



... damit das Leben bis zuletzt human bleibt!

**Das Verbot der
»ärztlichen Suizidassistenz« –
eine verfassungsrechtliche
Problemorientierung**

Lutz Barth

mit einem Geleitwort von
Prof. Dr. Dieter Birnbacher



1. Auflage, Berlin, April 2012

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e. V.

Postfach 64 01 43

10047 Berlin

Tel.: 0 30/21 22 23 37-0, Fax: 0 30/21 22 23 37-77

E-Mail: info@dghs.de, Website: www.dghs.de

Nachdruck, Kopien oder Übertragung auf Datenträger,
auch auszugsweise verboten.

Alle Rechte bei der DGHS e. V.

Das Verbot der „ärztlichen Suizidassistentz“
– eine verfassungsrechtliche Problemorientierung

v. Lutz Barth

erstellt im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Hu-
manes Sterben (DGHS)

vorgelegt im Dezember 2011

©DGHS

Abstract

Geleitwort

Vorwort

EINFÜHRUNG	14
PROBLEMSKIZZIERUNG.....	14
DIE „ÄRZTLICHE SUIZIDBEGLEITUNG“ ALS INTRAPROFESSIONELLES ETHIKPROBLEM?.....	20
<i>Der ethische Ansatz in der Palliativmedizin</i>	25
DIE „BABYLONISCHE MEINUNGSVIELFALT“	29
DIE AUFFASSUNG DER ETHIKRÄTE ZUR ÄRZTLICHEN SUIZIDASSISTENZ	32
<i>Die Empfehlung des Nationalen Ethikrats</i>	32
<i>Aus dem Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz</i>	35
<i>Der Diskussionsstand im Deutschen Ethikrat</i>	39
EIN ERSTES FAZIT.....	42
DIE STERBEHILFE – REFORMBEDARF AUS JURISTISCHER SICHT (!?)	46
UNÜBERBRÜCKBARE GRÄBEN ZWISCHEN DER ÄRZTESCHAFT UND DEN JURISTEN?.....	49
AUF DER SUCHE NACH EINEM KONSENS	61
DAS ÄRZTLICHE BERUFS- UND STANDESRECHT	65
„DAS GRUNDGESETZ ÄRZTLICHER SITTlichkeit“	78
DAS ARZTETHOS – EIN RECHTSVERBINDLICHES ETHOS (?)	82
ZWISCHENFAZIT	89
VERFASSUNGSRECHTLICHE GRUNDANNAHMEN	90
INKURS: DER „GUTE ARZT“	105

ZWISCHENERGEBNIS	112
DIE ÄRZTLICHE SUIZIDASSISTENZ IM STANDESRECHT	115
INKURS: DAS VERBOT DER ÄRZTLICHEN SUIZIDASSISTENZ UND DIE ÄRZTLICHE GEWISSENSFREIHEIT	120
DAS GRUNDRECHT DER GEWISSENSFREIHEIT, ART. 4 GG	120
FOLGERUNGEN AUS DEM GRUNDRECHT DER (ÄRZTLICHEN) GEWISSENSFREIHEIT FÜR DIE AKTUELLE DEBATTE	126
EXKURS: DIE GEBOTE DER ÄRZTLICHEN ETHIK – AUCH EINE FRAGE DER GLAUBWÜRDIGKEIT?	133
SCHLUSSFOLGERUNGEN (?) UND AUSBLICK.....	142

Abstract

Die juristische Stellungnahme Lutz Barths ist ein Beitrag zur verfassungsrechtlichen Problematisierung des standesrechtlichen Verbots des ärztlichen assistierten Suizids. Sie zeigt, dass selbstbestimmtes, menschenwürdiges Sterben das Allgemeinwohl nicht nur in einem abstrakten Sinne tangiert, sondern auch Grundrechte berührt.

Zunächst zeigt Barth auf, dass eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe in Deutschland dringend notwendig ist. Die Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetags zum Beistand für Sterbende führten zu uneinheitlichen Reaktionen in den Landesärztekammern. Ein Blick auf die mäandrierende Entwicklung der Debatte innerhalb der Ärzteschaft legt überdies die Vermutung nahe, dass die 2010 gefasste Regelung gegen eine Möglichkeit des assistierten Suizids nicht dauerhaft Bestand haben wird. Auch die Meinungsvielfalt sowohl bei Ethikern und Juristen als auch in der öffentlichen Meinung spricht gegen eine abschließende Regelung.

Über eine intensive Auseinandersetzung mit diversen Stellungnahmen des BVerfG zeigt Barth auf, dass das standesrechtliche Verbot des ärztlichen assistierten Suizids das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 GG) ebenso einschränkt wie die Gewissensfreiheit der Ärzte (Art. 4 GG). Beide Rechte gelten nach Auffassung des BVerfG für alle Staatsbürger, unabhängig von ihrem Berufsstand. Die Reichweite des Selbstbestimmungsrechts ist nicht aus dem Arztethos herzuleiten, sondern aus der Verfassung. Die Verfassung verpflichtet jedoch dazu, den bestehenden Wertpluralismus zu respektieren.

Die Frage nach der Zulässigkeit des ärztlich-assistierten Suizids kann insofern nicht intraprofessionell allein durch die Ärzte und ihre Standesvertretungen gelöst werden. Vielmehr müssten sowohl Juristen als auch Ethiker in die Diskussion eingebunden werden.

Geleitwort

Prof. Dr. Dieter Birnbacher, Düsseldorf

Seit längerem stellen viele Patienten, die an einer unheilbaren Krankheit leiden oder sich im Spätstadium einer zum Tod führenden Krankheit befinden, die Frage, warum es in Deutschland so schwer ist, für den Fall eines Versagens der verfügbaren palliativmedizinischen Möglichkeiten von ihren Ärzten Hilfe bei einer Selbsttötung zu erhalten. Eine Selbsttötung würde in vielen Fällen die Lebenszeit nur um Tage oder Wochen verkürzen, dafür aber aus einer als quälend empfundenen Lage erlösen. Die Frage stellt sich besonders dringlich vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Schweiz, ein Deutschland kulturell nah verwandtes Land, die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung von Patienten sehr viel liberaler handhabt. Warum ist es zu einer ähnlichen Liberalisierung nicht schon längst auch in Deutschland gekommen?

In beiden Ländern ist die ärztliche Beihilfe strafrechtlich erlaubt. In der Schweiz ist sie nur dann verboten, wenn sie aus selbstsüchtigen Motiven erfolgt. In Deutschland ist die Beihilfe zum Suizid ebenfalls nicht strafbedroht, da das deutsche Recht dem Grundsatz folgt, dass die Teilnahme an einer Handlung nur dann strafbar ist, wenn die Handlung selbst strafbar ist. Da die Selbsttötung nicht strafbar ist, ist es die Beihilfe dazu auch nicht. Dennoch bestehen in der Praxis erhebliche und für die Patienten, die nach Sterbehilfe durch Selbsttötung verlangen, fatale Unterschiede. Die Gründe dafür finden sich nicht im Allgemeinen, sondern im Standesrecht, über das nicht der demokratisch gewählte Gesetzgeber, sondern die Stan-

desvertretungen der Ärzte entscheiden. Diese sind in Deutschland und in der Schweiz zunehmend getrennte Wege gegangen. In der Schweiz hat die Standesvertretung die Spielräume für eine ärztlich assistierte Selbsttötung zunehmend erweitert, indem sie die Beihilfe zur selbstbestimmten Selbsttötung der Gewissensfreiheit des Arztes anheimgestellt hat. Zwar soll kein Arzt verpflichtet sein, an einer Selbsttötung mitzuwirken. Falls er es tut, soll seine Entscheidung jedoch respektiert werden. Demgegenüber verlief die Entwicklung der standesethischen und standesrechtlichen Normen in Deutschland weniger geradlinig. Lange Zeit galt die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung als standeswidrig. 1988 musste sich der bekannte Chirurg Julius Hackethal, der nicht nur bei einer seiner Patientinnen ärztliche Beihilfe zum Suizid geleistet, sondern dies auch in mehr oder weniger demonstrativer Absicht öffentlich gemacht hatte, wegen "unärztlichen Verhaltens" vor dem Standesgericht der Bayerischen Ärztekammer verantworten, mit dem Ergebnis, dass das Gericht den einschlägigen Behörden empfahl, Hackethal die Approbation zu entziehen. Seitdem ist kein weiterer Fall einer Sanktionierung bekannt geworden. Der Arzt, der einem Patienten Beihilfe zum Suizid leistete, musste bei Bekanntwerden jedoch mit einer Rufschädigung rechnen. Anfang 2011 kam es dann zu einer überraschenden Anpassung an dem zunehmenden Meinungspluralismus innerhalb und außerhalb der Ärzteschaft. In den Grundsätzen der Bundesärztekammer vom 21. 1. 2011 hieß es nur noch: "Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe", eine ausgesprochen "weiche" Formulierung, die letztlich nicht mehr besagt, als dass kein Arzt verpflichtet ist, der

Bitte eines Patienten nach Suizidbeihilfe nachzukommen, die Berechtigung dazu aber nicht in Frage stellt. Ein halbes Jahr später kam es dann zu einem plötzlichen Richtungswechsel. Am 1. 6. 2011 beschloss der Bundesärztetag auf Anregung der Bundesärztekammer, in die Musterberufsordnung einzufügen, dass Ärzte "keine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen."

Die Wechselhaftigkeit der Äußerungen der deutschen Ärzteschaft ist ein Indiz für eine tiefgreifende Verunsicherung angesichts einer zunehmenden Meinungsvielfalt. Wie wenig sich diese Dynamik allerdings durch ein rigides Verbot ersticken lässt, zeigt die Tatsache, dass nicht alle deutschen Landesärztekammern die Formulierungen der Musterberufsordnung übernommen haben, so dass gegenwärtig das Kuriosum besteht, dass teilweise selbst noch in verschiedenen Teilen derselben Bundesländer unterschiedliche Regelungen in Kraft sind – ein Zustand, der kaum auf Dauer Bestand haben dürfte.

Der Beschluss des Ärztetags zerstört die Hoffnung vieler Patienten auf ein Mehr an Selbstbestimmung über Art und Zeitpunkt des Todes und ist bereits von daher moralisch zweifelhaft. Die Argumente gegen eine großzügigere Regelung sind denkbar schwach: Dafür, dass die Bereitschaft von Ärzten, einem schwerkranken Patienten bei einem Suizid zu helfen, das Vertrauen der Patienten in den ärztlichen Stand untergräbt, gibt es keinerlei Beleg. Dambruchartigen Ausweitungen ließe sich mit geeigneten Kontrollmechanismen begegnen. Außerdem steht der Beschluss in einem konträren Verhältnis zu dem im kommenden Patientenrechtegesetz festgeschriebene

Leitbild eines mündigen Patienten und eines partnerschaftlichen Arzt-Patient-Verhältnisses.

Neben den ethischen wirft der Beschluss eine Reihe rechtlicher, vor allem verfassungsrechtlicher Fragen auf. Ist es verfassungsrechtlich zulässig, dass eine Berufsgruppe, auf deren Leistungen jeder Bürger existenziell angewiesen ist, so tief in die Freiheitsspielräume des einzelnen Bürgers eingreift? Stellt das Verbot nicht eine unzulässige Beschränkung des Grundrechts auf Gewissensfreiheit und die Berufsfreiheit des einzelnen Arztes dar? In der vorliegenden Expertise geht Lutz Barth, Rechtsanwalt mit dem Spezialgebiet Altenpflegerecht, diesen – teilweise seit langem kontroversen – Fragen im Einzelnen nach. Das Ergebnis ist ein wohlbegründetes Plädoyer für eine liberalere und patientenfreundlichere Regelung.

