts freilich Anlass zur Kritik und zwar in dem Maße, dass es wie selbstverständlich davon ausgeht, dass es *„mit der ärztlichen Berufspflicht, das menschliche Leben zu erhalten, (...) es unvereinbar (ist) wenn ein Arzt einem gesundheitlich zu eigenverantwortlicher*

¹⁵ vgl. dazu VG Gera, Urt. v. 07.10.09 – Az. 3 K 538/08 Ge; online unter >>>
[<<<](http://www.vgge.thueringen.de/OVGThueringen/rechtsp.nsf/($Websuchtreffer)/DF07B487BD94E099C125750600491EE5?OpenDocument)

Entscheidung fähigen Menschen, der zum Suizid entschlossen ist, Tod bringende Mittel zur Verfügung stellen oder diesen Menschen sonst in dessen Sterbewunsch aktiv - z.B. durch die Schaffung einer Gelegenheit zur Tatausführung oder das Angebot technischer Hilfestellung - unterstützen würde.“

Zugleich ließ sich das VG von der m.E. rechtsirrigem Vorstellung leiten, dass dem ärztlichen Berufsethos resp. dem in der Berufsordnung vorangestellte Gelöbnis besondere „berufsrechtlichen resp. standesethische“ Pflichten zu entnehmen sind, die in der Folge die Ärzteschaft binden.

Vor dem Hintergrund der Entscheidung des VG Gera könnte also der Arzt Michael de Ridder gut „beraten“ sein, die ihm gegenüber persönlich gemachte Ankündigung des Präsidenten der BÄK aus kritischer Distanz zu bewerten, mal ganz davon abgesehen, dass auch die Ärztekammer Berlin seinerzeit eine Unterlassungsverfügung auf den Weg gebracht hat und dies der „Kammerbezirk“ des Arztes Dr. de Ridder ist.

Selbst wenn also die BÄK mangels Zuständigkeit keine Kompetenz zur berufsrechtlichen Verfolgung hat und im Übrigen Herr Hoppe von einer persönlichen Strafanzeige abzusehen gedenkt, ist hiermit noch nicht zum Ausdruck gebracht, dass die Ärztekammer Berlin nicht ihrer Linie treu bleibt und in dem Ansinnen einer ärztlichen Suizidbeihilfe einen Verstoß gegen das ärztliche Berufsrecht und die ärztliche Standessitte erblickt.

Die Debatte um die ärztliche Suizidbeihilfe ist also mehr denn je intensiver zu führen und es besteht für mich kein Zweifel daran, dass gerade mit Blick auf die ärztliche Suizidbeihilfe bei schwersterkrankten Patienten ein berufs- resp. standesrechtliches und ethisches

Verbot einer verfassungsrechtlichen Überprüfung nicht standhalten wird.

Mit anderen Worten: Diesbezügliche „Verbotnormen“ sind schlicht verfassungswidrig. Sie leisten „nur“ einem ethischen Paternalismus Vorschub, der zunehmend unerträglicher wird.

Hierüber kann denn auch das „Werben“ der Ärztefunktionäre für mehr Vertrauen in die Ärzteschaft nicht hinwegtäuschen, hat sich doch in den letzten Jahren das „Arztethos“ als moraltheologische Super(grundsrechts)schranke für ärztliche Gewissensentscheidungen entwickelt – einem „Arztethos“, das einem stetigen Prozess der Klerikalisierung ausgesetzt ist und so ohne weiteres in ein „zentrales Gebot“ der Ärzteschaft zu münden droht, dem auch die individuelle Gewissensentscheidung der einzelnen Ärzte zu unterwerfen ist.

Die BÄK ist auf dem besten Wege, für sich einen „grundrechtsfreien Raum“ zu reklamieren, der an die „Freiheit der verfassten Amtskirche“ im Verhältnis zu ihren Amtsträgern und Mitarbeitern (etwa in diakonischen und karitativen Einrichtungen) erinnert und da nimmt es nicht wunder, dass insbesondere Moraltheologen den Weg für eine konsequente „Glaubens- und Werthaltung“ ebnen.

Folgende pars pro toto darf denn auch zum weiteren Nachdenken anregen:

„KNA: Wie verhält sich ein Akzeptieren der Selbstbestimmung am Lebensende mit der ärztlichen Berufsauffassung?“

*Schockenhoff: Die ärztliche Suizid-Beihilfe ist mit dem Auftrag des Arztes unvereinbar, dem Leben zu dienen. Das müssen wir in aller Deutlichkeit hervorheben. Sicher, es kann Situationen geben, in denen der Arzt den Suizidversuch eines schwerstkranken Patienten in unmittelbarer Todesnähe nicht verhindern muss. Aber jede darüber hinaus gehende Beteiligung widerspricht dem ärztlichen Ethos. Eine rechtliche Regelung, wie sie auch von einer Minderheit des Ethikrates begrüßt wird, bleibt für uns unakzeptabel. Für eine rechtliche Regelung gibt es keinen Anlass. Sie wäre nur erforderlich, wenn entweder eine bereits bestehende Praxis der Suizidbeihilfe in ungeregelter Form auszufern drohte oder wenn man durch die rechtliche Regelung diese Praxis herbeiführen möchte. Beides ist unbegründet. Deshalb erübrigt sich aus unserer Sicht eine rechtliche Regelung der Suizid-Beihilfe. Das gilt erst recht für organisierte Suizid-Beihilfe, deren hauptsächlicher Zweck die Bereitstellung oder das Verfügbarmachen von Mitteln zur Selbsttötung ist.*¹⁶

Nun – dem Moraltheologen Schockenhoff sei hier ausdrücklich aufgegeben, darüber nachzudenken, ob es wirklich für eine rechtliche Regelung keinen Anlass gibt, wie er glaubt, mutmaßen zu müssen und zwar über die von ihm benannten Alternativen hinaus.

Nach diesseitiger Auffassung ist ein „Regelungsbedarf“ aber auch eine Regelungsnotwendigkeit unabdingbar: Zum einen geht es darum, dass das Selbstbestimmungsrecht der Patienten im säkularen Verfassungs-

¹⁶ Quelle: kirchensite.de, "Verkürztes Verständnis von Autonomie" Moraltheologe Schockenhoff bemängelt Votum des Ethikrats, 13.07.2006 >>> <http://kirchensite.de/index.php?myELEMENT=115483> <<< html)

staat endlich ernst genommen wird, ohne dass es hier phantasievoller Konstruktionen rund um den Autonomiebegriff bedarf und zum anderen steht die Abwehr von Eingriffen der öffentlich-rechtlichen Körperschaften in geschützte Grundrechtspositionen der verfassten Ärzteschaft an, die erkennbar nicht ohne den Gesetzgeber befriedet werden können. Eingriffe insbesondere in Art. 4 des Grundgesetzes stehen nicht (!) in der Beliebigkeit einer Ständeorganisation, die das rechte Augenmaß für ein liberales Arztethos verloren hat und sich auf einer Mission befindet, die im 21. Jahrhundert ihresgleichen sucht: der Weg in einen zuvor nicht gekannten ethischen Zwangspaternalismus!

Nach dem neuerlichen Statement des Präsidenten der BÄK zur ärztlichen Suizidbeihilfe sind aus der Sicht aufgeklärter und informierter Patienten, aber auch Bürgerinnen und Bürger, endgültig die tragenden Achsen eines selbstbestimmten Sterbens als Ausfluss eines weit reichenden und überragenden Selbstbestimmungsrechts verlustig gegangen. Die tradierte Berufsrolle des Arztes und die damit scheinbar untrennbar verbundene ethische Grundhaltung der Ärzteschaft ist die Legitimationsbasis für ein ärztliches Standesrecht, bei dem die ärztliche Standessitte und hieraus folgend entsprechend moralische Gebote die Offenbarungsquellen für „Normen“ liefern, die mehr denn je nach konkreter Verbindlichkeit streben und demzufolge unmittelbar auf das Handeln der einzelnen Ärztinnen und Ärzte Einfluss nehmen können und vor allem sollen.

So gesehen verwundert es nicht, wenn u.a. an vorderster Front der Medizinethiker Axel W. Bauer feststellen darf: „Was die Ärzte momentan an der Beihilfe

zum Suizid hindert, ist also nur das tradierte Standesrecht, das diese Beihilfe ja ausdrücklich ablehnt.“¹⁷

In der Folge des Interviews kommt allerdings Bauer zu der durchaus richtigen Erkenntnis, dass u.a. der Medizinrechtler Jochen Taupitz mit seiner Auffassung, wonach das Standesrecht in diesem Punkte nicht verbindlich sei, wohl recht haben dürfte und von daher es eher eine Frage der Moral sei, ob wir die Mitwirkung der Ärzte an einem Suizid zulassen dürfen oder nicht.

Und in der Tat: Rechtliche Argumente, die gegen eine Möglichkeit der ärztlichen Suizidassistenz streiten, sind schwerlich auszumachen und da nimmt es nicht wunder, dass sich – und dies sei mir nachgesehen – vermehrt „Oberethiker“ in diesem unserem Lande der Frage der Moral zuwenden und diese – auch das darf nicht verwundern – selbstverständlich auch einer Beantwortung zugeführt haben.

Unsere Gesellschaft wird in der Frage der ärztlichen Suizidassistenz fortwährend in einem „ethischen Oberseminar“ unterwiesen und belehrt und da wundert es abermals nicht, wenn etwa. Axel W. Bauer sich der Frage widmet, ob tatsächlich der Suizid eine philosophisch rechtfertigungsfähige Tat ist, schwimmt er doch in dieser Frage erkennbar gegen den Zeitgeist seit der Liberalisierung des Strafrechts im 19. Jahrhundert.

„Die Bestrafung in Deutschland erfolgt deshalb nicht, weil entweder eine solche Bestrafung nicht mehr möglich ist oder weil im Fall eines missglückten Suizids

¹⁷ Quelle: ALfA LebensForum Nr. 91 - 3. Quartal 2009 Zeitschrift der Aktion Lebensrecht für Alle e.V. (ALfA), "Würde nicht zu eng auslegen, Gespräch mit Prof. Dr. med. Axel W. Bauer >>> http://www.alfa-ev.de/fileadmin/user_upload/Lebensforum/2009/lf_0309-4-interview-axel-bauer-wuerde.pdf <<<

dieser schwerwiegende psychische Folgen nach sich zieht und der oder die Betroffene durch sein oder ihr Schicksal genügend »gestraft« ist. Das heißt aber noch nicht, dass der Suizid als solcher ethisch gerechtfertigt wäre, denn man beruft sich dabei meist auf das Selbstbestimmungsrecht des Menschen. Dieses Selbstbestimmungsrecht gründet jedoch letztlich in der physischen Existenz des Menschen. Ohne physische Existenz wäre ein Selbstbestimmungsrecht sinnlos und undenkbar. Es kann aber schwerlich so sein, dass die Selbstbestimmung jene physische Grundlage delegitimiert, der sie überhaupt erst ihre Existenz verdankt, genauso wenig wie es nicht Aufgabe des Rauchs wäre, der vom Feuer abhängig ist, über das Löschen des Feuers zu entscheiden. Das heißt: Philosophisch kann der Suizid nicht mit Blick auf die Autonomie des Menschen gerechtfertigt werden.“¹⁸

Verwundern muss allerdings in diesem Zusammenhang stehend, dass nicht zugleich die Einwilligung des Patienten in einen ärztlichen Eingriff für entbehrlich erklärt wird und zwar insbesondere in den Fällen, in denen die Patientenentscheidung als höchst unvernünftig zu beurteilen ist, weil er sich sehenden Auges einer notwendigen ärztlichen Therapie verschließt und demzufolge – wenn auch schleichend – sich der vitalen Basis seines Selbstbestimmungsrechts – nämlich seines Lebens – begibt. Das Selbstbestimmungsrecht darf also offensichtlich nicht die physische Grundlage, der sie ihre Existenz verdankt, delegitimieren – also wohl in allerletzter Konsequenz „zerstören“ – und da scheint es auch nahe zu liegen, dem dahinsiechenden Leib und Leben eine philosophische „Pflicht“ zum „Weiterleben“ aufzuerlegen, da es gilt, die physische Exis-

¹⁸ Bauer, aaO.

tenz als vitale Basis eben der Selbstbestimmung als verpflichtend anzuerkennen.