Vorwort

Ziel der von der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V. in Auftrag gegebene Expertise ist es, einen Beitrag zur (weiteren) verfassungsrechtlichen Problemorientierung der „ärztlichen Suizidassistentz“ zu leisten, in der Hoffnung, ggf. mit den Thesen den weiteren Weg in eine fundierte Debatte eröffnen zu können, freilich wohlwissend darum, dass (auch) auf der Verfassungsrechtswissenschaft die mehrere Jahrtausend alte Philosophiegeschichte lastet und von daher nicht selten verfassungsrechtliche Ergebnisse produziert werden, die angesichts des scheinbar eindeutigen grammatikalischen Textes des Grundgesetzes und hier vornehmlich des Grundrechtskatalogs unterschiedlicher nicht sein können.

Dass die DGHS den Verfasser mit der Expertise beauftragt hat, war maßgeblich darauf zurückzuführen, dass sich gerade in den letzten Monaten ein reger Gedankenaustausch mit der Präsidentin der DGHS, Frau Elke Baezner, ergeben hat, und der Verfasser zu der Einsicht gelangt ist, dass sich die DGHS mit ihrer Position im Diskurs dadurch abhebt, nicht einem ideologisch eingefärbten Fundamentalismus zu frönen und insbesondere als Bürgerrechtsbewegung seit ihrer Gründung im Jahr 1980 dafür eintritt, dass das „Selbstbestimmungsrecht des Menschen bis zur letzten Minute“ verwirklicht wird.¹

¹ Vgl. dazu und zum weitergehenden Selbstverständnis der DGHS ihre offizielle Interpräsenz unter www.dghs.de.

Da der Verfasser der Untersuchung selbst in den letzten Monaten in der Diskussion versucht hat, den Fokus der Debatte auf die verfassungsrechtlichen Implikationen zu richten, lag es nach reiflicher Überlegung nahe, die reizvolle, wenn auch schwierige Aufgabe einer Expertise zu übernehmen. Der Verfasser hegt hierbei in erster Linie die Hoffnung, zum weiteren Nachdenken und zur Diskussion anregen zu können, wohlwissend, hier ein Thema zur Bearbeitung übernommen zu haben, dass komplexer und vor allem umstrittener nicht sein kann.

Mit der vorgelegten Untersuchung sollte allerdings nicht die Vorstellung verbunden werden, als handele es sich hierbei um eine Absage an die Kooperation² und damit an den Dialog mit anderen Wissenschaften, auch wenn gelegentlich der Verfasser im Diskurs dafür steht, seine Thesen pointiert zu formulieren. Es geht unausgesprochen im Kern um eines der letzten großen Tabuthemen unserer Zeit: den Versuch einer Grenzziehung des Tö-

² Hierauf wird noch zurückzukommen sein, da gerade das Menschenbild im Verfassungsstaat mit den spezifischen Methoden und Inhalten der Staatsrechtslehre zu erarbeiten ist, gleichwohl aber in dem Begriff des „Menschenbildes“ naturwissenschaftliche, philosophische und theologische Erkenntnisse einfließen, die nicht unberücksichtigt bleiben können. In diesem Sinne, P. Häberle, *Das Menschenbild im Verfassungsstaat*, 4. Aufl., 2007, S. 17-18: „Das Menschenbild im Verfassungsstaat ist also zwar genuin *verfassungsrechtlicher* Natur, doch entwickelt es sich im Kraft der Kooperation mit anderen Wissenschaften kulturwissenschaftlich.“ (Häberle, ebenda, S. 18). Ob allerdings die Tagesliteratur hilfreich sein kann, wie Häberle zu bedenken gibt, soll hier ausdrücklich dahingestellt bleiben.

tungsverbots, das letztlich in allen Rechtskulturen tief verankert ist³.

Es gibt schwerkranke Menschen, die ihrem individuellen Einzelschicksal durch einen frei verantwortlichen Suizid zu entfliehen gedenken und dort, wo ihnen die eigenhändige Tatausführung aufgrund ihrer Krankheit nicht möglich erscheint, ggf. die Assistenz Dritter (hier Ärztinnen und Ärzte) in Anspruch nehmen und zwar auch in Kenntnis der heutigen Möglichkeiten der Palliativmedizin.

Angesichts der Beschlusslage des Deutschen Ärztetages zur ärztlichen Suizidbegleitung von 2011 sollen hier insbesondere zwei Themenblöcke untersucht werden: Zum einen geht es um die „Ethik und die ärztliche Eigenverantwortung“ und zum anderen um das Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

Aus dieser thematischen Engführung der Untersuchung leitet sich die etwas eigentümliche Methodik ab. Es wird hier ganz bewusst darauf verzichtet, die stets mitschwingende Frage nach der formellen und materiellen Zulässigkeit der Verbotsnorm in der ärztlichen Muster-Berufsordnung „schulmäßig“ nach dem gängigen Prüfungsschema zu prüfen. Die Fachkollegenschaft mag mir dies nachsehen, wenngleich in der Sache der hier gewählte Stil an den Thesen im Ergebnis nichts zu ändern vermag, zumal es auch in meinem Bestreben liegt, dass die

³ Vgl. dazu u.a. H. Dreier, Grenzen des Tötungsverbots, Teil 1, in JZ 2007, S. 261-316(261).

verfassungsrechtliche Problemskizzierung anhand des offenen Adressatenkreis nicht nur in einer allgemeinverständlichen Sprache abgefasst wird, sondern letztlich auch dazu dienen soll, im Zweifel das Augenmerk auf das vielleicht derzeit Gebotene zu richten, in der Hoffnung, hiermit vielleicht auch zum Innehalten anregen zu können.

Lutz Barth, im Dezember 2011

Einführung

Problemskizzierung

Über Jahrzehnte hinweg wurde mehr oder minder leidenschaftlich über das „würdevolle Sterben“ diskutiert. Dies nährte gelegentlich die Hoffnung, als würde eines der letzten großen Tabuthemen in den sog. bioethischen Hochdiskursen enttabuisiert.

Der medizinische Fortschritt ist nicht aufzuhalten. Parallel hierzu etablierten sich Expertenzirkel⁴, die den Versuch unternommen haben, über den intraprofessionellen Adressatenkreis hinaus, die Öffentlichkeit für ethisch anspruchsvolle Themen zu sensibilisieren.

Neben interessierten Juristen nahmen sich auch die Mediziner, Medizinethiker, Philosophen, Soziologen und Theologen mit aller Macht des Themas über das freiverantwortliche und damit das selbstbestimmte Sterben an und hinterließen gleichsam in dem Diskurs ihre Spuren.

Dass hierbei des Volkes Meinung nicht immer der Wertewelt der wohlmeinenden Ärztinnen und Ärzte, Ethiker, Philosophen, Theologen und Juristen entsprach⁵, musste

⁴ In diesem Sinne überrascht es nicht, dass sich im weitesten Sinne Bürgerrechtsbewegungen etablierten, die diametral entgegengesetzte Antworten auf die scheinbar „herrschende“ Moral und Ethik angeboten haben; das Experimentum sah sich nun mit Andersdenkenden konfrontiert, die eine völlig andere Lesart von einem „würdevollen Sterben“ für sich entwickelt haben.

⁵ Vgl. dazu statt vieler, W. van den Daele, Selbstbestimmung am Lebensende – Konsens der Eliten und die Meinung der Bevölkerung, in WZB-Mitteilungen – Heft 108 (Juni 2005), S. 7-11 mit Hinweis darauf, dass in den entscheidenden Wertedebatten Politik und Recht Antworten auf die bedeut-

freilich für die verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen irritierend sein, blieb aber angesichts der überwiegend von Experten dominierten Debatte letztlich ohne Konsequenzen.

Gleichwohl kann konstatiert werden, dass das Interesse an dem bioethischen Hochdiskurs über das selbstbestimmte Sterben keineswegs abgenommen hat. Eher das Gegenteil ist festzustellen. Nach Jahren der Debatten hat die Bundesärztekammer (BÄK)⁶ einen Vorstoß unternommen, um aus intraprofessioneller Perspektive die zwischenzeitlich auch bei der Ärzteschaft neu entstandenen Irritationen über das weite Problemfeld der Sterbehilfe aufzulösen. Der 114. Deutsche Ärztetag hat sich 2011 des Themas angenommen und einen folgenreichen Beschluss für die Ärzteschaft gefasst, mit dem die ärztlichen

samen Fragen geben, die an den Wertungen der Bevölkerung letztlich vorbeigehen (S. 7).

⁶ An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Bundesärztekammer als eine (private) Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen Ärztekammern die berufspolitischen Interessen der bundesdeutschen Ärztinnen und Ärzte vertritt. Als Arbeitsgemeinschaft wirkt die BÄK nach ihrem Selbstverständnis aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft mit und entwickelt Perspektiven für eine bürgernahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik. Vgl. hierzu und zu den weiteren Aufgaben der BÄK statt vieler die Interpräsenz der BÄK unter www.bundesaerztekammer.de unter Bundesärztekammer / Aufgaben. Nach § 2 (2) der Satzung der BÄK besteht der Zweck resp. eines der Ziele der Arbeitsgemeinschaft darin, „auf eine möglichst einheitliche Regelung der ärztlichen Berufspflichten und der Grundsätze für die ärztliche Tätigkeit hinzuwirken“. Die Musterberufsordnung entfaltet allerdings keine unmittelbare Wirkung, weder für die einzelnen Landesärztekammern noch für die Ärztinnen und Ärzte.

Musterberufsordnung (MBO-Ä) wie folgt abgeändert wurde:

§ 16 Beistand für Sterbende

Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.

Mit der Novellierung der ärztlichen Musterberufsordnung (MBO-Ä) hat das deutsche Ärzteparlament eine Debatte über die ärztliche Hilfe zur Selbsttötung intraprofessionell entschärft und ein Versäumnis⁷ der letzten Jahre nachgeholt, auch wenn der Prozess der ethischen Entscheidungsfindung sich durch erhebliche Ungereimtheiten auszeichnet, da bereits **vor (!)** dem Beschluss auf dem 114. Deutschen Ärztetag die Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung im Januar 2011 geändert worden sind.

Im Vorwort zu den neuen **Grundsätzen der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011)** heißt es nunmehr:

„Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist hingegen keine ärztliche Aufgabe. Das wird in der Präambel ausdrücklich klargestellt. Diese eindeutige Aussage bekräftigt die Grundaussagen zur ärztlichen Sterbebeglei-

⁷ „Versäumnis“ deshalb, weil nunmehr seitens der BÄK insbesondere die Auffassung vertreten wird, dass über die Frage der Zulässigkeit der ärztlichen Suizidhilfe nicht mehr diskutiert zu werden braucht, da diese nunmehr berufsrechtlich verboten worden ist.

tung. Sie tritt an die Stelle der bisherigen Feststellung, dass die Mitwirkung des Arztes an der Selbsttötung des Patienten dem ärztlichen Ethos widerspricht. Damit werden die verschiedenen und differenzierten individuellen Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft anerkannt, ohne die Grundausrichtung und die grundlegenden Aussagen zur ärztlichen Sterbebegleitung infrage zu stellen.“⁸

Ob sich in diesem Passus die von der BÄK in Auftrag gegebene Repräsentativbefragung⁹ der deutschen Ärzteschaft unmittelbar niedergeschlagen hat, ist zu vermuten, dürfte aber mit dem mehrheitlich beschlossenen Verbot der ärztlichen Sterbebegleitung in der ärztlichen Musterberufsordnung nur noch von untergeordneter Bedeutung sein.

Der grammatikalische Wortlaut in den neuen Grundsätzen der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011) kann deutlicher nicht sein: Es soll den individuellen Moralvorstellungen der Ärzteschaft in einer pluralistischen Gesellschaft mehr Raum gegeben werden.

⁸ Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011), Vorwort; online aufgerufen unter >>>
http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf <<<; Hervorh. v. Verf.

⁹ Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft - Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten durch das Institut für Demoskopie Allensbach, Juli 2010, online abrufbar unter Bundesärztekammer >>>
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbehilfe1.pdf> <<<

Insofern erscheint es mir zumindest diskussionswürdig zu sein, wenn im Nachgang zum 114. Deutschen Ärztetag die Auffassung vertreten wird, es bestünde kein Raum mehr für Interpretationen.¹⁰

Die Notwendigkeit der Interpretation erschließt sich gegenwärtig aus den widersprüchlichen Aussagen¹¹ in den

¹⁰ Bereits im Vorfeld des 114. Deutschen Ärztetage hat der ehemalige Präsident der BÄK, Jörg-Dietrich Hoppe, die Auffassung vertreten, dass mit der neu vorgeschlagenen Formulierung in § 16 MBO-Ä nicht mehr interpretiert werden könne und müsse. „Es ist für jeden klar, dass Ärzte keinen Suizid unterstützen dürfen“. Vgl. dazu F. Staeck, Florian, J.-D. Hoppe: Absage an ärztliche Suizidbeihilfe, in *Ärzte Zeitung* online v. 12.05.11, online unter >>> http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/654231/hoppe-absage-suizidbeihilfe.html <<<<

¹¹ Diesen „offenen Widerspruch“ scheinen auch die Delegierten auf dem 114. Deutschen Ärztetag erkannt zu haben, da der Vorstand der BÄK aufgefordert wurde, die erst im Januar 2011 verabschiedeten Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung zu überarbeiten. Vgl. dazu Beschlussprotokoll v. 114. Deutschen Ärztetag, Vorstandsüberweisung, S. 177; ebenso S. 178 mit der Begründung: *Es kann kein Zweifel bestehen: Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Selbstverständnis und unseren ethischen Grundsätzen. Das mit dem Beschlussantrag verbundene Anliegen dient der Klarstellung und stellt den notwendigen Gleichklang zwischen der Neufassung von § 16 (Muster-Berufsordnung (MBO) und den damit im Zusammenhang stehenden „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ her. Schon in der früheren Fassung der Grundsätze fand sich die jetzt eingeforderte, den Widerspruch zum ärztlichen Ethos beschreibende Formulierung. Die eindeutige Positionierung der Ärzteschaft zum (nicht zulässigen) ärztlich assistierten Suizid muss sich nicht nur im (neuen) Normtext der Berufsordnung, sondern unmissverständlich auch in den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ gleichermaßen wiederfinden. Durch die vorgeschlagene Ergänzung der Grundsätze um die darin schon früher zu lesende Aussage wird im Übrigen erreicht, was der Normtext selbst nicht leisten kann: Es wird nachvollziehbar und überzeugend herausgestellt, aus welchem Grund es Ärztinnen und Ärzten verboten ist, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.*

Grundsätzen der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung und der beschlossenen Verbotsnorm in § 16 MBO-Ä).

Wir konnten der Fachpresse entnehmen, dass zwei Landesärztekammern im Nachgang zum Deutschen Ärztetag ihr ärztliches Standesrecht einer Novellierung unterzogen haben. Hier offenbart sich ein nicht minder gewichtiges Problem. Während die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer die auf dem Deutschen Ärztetag beschlossene Musterberufsregelung in § 16 MBO-Ä mit dem Verbot der ärztlichen Suizidbegleitung wörtlich in ihre ärztliche Landesberufsordnung übernommen hat¹², beabsichtigt die Bayerische Landesärztekammer entgegen der auf dem Deutschen Ärztetag beschlossenen Regelung lediglich einen Satz in der künftigen bayerischen Berufsordnung aufzunehmen, wonach „der Arzt (...) Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und Achtung ihres Willens beizustehen (hat)“.

Die Bayerische Landesärztekammer hat demzufolge davon Abstand genommen, ein ausdrückliches Verbot der

¹² Die Satzung zur Änderung der Berufsordnung wurde am 12.11.11 beschlossen und soll – vorbehaltlich freilich der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde – am 01.01.2012 in Kraft treten. Vgl. dazu 45. Tagung der Kammerversammlung, 12. November 2011, Beschlussvorlage Nr., Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, online unter >>>>
http://www.slaek.de/aktuell/archiv/2011/45kv/02beschuesse/BV_01.pdf
<<<<, online aufgerufen am 15.11.11)

ärztlichen Suizidbegleitung in der Berufsordnung zu statuieren.¹³

Eine einheitliche Regelung in der Frage des Verbots der ärztlichen Suizidbegleitung, so zeigt sich bereits wenige Monate nach dem 114. Deutschen Ärztetag, wird es wohl in den ärztlichen Berufsordnungen der Länder entgegen einer allgemeinen Erwartungshaltung, insbesondere bei der Bundesärztekammern, nicht geben.

Welche Folgerungen sich hieraus ergeben, wird noch an späterer Stelle dazulegen sein, zumal gerade in den letzten Jahren verstärkt ein Wertewandel bei der Ärzteschaft (aber auch bei einzelnen Medizinethikern) über das eherne Arztethos zu beobachten ist, wie sich unschwer aus der eigens von der BÄK in Auftrag gegebenen Befragung ergibt.

Die „ärztliche Suizidbegleitung“ als intraprofessionelles Ethikproblem?

Um Ärztinnen und Ärzten eine Orientierung bei ihrer Aufgabe der Begleitung von schwersterkrankten und sterbenden Menschen geben zu können, hat die BÄK seit 1979 Richtlinien (später dann die sog. Grundsätze) zur ärztlichen Sterbebegleitung veröffentlicht und diese mehrfach novelliert. Über die Erkenntnisse und Behandlungsmöglichkeiten der Medizin sind insbesondere auch die rechtlichen Vorgaben für das ärztliche Handeln durch

¹³ Vgl. dazu den Bericht im Bayerischen Ärzteblatt 11/2011, S. 633; allerdings weist die Kammer hier auch darauf hin, dass sich „am Inhalt nichts ändern werde“.

die Gesetzgebung und Rechtsprechung ständig weiterentwickelt worden sind.

Zugleich war zwischenzeitlich in den letzten Jahren eine öffentliche Debatte darüber entfacht worden, ob die Aktivitäten von sog. Sterbehilfeorganisationen¹⁴ verboten werden sollen. In diesem Zusammenhang wurde zugleich die Frage aufgeworfen, ob es Ärzten in Deutschland gestattet sein sollte, Patienten beim Suizid zu unterstützen oder gar auf ihren Wunsch hin zu töten.

Angesichts dieser Entwicklungen mag es sich aus der Sicht der BÄK angeboten haben, die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung neu zu überdenken. In weiten Teilen der Öffentlichkeit war zunächst der Eindruck entstanden, als werde die BÄK mit den neuen Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung einen vielerorts geforderten und gewünschten Positionswechsel vollziehen, wonach zwar die ärztliche Suizidbeihilfe nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehört, diese aber in der Zukunft möglich sein sollte, sofern es der Arzt resp. die Ärztin mit seinem/ihrer Gewissen vereinbaren könne¹⁵.

Mit einer solchen Regelung – wie im Übrigen in den aktuellen Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbehilfe

¹⁴ Vgl. hierzu instruktiv: C. Gottwald, Die rechtliche Regulierung von Sterbehilfegesellschaften, 2011.

¹⁵ Vgl. in diesem Sinne „Neue Regeln für Suizidbeihilfe“, in Ärzte Zeitung v. 27.12.10
>>>http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/634905/neue-regeln-suizidbeihilfe.html <<<

vollzogen – wäre es der BÄK gelungen, vor dem Hintergrund der eigens von der BÄK in Auftrag gegebenen Befragung von Ärztinnen und Ärzten positiv Rechnung tragen zu können, da immerhin die Befragung offenbart hat, dass für 37% der befragten Ärztinnen und Ärzte ein begleiteter Suizid in bestimmten Fällen in Frage komme und immerhin sich 25% der Befragten eine aktive Sterbehilfe vorstellen könnten.¹⁶

Von daher war es für weite Teile in der Öffentlichkeit nicht recht nachvollziehbar, warum man wenig später im Nachgang zu den im Februar 2011 veröffentlichten neuen **Grundsätzen der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung** ersichtlich bemüht war, die zwischenzeitlich entstandenen Irritationen aufzulösen.

Hochrangige Vorstandsmitglieder der BÄK haben erklärt, dass ein Positionswechsel beileibe nicht vollzogen werden sollte, obgleich der damalige Präsident der BÄK in seinen Verlautbarungen keinen Zweifel daran ließ, dass letztlich jede Ärztin und Arzt es mit ihrem/seinem Gewissen zu vereinbaren habe, ob sie/er an einer Suizidbeihilfe mitwirke.

Der artethischen Konsensfindung mit Blick auf die Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung haftet nach den in der Öffentlichkeit bekanntgewordenen

¹⁶ Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft, Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten durch das Institut für Demoskopie Allensbach, Juli 2010, online abrufbar unter Bundesärztekammer >>> <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbehilfe1.pdf> <<<

Statements jedenfalls ein fader Beigeschmack an, den hier zu erhellen nach dem beschlossenen Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe keinen rechten Sinn machen dürfte. Gleichwohl ist es bemerkenswert, dass auch der damalige Präsident der BÄK nur wenige Monate später in einem gemeinsamen Beitrag mit Volker Lipp und Alfred Simon noch während seiner Amtszeit kurz vor dem 114. Deutschen Ärztetag deutlich ausführte:

„Die Neufassung entwickelt die Grundsätze weiter, indem sie sie an die neue Rechtslage anpasst und einzelne Punkte präzisiert und konkretisiert. Die Grundaussage zur ärztlichen Aufgabe, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod Beistand zu leisten, bleibt ebenso ungeschmälert erhalten wie die eindeutige Abgrenzung der ärztlichen Aufgabe bei der Sterbebegleitung von der Tötung auf Verlangen und von der Beihilfe zum Suizid. Ein Positionswandel der deutschen Ärzteschaft oder gar eine Revolution des ärztlichen Selbstverständnisses sind damit nicht verbunden – auch wenn manche derartiges erhofft oder befürchtet haben.“¹⁷

In der Tat ist für den weiteren Fortgang der Untersuchung hier zum einen zu konstatieren, dass an den Grundaussagen zum ärztlichen Selbstverständnis und damit freilich auch zum Arztethos seitens der BÄK unverändert festgehalten wird und dass zum anderen die

¹⁷ Hoppe, Jörg-Dietrich; Lipp, Volker; Simon, Alfred, Neue Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung – eine Revolution?, in: BÄK intern, Mai 2011, S. 15-17(17).

wohl exklusive Chance zu einer fundierten inhaltlichen Debatte über die arztethischen Implikationen der ärztlichen Suizidbeihilfe vertan wurde.