So gesehen könnten wir also auch ein Zentraldogma etwa der katholischen Kirche als oberste Schranke für verbindlich erklären, wonach die vitale Basis des Menschsein überhaupt ein „Geschenk Gottes“ und demzufolge uns auf ewig der individuellen Verfügungsgewalt entzogen ist, so dass nicht nur der Suizid verboten ist, sondern zugleich auch dem Menschen die Aufgabe zukommt, das ihm aufgebürdete Leid nicht nur zu tragen, sondern vielmehr auch entsprechend anzunehmen. Die Autonomie des Menschen und damit freilich auch der Patienten erfährt also unmittelbar seine Grenzen entweder aus der Philosophie oder alternativ dazu aus einer Kirchenlehre, die jeweils für sich den Anspruch erheben, „wahr“ zu sein.

„Der beatmete Kopf muss also weiterleben“ (?!)

Nun besteht aber zwischen der Philosophie, der Kirchenlehre und der „Moral“ insofern ein gewichtiger Unterschied, als dass die Kirchenlehre im säkularen Verfassungsstaat exklusiv für sich das Recht reklamieren kann, aufgrund ihrer herausragenden Stellung im Verfassungsgefüge ihre „Wahrheiten“ definieren und damit gleichsam auch „verkünden“ zu können – wovon die Kirchen freilich Gebrauch gemacht haben -, während demgegenüber der „Philosophie“ durchaus Grenzen gezogen werden, mag auch Kant ein Verfechter des „Selbstentleibungsverbot“ gewesen sein.

Die Freiheit der Kirchen, philosophische resp. theologische Grundsatzentwürfe zu verabschieden und demzufolge aufgrund ihrer internen Stellung als oberste Lehrmeister den gläubigen und verfassten Christen als

verbindliche Richtschur und damit Handlungsempfehlungen deklarieren zu können, ist ungleich „weiter“ als die Freiheit der Philosophen und Ethiker (und natürlich der BÄK), sich über den grammatikalischen und teleologischen Kontext eines geschriebenen und im Übrigen historisch gewachsenen Textes einer freiheitlichen Verfassung hinwegzusetzen, bei dem das Selbstbestimmungsrecht neben der Würde des Menschen das höchste Gut der Verfassung ist. Die Verfassung will gerade nicht die letzten „Sinnfragen“ des Lebens oder des Sterbens klären noch will sie die einzelnen privaten Lebensentwürfe bis ins letzte Detail absichern, sondern u.a. Machtfragen – vorzugsweise solche der politischen Herrschaft – sachgerecht zum Ausgleich bringen und selbstverständlich nimmt hierbei das „Staatsvolk“ eine ganz zentrale Rolle ein. Insofern setzt die Verfassung – gleichsam mit den Worten Bauers sprechend – die „physische Existenz“ der Gesellschaftsmitglieder voraus und verzichtet aus guten Gründen darauf, aus gattungsethischer Perspektive einen „Zwang zum Leben“ – sei es auch nur aus philosophischen Grundsaterwägungen heraus – normativ festzuschreiben oder auch nur als gedachte „Schranke“ zum Kristallisationspunkt einer gebotenen Verfassungsexegese zu erheben.

Das Subjekt „Mensch“ mit all seinen individuellen Eigenschaften, Wünschen und ggf. auch „unvernünftig“ anmutenden Perspektiven individueller Selbstverwirklichung ist schlicht der Verfassung vorgegeben und beginnt letztlich mit der Vollendung der Geburt – einem Zeitpunkt, von dem an einer Person die Fähigkeit zukommt, Träger von Rechten und freilich auch Pflichten zu sein (mal abgesehen von den verfassungsrechtlichen Implikationen eines vorgeburtlichen Schutzes). Die „Person“ ist „geboren“ und ab diesem Zeitpunkt entfaltet sich sukzessive der grundrechtsmündige Bür-

ger; er unterliegt einem „Reifeprozess“, der ihm es gestattet, sich seinem selbstbestimmten Willen entsprechend für eine aktive Grundrechtswahrnehmung entscheiden zu können und insofern ist es eben keine Frage „des Rauchs, der vom Feuer abhängt, über das Erlöschen des Feuers zu befinden“, sondern eine Frage, ob der grundrechtsmündige Bürger von seinem ihm qua „Geburt“ zukommenden Möglichkeiten der konkreten Rechtsausübung auch tatsächlich Gebrauch machen möchte. Mit anderen Worten: der Patient bestimmt aufgrund des Selbstbestimmungsrecht vielmehr darüber, ob das „Feuer überhaupt“ brennen soll, bevor sich eine Rauchentwicklung einstellt!

Dies und nur dies ist der entscheidende Kristallisationspunkt in der unsägliche Debatte über die Instrumentalisierungsversuche des Selbstbestimmungsrechts und dem Autonomiegedanken, die verfassungskonform zu führen ist, während demgegenüber Reflexionen über die Autonomie im Allgemeinen und der transzendenten Botschaften im Besonderen sog. „Kamingesprächen“ vorbehalten sind, in der dann auch mal gerne der „Rauch“ aus der entzündeten Pfeife emporsteigt und vielleicht im Laufe eines Gespräches dazu beiträgt, dass der nach Wahrheit strebende und suchende Ethiker, Theologe, aber auch so mancher Jurist im „Dunst“ des Rauches seine „Orientierung“ für das verfassungsrechtlich Gebotene, aber eben auch Notwendige verliert.

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

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

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

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

44% der Befragten haben dem Argument zugestimmt, dass es sich schon aus religiösen Gründen verbietet,

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

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

bruchs und dessen ethischen und moralischen, insbesondere aber auch moraltheologischen Implikationen verdeutlicht dies).

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

manisten anheim gestellt ist, die Zehn Gebote durch 10 Angebote des evolutionären Humanismus ersetzen zu müssen und hieraus Konsequenzen für ihr Weltbild im Allgemeinen und ggf. dem Sterben im Besonderen ziehen zu müssen.

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

Abusus non tollit usum!

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

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

Eine andere (rechtsqualitative?) Bewertung der „Dambruchargumente“ wären wohl „nur“ dann möglich, wenn in dem befürchteten Dambruch zugleich ein Angriff auf die „Würde des Menschen“ zu erblicken

wäre, so dass gleichsam (in erster Linie rein vorsorglich) aus Art. 1 GG ein Verbot der Legalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe folgen würde, weil u.a. ein tolerantes Verständnis und die damit notwendig verbundene Bandbreite der Interpretationsmöglichkeiten von der Arztethik gleichsam zur „moralischen Verrohung“ des ärztlichen Berufsstandes führen und im Übrigen der Rubikon überschritten werden könnte, den zu überschreiten auf ewig verboten sein sollte. Das „sozialverträgliche Frühableben“ schwersterkrankter (und weniger erkrankter) Patienten werde befördert und so gesehen richtet sich die Schutzverpflichtung aller staatlichen Gewalt darauf, potentielle Missbrauchsgefahren auszuschließen: Ethische und moralische Entgleisungen – auch nur solche rein hypothetischer Natur – werden mithin präventiv vom Schutzbereich des Art. 1 GG erfasst und so gesehen kann in Art. 1 GG eine Superanspruchsgrundlage für eine bestimmte moralische und ethische Wertanschauung erblickt werden, die zuweilen fantasievoll entfaltet wird, aber deswegen nicht minder nach allgemeiner Beachtung und Geltung strebt.

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

Ich meine nein und von daher ist der Wertediskurs um all seine ideologisch überhöhten und im Übrigen fundamentalistischen Argumente zu entfrachten. Die Be-

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

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

und persönliche Performances“ erlauben und befördern und dies auch so nach der Konzeption der Grundrechte so gewollt ist!

„Prallen diese aufeinander, werden sie oft wechselseitig als Zumutung wahrgenommen. Doch diese Zumutung ist der Preis, den man für die gleiche Freiheit aller in einer pluralen Lebenswelt zahlen muss. Toleranz, verstanden als eine Forderung an den Bürger, nicht an den Staat (der hat ethisch neutral zu sein), bedeutet im Kern: sich diesen Zumutungen gewachsen zu zeigen.“¹⁹

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

Konzedieren wir den Gegnern einer Legalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe ihre Freiheitsrechte, so muss indes auch klar sein, dass derjenige, der Freiheit für sich reklamiert, diese selbstverständlich auch den An-

¹⁹ Dreier, Der freiheitliche Verfassungsstaat als riskante Ordnung (in RW – Heft 1/2010, S. 11 ff.), online unter >>> http://www.jura.uni-wuerzburg.de/fileadmin/02160100/Elektronische_Texte/Dreier_Internet.pdf, pdf.

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

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

Durch derart unsägliche Hinweise wird das Selbstbestimmungsrecht letztlich ad absurdum geführt und von der Konzeption eines liberalen Freiheitsverständnis

und der darauf fußenden Konzeption unserer Grundrechte verbleibt nur noch wenig bis rein gar nichts übrig. Über die mit einem besonderen Sendungsauftrag ausgestatteten Ethiker hinaus sind also auch die Palliativmediziner daran zu erinnern, dass sie die „Zumutungen“ ihrer Kollegen zu ertragen haben. Diesbezüglich kommt den Landesärztekammern (meinetwegen auch der BÄK) die Rolle der Mediatoren zu, so dass zwischen den ethischen Lagern vermittelt werden kann. Freilich kann die Kammer angesichts einer Mehrheitsentscheidung eine Präferenzentscheidung für die eine oder andere Option verkünden, nicht hingegen aber das Mehrheitsvotum dazu verwenden, eine gebotene individuelle Gewissensentscheidung qua „Richtlinie“ oder Dekret zu ersetzen. Das Recht und hier insbesondere das Berufsrecht resp. Standesrecht ist mit der Auflösung eines ethisch-moralischen Konflikts nicht überfordert, jedenfalls nicht in dem Maße, wie es der Intention einer berufsrechtlichen Regelung entsprechen sollte, nämlich die divergierenden Grund- und Werthaltungen im Lichte des Toleranzgebots zu respektieren. „Standesrecht bricht nicht Verfassungsrecht“ und sofern wir das Toleranzgebot nicht endgültig zur Disposition einer Institution stellen wollen, bleibt nur der Hinweis darauf, dass eben die Kammern sich zu bescheiden und manchmal auch in ihren Statements zu disziplinieren haben – es sei denn, die Kammern wachsen quasi in eine amtskirchliche Stellung hinein, die künftig einer „heiligen Indikation“ am Ende eines verlöschenden Lebens das Wort reden darf, in der der Suizid als eine „Todsünde“ dergestalt zu qualifizieren wäre, als dass er vom Patienten ernsthaft nicht mehr in Erwägung gezogen werden sollte und freilich den Ärztinnen und Ärzten strikt verboten ist, auch nur ansatzweise über eine Assistenz nachzudenken.

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

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

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

dass ohnehin der parlamentarische Gesetzgeber gefordert ist – der, wie bereits oben erwähnt, sich ethisch neutral zu verhalten hat.

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

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

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

Von dieser Warte aus betrachtet verflüchtigen sich die (scheinbaren) Probleme wie von selbst und es ist vielmehr an den parlamentarischen Gesetzgeber der

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

Sollen wir sterben dürfen? Der Gesetzgeber ist mehr denn je gefordert!

Drohende Gefahren einer schier entfesselten Medizinethik!

Eine aktuelle Stellungnahme zu Michael de Ridder²⁰, Eckhard Nagel²¹ und G. D. Borasio²²

²⁰ *Palliativmedizin
Letzte Hilfe*

Wir müssen Todkranken die Macht über ihr Leben geben. Ein Plädoyer für die ärztliche Beihilfe zum Suizid

v. Michael de Ridder

Die Debatte um die ärztliche Suizidbegleitung hat zwar zwischenzeitlich ein wenig „Fahrt aufgenommen“ und wird – so die diesseitige Prognose – erneut in einer „Sackgasse“ enden: Der Berliner Arzt de Ridder und der Arzt und Philosoph Nagel konnten sich ganz aktuell in *Die Zeit* äußern und allein diese beiden Beiträge dokumentieren in aller Deutlichkeit, dass die intensive Debatte nicht befriedet und die damit aufgeworfenen Fragen im intraprofessionellen Diskurs innerhalb der Ärzteschaft nicht einer Beantwortung zugeführt werden können.

Es erscheint demzufolge dringender denn je, dass der Gesetzgeber sich erneut seiner Schutzverpflichtung auch gegenüber Schwersterkrankten erinnert, so wie es seinerzeit notwendig war, ein Patientenverfügungsgesetz zu erlassen.