Dies ist insofern bemerkenswert, da seit Jahren u.a. Medizinethiker¹⁸ kritisch anmerken, dass die Richtlinien resp. die Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung weitestgehend einer rationalen Begründung für die Beurteilungen der ärztlichen Beihilfe zum Suizid entbehren.¹⁹

Die höchst bedeutsame Frage, ob die ärztliche Assistenz zum Sterben unärztlich sei oder nicht, dürfte zwar immer noch virulent sein, muss aber derzeit als entschieden gewertet werden, auch wenn sich nach wie vor in den eigenen Reihen der Ärzteschaft vereinzelt Widerstand²⁰ regt.

¹⁸ Vgl. speziell zur nahezu einhelligen Ablehnung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid in der ärztlichen Standesethik insbesondere Birnbacher, Dieter, Die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der ärztlichen Standesethik, in Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11/2006, S. 7-19 m.w.N.

¹⁹ Vgl. dazu u.a. Birnbacher, ebenda, S. 14 mit Hinweis darauf, dass man in Deutschland in den Richtlinien (Grundsätze) keinerlei Begründungen finde.

²⁰ Deutschlandradio Kultur, Chefarzt: Todkranken aussichtsloses Leiden ersparen. Mediziner kritisiert „ethische Bastapolitik“ bei der ärztlichen Hilfe zum Suizid – Michael de Ridder im Gespräch mit Jan-Christoph Kitzler (31.05.11), online nachlesbar unter >>> <http://www.dradio.de/dkulturr/sendungen/interview/1470766/> <<<; im Übrigen regt sich ein weiterer, wenn auch ein zunächst zaghafter „ethischer Widerstand“ in Leserbriefen, u.a. im Deutschen Ärzteblatt. In diesem Sinne wundert es nicht, wenn u.a. J. Vollmann und J. Schildmann in einem Leserbrief im Deutschen Ärzteblatt kritisch aus medizinethischer Perspektive anmerken: „Der Bundesärztekammer ist, nicht zuletzt aus einer selbst in Auftrag gegebenen Befragung, bekannt, dass mehr als ein Drittel der Ärzte

Mit der vom Deutschen Ärztetag mehrheitlich beschlossenen Regelung in § 16 MBO-Ä ist jedenfalls klar gestellt worden, dass Ärztinnen und Ärzte keinen Suizid begleiten dürfen. Mit dieser Regelung hat die BÄK einstweilen vollendete Tatsachen geschaffen.

Eine bedeutsame Lücke im ärztlichen Standesrecht²¹ wurde geschlossen, in dem die BÄK eine positivrechtliche Verbotsregelung in die MBO-Ä aufgenommen hat. Es bleibt der innerärztlichen Diskussion überantwortet, ob diese Regelung aus arztethischer Perspektive betrachtet dauerhaft Bestand haben wird.

Der ethische Ansatz in der Palliativmedizin

Nicht unerwähnt bleiben soll freilich an dieser Stelle, dass sich in den letzten Jahren vermehrt auch die Palliativmediziner zu Worte gemeldet haben und m.E. im Begriff sind, eine „Sonderethik“²² zu begründen, die sich

sich vorstellen kann, ihre Patienten beim Suizid zu begleiten. Ein modernes ärztliches Berufsethos soll unterschiedliche moralische Einstellungen innerhalb der Ärzteschaft akzeptieren und konstruktiv integrieren anstatt durch Mehrheitsentscheidungen ein angeblich einheitliches ärztliches Ethos befruchtlich vorzuschreiben.“, vgl. dazu Vollmann, Jochen; Schildmann, Jan, Ethik: Eine fragwürdige Entscheidung, in Deutsches Ärzteblatt 2011; 108(28-29): A-1580 / B-1340 / C-1336; online unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=Vollmann+Schildmann&id=98192> <<<

²¹ Bemerkenswert freilich bleibt, dass jedenfalls die BÄK mit ihrem Vorstoß, die ärztliche Suizidbeihilfe zu verbieten, etwa im Vergleich zum Gesetzgeber den gelegentlich in der Literatur angemahnten „Mut zur Entscheidung“ bewiesen und sich deutlicher als bisher positioniert hat.

²² Der ethische Hochdiskurs um die Vorzüge der Palliativmedizin und der Hospizidee hat mittlerweile eine eigene Dynamik entfaltet, die über das

unmittelbar aus den Zielen der palliativmedizinischen Behandlung resp. Betreuung der schwersterkrankten und sterbenden Menschen ergibt.

Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen legt hierüber Zeugnis ab.

Ohne Frage ist die Auseinandersetzung mit den existentiellen Phänomenen Sterben, Tod und Trauer vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung unheilbarer Erkrankungen und des demografischen Wandels eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe. Es ist evident, dass *„die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen darauf abzielen (muss), die Bedingungen insbesondere für ein Kranksein und Sterben in Würde zu sichern. Die Versorgung der Menschen in ihrer letzten Lebensphase berührt einerseits individuelle, andererseits gesellschaftliche, gesundheitspolitische und ökonomische Interessen. So bedarf die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im Sinne der Charta auch der notwendigen finanziellen Voraussetzungen. Die Charta soll dazu beitragen, unter Beachtung bestehender Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten die auf unterschiedlichen Ebenen bestehenden Interessengegensätze zu*

reine „Philosophieren“ hinausragt: Spätestens mit der *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen* haben sich die Initiatoren der Charta (namentlich die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. und die Bundesärztekammer) als auch die mitunterzeichnenden Institutionen und Einzelpersonen für die Zukunft mit einer „Selbstverpflichtung“ gebunden, vermöge dessen zugleich auch eine Absage an die ärztliche Suizidbegleitung verbunden ist.

überwinden und die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen zu verbessern.“²³

Hierauf in der Gesellschaft aufmerksam zu machen, ist ein durchaus lobenswerter Ansatz.

Während die Charta zutreffend darauf hinweist, dass ein Sterben in Würde ganz wesentlich von den Rahmenbedingungen abhängt, unter denen Menschen miteinander leben, muss andererseits der Hinweis darauf, dass ein „Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen“ zugleich auch bedeutet, „den Bestrebungen nach einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen oder der Beihilfe zum Suizid durch eine Perspektive der Fürsorge und des Miteinanders entgegenzuwirken“, auf Bedenken stoßen.

*„Schwerstkranke und sterbende Menschen benötigen einen besonderen Schutz ihrer Menschenrechte. Die Gewährleistung von menschenwürdigen Rahmenbedingungen für schwerstkranke und sterbende Menschen, die Garantie sozialer Rechte und einer angemessenen Begleitung gehören ebenso wie die **Sicherung von Autonomie und Selbstbestimmung** zu den Merkmalen einer Gesellschaft, die die Rechte Schwerstkranker und Sterbender als hohes Gut ansieht und verteidigt. Dabei darf es keine Formen der Diskriminierung nach sozialem Status, nach Alter, Behinderung, Geschlecht, Religion,*

²³ Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen v. 17.08.10 (Hrsg. v. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. und die Bundesärztekammer); online nachlesbar unter >>> http://charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl_files/dokumente/Charta-08-09-2010.pdf <<<

Werthaltung und ethnischer Zugehörigkeit geben. Der wirksame Rechtsschutz ist im sozialen Rechtsstaat verankert, z.B. das Recht auf Selbstbestimmung sowie das Recht auf Teilhabe und existenzsichernde Leistungen. Dies muss für alle Betroffenen gesichert sein.“²⁴

Darüber, dass die Sicherung von Autonomie und Selbstbestimmung zu den herausragenden Merkmalen einer Gesellschaft gehört, wird niemand bestreiten wollen, aber die ganz entscheidende Frage ist, auf welchem Fundament diese Annahmen gründen und welche Konsequenzen zu ziehen sind?

Es ist evident, dass sich hierdurch eine Fülle von Anfragen insbesondere an die verfasste Ärzteschaft ergeben, die angesichts einer hoch aktuellen Ethikdebatte dringend Antworten bedürfen, auch wenn ein entsprechender Klärungsversuch scheinbar zwangsläufig zum Scheitern verurteilt ist.

Bevor dieser Frage weiter nachgegangen werden soll, ist es allerdings sinnvoll, in der gebotenen Kürze das beachtliche Meinungsspektrum zur Frage der ärztlichen Suizidassistenz innerhalb anderer Professionen resp. Institutionen zu skizzieren.

²⁴ Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen (2010), S. 9; Hervorh. v. Verf.

Die „babylonische Meinungsvielfalt“

In den Expertisen etwa der Ethikkommissionen sowohl auf Bundes- als auch Landesebene sind Empfehlungen enthalten, die dazu anraten, von einem strikten Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe im ärztlichen Berufsrecht abzusehen – Empfehlungen, die ihrerseits von der Mehrheit der Kommissionsmitglieder getragen wurden und eindrucksvoll Zeugnis über die Pluralität von Werten in unserer Gesellschaft ablegen. Eine Pluralität von Meinungen, die ganz überwiegend mit einer individuellen Gewissensentscheidung verknüpft ist, und die auch für die Werthaltung einzelner Ärztinnen und Ärzte ganz entscheidend und somit für das Meinungsspektrum innerhalb der bundesdeutschen Ärzteschaft prägend ist, sich aber aufgrund des Arztethos strikt verbietet.

Alle bisherigen Ethikräte haben die Fragen eines verantwortungsvollen Umgangs mit schwersterkranken und sterbenden Menschen umfassend diskutiert und dazu umfangreiches Material gesichtet, Expertisen eingeholt und sich dem Dialog insbesondere mit den Gesundheitsfachberufen gestellt.

Die Ethikräte waren ohne Frage in der Sache bemüht, der Komplexität des Themas Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende gerecht zu werden. So muss es eigentlich verwundern, dass diesen Stellungnahmen in der gegenwärtigen Debatte offensichtlich nur noch eine marginale Bedeutung beigemessen wird.

Die empirische Datenlage²⁵ war hinreichend klar, auch wenn grundsätzlich davon ausgegangen werden muss, dass empirische Befunde nicht mit normativen Ansprüchen verwechselt werden dürfen. Trotz methodischer Vorbehalte gegen Meinungsumfragen ist doch auffällig, dass die Werthaltung in unserer Gesellschaft mit Blick auf das Lebensende mehr als heterogen und hierbei der Anspruch auf die Selbstbestimmung von ganz zentraler Bedeutung ist.

Auch wenn der Suizid in unserer Gesellschaft nicht entmoralisiert worden ist, und Menschen ganz allgemein anerkennen, dass es moralische Pflichten gibt, die der Selbstbestimmung Grenzen setzen, stellt sich die Lage anders dar, wenn es um den Suizidwunsch derjenigen Patienten geht, die an schweren und unheilbaren Krankheiten leiden.²⁶

Besonders aufschlussreich für den hiesigen Untersuchungsgegenstand der ärztlichen Suizidassistenz ist, dass die befragten Deutschen die Frage „Sollte die aktive Sterbehilfe bei den oben aufgeführten Patienten (unheilbar krank und in absehbarer Zeit versterbend) zu den beruflichen Aufgaben des Arztes gehören“ ganz überwiegend bejahten²⁷, auch wenn sich aus den verschiede-

²⁵ Vgl. dazu die Nachweise in der Stellungnahme des Nationalen Ethikrats, ebenda, S. 8 ff.