Quelle: Zeit online v. 26.07.10 >>> <http://www.zeit.de/2010/30/M-Sterbehilfe> <<< (html)

²¹ ***Sterbehilfe***

Dem Schutz des Daseins verpflichtet

Die ärztliche Beihilfe zum Suizid ist keine menschliche Zuwendung. Dies zu verwechseln hätte dramatische Konsequenzen

v. E. Nagel

Quelle: Zeit online v. 30.07.10 >>> <http://www.zeit.de/2010/31/Replik-Sterbehilfe> <<< (html)

²² ***Keiner stirbt für sich allein***

v. G. D. Borasio

Quelle: Süddeutsche.de. V. 02.08.10 >>>
<http://jetzt.sueddeutsche.de/texte/anzeigen/508771> <<< (html)

Beide Autoren tragen im Prinzip nichts wesentliches „Neues“ zur Debatte bei, wenngleich doch der Ansatz von de Ridder jedenfalls aus intraprofessioneller Perspektive der Medizinethik auf ein neues Verständnis etwa der Palliativmedizin schließen lässt, wonach „der ärztlich assistierte Suizid zu einer äußersten Maßnahme palliativer Medizin werden kann“ (de Ridder, s.u.).

Von einer allgemeinen Akzeptanz dieses Gedankens de Ridders ist freilich die Palliativmedizin derart weit entfernt, als dass es nicht nur Jahre, sondern vielmehr Jahrzehnte in Anspruch nehmen wird, hier einen „Konsens“ innerhalb der Ärzteschaft herzustellen und da selbst auch nach Jahrzehnten einer endlosen Debatte es keineswegs gesichert erscheint, dass hier sich die Medizinethik im Allgemeinen und die Palliativmedizin im Besonderen sich der Bedeutung des Verfassungsrechts und den dort verbürgten Freiheitsrechten bewusst wird, ist in erster Linie der Gesetzgeber dazu berufen, einen unsäglichen Dauerstreit innerhalb einer Profession zu beenden und nicht ins Uferlose driften zu lassen, in dem mehr ethische Nebelbomben gezündet denn konstruktive Beiträge zur Absicherung des Selbstbestimmungsrechts auch der Schwersterkrankten geleistet werden.

Freilich – das Bemühen de Ridders nach einem Paradigmenwechsel ist unverkennbar und ohne Frage ist ihm hierfür Respekt zu zollen; gleichwohl steht zu befürchten an, dass auch ihm – wie im Übrigen vielen Anderen vor ihm – nur ein bescheidener Erfolg beschieden sein wird, ist doch die Medizinethik nicht frei von (Herrschafts-)Ideologien und damit Ansprüchen und somit läuft er Gefahr, gleichsam von den Ethikfürsten in unserem Lande isoliert zu werden. Dies dürfte aber aus der Sicht des engagierten Mediziners

Michael de Ridder eher die kleinere von vielen „Hürden“ sein, die er mit seiner Streitschrift und seinen zwischenzeitlich erschienen Folgebeiträgen versucht, zu überspringen, denn – soweit diesseits ersichtlich – erteilt er fundamentalistischen, zuvörderst solche aus theologischer Perspektive mit Hinweis auf ein unverfügbares „Geschenk des Lebens“, Auffassungen eine konsequente und vor alle richtige (!) Absage in einem säkularen Verfassungsstaat. Weitaus problematischer scheint da doch schon der Umstand zu sein, dass er sich in aller Deutlichkeit dafür ausspricht, dass auch die Palliativmedizin mit ihrer bereichsspezifischen Ethik ggf. mit seiner These anzufreunden habe, dass die ärztliche Beihilfe zum Suizid zu einer „äußersten Maßnahme“ palliativmedizinischer Angebote werden kann. Dies muss in Anbetracht der „aktuellen“ Repräsentativumfragen natürlich die Palliativmediziner besonders herausfordern, haben diese doch ganz überwiegend derartigen Bestrebungen eine Absage erteilt und zeigen sich überdies empört.

Gleichwohl wäre es aus meiner Sicht nicht unsympathisch, wenn diese Vision de Ridders bald Realität werden würde, wenngleich ich doch persönlich hier nicht viel Hoffnung habe, läuft doch insgesamt die Debatte innerhalb der Zunft der Mediziner und der Ethiker zum wiederholten Male aus dem Ruder und wir müssen aufpassen, das dem Mediziner de Ridder nicht ein „Schicksal“ ereilt, in dem er mit Nichtachtung im Diskurs „abgestraft“ wird.

Der Berliner Arzt de Ridder braucht also „Schützenhilfe“ aus einem anderen professionellen Lager, dass ich hier mit der „offenen Gesellschaft der Verfassungsinterpreten“ umschreiben möchte, in der aber auf dogmatischen Sachverstand nicht ganz verzichten werden kann, denn die Offenheit führte in der Vergangenheit

nicht selten dazu, dass die eine oder andere Verfassungsnorm stark überinterpretiert oder – freilich in diesem Zusammenhang stehend von größter Bedeutung – in ihrer Bedeutung und ihrem Inhalte nach völlig verkannt und demzufolge denaturiert wurde.

Nun ist es ein offenes „Geheimnis“, dass es schon immer besondere Konfliktlagen zwischen Ärzten und Mediziner gab und wie es scheint, nunmehr auch Spannungslagen zwischen dem Recht und der Medizinethik aufgetreten sind, in dem diesmal nicht so sehr das „Recht“, sondern vielmehr die Medizinethik „seltsam hässliche Blüten zu treiben beginnt“.

Der Ansatz de Ridders ist verfassungsrechtlich nicht nur vertretbar, sondern durchaus gefordert und zwar insbesondere dann, wenn wir seine Position auf einen rechtlichen Grundgehalt reduzieren: Er plädiert (wie soll es anders auch sein?) für eine konsequente (Be)Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten und hierin ist der Wert zu erblicken.

E. Nagel, der sich zu einer Replik veranlasst sah, entfaltet ebenso eloquent wie empathisch seine Vorstellungen von der Medizinethik im 21. Jahrhundert und auch hier lassen sich seinen Ausführungen auf eine (für „Insider“ wenig überraschende) Kernaussage mit ganz entscheidenden rechtlichen Implikationen reduzieren, die für den aufgeklärten und mündigen Bürger von erheblichen Interesse sein dürften:

„Auch heute erkennen Menschen an, dass es moralische Pflichten gegen sich selbst gibt, die der Selbstbestimmung Grenzen setzen. Zu diesen Pflichten gehört die Ehrfurcht vor dem eigenen Leben und die Akzeptanz des Nichterklärbaren“ so Nagel und insofern verwundert es dann tat-

sächlich nicht, dass der Suizid ein Widerspruch zum Leben bleibt.

Und an diesem Punkt scheiden sich denn nun wahrlich die „Geister“, die die Medizinethik rief: Das „Selbstentleibungsverbot“ wird in Erinnerung gerufen und der Schwersterkrankte wird am Ende seines verlöschenden Lebens oder eines Lebens, dass er nicht mehr für lebenswert erachtet, mit „moralischen Pflichten“ überzogen, die sich eben nicht (!) aus der Verfassung ergeben. Pointiert formuliert: Selbstverständlich darf der Schwersterkrankte vor seiner (!) menschlichen Existenz kapitulieren und diese schlicht beenden, wenn er eben mit dieser Existenz im Zweifel nur Pein und Leid verbindet und so gesehen erteilt er seinem individuellen Menschsein eine direkte und unwiderrufliche Absage. Punkt um!

Wo bitte steht geschrieben, dass er nicht zur Kapitulation vor seiner Schwersterkrankung legitimiert ist und ist nicht auch die vielleicht ganz und gar unvernünftige Entscheidung einer Ablehnung eines notwendigen medizinischen Eingriffs nicht auch die Kapitulation vor der menschlichen Existenz, die gleichsam dann mit mangelnder Ehrfurcht vor dem eigenen Leben gleichzusetzen ist und letztlich irreversibel zum Tod des Patienten führt?

Mag auch das „Sterben nicht normierbar“ sein, so wenig ist indes hiermit zum Ausdruck gebracht, dass das „Recht“ nicht in der Lage ist, gleichwohl die tragenden Argumente für ein selbstbestimmtes Sterben zu liefern: Ein Blick in das Grundgesetz mit all seinen verfassungsrechtlichen Implikationen löst das Spannungsverhältnis auf und insofern ist ganz besonders in Erinnerung zu rufen, dass hier der Gesetzgeber zwingend gefordert ist!

Es ist auf Dauer unerträglich, dass die primär vom Gesetzgeber wahrzunehmenden grundrechtlichen Schutzpflichten auf die Rechtsprechung, geschweige denn an eine intraprofessionellen Medizinethik „delegiert“ werden, die auf Dauer mit der Problemlösung nicht nur überfordert, sondern in erster Linie nicht zuständig sind!

Eine Befriedung des Konflikts aus intraprofessioneller ärztlicher Perspektive steht eben nicht zu erwarten an und demzufolge bleibt der Gesetzgeber aufgerufen, zügig zu handeln, um dieser leidigen Debatte ein „Ende“ bereiten zu können. Auch die angekündigte mittelfristige Aufarbeitung des Themas der ärztlichen Suizidbegleitung durch den Deutschen Ethikrat wird hieran rein gar nichts ändern, zumal ein Blick in die Liste der Ratsmitglieder den Schluss nahe legt, dass sich hier diametral entgegengesetzte Positionen gegenüberstehen, die im Kern unversöhnlich sind und – von wenigen Ausnahmen abgesehen – die Ratsmitglieder ein exklusives Forum erhalten, ihren „Überzeugungen“ gleichsam Taten in Voten folgen zu lassen – mithin also die durchaus zweifelhafte, wenngleich doch zu akzeptierende Rolle als „Überzeugungstäter“, bei denen bereits weit vor der Beschäftigung im Deutschen Ethikrat das „Ergebnis“ feststeht und ein notwendiger Erkenntniszuwachs nicht zu erwarten ansteht!

In erster Linie wird sich also der Gesetzgeber bei einer Liberalisierung der Sterbehilfe daran zu erinnern haben, dass das Selbstbestimmungsrecht ein Wert allerhöchsten Ranges ist und er sich demzufolge in vornehmer Zurückhaltung zu üben hat, wenn es darum geht, „moralische Pflichten“ zu generieren und diese zum Maßstab einer grundrechtlichen Freiheit zu erheben.

Insbesondere ist dem Gesetzgeber anzuraten, diesbezüglich ein eigenes „Quellenstudium“ zu betreiben, da insoweit nicht ausgeschlossen werden kann, dass er hierdurch die eine oder andere Auffassung im ethischen Diskurs als dass zu entlarven im Stande ist, was diese letztlich bewirken sollen: Die Konstruktion von „moralischen Pflichten“, bei der die Toleranz und damit im Zweifel ein besonders lobenswertes tugendethisches Verhalten auf der „Strecke zu bleiben droht“ und im Übrigen als „pseudowissenschaftliche Nebelbomben“ gezündet worden sind. Dies dann auch noch im Deutschen Ethikrat zu dokumentieren, erscheint mir insoweit entbehrlich, weil gerade die Gegner eines liberalen Konzepts in einer besonderen Weise eine Öffentlichkeitsarbeit betreiben, die eine Stellungnahme des Deutschen Ethikrats entbehrlich, um nicht auf gut deutsch zu formulieren, schlicht überflüssig macht.

Natürlich erscheint es besonders eindrucksvoll, wenn z.B. E. Nagel darauf hinweist, dass es auch heute Menschen gibt, die moralische Pflichten gegen sich selbst anerkennen. Ohne Frage wird dies der Fall sein, aber wie so häufig in dem Diskurs verstehen es gerade die Oberethiker in unserem Lande, ob gewollt oder nicht gewollt, in eigentlich unzulässiger Art und Weise die „Informationsvermittlung“ an einem ganz bestimmten Punkt abzubrechen.

Auch in der Stellungnahme des Nationalen Ethikrats zur Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende (2006) finden wir den Hinweis darauf, dass in modernen Gesellschaften Menschen moralische Pflichten für sich selbst anerkennen (S. 20) und damit auch aus der Innenperspektive der Bürgerinnen und Bürger gegenüber dem eigenen Leben der Respekt gezollt wird.

Unmittelbar hieran können wir allerdings folgenden Passus nachlesen:

„Dieser Respekt wird allerdings im Urteil der Bevölkerung von der Anerkennung der Selbstbestimmungsansprüche überlagert, wenn man die Frage auf Patienten bezieht, die an schwerer, nicht heilbarer Krankheit leiden. Nach einer Allensbach-Umfrage von 2001 bestehen nur zwölf Prozent auch in diesem Fall auf der Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens und unterstützen folgende Aussage: „Über Leben und Tod darf nur Gott, man kann auch sagen das Schicksal, entscheiden. Das Leben ist heilig und muss es auch bleiben. Keinesfalls darf das Leben vorzeitig beendet werden, auch wenn der Patient das ausdrücklich verlangt.“ Dagegen finden 70 Prozent, ein schwer kranker Mensch sollte „selbst entscheiden können, ob er leben oder sterben möchte“. Diese Einschätzung teilt auch die große Mehrheit der kirchlich gebundenen Menschen (über 60 Prozent); bei den kirchlich nicht gebundenen betrug die Zustimmung 83 Prozent.“ (S. 21)

Auch wenn unmittelbar an diesen Passus anschließend der Nationale Ethikrat darauf hinweist, dass in der Vorgabe der Befragung nicht hinreichend präzisiert ist, ob die eigene Entscheidung, sterben zu wollen, auch einschließen kann, dass der ersehnte Tod durch ärztliches Handeln herbeigeführt wird, ist doch zumindest eines deutlich: Die „moralischen Pflichten“ werden jedenfalls in den Fällen schwerster Erkrankung als nicht „verpflichtend“ empfunden und mit Verlaub – allein dieser Befund ist maßgeblich und hätte vom Mediziner Nagel nicht „unterschlagen“ werden dürfen und zwar ungeachtet der Tatsache, ob wir überhaupt den „moralischen Pflichten“ mit Blick auf das Selbstbestimmungsrecht das Wort reden wollen.

Nun will ich hier dem Mediziner Nagel – wie im Übrigen anderen Protagonisten der Lebensschützer-Fraktion auch – nicht mangelnde „Redlichkeit“ unterstellen, wohl aber die Verpflichtung abringen, in einem höchst bedeutsamen Diskurs zumindest nicht bruchstückhaft aus irgendwelchen Umfragen nur die Details zu erwähnen, die ganz auf der eigenen Linie der Argumentationsführung zu liegen scheinen, während demgegenüber die zentralen Aussagen ausgespart bleiben. Derartige Vorgehensweisen jedenfalls in einem wissenschaftlichen Beitrag oder Arbeit verdienen eine Note, die unterhalb eines „ausreichend“ anzusiedeln wäre und zwar ungeachtet der Tatsache, ob der Beitrag in einer Tageszeitung veröffentlicht wird.

Es dürfte mehr als verdächtig erscheinen, wenn einerseits aus Umfragen heraus auf die Bereitschaft der Befragten geschlossen wird, dass diese bereit sind, „moralische Pflichten“ gegen sich selbst anzuerkennen und andererseits ein hiervon geradezu diametral entgegengesetzter empirischer Befund negiert wird, wenn und soweit die Frage auf die Fälle der Schwersterkrankten bezogen wird.

Diese von mir vorgetragene Kritik mag man/frau als ungehörig und schlimmer noch, als arrogant bezeichnen – aber mit Verlaub: Das Selbstbestimmungsrecht der Schwersterkrankten am Ende ihres verlöschenden Lebens mit „moralischen Pflichten“ belegen zu wollen, halte ich persönlich für einen derart ungeheuerlichen Vorgang, der dem ethischen Paternalismus die „Krone“ aufsetzt“ und mich an den Rand der Verzweiflung bringt, wenn es doch eigentlich „nur“ darum gehen kann, einen Blick in den Fundus verfassungsrechtlich abgesicherter Erkenntnisse zu riskieren.

Auch wenn ich persönlich sehr verhalten mit dem Argument von der „Würde des Menschen“ als Verfassungsbegriff aufwarte, so sei es mir hier ausnahmsweise gestattet, auch aus dem „hohlen Bauch“ heraus folgendes zu bedenken zu geben:

Es ist scheint der Zeitpunkt gekommen, wo die **Schutzverpflichtung** des Staates gegenüber einer entfesselten und überbordenden Verklärung einer im Kern zu begrüßenden Medizinethik greifen sollte; die tragenden Achsen einer wohlverstandenen Freiheit, die nicht zur Unfreiheit etwa der Ethiker, Mediziner oder anderen Grundrechtsträgern führt, gehen in einem angeblich herrschaftsfreien Diskurs verlustig, in dem einer Moral und hieraus entspringender Pflichten das Wort geredet wird, die in letzter Konsequenz aus einer Gesinnungsethik konstruiert werden, die zu konstruieren dem Ethiker zwar erlaubt sind, aber nicht die Maßstäbe für eine individuelle Regie für ein selbstbestimmtes Sterben liefern!

Der Schwersterkrankte wird instrumentalisiert und da darf denn schon mal näher nachgefragt werden, wie es die Ethiker mit der „Würde“ als Verfassungsbegriff halten oder ob es vielmehr darauf ankommt, allgemeine „Sonntagsreden“ zu schwingen, in denen dann nicht selten die „Würde“ die Qualität einer Floskel anzunehmen droht, die einem „Totschlagargument“ gleichkommt, im Übrigen aber den Blick auf das Selbstbestimmungsrecht trübt?

Und insofern unterliegt Nagel in seiner gerade an die Adresse von de Ridder gerichteten Replik einem beachtlichen und folgenschweren Irrtum, wenn er gleich eingangs erwähnt:

„Es gehört zu den problematischsten Formen der Argumentation in der Medizin, wenn von Einzelbeispielen

auf das generelle Handeln geschlossen wird.“ (Nagel, s.u.)

Genau dies aber ist der springende Punkt, den de Ridder mit seiner „Streitschrift“ *Wie wollen wir sterben?* aber eben auch mit seinem hier in Bezug genommenen Beitrag versucht, in Erinnerung zu bringen: Jenseits von kollektiven Vorstellungen einer ars moriendi, einer spezifischen Werthaltung oder von differenter Ethiken und Moralien und individuellen Gewissensentscheidungen, ist und bleibt das „Sterben“ individuell, so dass freilich stets der Einzelfall maßgeblich ist: Wenn zwei „beatmete Köpfe“ miteinander über das Thema kommunizieren würden, ist es freilich keineswegs gesichert, dass sie stets einer Meinung wären und noch weniger kämen diese wohl auf die Idee, jeweils dem anderen „moralische Pflichten“ abzurufen, auch wenn sie daran erinnert werden, dass *„das Leben ... ein unverdientes, wunderbares Geschenk (ist). Mit unserem Geburtstag dürfen wir es annehmen und müssen mit seinen natürlichen Gefährdungen umgehen lernen.“* (Nagel, s.u.)

Wir „dürfen“ (?) in erster Linie das Leben nicht annehmen, sondern wir „haben und müssen“ es an unserem Tag der Geburt annehmen und freilich sind wir aufgerufen, mit den Gefährdungen des Lebens umzugehen, wenngleich die eine oder andere „Gefahr“ gleichsam dadurch vollbeherrschbar wird, in dem wir zwar das Geschenk – gleichsam unter dem Zeitpunkt der Erlangung der Rechtsfähigkeit – „empfangen“ haben, es aber durchaus zu einem späteren Zeitpunkt wieder „zurückgeben“ dürfen, wenn wir meinen, auch einer konkretisierten Gefahr des Lebens entfliehen zu wollen.

Mithin ist es also gerade der „Einzelfall“, den es zu entscheiden gilt und nicht die (herrschende?) „Moral“, die in diesem Einzelfall von dem Sterbewilligen ganz bewusst und willentlich „verworfen“ wird und aus dieser Warte heraus betrachtet kommt dem Engagement de Ridders ein besonderes Verdienst zu, konfrontiert er doch die Öffentlichkeit mit Einzelschicksalen, in denen vermutlich nicht selten die Betroffenen ggf. die aktuelle Debatte über das Selbstbestimmungsrecht mehr als argwöhnisch verfolgen, nötigt man/frau ihnen doch eine „moralische Pflicht“ zum Leben ab!

Es gab eine Zeit in meinem Studium, wo wir als junge Studenten sehr lebhaft über die sog. „fürchterlichen bzw. furchtbaren Juristen“ debattiert haben und – wie soll es auch anders sein – im gegenwärtigen Diskurs fühle ich mich daran erinnert und ich bin geneigt, zumindest vor einem drohenden Unbill zu warnen, das von den sog. „Ethikfürsten“ ausgeht, da eben nicht Wenige im Begriff sind, trotz verfassungsrechtlicher Binsenweisheiten einen „Flächenbrand“ auszulösen, der in seinen Konsequenzen noch nicht absehbar ist.

Absehbar freilich ist, weil bereits gegenwärtig feststellbar: Das Selbstbestimmungsrecht der Schwersterkrankten wird nicht ernst genommen und da fragt sich schon, wie „moralisch“ die „Moralisten“ sind, wenn diese glauben, einen „Goldstandard“ an und für „moralischen Pflichten“ auf den Weg bringen zu können?

Natürlich ist uns allen gegenwärtig, dass es nicht unproblematisch ist, von einem Einzelfall auf ein generelles Handeln zu schließen. Aber bedarf es im Zweifel einer „randomisierten Studie“, um die individuelle Entscheidung eines Patienten erfahren und letztlich diese als Ausdruck seines Willens akzeptieren zu können? Hier werden Selbstverständlichkeiten ins Feld geführt,

die in anderen Zusammenhängen durchaus virulent sind, auf die konkrete Thematik des ärztlich begleiteten Suizids bezogen aber von keiner Bedeutung sind, denn hier gilt einzig der „Wille“ des Patienten, der „nur“ aus der Innenperspektive des Schwersterkrankten heraus als „evident“ zu bewerten und festzustellen ist.

Nachwort

Zwischenzeitlich hat sich auch der Münchener Palliativmediziner Gian Domenico Borasio in der Süddeutschen v. 02.08.10 in einem Kurzbeitrag unter dem Tenor „Keiner stirbt für sich allein“ (siehe unten) zu Wort gemeldet. Aufgrund der zeitlichen Nähe zu den Beiträgen de Ridder und der Replik v. Nagel wäre es aus meiner Sicht angeraten gewesen, vielleicht in einem Seitenblick auch auf die beiden Beiträge einzugehen, zumal auch die Stimme Borasios als Palliativmediziner im Wertediskurs eine nicht ganz ungewichtige ist. Nun – Borasio hat hiervon (einstweilen?) Abstand genommen und es steht mir nicht zu, dies zu bewerten, wenngleich doch nach dem Lesen der Zeilen Borasios sich ein Stückweit Enttäuschung bei mir breit gemacht hat. Es hätte sich gerade angesichts der aktuellen Allensbach-Umfrage angeboten, auf die Schelte der Palliativmediziner einzugehen, die da meinen, ihre Kollegen – vorzugsweise Vertreter der kurativen Medizin – ob ihrer Einstellung zur ärztlichen Suizidbeihilfe rügen zu müssen.

Inhaltlich werden in dem Beitrag letztlich keine neuen Erkenntnisse offenbar und er dokumentiert letztlich „nur“ die Streitpunkte, die seit längerem für die Debatte „zentral“ sind und aus meiner Sicht dringend einer Entmythologisierung bedürfen. Allerdings scheint

mir Borasio insofern eine Argumentationslinie zu verfolgen, die auch von Nagel in einem Argument eingeführt worden ist, wenn und soweit darauf abgehoben wird, dass es vielleicht hilfreich sein könnte, wenn wir uns die Dimension des Problems vor Augen führen. Nagel selbst hält es für nicht unproblematisch, über Einzelfälle auf eine allgemeine Lösung zu schließen, während demgegenüber Borasio mit Zahlen aufwartet, in der „999“ andere Sterbende gegenübergestellt werden, bei denen für 987 der Suizid keine Option ist. Zwar weist er – wie soll es auch anders sein – darauf hin, dass wir uns um jeden Schwersterkrankten kümmern sollten, da insoweit jedes Schicksal wichtig ist. Gleichwohl gibt er zu bedenken, dass wenn wir nach einer Lösung suchen, zugleich auch die Folgen dieser Lösung für die „999“ anderen Sterbenden und für die ganze Gesellschaft bedenken sollten.

Nun – hierzu ist zweierlei anzumerken:

Die „12 psychisch kranken Suizidenten“ bedürfen einer Therapie und die anderen „987“ Sterbenden ist es freilich anheim gestellt, eine individuelle Entscheidung zu treffen. Die „Lösung“ liegt gerade in der Absicherung der Entscheidungsfreiheit, ohne hierdurch ein bestimmtes Verhalten resp. eine ganz konkrete (oder aber gewünschte?) Entscheidung zu präjudizieren.

Mit Blick auf die Gesellschaft gilt es, an das rechtsethische Prinzip „Abusus non tollit usum“ und zuvörderst daran zu erinnern, dass es keine „moralische Pflichten“ gibt, die dem Individuum ein frei verantwortliches Sterben (auch qua Suizid) verunmöglicht!