²⁶ Nationaler Ethikrat, ebenda, S. 9

²⁷ Nationaler Ethikrat, ebenda, S. 10 mit Hinweis auf Schröder, C.; Schmutzer, G. et. al (2003). Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme. Ergebnisse einer

nen Umfragen nicht ergibt, dass diese die Befragten auch tatsächlich das Recht konkret für sich in Anspruch nehmen würden.

Entscheidend ist indes der Umstand, dass sich in den Umfragen ganz allgemein ein Wertpluralismus widerspiegelt, und dass das hypothetische nicht mit dem faktischen Entscheidungsverhalten kongruent sein muss, sondern vielmehr Ausdruck eines Toleranzgedankens ist: So kann man/frau durchaus für die Tötung auf Verlangen oder die ärztliche Suizidassistenz votieren und dieses Recht den anderen konzedieren, auch wenn für sie selbst diese Handlungsalternative ausgeschlossen wird.

Dass hierbei die individuellen Vorstellungen im Einzelnen davon abhängen, welche Alternativen gegenüber der Tötung auf Verlangen und/oder der ärztlichen Suizidassistenz sich noch anbieten (z.B. die aktuellen Möglichkeiten der palliativmedizinischen Betreuung), ist mehr als evident, wenngleich doch im Ergebnis eines zu konstatieren ist: Mögen die einzelnen Umfragen im Detail auch noch weitere offene Fragen nach sich ziehen, so ist indes jedenfalls der Wille einer Mehrheit in der Bevölkerung hinreichend belegt, selbstbestimmt entscheiden zu wollen, auch wenn die konkrete Wahrnehmung der Handlungsalternativen für sich selbst nicht in Betracht gezogen werden. In diesem Sinne überrascht es nicht, wenn „Aussagen darüber, was jemand in bestimmten Situationen zu tun beabsichtigt, (...) kaum Prognosen

darüber zu (lassen), was er tun wird, wenn die Situation eintritt.²⁸

Mögen auch hypothetisches und faktisches Entscheidungsverhalten auseinanderklaffen, so lässt sich doch nicht leugnen, dass nach den Umfragen drei Viertel der Bevölkerung davon ausgeht, dass man das Recht haben sollte, sich bei schwerer aussichtsloser Krankheit auf Verlangen töten zu lassen oder ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung in Anspruch zu nehmen, sofern man dies will.²⁹

Die Auffassung der Ethikräte zur ärztlichen Suizidassistentz

Die Empfehlung des Nationalen Ethikrats

Wie nicht anders zu erwarten war, bestanden im Nationalen Ethikrat höchst unterschiedliche Auffassungen zur Zulässigkeit der ärztlichen Beihilfe zum Suizid.

Einerseits wurde in der ärztlichen Suizidassistentz ein Widerspruch zum ärztlichen Ethos gesehen und demzufolge eine berufsrechtliche Zulassung abgelehnt, während andererseits Mitglieder die Auffassung vertreten haben, dass eine Hilfe des Arztes bei der Durchführung eines

²⁸ Nationaler Ethikrat, Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende (2006), S. 12. In der Tat liegt die Zahl der Fälle, in denen aktive Sterbehilfe gewünscht oder tatsächlich praktiziert wird, weit unterhalb der Werte, die in Umfragen für eine positive Einstellung und eine beabsichtigte Inanspruchnahme ermittelt werden (vgl. dazu Nationaler Ethikrat, ebenda, S. 12 m.w.N.).

²⁹ Nationaler Ethikrat, ebenda, S. 11.

Suizids dann möglich sein sollte, wenn ein unerträgliches und unheilbares Leiden des Patienten vorliegt, die Entscheidungsfähigkeit des Patienten gegeben ist und sein Wunsch zu sterben, nach einer entsprechenden Beratung und ausreichender Bedenkzeit, als endgültig anzusehen ist.³⁰

Die dritte Position, die im Nationalen Ethikrat vertreten wurde, erfuhr dann unter dem Abschnitt 7 „Empfehlungen“ keine Erwähnung mehr, wenngleich diese insofern von besonderem Interesse für den hier gewählten Untersuchungsgegenstand ist, da hiernach die Entscheidung des Arztes für oder gegen eine Beihilfe beim Suizid seines schwer kranken und leidenden Patienten eine höchst **persönliche Gewissensentscheidung** ist.

*„Trotz der grundsätzlichen Verpflichtung auf den Erhalt des Lebens könne ein Arzt nach langer Begleitung seines Patienten zu dem Schluss kommen, dass dessen Wunsch nach Suizidbeihilfe ernstlich bedacht und angesichts seiner individuellen Situation zwar tragisch, aber nachvollziehbar ist. Der Arzt könne dann persönlich die Verantwortung für die Hilfe beim Suizid seines Patienten übernehmen. Im weiteren Geschehensablauf sollte er dann auch nicht in der (Garanten-)Pflicht stehen, den begonnen Suizidversuch bei der Bewusstlosigkeit zu vereiteln. Vielmehr solle er seinen Patienten bis zum Eintritt des Todes begleiten können. **Standesethisch sollten derartige Gewissensentscheidungen als tragische Einzel-***

³⁰ Nationaler Ethikrat, ebenda, S. 56.

fallentscheidungen gebilligt und berufsrechtlich nicht geahndet werden.³¹

Von einer Empfehlung im engeren Sinne wurde also bewusst Abstand genommen, auch wenn im Rahmen der ethischen Grundsatzüberlegungen eingangs betont wurde, dass die grundlegenden Werte und Normen bei Entscheidungen, die in der besonderen Situation unheilbar kranker und sterbender Menschen getroffen werden, in der Menschenwürde und den Menschenrechten verankert sind und diese Werte und Normen im Nationalen Ethikrat unstrittig sind.³²

Hier offenbarte sich ein gewisser Optimismus, denn es waren in erster Linie die grundlegenden Werte und Normen, die aus der Sicht der einzelnen Ratsmitglieder gerade nicht unstrittig waren. So war es durchaus konsequent, dass hierauf die Ratsmitglieder A. Losinger, P. Radtke und E. Schockenhoff mehr oder minder direkt in einem ergänzenden Votum³³ aufmerksam gemacht haben. Nach ihnen blieben die ethischen und rechtlichen Begründungen an manchen Stellen zu undeutlich. „Sie zeichnen ein Bild von Menschen, das einseitig an den Idealen von Selbstbestimmung, Autonomie und Unabhängigkeit ausgerichtet ist.“³⁴

³¹ Nationaler Ethikrat, ebenda, S. 48-49; Hervorh. v. Verf.

³² So der Nationaler Ethikrat, ebenda: „„Konflikte und Dissense entstehen bei der Umsetzung der Prinzipien auf konkrete Fallkonstellationen“, S. 39.

³³ Ergänzendes Votum v. A. Losinger, P. Radtke und E. Schockenhoff, Nationaler Ethikrat, ebenda, S. 57-58 (57).

³⁴ Ergänzendes Votum, ebenda, S. 57.

Aus dem Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz

Die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz hat Thesen und Empfehlungen erarbeitet, *„die den Angehörigen der medizinischen Heilberufe als Orientierung und dem Gesetzgeber und den Gerichten, die geltendes Recht anzuwenden und in Grenzen fortzubilden haben, als Anregung und Bestärkung dienen sollen.“* Zudem richten sich diese Thesen und Anregungen auch an die Bürgerinnen und Bürger, um anregen zu können, sich mit den bedeutsamen Fragen am Lebensende eingehend auseinander zu setzen.³⁵

Auf die Problematik der ärztlichen Suizidassistentz bezogen ist die These 25 *„Ärztlich assistierte Selbsttötung“* von besonderem Interesse.

Hiernach *„(bleibt) die ärztliche Beihilfe bei der Selbsttötung weiterhin standesrechtlich untersagt. In Fällen unerträglichen, unheilbaren Leidens, das trotz aller Ausschöpfung aller palliativmedizinischen Maßnahmen nicht ausreichend zu lindern ist, kann eine abweichende Entscheidung, die unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalls und unter Zugrundelegung des Selbstbestim-*

³⁵ Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, Sterbehilfe und Sterbebegleitung – Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten, Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz v. 23.04.2004, S. 7 (im Folgenden: Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (2004)).

*mungsrechts der Patientin oder des Patienten in ärztlicher Verantwortung getroffen worden ist, im Einzelfall zu rechtfertigen sein.*³⁶

In diesem Sinne stellte sich auch für die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz die Frage, ob es bei dem standesrechtlichen Verbot³⁷ verbleiben solle. *„Im Hinblick auf den Heilauftrag der Ärzte, das Tötungstabu, die berechtigten Ängste vor einem Tabubruch und die Erinnerung an das freilich ganz andere Sachverhalte betreffende so genannte Euthanasieprogramm der NS-Zeit hat sich die Kommission geschlossen dafür ausgesprochen, dass es bei dem standesrechtlichen Verbot bleiben soll und generell keine Ausnahmetatbestände geschaffen werden sollten. Sie hat sich dabei von der Einsicht leiten lassen, dass sich Normen aufzulösen drohen, sobald man generalisierend Ausnahmebedingungen zulässt.*³⁸

Zugleich hat die Mehrheit der Kommission allerdings gemeint, dass es Ausnahmefälle geben kann, in denen auf

³⁶ Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (2004), S. 21.

³⁷ Ob zum Zeitpunkt des Berichts der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz im Jahre 2004 ein „standesrechtliches Verbot“ in Form einer nachvollziehbaren Rechtsnorm vorlag, steht insofern zu bezweifeln an, als dass die Berufsordnungen ein diesbezügliches Verbot expressis verbis nicht enthalten haben und im Übrigen die Richtlinien resp. die Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung nicht rechtsverbindlich waren (und es auch gegenwärtig nicht sind).

³⁸ Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (2004), S. 107.

Grund der Tragik des Geschehens im Einzelfall das Sanktionsbedürfnis entfallen kann.

Die Begründung der Mehrheit in der Kommission überzeugt m.E., wie sich unschwer aus der nachfolgenden pars pro toto ergibt:

„Wenn feststehe, dass Schmerzen und Qualen den Betroffenen peinigen, eine Besserung und Linderung nicht möglich und nur noch der Zeitpunkt abzuwarten ist, in dem die Last so unerträglich geworden ist, dass der vollständige körperliche Zusammenbruch folgt, kann es im Einzelfall ethisch vertretbar und legitimierbar sein, wenn die Ärzte bei einer solchen Notlage die Selbsttötung auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten ermöglichen oder unterstützen. Normativ könne für die Ärzte nicht etwas anderes gelten als für Personen, deren Hilfe beim Suizid straflos ist. Zur Vermeidung von Missverständnissen betonen die Mitglieder der Kommission, dass die Ärzte zur Beihilfe nicht verpflichtet seien und auch Einzelne keinen Anspruch darauf hätten, dass ihnen bei der Selbsttötung geholfen werde. Diejenigen, die Ärzte wegen Hilfe beim Suizid auch dann standesrechtlich sanktionieren wollten, wenn sie in einem Fall, in dem weder die passive noch die indirekte Sterbehilfe weiterhelfen konnten, gehandelt haben, müssten sich darüber im Klaren sein und es verantworten, dass sie verzweifelte Menschen allein ließen und diese das von ihnen selbst gewünschte Lebensende gar nicht oder nur unter qualvollen Bedingungen herbeiführen könnten. Solange im Bewusstsein der Menschen verankert bleibe, dass Ärzte niemals, in keinerlei Notlage beim Suizid helfen dürfen, ohne deswegen mit erheblichen Sanktionen rechnen zu müssen, hätten Länder wie

die Niederlande, Belgien und die Schweiz Zulauf und würde der weitergehende Ruf nach Zulassung der aktiven Sterbehilfe nicht verstummen. Man schütze mit der strengen Auffassung der Minderheit letztlich ausschließlich das ärztliche Selbstverständnis, jedoch zu Lasten von Patienten, die man sich selbst überlässt. Die Bewahrung des generellen Vertrauens in ärztliches Handeln könne, so gewichtig sie sei, keine Rechtfertigung dafür sein, dem Einzelnen objektiv nicht linderbares Leiden zuzumuten. Solches Leiden dürfe einem Einzelnen nur zugemutet werden, wenn Lebensinteressen eines anderen zu verteidigen seien. Demgegenüber habe im Konflikt zwischen dem selbstbestimmten, vom Leiden motivierten Wunsch des Einzelnen und gesellschaftlichen oder standesrechtlichen Interessen unter bestimmten Umständen der Einzelne moralische Prävalenz.“³⁹

Einzelne Mitglieder der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz haben in einem Minderheiten-Votum dargelegt, aus welchen Gründen sie den Vorschlag der Mehrheit der Kommissionsmitglieder zur These 25 „Ärztlich assistierte Selbsttötung“ nicht mittragen können.