Insgesamt steht für mich fest, dass mit Blick auf das Selbstbestimmungsrecht eine „Legendenschöpfung“ betrieben wird und da wäre es doch schon sehr hilf-

reich gewesen, wenn auch Borasio den Beitrag seines Kollegen Nagel (und freilich auch de Ridders) nicht unkommentiert gelassen hätte, gilt es doch, endlich im Diskurs aufrichtig Position zu beziehen und die Offenbarungsquellen darzulegen.

Der Mediziner de Ridder ist diesbezüglich durchaus bescheidener, ruft er doch das Selbstbestimmungsrecht in Erinnerung, während andere Diskutanten im Diskurs sich veranlasst sehen, sich auf fremdes Terrain dergestalt zu begeben, in dem sie eine Verfassungsinterpretation ganz ohne „Verfassungsrecht“ zelebrieren und sich hierbei zwangsläufig dem Vorwurf ausgesetzt sehen, Sonntagsreden ausgearbeitet zu haben, die jedem Studenten in ihren Verfassungsrechtsklausuren schlicht und ergreifend als „Arbeitsverweigerung“ vorgeworfen werden (die Benotung liegt auf der Hand!).

Was aber ist nun mehr denn je gefordert?

Offensichtlich ist eine ernstzunehmende wissenschaftliche Diskussion über das Thema nicht gewünscht und da sind m.E. in erster Linie die Juristen aufgerufen, ein Stückweit dazu beizutragen, dass die Ethiker und manche Mediziner sich disziplinieren und zwar ungeachtet des Umstandes, dass hierdurch auch ein bescheidener Beitrag dafür geleistet wird, dass ein Mediziner wie Dr. de Ridder nicht im „Regen stehen gelassen wird“, der sich erkennbar um einen Paradigmenwechsel in der Ethik bemüht und sich so den scheinbar in Vergessenheit geratenen tragenden Achsen unsere liberalen Verfassung verpflichtet weiß!

Es ist nun wahrlich nicht meine Aufgabe, den Herren Ethikern und Theologen, die ich hier nun nicht noch gesondert namentlich zu benennen brauche, da diese

hinreichend bekannt sind, „kluge Ratschläge“ zu erteilen und diese ggf. aufzufordern, von ihren gesinnungsethisch fehlgeleiteten Vorstellungen einer moralischen Inpflichtnahme des Individuums abzurücken (dies wird nicht gelingen!), sondern allenfalls diese daran zu erinnern, dass „Wissenschaft ein Wettbewerb um das bessere Argument“ ist und von daher könnte es nun beileibe Sinn machen, taugliche Argumente vorzutragen, bei denen es sich lohnen würde, inhaltlich einzugehen und ggf. zu erwidern. Derzeit wird kein „taugliches Argument“ von den Ethikern vorgebracht, aufgrund derer es nicht möglich wäre, die ärztliche Suizidbeihilfe zu legalisieren! Die Befürworter hingegen führen einen aussichtslosen Kampf gegen eine „Mythenbildung“ und mittlerweile verliert es zunehmend an Reiz, in eine philosophische Debatte hineingezogen zu werden und gebetsmühlenartig darauf hinzuweisen, dass Verfassungsinterpretation keine Philosophie ist!

Und in diesem Sinn gebietet es auch die Redlichkeit in einem ganz normalen „Wissenschaftsbetrieb“, jedenfalls die Stimmen aus der eigenen Profession gebührend zu berücksichtigen, ohne diese mit „Nichtbeachtung“ abzustrafen, zumal nach diesseitiger fester Überzeugung doch aus ihnen wertvolle Impulse auch für eine intraprofessionelle Debatte gewonnen werden können, auch wenn und soweit die ganz entscheidenden Impulse vom „Recht“ geliefert werden!

Sterben – ein fundamentales Freiheitsrecht! (?)

Ludger Lütkehaus, Philosoph und Professor für Literaturwissenschaft an der Universität Freiburg, hat in einem aktuellen Artikel zu den Beiträgen von Eckard Nagel²³ und Michael de Ridder²⁴ Stellung bezogen²⁵.

Sterbehilfe

Das aufgezwungene Leben

Wenn Todkranke sterben wollen, ist das ihr elementares Freiheitsrecht

v. Ludger Lütkehaus

Quelle: Zeit online v. 17.08.10 >>>
<http://www.zeit.de/2010/33/Sterbehilfe?page=1> <<< (html)

²³ Sterbehilfe -Dem Schutz des Daseins verpflichtet, Die ärztliche Beihilfe zum Suizid ist keine menschliche Zuwendung. Dies zu verwechseln hätte dramatische Konsequenzen, v. E. Nagel, in Quelle: Zeit online v. 30.07.10 >>> <http://www.zeit.de/2010/31/Replik-Sterbehilfe> <<< (html)

²⁴ Michael de Ridder, in Palliativmedizin - Letzte Hilfe, Wir müssen Todkranken die Macht über ihr Leben geben. Ein Plädoyer für die ärztliche Beihilfe zum Suizid, online unter: Quelle: Zeit online v. 26.07.10 >>> <http://www.zeit.de/2010/30/M-Sterbehilfe> <<< (html)

²⁵ Vgl. dazu auch die diesseitige Stellungnahme: Lutz Barth, Sollen wir sterben dürfen? Der Gesetzgeber ist mehr denn je gefordert! Drohende Gefahren einer schier entfesselten Medizinethik! Eine aktuelle Stellungnahme zu Michael de Ridder, Eckhard Nagel und G. D. Borasio; online unter IQB >>> http://www.iqb-in-fo.de/Ridder_versus_Nagel_Borasio_Stellungnahme_Barth_2010.pdf <<< (pdf.)

Die **ungewohnte Schärfe im Diskurs** darf nicht verwundern, wird doch zunehmend unter dem Tarnmäntelchen einer vorgeblich beabsichtigten Enttabuisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe vielmehr gerade das Gegenteil initiiert: Die Aufrechterhaltung eines scheinbar letzten Tabus, bei dem an das Gewissen als Quelle sittlicher Urteilskraft und personaler Verantwortung notwendig appelliert werden muss, um so einer nach außen hin als ehrenhaft erscheinenden Ethik entsprechende Geltungskraft beimessen zu können, sei dies im Zweifel auch einer moraltheologischen Perspektive geschuldet, bei der das Gewissen als verbindliche Instanz deklariert wird (vgl. dazu eindrucksvoll, wenngleich nicht überzeugend: Schockenhoff, Das Gewissen: Quelle sittlicher Urteilskraft und personaler Verantwortung, in Kirche und Gesellschaft, Nr. 269; online unter: Uni Freiburg >>> http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/5335/pdf/Schockenhoff_Das_Gewissen.pdf).

Gerade diese „verbindliche Instanz“, wenn sie denn schon nach normativer Verbindlichkeit strebt, ermöglicht intraprofessionellen Berufskreisen einen ganz exklusiven Freiraum, zumal wenn diese in Selbstverwaltungskörperschaften organisiert sind, um entsprechenden „Gewissensdruck“ auf ihre Mitglieder ausüben zu können:

So gesehen unterscheidet sich etwa die BÄK (auch wenn diese eben keine öffentlich-rechtliche Körperschaft ist) sich in praxi kaum von der verfassten katholischen Amtskirche und so manche arztethischen Unterweisungen in den Richtlinien (etwa zur Sterbehilfe) kommen dem Katechismus dergestalt nahe, als

dass in ihnen die zentralen Botschaften sittlicher Urteile ohne nennenswerte Entscheidungsalternativen gleich mit auf den Weg gegeben werden, freilich eingekleidet unter der allgemeinen Maximime, dass der Arzt sein konkretes Tun mit seinem Gewissen und vor allem **vor** diesem zu verantworten habe, so wie es dem gläubigen und in der Nachfolge bestrebten Christen gestattet ist, eine freie Selbstbestimmungs- und Gewissensentscheidung zu treffen, mögen auch die Konsequenzen durchaus unheilvoller Natur sein, wenn und soweit der rechte Gebrauch der ihm prinzipiell zugestandenen „Freiheiten“ nicht in dem vorgegebenem Interpretationsrahmen wahrgenommen werden.

In diesem Sinne macht es natürlich Sinn, auch die freie Gewissensentscheidung mit einem moralischen und ethischen Programm zu versehen – einem Programm, in dem der subjektiven Willkür deutliche Grenzen gezogen werden und so die Berufung auf die eigene Gewissensentscheidung so „eigen“ nun wahrlich nicht ist, sondern vielmehr von vorn herein einer pädagogischen Unterweisung bedarf, bei der gelegentliche Sanktionen nicht ausgeschlossen sein dürften.

Für den gläubigen Christen ist dies weniger ein Problem, ist er doch um sein Seelenheil bemüht und schließlich kann er doch auf die Sündenvergebung hoffen, wenn und soweit er sich nach der moraltheologischen Unterweisung als geläutert zeigt. Für eine Ärztin oder Arzt hingegen scheint hingegen die Absolution durch die Kammern für eine arztethisch nicht wohlgefällige Gewissensentscheidung nicht ohne weiteres erreichbar, muss der Arzt oder Ärztin doch mit berufsrechtlichen Sanktionen und einer standesethischen Rüge rechnen, die eben nicht ohne weiteres ins Belieben der Kammer gestellt sind, sondern regelmäßig auch in einem berufsgerichtlichen Verfahren überprüft werden können und von daher die arztethischen Bot-

schaften in Gestalt einer „normativ verbindlichen Arztethik“ eben ihres Normencharakters nicht entbehren dürfen, könnte doch jemand auf die Idee verfallen, zu behaupten, dass hier der konkreten Normsetzungsbefugnis der Kammern deutliche Grenzen gesetzt sind (was freilich auch der Fall ist).

In diesem Sinne läuft die individuelle Gewissensentscheidung des Arztes der Gefahr, mit einer kollektiven Berufsethik ausgewechselt zu werden, wobei letztere freilich für sich den Anspruch erhebt, „gut“ zu sein.

Ist es Zufall, dass Schockenhoff in seinem Beitrag darauf hinweist, dass sich das Gewissen durchaus als eine „überaus störanfällige und verletzbare Wirklichkeit“ erweist, „die jener bewussten Aufmerksamkeit und lebenslangen Besorgtheit bedarf, die man in der Moralphädagogik früher schlicht „Gewissensbildung“ nannte.“ (Schockenhoff, aaO., S. 7)?

Nun ist ihm durchaus zuzugestehen, dass das Gewissen keineswegs „einer urwüchsigen Naturpotenz“ vergleichbar ist, deren verlässliches Funktionieren in moralischen Debatten fraglos vorausgesetzt werden darf“, wenngleich doch der Mensch als freier Urheber seines Gewissens durchaus „nur“ **vor** (!) seinem Gewissen eine ethische und moralisch für ihn individuell maßgebliche Entscheidung treffen darf, ohne dass ihm eine weitergehende Pflicht abzuringen wäre, wonach er auch **für** sein Gewissen verantwortlich sei und letztlich darin mündet, dass „nur ein recht gebildetes, d.h. an der unbestechlichen Wahrnehmung moralischer Konflikte und den Maßstäben von Gut und Böse geschärftes Gewissen ... als letzte Instanz der persönlichen Verantwortung gelten (kann).“ (so aber Schockenhoff, aaO., S. 7).

Im aktuellen Wertediskurs über die Legalisierung der ärztlichen Suizidassistentz ist in erster Linie der Patient derjenige, der die eigene Regie zu führen beabsichtigt. Er ist für sich betrachtet die „letzte Instanz“, bei der es nicht darum geht, für sich die Kategorien von „Gut oder Böse“ zu erschließen, sondern einzig eine freiverantwortliche Entscheidung zu treffen, die zu treffen ihm auch ausdrücklich gestattet ist und die er persönlich zu verantworten hat!

Und sofern der Patient meint, ein **„Geschenk nicht annehmen zu wollen“**, mag dies in erster Linie einer selbstbestimmten Entscheidung geschuldet sein, die er aber nicht gleichsam stante pede zu revidieren hat, weil er sich gegenüber dem Vorwurf zu erwehren hat, den (vermeintlich) moralischen Konflikt einstweilen noch nicht wahrgenommen zu haben und er sich demzufolge einer rechten Gewissensbildung zu unterziehen habe – frei nach dem Motto: Ohne rechte Gewissensbildung kein freiverantwortlicher Suizid, zumal das Gewissen in erster Linie nicht „Dispensorgan, sondern eine individuelle Verpflichtungsinstanz (ist), der die fortschreitende Entdeckung eigenen Handlungsmöglichkeiten aufgetragen ist. Es geht im Gewissen in erster Linie um die Freilegung eines Horizonts, um die Erkenntnis einer Aufgabe, nicht um die Fixierung einer Grenze oder die Abweisung sittlicher Ansprüche“, so Schockenhoff prägnant in seinem Beitrag (aaO., S. 13).