„Sie vertraten die Auffassung, dass man hierdurch eine Rechtsunsicherheit schaffe, die man keinem Arzt und keinem Patienten zumuten könne. Es sei niemals die Aufgabe der Ärzte, bei einer Selbsttötung zu helfen, unabhängig davon, wie verständlich der Wunsch der

³⁹ Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (2004), ebenda.

*Patienten auch sei. Schon der Anschein der Duldung von ärztlich assistiertem Suizid, der aus einem Sanktionsverzicht im Einzelfall folge, bringe die Ärzteschaft insgesamt in ein Zwielicht, wenn nicht sogar in Misskredit. Wenn man den ärztlich assistierten Suizid nicht ausnahmslos standesrechtlich sanktioniere, eröffne man einen Schleichweg zur aktiven Sterbehilfe.*⁴⁰

Aufgrund dieser Erwägungen wurde das folgende Minderheiten-Votum formuliert:

*„Die ärztliche Beihilfe bei der Selbsttötung bleibt standesrechtlich untersagt. Auch Fälle unerträglichen, unheilbaren Leidens begründen wegen der notwendigen Bewahrung des Vertrauens in ärztliches Handeln und der Gefahr des Dammbrochs nicht eine standesrechtlich legitimierte ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung. In solchen Fällen ist es dem Arzt – wie bisher – nicht untersagt, im Einvernehmen mit der Patientin oder dem Patienten alle Möglichkeiten der indirekten und passiven Sterbehilfe zu nutzen.*⁴¹

Der Diskussionsstand im Deutschen Ethikrat

Auch der Deutsche Ethikrat geht erkennbar davon aus, dass jüngere Umfragen zeigen, dass die Sterbehilfe von der Bevölkerung mehrheitlich befürwortet wird und letztlich auch unter Mediziner beachtliche Zustimmung fin-

⁴⁰ Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (2004), S. 144.

⁴¹ Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (2004), ebenda.

det.⁴² Angesichts der aktuellen Entwicklungen (Initiative im Bundesrat zum Verbot der organisierten Sterbehilfe und anhaltendes Interesses in der Öffentlichkeit) hat der Deutsche Ethikrat erwogen, sich mittelfristig mit dem Thema zu befassen. Die ersten Diskussionen im Deutschen Ethikrat haben keinen Zweifel daran aufkommen lassen, dass nach wie vor diametral entgegengesetzte Positionen auch von den Mitgliedern⁴³ des Deutschen Ethikrats vertreten werden: „Einige Ratsmitglieder sprachen sich dafür aus, die Suizidbeihilfe nicht nur zu enttabuisieren, sondern in die Hände von Ärzten zu legen. Andere Mitglieder plädierten dafür, Beihilfe zum Suizid unter Strafe zu stellen.“⁴⁴

In der Tat ist hier ein weites Spektrum von ethischen Positionen skizziert. Es wird sich mittelfristig zeigen, ob der Deutsche Ethikrat überhaupt noch ein Interesse an einer näheren Beschäftigung mit dem Thema der ärztlichen

⁴² Vgl. dazu die Pressemitteilung des Deutschen Ethikrats Nr. 01/2009 v. 23.01.09, online nachlesbar unter >>> [<<<](http://www.ethikrat.org/presse/pressemitteilungen/2009/deutscher-ethikrat-befasst-sich-mit-ethischen-fragen-der-selbsttoetung)

⁴³ Dies verwundert allerdings nicht so sehr, zeichnet sich doch der Deutsche Ethikrat bereits in seiner Mitgliederstruktur durch eine gewisse personelle Kontinuität aus, so dass ehemalige Mitglieder des Nationalen Ethikrats sich im Deutschen Ethikrat „wiederfinden“ und überdies einige Ratsmitglieder bereits in der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ mitgewirkt haben. Dieser Aspekt der personellen Kontinuität in den „Ethikräten“ und einer entsprechenden „Ämterhäufung“ könnte freilich kritisch hinterfragt werden, soll aber hier ganz bewusst ausgeblendet werden.

⁴⁴ Deutscher Ethikrat, PM v. 23.01.09, ebenda.

Suizidassistenten hat⁴⁵, da jedenfalls die verfasste Ärzteschaft auf dem Deutschen Ärztetag mit dem Beschluss zum Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe entsprechende Akzente gesetzt haben dürfte, und die bisher strittige Frage, ob die ärztliche Suizidbeihilfe standesrechtlich zulässig sei, ist gegenwärtig nicht mehr offen.

Überdies wurden einzelne Voten von den Ratsmitgliedern⁴⁶ in der Tagespresse zuweilen leidenschaftlich diskutiert und namhafte Vertreter der Bundesärztekammer ließen nach den ersten Verlautbarungen in der Presse keinen Zweifel aufkommen, dass die „Ärzte keine Mechaniker des Todes seien“.⁴⁷

⁴⁵ Ich habe mit Mail v. 30.09.11 beim Deutschen Ethikrat angefragt, ob das Thema der ärztlichen Suizidassistenten noch auf der Agenda des Deutschen Ethikrats steht, nachdem zwischenzeitlich die ärztliche Musterberufsordnung ein entsprechendes Verbot in § 16 MBO-Ä aufgenommen hat. Hierauf habe ich dann die Mitteilung vom Deutschen Ethikrat (Mail v. 07.10.11) bekommen, dass es seitens des Ethikrats derzeit keine Planungen gibt, dieses Thema zu bearbeiten. Dies ist insofern verwunderlich, weil Michael Wunder, Mitglied im Deutschen Ethikrat, ein Impulsreferat zum Thema assistierter Suizid vor den Mitgliedern des Deutschen Ethikrats gehalten hat; vgl. dazu Wunder, Michael, Impulsreferat zum Thema assistierter Suizid, 22.01.09, online abrufbar unter Deutscher Ethikrat >>> http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Referat_Wunder_2009-01-22.pdf <<<; aufgerufen am 09.12.11.

⁴⁶ So hat der Spiegel unter dem Titel „Renommierter Rechtsprofessor will Ärzte zu Suizidhelfern machen“, Artikel v. Caroline Schmidt v. 08.03.09, sich des Themas angenommen

⁴⁷ Vgl. dazu die Pressemitteilung der BÄK v. 08.03.09 „Ärzte sind Heiler und Helfer und keine Mechaniker des Todes“; nachzulesen auf den Seiten der BÄK im Archiv der PM >>><http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.6895.7005.7016> <<<.

Andere Ratsmitglieder des Deutschen Ethikrats haben ebenfalls in der Tagespresse auf den Vorstoß des Medizinrechtlers und gleichzeitig Ratsmitglied im Deutschen Ethikrat, namentlich Jochen Taupitz, reagiert. Der Medizinethiker Axel W. Bauer etwa forderte umgehend ein gesetzliches Verbot der Suizidbeihilfe und wirft seinem Ratskollegen Taupitz vor, „mit abenteuerlichen Äußerungen die Sterbehilfe durch Ärzte salonfähig“ machen zu wollen.⁴⁸

Ein erstes Fazit

Zunächst kam es darauf an, einen kursorischen Überblick über die bisherigen Aktivitäten der Ethikräte sowohl auf Bundes- als auch Landesebene zu geben, ohne dabei im Wesentlichen die unterschiedlichen Argumente bewerten zu müssen.

Es sollte deutlich werden, dass auch in Ethikräten höchst unterschiedliche Auffassungen vertreten werden und dass

⁴⁸ Vgl. dazu „Medizinethiker fordert gesetzliches Verbot der Suizidbeihilfe“, von der Redaktion des Deutsches Ärzteblatts am 18.03.2009 >>> <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=35746> <<<; anderenorts hat allerdings der Medizinethiker Axel W. Bauer, zugleich Ratsmitglied im Deutschen Ethikrat, eingeräumt, dass die Äußerungen seines Ratskollegen Jochen Taupitz über den geringen Stellenwert ethischer Normen, die kein strafrechtliches Korrelat haben, zwar bei Menschen mit starken moralischen Überzeugungen Empörungen auslösen können, gleichwohl aber die darin zum Ausdruck kommende Diagnose nicht falsch ist. Axel W. Bauer nahm dabei Bezug auf die von Taupitz getroffene Feststellung, dass es auch im Standesrecht der Ärzte keine Regel gäbe, die dem Arzt die Suizidbeihilfe verbiete, auch wenn im Übrigen im Standesrecht die Hilfe zur Selbsttötung dem ärztlichen Ethos widerspreche (vgl. Bauer, Axel W., „Kommerzialisierung“ der Sterbehilfe (2009), in: Universitas 64(2009), S. 555-563(556).

dieser empirische Befund nicht weiter verwunderlich ist. Der ethischen Reflexion scheint damit aus wissenschaftlicher Perspektive Genüge getan zu sein, geht es doch letztlich im Kern um die Frage, was im Zweifel als Gut und Böse zu gelten hat. Die Ratsmitglieder haben Position bezogen, ja sogar beziehen müssen, stand doch am Ende immer eine Abstimmung, in deren Folge die Voten als demokratisch legitimiert gewertet werden können. Nun dürfen wir hier wie selbstverständlich davon ausgehen, dass die Ratsmitglieder eine freie und damit individuelle Gewissensentscheidung getroffen haben. Zu erinnern ist an die grundlegende Erkenntnis des Soziologen Wolfgang van den Daele, der da feststellt, dass alle in gewisser Weise „Überzeugungstäter“ seien⁴⁹ und dass diese „Überzeugungstäterschaft“ durch das Gesetz gar gewünscht ist.

Dies deshalb, weil nach § 3 Satz 2 EthRG die Mitglieder etwa des Deutschen Ethikrats ihr Amt persönlich und unabhängig ausüben. Unterschiedliche ethische Ansätze und ein plurales Meinungsspektrum sind im Deutschen Ethikrat gewollt (§ 4 Abs. 2 EthRG). Diese Pluralität schlägt sich freilich auch in den entsprechenden Expertisen nahezu sämtlicher Ethikräte nieder, so dass sich die prinzipielle Frage erhebt, welchen Nutzen⁵⁰ die Diskurs-

⁴⁹ Van den Daele, in Wortprotokoll des Nationalen Ethikrats v. 19.04.2007 – Ethik aus Expertenhand –, S. 24; online unter Deutscher Ethikrat >>> http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Wortprotokoll_Ethik_aus_Expertenhand_2007-04-19.pdf <<<, aufgerufen letztmalig am 09.12.11.