Nun – was mag man hierauf zu erwidern gedenken, zumal im Text vorher folgender Passus zu lesen ist: „Wir die Rede vom autonomen und schöpferischen Gewissen gar in dem Sinn verstanden, als äußere sich ein reifes, sensibles und eigenverantwortlich gebildetes Gewissen vor allem in der Fähigkeit, für sich selbst

Ausnahmen zu erkennen, wo andere sich schlicht an das Gebotene halten, so werden die Dinge vollends auf den Kopf gestellt.“ (Schockenhoff, aaO., S. 13).

Betretendes Schweigen macht sich in mir breit und ich denke darüber nach, wie wohl ein schwersterkrankter Patient die vorstehenden Textpassagen werten würde, der schlicht seinem individuellen Leid qua Suizid entfliehen möchte?

Wenn Sie den Gastbeitrag von Ludger Lütkehaus lesen oder bereits gelesen haben, mögen Sie sich vielleicht einige seiner Zeilen erinnern:

„Jenen Diskutanten, die ihren Argumentationsschatz ihrer theologischen Mitgift verdanken, scheint es indessen noch heute unglaublich, dass ein Suizident sich in Freiheit gegen das angebliche »Geschenk des Lebens«, die verpflichtendste aller Obligationen, entscheiden kann und, wo er zwar aus eigener Verantwortung, aber nicht mehr aus eigener Kraft dazu imstande ist, menschliche Hilfe zur Realisierung seiner Todesentscheidung in Anspruch nimmt. Man kann es sich offenbar gar nicht vorstellen, dass jemand wirklich sagt und das auch genau so meint: »Ich habe genug« – und dass ein anderer ihm notfalls dabei hilft.“

Bleibt also die alles entscheidende Frage, „wer hier nun was vollends auf den Kopf stellt“?

Auch diesmal möchte ich Sie mit Ihren Gedanken alleine lassen und der Autor Schockenhoff möge mir nachsehen, dass ich einen Beitrag von ihm an dieser Stelle eingefügt habe, obgleich sich doch der Beitrag von Lütkehaus gegen E. Nagel richtet.

Mir kommt es aber ersichtlich darauf an, die enge Verzahnung zwischen dem Selbstbestimmungsrecht und der Gewissensentscheidung zu verdeutlichen – immerhin zwei ganz zentrale Grundrechte -, die letztlich in ihrem Gebrauch limitiert werden sollen, wenn es denn nach den glaubhaften Bekundungen so mancher Ethiker und Theologen geht: Dem Selbstbestimmungsrecht werden „moralische Pflichten“ auferlegt und die Gewissensfreiheit ist auch nur so „frei“, wie es das „rechte Gewissen“ erfordert oder gebietet und dort, wo eben das Gewissen vermeintlich seltsame Blüten zu treiben beginnt, es einer pädagogischen Gewissensbildung bedarf, die sich dann auch unmittelbar auf das Selbstbestimmungsrecht auswirkt.

Unechte Grundrechtsschranken (!), wie ich meine und in diesem Sinne wird anderenorts erneut der Beitrag von Schockenhoff in den Fokus diesseitiger Betrachtungen geraten, da ich nun für mich ganz individuell reklamiere, einen Horizont erschließen zu dürfen, der eben nicht von allen gesehen oder geteilt wird: Mit Blick auf den freiverantwortlichen Suizid eines Schwersterkrankten, der dem Leid zu entfliehen gedenkt, ist einzig das autonome Gewissen Richtschnur für die Entscheidung und insofern exkulpiert sich das Individuum von den jeweiligen moralischen (Mindest-)Standards und sofern ein Arzt sich finden ließe, hierbei zu assistieren, mag er dies ebenso mit seinem Gewissen ausmachen, ohne sich dem Vorwurf ausgesetzt zu sehen, dass sein „Gewissen“ gleichsam ohne jedwede „verbindliche Orientierung an ethischen Prinzipien und moralischen Normen der Gefahr läuft, zu einer pathetischen Bekundung subjektiver Willkür zu verkommen“, (vgl. dazu aber Schockenhoff, aaO., S. 7).

Ohne hier den Aspekt von der „subjektiven Willkür“ näher problematisieren zu wollen, kann es allerdings hilfreich sein, sich bei der Einordnung des „Gewissens“ an zwei ganz zentralen Entscheidungen des BVerfG zu orientieren. Das BVerfG hat es bisher aus guten Gründen verstanden, sich nicht näher auf eine philosophische oder moraltheologische Grundsatzbetrachtung einzulassen, die anderenorts durchaus mit einem beachtlichen Ideen- und damit Variantentum betrieben wird. Einerseits würde dadurch die Kompetenz des Richters überschritten und überdies sei eine nähere Auseinandersetzung rechtlich unergiebig, weil in den verschiedenen Disziplinen tief greifende Meinungsverschiedenheiten bestehen.²⁶

Dies ist ein richtiger Ansatz des BVerfG, zumal hierdurch verdeutlicht wird, dass die Verfassungsinterpretation eben keine Philosophie ist und es wäre freilich zu wünschen, dass dies im Diskurs über die ärztliche Assistenz beim Suizid ebenso gesehen wird. Die tief greifenden Meinungsverschiedenheiten lassen sich nicht über einen „moralischen Konsens“ befrieden und der Appell an das „rechte Gewissen“ muss insofern ungehört verhallen, da es gerade dem Wesen der Gewissensentscheidung entspricht, individuell im wahrsten Sinne des Wortes zu sein, auch wenn und soweit diese sich an den Kategorien von „Gut“ und „Böse“ zu orientieren mag. Entscheidend ist vielmehr, dass der Einzelne in einer bestimmten Lage seine (Gewissens-)Entscheidung innerlich derart für sich „persönlich bindend und unbedingt verpflichtend erfährt, so dass er gegen sie nicht ohne ernste Gewissensnot handeln könnte“.²⁷

²⁶ BVerfGE 12, S. 45 ff. (54)

²⁷ vgl. in diesem Sinne BVerfGE, ebenda, S. 55; ebenso BVerfGE 21, S. 191 (205)

Das BVerfG orientiert sich bei dieser Umschreibung erkennbar ganz bewusst an einer alltagssprachlichen Bedeutung des Begriffs des Gewissens, lässt aber keinen Zweifel daran aufkommen, dass der Schutzbereich der Gewissensfreiheit die individuell getroffene oder als unabdingbar empfundene moralische Überzeugung umfasst, in denen sich gleichsam die autonome sittliche Person unmittelbar äußert.²⁸

Insofern sind wir wohl weit davon entfernt, über Art. 4 GG „Schranken“ zu generieren, die sich am Horizont eines „rechten Gewissens“ ausrichten und aus denen dann im Zweifel das individuelle Gewissen seine Direktiven für einen ethisch und moralisch angenehmen „Gebrauch an Freiheit“ zu beziehen hat, so wie es sich entweder Ethiker, Moralisten oder Moralthologen im Zweifel vorstellen und wünschen.

Weder die Gewissensfreiheit noch das Selbstbestimmungsrecht hängt von moralischen Kernbotschaften der jeweiligen Norminterpreten ab, mögen diese auch weiterhin auf der Suche nach einer „Norm“ sein, die den individuellen Sterbewunsch mit „moralischen Pflichten“ auszuhebeln in der Lage wäre, aus der es dann kein Entrinnen mehr gäbe.

Die Autonomie des Einzelnen steht nicht unter dem generellen Vorbehalt einer moralischen Selbstbindung, denn die Selbstbestimmung impliziert geradezu auch die Möglichkeit, die mit ihr verbundene Freiheit entgegen dem „moralischen Gesetz“ auch in einem Sinne wahrzunehmen, der im Zweifel als „falsch“ oder „unvernünftig“ zu werten wäre. Die Freiheit des Einzelnen wirkt selbstredend nicht „grenzenlos“, wengleich mit

²⁸ BVerfGE 78, S. 391 (395)

Blick auf das selbstbestimmte Sterben es keine „moralische Grenze“ gibt, die diese fundamentale Freiheit einzuschränken oder zu begrenzen in der Lage ist.

Nicht der Rückgriff auf die Philosophie ist entscheidend, sondern es gilt im säkularen Verfassungsstaat, dem Verfassungsrecht als eine Ordnung allerersten Ranges die Priorität in der Sterbehilfe-Debatte einzuräumen, so dass hieraus folgend das „Recht“ im Sinne wohlverstandener Freiheit auf ein selbstbestimmtes Sterben sehr wohl das zentrale „moralische Argument“ ist: **die individuellen Vorstellungen von einem gelungen „Sterben“ bedürfen in der konkreten Situation keinen gesellschaftlichen Konsens, so dass es dem Einzelnen gestattet, in Abgrenzung „kollektiver Moralvorstellungen“ seinen (!) moralisch vertretbaren „Tod“ zu sterben.**²⁹

Sofern es also nach Ansicht mancher Ethiker und Theologen darauf ankommt, die „Freiheiten“ neu zu justieren, wird man/frau sich ohne Frage in die vermeintlichen Niederungen des Verfassungsrechts begeben müssen.

In diesem Sinne könnte es denn auch hilfreich sein, sich mit einigen Entscheidungen des BVerfG zur „Würde des Menschen“ thematisch auseinanderzusetzen, um so vielleicht zu erkennen, wie der „rechte Gebrauch“ von Freiheit – also auch diejenige der Selbstbestimmung und der Gewissensentscheidung – interpretiert werden kann, ohne dass gleich die Be-

²⁹ vgl. dazu u.a. Lutz Barth, „Das Mantra der Sterbehilfepropagandisten: „Selbstbestimmung“ v. 26.01.09; online unter IQB >>> http://www.iqb-info.de/Mantra_der_Sterbehilfepropagandisten.pdf <<< pdf.

fürchtung gehegt werden muss, dass „hier die Dinge vollends auf den Kopf gestellt werden“.

Folgende pars pro toto liefert eine allgemeine, aber durchaus zielführende Gebrauchsanweisung:

BVerfGE 45, 187 - Lebenslange Freiheitsstrafe³⁰

„Achtung und Schutz der Menschenwürde gehören zu den Konstitutionsprinzipien des Grundgesetzes. Die freie menschliche Persönlichkeit und ihre Würde stellen den höchsten Rechtswert innerhalb der verfassungsmäßigen Ordnung dar (vgl. BVerfGE 6, 32 [41]; 27, 1 [6]; 30, 173 [193]; 32, 98 [108]). Der Staatsgewalt ist in allen ihren Erscheinungsformen die Verpflichtung auferlegt, die Würde des Menschen zu achten und sie zu schützen.

Dem liegt die Vorstellung vom Menschen als einem geistig-sittlichen Wesen zugrunde, das darauf angelegt ist, in Freiheit sich selbst zu bestimmen und sich zu entfalten. Diese Freiheit versteht das Grundgesetz nicht als diejenige eines isolierten und selbsterlichen, sondern als die eines gemeinschaftsbezogenen und gemeinschaftsgebundenen Individuums (vgl. BVerfGE 33, 303 [334] m.w.N.). Sie kann im Hinblick auf diese Gemeinschaftsgebundenheit nicht "prinzipiell unbegrenzt" sein. Der Einzelne muß sich diejenigen Schranken seiner Handlungsfreiheit gefallen lassen, die der Gesetzgeber zur Pflege und Förderung des sozialen Zusammenlebens in den Grenzen des bei dem gegebenen Sachverhalt allgemein Zumutbaren zieht; doch muß die Eigenständigkeit der Person gewahrt

³⁰ Quelle: <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv045187.html> unter II Abs. 143 ff.; im Originaldokument können Sie dann die entsprechenden weiteren Urteile über die jeweilige Links aufrufen

bleiben (BVerfGE 30, 1 [20] - Abhörurteil). Dies bedeutet, daß auch in der Gemeinschaft grundsätzlich jeder Einzelne als gleichberechtigtes Glied mit Eigenwert anerkannt werden muß. Es widerspricht daher der menschlichen Würde, den Menschen zum bloßen Objekt im Staate zu machen (vgl. BVerfGE 27, 1 [6] m.w.N.). Der Satz, "der Mensch muß immer Zweck an sich selbst bleiben", gilt uneingeschränkt für alle Rechtsgebiete; denn die unverlierbare Würde des Menschen als Person besteht gerade darin, daß er als selbstverantwortliche Persönlichkeit anerkannt bleibt."