⁵⁰ Nach § 2 Abs. 1 EthRG hat der Deutsche Ethikrat u.a. die Aufgabe, die ethischen, gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen, medizinischen und rechtlichen Fragen sowie die voraussichtlichen Folgen für Individuum und

gemeinschaft⁵¹ und nicht zuletzt die politisch Verantwortlichen, der Gesetzgeber⁵² und im Zweifel auch die Judikative heraus zu ziehen vermag?⁵³

Mehr als eine ethische Orientierung über gewichtige Fragen am Ende eines Lebens darf nicht erwartet werden, zumal der Gesetzgeber selbst zur ethischen Neutralität aufgerufen ist und bleibt; im Übrigen aber verbleibt es bei der Feststellung, dass der Gesetzgeber bisher seine Regelungskompetenz nicht vollständig ausgeschöpft hat, um die bestehende Rechtsunsicherheiten bei den Fragen am Lebensende zu beseitigen, zumal auch die am jeweiligen Einzelfall orientierte Rechtsprechung nicht alle Probleme der Praxis zu lösen vermag⁵⁴.

Gesellschaft, die sich im Zusammenhang mit der Forschung und den Entwicklungen insbesondere auf dem Gebiet der Lebenswissenschaften und ihrer Anwendung auf den Menschen ergeben, zu verfolgen.

⁵¹ Vgl. in diesem Sinne § 2 Abs. 1 Nr. 1 EthRG, wonach der Deutsche Ethikrat die Öffentlichkeit zu informieren und eine Diskussion in der Gesellschaft unter Einbeziehung der verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen zu befördern hat.

⁵² Nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 obliegt dem Ethikrat die Aufgabe, Stellungnahmen und Empfehlungen für politisches und gesetzgeberisches Handeln zu erarbeiten.

⁵³ Vgl. hierzu Dreier, Horst, Wozu dienen Ethikräte?, in Öffentliches Recht im offenen Staat – Festschrift für Rainer Wahl zum 70. Geburtstag (2011), Hrsg. v. Appel, Ivo; Hermes, Georg; Schönberger, Christoph, S. 57 ff.

⁵⁴ Eigentlich auch nicht dauerhaft „lösen darf“, wenn wir den Parlamentsvorhalt ernst nehmen! Vgl. in diesem Sinne Hollenbach, Axel, Grundrechtsschutz im Arzt-Patienten-Verhältnis (2003), S. 134 zur Relativierung des Parlamentsvorbehalts durch die Rechtsprechung mit Blick auf die Gewährung von sog. Übergangsfristen, mit denen dem Gesetzgeber die Gelegenheit zu einer rechtsförmigen Regelung gegeben werden soll. Allgemeiner kann

Die aus diesem schlichten Befund zu ziehende Konsequenz kann darin erblickt werden, dass es ohnehin die alleinige *„Aufgabe des Gesetzgebers ist, den betroffenen Patienten, Ärzten und Angehörigen im sensiblen Bereich der Sterbehilfe und Sterbebegleitung allgemeinverbindliche Regelungen an die Hand zu geben und damit möglichst umfassende Rechtssicherheit zu gewähren.“*⁵⁵

Sofern die politisch Verantwortlichen und damit die Legislative überhaupt einen praktischen Nutzen aus den verschiedenen Stellungnahmen der Ethikräte zu ziehen gedenkt, dann doch wohl die Erkenntnis, dass sich mit Blick auf die Suizidbeihilfe ein konkreter Regelungsbedarf ergibt. Dies ungeachtet der sicherlich nicht einfachen Rechtslage, die aber nicht deshalb überschaubarer wird, weil eine ethische Grundsatzstellungnahme nach der anderen die ethischen Dilemmata offenbart, ohne dass hiermit ganz konkrete Folgen für einen effizienten Grundrechtsschutz verbunden werden.

hier durchaus formuliert werden, dass die Gerichte letztlich parlamentarischen Tätigkeitsversäumnissen Vorschub leisten und „nur“ deshalb zu akzeptieren ist, weil die Bürgerinnen und Bürger einen Anspruch auf Rechtsschutz haben; im Übrigen darf aber auf Dauer etwa der BGH in „Sterbehilferechtsfragen“ nicht tätig werden, so dass der Gesetzgeber durchaus zum Handeln „verpflichtet“ ist.

⁵⁵ Mertin, Herbert, Geleitwort, in: Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (2004), aaO., S. 1.

Die Sterbehilfe – Reformbedarf aus juristischer Sicht (!?)

Dass aus der Sicht der Juristen mit Blick auf die Sterbehilfe-Problematik ein konkreter Reformbedarf besteht, ergibt sich aus dem Umstand, dass sich der Deutsche Juristentag⁵⁶ in der Vergangenheit bereits drei Mal des Themas angenommen hat. Das Thema Sterben beschäftigte durchgängig in den letzten Jahrzehnten die Rechtswissenschaft, nicht zuletzt auch mit Blick auf die manchmal unsägliche Debatte um den Wert resp. „Unwert“ einer Patientenverfügung.⁵⁷

⁵⁶ Der Homepage des Deutschen Juristentages e.V. können wir entnehmen, dass er ein eingetragener Verein mit rund 7.000 Mitgliedern ist, der Juristinnen und Juristen aus allen Teilen der Bundesrepublik, aus allen Berufsgruppen und aus allen Generationen vereint. „Ziel des Vereins ist es, auf wissenschaftlicher Grundlage die Notwendigkeit von Änderungen und Ergänzungen der Rechtsordnung zu untersuchen, der Öffentlichkeit Vorschläge zur Fortentwicklung des Rechts vorzulegen, auf Rechtsmissstände hinzuweisen und einen lebendigen Meinungs Austausch unter den Juristen aller Berufsgruppen und Fachrichtungen herbeizuführen. Da der Verein keine Interessenvertretung bestimmter beruflicher oder gesellschaftlicher Gruppen ist, hat sein Wort in der juristischen Öffentlichkeit und auch für den Gesetzgeber besonderes Gewicht.“ (vgl. dazu die Internetpräsenz des Deutschen Juristentages e.V. unter der Webadresse >>> <http://www.djt.de/> <<< unter der Rubrik *Der Verein* >>> <http://www.djt.de/de/der-verein>, aufgerufen am 09.10.11.

⁵⁷ Dass die BÄK und ihr folgend die Landesärztekammern sich mehrheitlich gegen das „Patientenverfügungsgesetz“ vor seinem Erlass durch den Gesetzgeber ausgesprochen haben, muss eigentlich Anlass zur Sorge geben, war dieser „Widerstand“ der verfassten Ärzteschaft doch weitestgehend ebenfalls der Verkenning des Selbstbestimmungsrechtes der Patientinnen und Patienten geschuldet.

Während auf der 56. Sitzung des Deutschen Juristentages im Jahr 1986 die strafrechtlichen Aspekte dominierten, hat sich der 63. Deutschen Juristentag (2000) schwerpunktmäßig mit der Frage auseinandergesetzt, ob sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens empfehlen, um dann im Jahre 2006 erneut in der strafrechtlichen Sektion die Fragen der Sterbehilfe zu thematisieren.

Die Deutschen Juristentage wurden umfassend durch nahezu alle Professionen begleitet. Die Beschlüsse wurden zuweilen leidenschaftlich diskutiert, wobei zeitnah zum 56. Deutschen Juristentag 1986 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe⁵⁸ bemüht war und ist, für einen „Alternativ-Entwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe“ nachdrücklich zu werben.

Das Thema Sterbehilfe hat also seit Jahrzehnten auch bei den Juristen Hochkonjunktur und man/frau könnte angesichts der Vielfalt der unterschiedlichen Positionen fast geneigt sein, vor dieser Komplexität zu kapitulieren.⁵⁹

⁵⁸ Vgl. hierzu statt vieler, Lautenschläger, Dunja, Die Gesetzesvorlagen des Arbeitskreises Alternativentwurf zur Sterbehilfe aus den Jahren 1986 und 2006, Hrsg. v. Hans Lilie, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg / Interdisziplinäres Zentrum Medizin-Ethik-Recht, elektronische Ausgabe v. 22.08.11 unter >>> <http://wcms.uzi.uni-halle.de/download.php?down=3850&elem=207167> <<<, aufgerufen am 09.10.11.

⁵⁹ Eindrücklich dazu Schork, Vanessa, Ärztliche Sterbehilfe und die Bedeutung des Patientenwillens (2008) in ihrem Vorwort zu ihrer Dissertation: „Die ärztliche Sterbehilfe zum Thema einer Dissertation zu machen, verbietet sich eigentlich. Der Stoff ist durch drei Juristentage, Kommissions- und Alternativentwürfe, zahllose zivil- und strafrechtliche Entscheidungen sowie

Während aus strafrechtlicher Sicht betrachtet sich die dogmatische Lage auf dem Wege der Entschärfung⁶⁰ befindet – nicht zuletzt begünstigt durch die Entscheidung des Zweiten Strafsenats beim BGH vom 25.06.10⁶¹ – und der unsägliche Streit um die Patientenverfügungsproblematik aus zivilrechtlicher Perspektive⁶² sein (vor-

eine uferlose Flut an Aufsätzen und Monographien unter Beteiligung vieler Disziplinen an dem Diskurs schon in Deutschland kaum noch verlässlich abbildbar“ (S. VII).

⁶⁰ Instruktiv hierzu Putz, Wolfgang, Rechtsgutachten – Strafrechtliche Aspekte der Suizid-Begleitung in Deutschland (19.06.2006); online zugänglich auf den Webseiten der DGHS unter >>> http://www.dghs.de/fileadmin/user_upload/Dateien/PDF/Publikationen-Volltext-Strafrechtliche-Aspekte-der-Suizid-Begleitung-in-Deutschland.pdf <<<; aufgerufen letztmalig am 09.12.11.

⁶¹ BGH-Urt. v. 25.06.10 (Az. 2 StR 454/09); online zugänglich unter Entscheidungssammlung des BGH >>> <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&sid=2624ff181bee1e128ef11bd999a10c58&nr=52999&pos=1&anz=8>, aufgerufen letztmalig am 09.12.11; vgl. ferner BGH, Beschl. v. 10.11.10 (Az. 2 StR 320/10); online zugänglich unter Entscheidungssammlung des BGH >>> <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&sid=2624ff181bee1e128ef11bd999a10c58&nr=54312&pos=0&anz=8>.

⁶² Vgl. dazu bereits grundlegend Taupitz, Jochen, Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens? (2000), Hrsg. von der Ständigen Deputation des Deutschen Juristentages, Band 1, Gutachten Teil A zum 63. Deutschen Juristentag Leipzig 2000 mit Hinweis darauf, dass die Autonomie und nicht das Leben das höchste von der Verfassung geschützte Gut ist, so dass der Patient auch in der Arzt-Patienten-Beziehung selbst entscheidungszuständig ist (A 13). Für einen ärztlichen Paternalismus sind daher die Spielräume enger geworden; vgl. ferner Lipp, Volker, Patientenautonomie und Sterbehilfe, in BtPrax 2002, S. 47-53, mit Hinweis darauf, dass das „Recht auf den eigenen Tod (...) selbstverständliche Konsequenz aus der Anerkennung des Rechtes des Patienten (ist), selbst über die eigene Behandlung und Versorgung zu ent-

läufiges?) Ende mit dem Gesetz zur Patientenverfügung (3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts)⁶³ gefunden hat, hat der 114. Deutsche Ärztetag (2011) mit seinem beschlossenen Verbot zur ärztlichen Suizidbeihilfe Fakten geschaffen, die so sicherlich von vielen Rechtswissenschaftlern nicht erwartet wurden.