Mithin hat also das Grundgesetz nach Auffassung des BVerfG die Spannung Individuum - Gemeinschaft im Sinne der Gemeinschaftsbezogenheit und Gemeinschaftsgebundenheit der Person entschieden; der Einzelne muß sich daher diejenigen Schranken seiner Handlungsfreiheit gefallen lassen, die der Gesetzgeber zur Pflege und Förderung des sozialen Zusammenlebens in den Grenzen des allgemein Zumutbaren vorsieht, vorausgesetzt, daß dabei die Eigenständigkeit der Person gewahrt bleibt.³¹

Hierbei lässt sich das BVerfG von der Vorstellung leiten, dass gleichsam ein anderes Verständnis letztlich auf ein „Missverständnis von Freiheit hinaus(liefe), bei dem verkannt würde, dass sich persönliche Freiheit auf die Dauer nicht losgelöst von Funktionsfähigkeit und Gleichgewicht des Ganzen verwirklichen lässt und dass ein unbegrenztes subjektives Anspruchsdenken auf Kosten der Allgemeinheit unvereinbar mit dem Sozialstaatsgedanken ist.“

Zu fragen ist also, ob einerseits der Schwersterkrankte seine „Freiheit“ zur Selbstbestimmung

³¹ vgl. dazu BVerfGE 33, 303 [334] m.w.N.

und der individuellen Gewissensentscheidung fehlinterpretiert oder – anders ausgedrückt – ggf. missbraucht, so wie die Ärztin und der Arzt, die es mit ihrem Gewissen vereinbaren könnten, ggf. bei einem freiverantwortlichen Suizid eines Schwersterkrankten mitzuwirken? Offenbart sich in einem derartigen Gebrauch verfassungsrechtlich verbürgter Freiheiten ein „subjektives Anspruchsdenken“ des Schwersterkrankten auf Kosten der allgemeinen Moral, obgleich doch allerorten der „Pluralität von Werten“ und einem „würdevollen Sterben“ das Wort geredet wird?

Unangenehme Fragen, so scheint es und da nimmt es nicht wunder, wenn die Diskussion zunehmend vitaler geführt wird. Die Schärfe in dem Beitrag von Lütkehaus ist durchaus zu begrüßen, da hierin mit wenigen, aber durchaus prägnanten Worten gleich eingangs darauf hingewiesen wird:

„Wenn Todkranke sterben wollen, ist das ihr elementares Freiheitsrecht.“

Dem ist nichts mehr hinzuzufügen und es ist hohe Zeit, dass dies auch den Ethiker, Theologen und so manchen Ärztefunktionären in aller Deutlichkeit klar wird!

Vom „Wert“ oder „Unwert“ der „ethischen Indikation/Implikation“ -

eine erste Annäherung an ein schwieriges Thema

Vor der Therapie haben die „Götter“ die Diagnose gesetzt ...

und wie es scheint, nunmehr auch vor der medizinischen Indikation die „ethische Implikation“.

Anlass zu dieser These bieten zwei Leserbriefe von zwei Autoren (v. Axel W. Bauer³² und C. Ruhnau³³), die sich veranlasst sahen, den Beitrag von Borasio, Heßler und Wiesing³⁴ zu kommentieren.

„Der vorliegende Beitrag zum Umgang mit dem neuen Patientenverfügungsgesetz zeichnet sich durch eine beklagenswerte ideologische Engführung mit dem alleinigen Ziel des Sterbenlassens nicht einwilligungsfähiger Kranker aus“, so Bauer und das Fazit fällt denn auch wenig schmeichelhaft aus: „Es ist erschreckend zu lesen, wie führende Palliativmediziner, Richter und Medizinethiker das geänderte Betreuungsrecht argu-

³² Patientenverfügung: Ärzte sind Anwälte des Lebensrechts, in Dtsch Arztebl 2009; 106(47): A-2368
, online unter >>>

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=66840>

<<<

³³ v. C. Ruhnau, Patientenverfügung: Der Arzt als Richter?, in Dtsch Arztebl 2009; 106(47): A-2367, online unter >>>

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=66839>

<<<

³⁴ Patientenverfügungsgesetz: Umsetzung in der klinischen Praxis (in Dtsch Arztebl 2009; 106(40): A-1952, online unter >>>

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=66178> <<<

mentativ linear als eine Einbahnstraße in den „selbstbestimmten“ Tod interpretiert sehen wollen“ und er fragt im öffentlichen Diskurs an, ob die Ärzte diese offiziöse Anleitung aus der Feder der o.a. Autoren kritiklos akzeptieren werden?

Eines vorab: warum ist diese „Anleitung“ eine offiziöse, wie Axel W. Bauer meint, formulieren zu müssen?

Vielleicht deshalb, weil einer der Mitautoren, namentlich U. Wiesing, Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer ist?

Diese Frage ist natürlich nicht entscheidungserheblich, denn es steht nicht zu vermuten an, dass die Autorentätigkeit des Herrn Wiesing einen Schluss darauf zulässt, dass es sich hierbei ggf. um eine offizielle Verlautbarung der Zentralen Ethikkommission, geschweige denn der BÄK handelt. Bei dem Beitrag handelt es sich um „eine Stimme“ unter vielen und dokumentiert erfreulicher Weise auch die Bandbreite der widerstreitenden Positionen in einem Wertediskurs, der zunehmend von den Ethikern „dogmatisch“ besetzt wird und hierbei kritische Stimmen aus der eigenen Zunft eher gemieden werden!

Bei wem hier nun allerdings eine ideologische Engführung zu beklagen ist, soll nicht näher untersucht werden, wohl sei es aber gestattet, darauf hinzuweisen, dass ein ungetrübter Blick in das Gesetz durchaus die Rechtsfindung erleichtert, mal ganz davon abgesehen, dass es schon reichlich vermessen ist, zu behaupten, dass Ärzte „Anwälte des Lebensrechts“ seien – so, als gäbe es ein Heer von potentiellen Straftätern, die nur darauf aus sind, Sterbenskranke frühzeitig sozialverträglich zu entsorgen und hierbei die derzeit geltende Rechtslage interpretatorisch überstrapazieren.

Aus der Warte eines interessierten Juristen betrachtet erscheint mir denn auch der Blick der Autoren Borasio, Heßler und Wiesing etwas unverkrampfter zu sein, orientieren diese sich doch auch an dem grammatikalischen Wortlaut des Gesetztextes, der nun allerdings keinen Zweifel daran aufkommen lässt, dass die medizinische (!) Indikation vor (!) und unabhängig von einer vermeintlichen „ethischen Implikation“ zu treffen ist. Dies folgt aus § 1901b Abs. 1 Satz 1 BGB, in dem dort *expressis verbis* normiert ist, dass „der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist.“

Wohl nicht ohne Bedacht werfen die Autoren Borasio, Heßler – im Übrigen Vizepräsident des OLG München - und Wiesing die Frage auf, warum hier der Gesetzgeber eigentlich eine Selbstverständlichkeit erwähnt hat, die zu erwähnen eigentlich nicht notwendig sei, da insoweit das Gesetz hiermit etwas vorschreibe, „was Ärzte spätestens seit den hippokratischen Schriften ohnehin tun sollen, nämlich individuelle Indikationen anhand der Prognose zu stellen“.

Aufschluss darüber könnte die Begründung zum sog. Stünker-Entwurf geben, der sich letztlich (gegenüber ethischen und moralischen Bedenkenträgern) „durchgesetzt“ hat.

Folgende *pars pro toto* liefert m.E. das zentrale Argument³⁵:

„b) Voraussetzungen für die Rechtmäßigkeit ärztlicher Eingriffe

³⁵ Hervorhebungen stammen vom Autor dieses Beitrages

*Für die medizinische Behandlung eines Menschen gilt, wie in jeder Lebensphase auch am Lebensende, dass der Patient entscheidet, ob er ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen will. **Der Arzt trägt die Verantwortung für eine fachgerechte Untersuchung, Diagnose und Indikation für oder gegen eine bestimmte Behandlung und klärt den Patienten hierüber auf.***

Auf dieser Grundlage entscheidet der Patient eigenständig, ob er in die Behandlung einwilligt. Die Einwilligung in eine ärztliche Maßnahme bedarf immer der ärztlichen Aufklärung, es sei denn, dass der Patient darauf ausdrücklich verzichtet hat. Die Ablehnung einer ärztlichen Maßnahme ist unabhängig von einer ärztlichen Aufklärung wirksam.

***Aus dem verfassungsrechtlich geschützten Selbstbestimmungsrecht des Menschen folgt, dass weder die Krankheit noch der ärztliche Heilauftrag ein eigenständiges Behandlungsrecht des Arztes begründen.** Für die Rechtmäßigkeit eines ärztlichen Eingriffs ist vielmehr die Einwilligung des Patienten erforderlich. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Entscheidung des Patienten aus medizinischer Sicht als vernünftig oder unvernünftig anzusehen ist. Es entspricht der ständigen Rechtsprechung des für das Arzthaftungsrecht zuständigen VI. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs, dass die Wahrung der persönlichen Entscheidungsfreiheit des Patienten nicht durch das begrenzt werden darf, was aus ärztlicher oder objektiver Sicht erforderlich oder sinnvoll wäre (z. B. Urteil v. 18. März 2003, NJW 2003, 1862 f.). Deshalb muss die Einwilligung des Patienten vor Beginn der Behandlung eingeholt werden.*

In Notfällen, in denen weder der Patientenwille bekannt noch ein Vertreter vorhanden ist und die Be-

*handlung keinen Aufschub duldet, kann der Arzt medizinisch indizierte Behandlungen bis zur Abwendung des Notfalls durchführen. Erteilt der Patient seine Einwilligung nicht oder widerruft er seine Einwilligung, ist eine Behandlung oder Weiterbehandlung rechtswidrig. Sie kann als Körperverletzung strafrechtliche Sanktionen nach sich ziehen sowie Schadensersatzansprüche begründen. **Andererseits verleiht das Selbstbestimmungsrecht dem Patienten keinen Anspruch auf eine medizinische Behandlung, die aus ärztlicher Sicht nicht indiziert ist.***

Fragen der ärztlichen Indikation einer Behandlung und der Einwilligung des Patienten sind daher im Zusammenhang zu sehen. Für Behandlungen am Lebensende ist dies von besonderer Bedeutung: Hat bei einem Patienten der Sterbeprozess bereits eingesetzt, sind lebensverlängernde Behandlungen in der Regel nicht mehr medizinisch indiziert; die Behandlung besteht dann aus Hilfe und Begleitung im Sterbeprozess. Hat der Sterbeprozess dagegen noch nicht eingesetzt und ist eine lebenserhaltende Behandlung aus ärztlicher Sicht (noch) indiziert, entscheidet der Patient mit seiner Einwilligung oder Nichteinwilligung darüber, ob die Behandlung vorgenommen werden darf.³⁶

Mit dem in der Begründung dargelegten und im Übrigen richtigen Verständnis über das Verhältnis zwischen der ärztlichen Primärpflicht zur medizinischen Indikationsstellung und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten war es logisch konsequent, dies auch im

³⁶ Deutscher Bundestag, Drucksache 16/8442, 06. 03. 2008; online unter >>> <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/084/1608442.pdf> <<<, S. 7

Normtext nochmals besonders prägnant auf eine Kurzformel zu bringen – denn immerhin war es auch ein Ziel der Initiatoren, einen Beitrag zur Rechtssicherheit und Transparenz mit dem vorgelegten Gesetzentwurf beizutragen, so dass eben kein Zweifel daran besteht, dass der medizinischen Indikationsstellung ein überragender Stellenwert beigemessen wird und eben diese medizinische Indikation ausnahmslos vom Arzt zu treffen ist und zwar (zunächst) unabhängig von irgendwelchen Behandlungswünschen des Patienten.

Ein Behandlungswunsch des Patienten „verdrängt“ resp. ersetzt nicht die mit einer zunächst vom Arzt zu treffenden medizinischen Indikation verbundenen „Rechtsfolgen“ und hier scheint sich ein stückweit Unbehagen niederzuschlagen, wie ein **weiterer hier in Bezug genommene Leserbrief**³⁷ zum Beitrag von Borasio, Heßler und Wiesing dokumentiert:

Ruhnau wirft die Frage auf, ob man künftig „den Wunsch eines im Sterben liegenden Patienten nicht erfüllen darf, ihm durch eine „kurzfristige Verlängerung“ seines Lebens vielleicht doch noch einen Abschied von seinem – aus dem Urlaub anreisenden – Sohn zu ermöglichen oder umgekehrt den Wunsch dieses Sohnes zu erfüllen, den Vater bei seiner Ankunft möglichst noch lebend vorzufinden!“³⁸.

Er vermisst in dem Beitrag der Autoren Borasio, Heßler und Wiesing eine „ganzheitliche“, „also auch die sozialen Bezüge inkludierende Betrachtungsweise“ und

³⁷ v. C. Ruhnau, Patientenverfügung: Der Arzt als Richter?, in Dtsch Arztebl 2009; 106(47): A-2367, online unter >>>

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=66839>

<<<

³⁸ Ruhnau, ebenda

weist darauf hin, dass an den Tübinger Kliniken jedenfalls ein humaneres Konzept von „Indikation“ praktiziert werde.

Ob Borasio, Heßler und Wiesing sich mit ihrer Lesart und ihren Praxishinweisen sich von einem **humanen Konzept der Palliativmedizin** verabschiedet haben, steht nun aber doch nachhaltig zu bezweifeln an.

Den Autoren kam es in erster Linie wohl darauf an, Schnittstellen zu benennen, in der die medizinische Indikationsstellung eine bedeutende Rolle zukommt: gerade die medizinische Indikation markiert nach diesseitigem Verständnis den „Übergang“ von der kurativen zur palliativmedizinischen Behandlung/Betreuung und da sich die Palliativmedizin als eigenständige Disziplin neben der kurativen Medizin etabliert hat, kommt dann in der Folge der „ethischen Indikation“ eine durchaus bedeutsame Rolle zu, die in einem dialogischen Prozess mit dem Patienten zu erörtern ist und zwar nur in dem Maße, wie es dem Wunsche auch des Patienten entspricht, zumal es nicht ausgeschlossen ist, dass etwa der „Wunsch des Sohnes“ aus der Perspektive des Patienten ggf. höchst unangenehm ist. In diesem Falle wäre dann dem Wunsch des Sohnes nicht zu entsprechen, weil „ethisch kontraindiziert“!

Auch die „ethischen Implikationen“ sind nach diesseitiger Auffassung ausnahmslos an dem Horizont der Patientinnen und Patienten auszurichten und bedürfen so der Individualisierung; die „Bedürfnisse“, „Wünsche“ und einiges mehr nicht nur der Verwandten, sondern auch der Ethiker bei der Umsetzung ihrer Wertvorstellungen haben solange außer Betracht zu bleiben, wie diese nicht zugleich auch den individuellen Vorstellungen und Wünschen des Patienten entsprechen. Dies freilich setzt ein Gespräch zwischen Arzt und Patient voraus und sofern hier ein Konsens

gefunden wurde, mögen aus der „ethischen Indikation“ die gebotenen Schlüsse gezogen werden.

Alternativ zu diesem persönlichen Gespräch wäre es dann angeraten, bezüglich einer ethischen Indikation sich zugleich auch in einer Patientenverfügung für den Fall der „Einwilligungsunfähigkeit“ zu äußern, da eben nicht ausgeschlossen werden kann, dass über den Weg einer „ethischen Indikation resp. Implikation“ der Sterbevorgang als solches hinausgezögert werden kann, ohne dass dies dem Willen des Patienten des Patienten entspricht!

Die Patientenverfügung kann u.a. vor einer „ethischen Inpflichtnahme“ dergestalt schützen, als dass ausnahmslos die Regie eines selbstbestimmten Sterbens beim Patienten liegt! Dies mögen wir für „unvernünftig“ erachten, aber im Kern geht es eben nicht um die Wünsche und Wertvorstellungen Dritter, zu denen auch die engsten Verwandten zählen und zwar unabhängig davon, dass diese in den dialogischen Prozess einbezogen werden sollen. Dies gilt freilich auch für den Fall, dass keine Patientenverfügung vorliegt; auch hier ist einer „ethischen Indikation“ dergestalt eine Grenze gezogen, als dass es gerade nicht darauf ankommt, wie auch immer geartete „Wertvorstellungen“ Dritter mit Blick auf eine ars moriendi bei der Feststellung des mutmaßlichen Willens des Patienten einfließen zu lassen.

Provokant könnte denn auch festgestellt werden: Jedwede Instrumentalisierung des Sterbenden (resp. des Sterbewilligen) für Zwecke der „ethischen Indikation“, die außerhalb des Willens oder auch „nur“ mutmaßlichen Willens des Patienten liegt, verbietet sich strikt und wird dem Anspruch an der Schnittstelle zwischen „medizinischer und ethischer Indikation“ nicht gerecht! Der Vernunftthoheit der Ärzte, aber eben auch der Verwandten, der Betreuer und Bevollmächtigten sind

Grenzen gezogen, die zu ziehen der Patient selber in der Hand hat, wenn er soweit er sich diesbezüglich in einer Patientenverfügung äußert, im Übrigen aber sicherlich darauf vertrauen muss, dass für den Fall der Nichterklärung sein mutmaßlicher Wille „richtig“ (?) eruiert wird.

Für den hier interessierenden Ausschnitt bleibt allerdings zu konstatieren:

Die medizinische Indikation wird nicht durch eine „ethische Indikation“ ersetzt und somit dürfte es bei der vom BGH in ständiger Rechtsprechung stets in Erinnerung gerufenen „ethischen“ Grundregel verbleiben:

„Niemand darf sich zum Richter in der Frage aufwerfen, unter welchen Umständen ein anderer vernünftigerweise bereit sein sollte, seine körperliche Unversehrtheit zu opfern, um dadurch wieder gesund zu werden.“³⁹

Es besteht kein Zweifel dass dieser Grundsatz in erster Linie an die Adresse der Ärzteschaft gerichtet ist und freilich auch für den Berufsethiker und so manchen Hobbyphilosophen und – dies mag vielleicht den Theologen irritieren – selbstverständlich auch für manche Religionsgemeinschaften gilt, die die Devise ausgegeben haben: „Leben wir, so leben wir dem Herrn, sterben wir, so sterben wir dem Herrn“: auch die „theologische Indikation“ ist bei der Frage nach dem Sinn und Zweck einer medizinischen Indikation durchaus unbeachtlich, so dass mancher „Lehrbrief“ zur Frage der Sedierung oder der künstlichen Ernährung schwersterkranker und leidender Patienten für den Arzt nicht nur

³⁹ BGH, Urt. v. 28.11.1957 (Az. 4 StR 525/57)

unverbindlich ist, sondern schlicht aus Rechtsgründen nicht beachtet werden darf!⁴⁰

Es ist und bleibt ein rechtswidriger Eingriff in die Freiheit und Würde der menschlichen Persönlichkeit, wenn ein Arzt – und sei es auch aus medizinisch berechtigten Gründen – eigenmächtig und selbstherrlich über die medizinische Indikation hinaus der Versuchung erliegt, diese durch eine ethische Indikation zu ersetzen dergestalt, in der die Objektivität der Diagnose und die sich hieraus ergebende Indikation für die therapeutische Maßnahme mit ethischen Proklamationen überfrachtet wird, die den Patienten (in Ersetzung den Betreuer oder Bevollmächtigten) erst in einen „Entscheidungsnotstand“ versetzt, der allgemein hin als „ethische Dilemmata“ bezeichnet wird – nur: der Patient selbst kann triftige und sowohl menschlich wie sittlich achtenswerte Gründe haben, aufgrund derer in ihm sein Wunsch nach einem schnellen Tod und damit der Abkehr von lebenserhaltenden oder verlängernden Maßnahmen gereift ist und somit ein vermeintlich „ethisches Dilemma“ erst gar nicht entstanden ist.

Die „ethische Indikation“ oder, wie vereinzelt auch vertreten wird, die sog. ethische Implikation vermag hieran nichts zu ändern, so dass nach wie vor der Bezugspunkt die medizinische Indikation aufgrund einer gesicherten Diagnose ist, über die dann der Arzt seinen Patienten aufzuklären hat, bevor er seine Einwilligung zu der Therapie – sei es auch in Form der palliativmedizinischen Betreuung – erteilt.

⁴⁰ Dies zu betonen erscheint mir insbesondere deshalb wichtig, weil das Selbstbestimmungsrecht auch entgegen der Auffassung der Kirchen frei von theologischen oder sonstigen naturrechtlichen Implikationen zu halten ist.

Zwar ist zu konzedieren, dass es nicht immer leicht ist, sich idealerweise den Glauben an die „Objektivität“ einer medizinischen Indikation zu bewahren; hiervon sich allerdings zu verabschieden, in dem regelmäßig einer ethischen Indikationsstellung im Zweifel der Vorrang einzuräumen ist, kann letztlich fatale Folgen nicht nur für das Arztrecht haben, sondern insbesondere auch empfindliche Grundrechtsbeeinträchtigungen nach sich ziehen. Während in der medizinischen Indikation der Kristallisationspunkt für die Notwendigkeit einer ärztlichen Heilbehandlung schlechthin zu sehen ist und damit die weitere Kommunikation mit dem Patienten eröffnet ist, kann die von den Ethikern als „ethisches Dilemma“ empfundene „ethische Indikation“ dass freie Bestimmungsrecht des Patienten über seinen Körper bereits dadurch verletzen, in dem die medizinische Indikation durch subjektive ethische Kriterien des Therapeuten überlagert wird und damit der eigentliche Sinn einer Diagnose nebst der Indikation der Beliebigkeit preisgegeben wird.

Insofern streiten gute Gründe dafür, wenn die Autoren Borasio, Heßler und Wiesing den Wert der medizinischen Indikation in Erinnerung rufen, mag dies zunächst auch mit der unangenehmen Folge verbunden sein, dass ohne das Vorliegen einer medizinischen Indikation kurative Maßnahmen zu unterbleiben haben und zwar auch für den Fall, dass diese vom Patienten oder anderen zur Entscheidung Berufenen gewünscht werden.

Insofern befinden sich die eben genannten Autoren in „guter Gesellschaft“ – mehr noch, sogar auf einstweilen gesichertem Rechtsboden: auch der BGH lässt keinen Zweifel aufkommen, dass „die medizinische Indikation, verstanden als das fachliche Urteil über den Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungs-

methode in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall, (...) insoweit den Inhalt des ärztlichen Heilauftrages (begrenzt).“⁴¹

Prinzipiell gelten auch für die ärztliche Behandlung am Lebensende diejenigen arztrechtlichen Bindungen, die für alle anderen Fälle der Behandlung ebenfalls Geltung beanspruchen. Insofern folgt die rechtliche Verantwortung der fachlichen Kompetenz:

„Der Arzt verantwortet die fachgerechte Untersuchung, Diagnose sowie Indikation und hat den Patienten hierüber jeweils aufzuklären. Der Patient entscheidet auf der Grundlage seiner persönlichen Anschauungen und Präferenzen, ob er in eine bestimmte ärztliche Maßnahme einwilligt. Die Legitimation einer ärztlichen Behandlung ruht deshalb auf der ärztlichen Indikation, auf der Einwilligung des aufgeklärten Patienten und ihrer Durchführung lege artis.“⁴²

Was also bleibt?

Der Patient ist in seinen persönlichen Anschauungen und Präferenzen „frei“ und insofern ist er mit seiner individuellen Werthaltung nicht verpflichtet, die einer

⁴¹ BGH, Beschl. v. 17.03.03 (Az. XII ZB 2/03) – online unter (Quelle): BGH >>> <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&sid=18948eb2327c9266103c89102360fdb1&nr=25809&pos=12&anz=13&Blank=1.pdf> <<< (pdf.), S.23 m.w.N.

⁴² Vgl. dazu statt vieler: Lipp, Zur gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung, Stellungnahme für den Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages zur Vorbereitung der Anhörung am 04. März 2009, 23.02.09, S. 5 (online unter Quelle: Bundestag.de >>> http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse/a06/anhoerungen/Archiv/45_Patientenverfugung/04_Stellungnahmen/Stellungnahme_Lipp.pdf <<<)

ethischen Indikation maßgeblich zugrunde liegenden Werte zu übernehmen, geschweige denn ihnen dergestalt Folge zu leisten, dass er unter Hinweis der Ethiker darauf, dass er im Zweifel durch seine individuelle Entscheidung den Weg für die ethischen Dilemmata einer wünschenswerten und gebotenen Palliativmedizin und einer adäquaten Hospizkultur bereitet, gleichsam ethisch verpflichtet sei, um den Erfolg eben einer palliativmedizinischen Forschung willen auf individuelle Werte, Wünsche und Vorstellungen über den eigenen Tod zu verzichten.

© IQB - Lutz Barth 2010

Impressum

Institut zur Qualifizierung und Beratung von Mitarbeitern
und Gesundheitseinrichtungen - IQB.

27607 Langen – Sieverner Str. 156

Tel.: 04743 / 278 001

Email : webmaster@iqb-info.de

Internetportal: www.iqb-info.de

>>> [Impressum/Haftungsausschluss](#) <<<