Ogleich der Suizid und die Suizidbeihilfe nicht strafbar sind und insbesondere der 66. Deutsche Juristentag mehrheitlich dafür plädierte, von einer ausnahmslosen standesrechtlichen Missbilligung der Sterbehilfe abzusehen, sind die Delegierten auf dem letzten Deutschen Ärztetag mehrheitlich dem Vorschlag der BÄK gefolgt. Es fragt sich, was die BÄK dazu bewogen haben mag, einen solchen Vorschlag einzubringen, zumal ihr das „geradezu babylonische verwirrende Meinungsbild“⁶⁴ in anderen Professionen bekannt gewesen sein dürfte?

Unüberbrückbare Gräben zwischen der Ärzteschaft und den Juristen?

Gerade im Nachgang zum 66. Deutschen Juristentag hat die Empfehlung,

„die ausnahmslose standesrechtliche Missbilligung der ärztlich assistierten Suizids sollte einer differenzierten

scheiden.“ (S. 47); a.A. dagegen etwa Dörner, Klaus; Zieger, Andreas; Bavastro, Paolo; Holfelder, Hans Hermann, Patientenverfügungen: Kein „Sterben in Würde“, in: Dtsch Arztebl 2002; 99: A 917–919 [Heft 14].

⁶³ Gesetz v. 29.07.2009, BGBl. I, S. 2286.

⁶⁴ Geilen, FA Medizinrecht, Rdnr. 509, zit. nach Klaus Ulsenheimer, Arztstrafrecht in Praxis, 4. Aufl., S. 326.

Beurteilung weichen, welche die Mitwirkung des Arztes an dem Suizid einer Patienten mit unerträglichem, unheilbarem und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden als eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern auch ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung toleriert“⁶⁵,

beim damaligen Präsidenten der Ärztekammer Hamburg, Frank Ulrich Montgomery, offensichtlich mehr als nur Unbehagen ausgelöst. Mit Blick auf den Beschluss des 66. Deutschen Juristentags wirft er die Frage auf, aus wessen Sicht sich die Unerträglichkeit stellt – aus der des Patienten, des Arztes oder etwa der Angehörigen?

„Zu fragen sei auch, wie sich solche Beihilfe gestalten sollte. Ist es nicht mal wieder Geschwätz von Juristen ohne jegliches Wissen um die Umsetzung? Wenn ich als Arzt den Becher reichen soll, warum dann nicht auch gleich zur Spritze greifen? Wo ist der Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe? Im Gesetzentwurf werde festgehalten, dass kein Arzt zur Beihilfe gezwungen werden dürfe. „Das ist so selbstverständlich, dass ich mich frage, ob hier nicht eine ärztliche Pflicht bereits umgedeutet wird in ärztliches Recht!“ Montgomery: „Ich kann mich nicht erinnern, dass irgendwann ein Ärztetag Juristen vorgeschrieben hat, was diese zu tun haben. Dass dies nicht umgekehrt immer wieder geschieht –

⁶⁵ Vgl. dazu Beschlüsse des 66. DJT, Stuttgart 19. bis 22. September 2006, online nachlesbar unter >>>
http://www.djt.de/files/djt/66/66_DJT_Beschluesse.pdf <<<, aufgerufen am 09.10.11.

*dafür werde ich mich einsetzen! Auch Juristen sollten nur von dem sprechen, wovon sie etwas verstehen!*⁶⁶

Das sind markige Worte des derzeitigen Präsidenten der BÄK. In der Tat hat er sein Versprechen eingelöst, in dem er sich in besonderer Weise für die aktuelle Verbotsnorm in § 16 MBO-Ä eingesetzt hat, und der rote Faden in allen bioethischen Debatten scheint zuvörderst in der Annahme insbesondere der Ärzteschaft zu liegen, dass das „Sterben nicht normierbar sei“⁶⁷ und dass hier

⁶⁶ Loosen, Werner, Die Katholische Akademie lud im April zum Kolloquium „Beihilfe zur Selbsttötung?“ ein – „Das ist uns Ärzten verboten und sollte nicht verändert werden!“, in Hamburgisches Ärzteblatt 05/2007, S. 250-251 (251).

⁶⁷ SPIEGEL-STREITGESPRÄCH "Sterben ist nicht normierbar" – Berlin, 26.03.2007 – Der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe und der Palliativmediziner Prof. Dr. Gian Domenico Borasio in einem "Spiegel"-Streitgespräch über die schweren Entscheidungen am Sterbebett, die Angst vor der Apparatedizin und das geplante Gesetz zur Patientenverfügung; online nachlesbar auf den Webseiten der BÄK unter >>> <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.6.5048.5056> <<<, aufgerufen am 09.10.11; vgl. ferner Hoppe, Jörg-Dietrich, Sterben ist nicht normierbar, in Rheinisches Ärzteblatt 05/2007, S. 3. Das Engagement des ehemaligen Präsidenten der BÄK in allen Ehren, aber eine ausgewogene gesetzliche Regelung war vor dem Hintergrund des Selbstbestimmungsrechtes der Patienten unumgänglich. Dem Staat obliegt prinzipiell die Verpflichtung, im Rahmen seiner grundrechtlichen Schutzpflichten für eine zivilrechtliche Regelung Sorge zu tragen, die weitestgehend den Patienten ihren Autonomieanspruch gewährleisten. Auch wenn das Sterben als „solches“ nicht normierbar sein mag und nicht alle denkbaren Fälle erfasst werden können, ändert dies auch rückblickend betrachtet nichts an der Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung etwa der Patientenverfügung. Im Übrigen ist es nicht ungewöhnlich, dass Rechtsnormen von ihrer Struktur her auch einen offenen Tatbestand vorsehen, um so eine Vielzahl von gleichgelagerten Fällen abdecken zu können. Die Schwierigkeiten, die mit der Thematik verbunden sind, haben den Gesetzgeber nicht davon abhalten,

dem Selbstbestimmungsrecht der mündigen Patientinnen und Patienten gleichsam naturrechtliche Grenzen⁶⁸ gesetzt seien.

Neben der stetigen Erinnerung an den Hippokratischen Eid und ein in der Folge hieraus abgeleitetes allgemeines Arztethos mit den sich daraus ergebenden arztethischen Pflichten, gelang es weiten Teilen der Medizinethik, sich letztlich unbeeindruckt⁶⁹ von den Überlegungen u.a. in der Rechtswissenschaft ein (intraprofessionelles) Verständnis zum Selbstbestimmungsrecht der Patienten zu

die Rechtsfragen im Zusammenhang mit den Patientenverfügungen zu regeln.

⁶⁸ Vgl. dazu etwa eindrucksvoll Möhrle, Alfred R., Die ärztliche Berufsfreiheit aus ärztlicher Sicht (1998), in: Wienke, Albrecht; Lippert, Hans-Dieter; Eisenmenger, Wolfgang (Hrsg.): Die ärztliche Berufsausübung in den Grenzen der Qualitätssicherung, (Hrsg. Wienke, Albrecht; Lippert, Hans-Dieter; Eisenmenger, Wolfgang): *„Weitere Bindungen des Arztes bestehen gegenüber seiner Berufsgruppe, geregelt durch die Berufsordnung. Alle diese Bezüge kommen in dem oben zitierten Satz aus der Bundesärzteordnung zum Ausdruck. Das Wesen ärztlichen Handelns ist im Naturrecht begründet; es beinhaltet die Verpflichtung, bestimmte Prinzipien bei der Behandlung eines Patienten zu beachten, welche von den jeweils geltenden Gesetzen des positiven Rechts und von der der jeweiligen Gesellschaftsordnung unabhängig sein müsse.“* (S.10).

⁶⁹ Hierüber kann auch nicht hinweggetäuscht werden, wenn insoweit ein „rechts-ethischer Epochenbruch“ und ein zunehmend feststellbarer „juristischer Pragmatismus“ beklagt wird, vgl. in diesem Sinne aber Dörner, Klaus; Timmermanns, Paul, Für den Fall, dass ... soll gelten ...“ – Zum Verhältnis von Ethik und Recht – Hintergrundrauschen in der gesellschaftlichen Debatte der Patientenverfügung, in Die Hospiz-Zeitschrift (2007), S. 4 – 10(6). Differenzierend hingegen etwa Hartmut Kreß, Medizinischen Ethik (2009), der keinen Zweifel daran aufkommen lässt, dass das Grundrecht der Freiheit und Selbstbestimmung zu seinen normativen Leitgedanken einer Medizinethik zählt, in Einführung zur 2. Aufl.

entwickeln, so dass Wertungswidersprüche vorprogrammiert waren und diese sich, wie hier dazulegen sein wird, auch in der aktuellen Fassung der ärztlichen Musterberufsordnung und zumindest in der aktuell zur Änderung anstehenden Sächsischen Berufsordnung niedergeschlagen haben.

Mögen auch die mahnenden Worte⁷⁰ eines in modernen bioethischen Diskursen stets zitierten und ohne Frage sicherlich verdienstvollen Arztes immer noch eine faszi-

⁷⁰ Hufeland, Christoph Wilhelm, *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis. Vermächtnis einer fünfzigjährigen Erfahrung* (1842), S. 560, 561: „*Das Leben der Menschen zu erhalten und wo möglich zu verlängern, ist das höchste Ziel der Heilkunst, und jeder Arzt hat geschworen, nichts zu thun, wodurch das Leben eines Menschen verkürzt werden könnte. – Dieser Punkt ist von grossem Gewichte, und er gehört zu denen, von welcher nicht eine Linie breit abgewichen werden darf, ohne die Gefahr unabsehbaren Unglücks hervorzubringen. Aber wird er auch immer mit gehöriger Gewissenhaftigkeit und Schärfe erwogen? – Wenn ein Kranker von unheilbaren Uebeln gepeinigt wird, wenn er sich selbst den Tod wünscht, wenn Schwangerschaft Krankheit und Lebensgefahr erzeugt, wie leicht kann da, selbst in der Seele des Besern, der Gedanke aufsteigen: Sollte es nicht erlaubt, ja sogar Pflicht sein, jenen Elenden etwas früher von seiner Bürde zu befreien, oder das Leben der Frucht dem Wohle der Mutter aufzuopfern? – So viel Scheinbares ein solches Raisonement für sich hat, so sehr es selbst durch die Stimme des Herzens unterstützt werden kann, so ist es doch falsch, und eine darauf gegründete Handlungsweise würde im höchsten Grade unrecht und strafbar sein. Sie hebt geradezu das Wesen des Arztes auf. Er soll und darf nicht anderes thun, als Leben zu erhalten; ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Werth habe oder nicht, dies geht in nichts an, und masst ersich einmal an, diese Rücksicht mit in sein Geschäft auszunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate; denn ist einmal die Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Nothwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweiser Progressionen, um den Unwerth und folglich die Unnöthigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden.“*

nierende Ausstrahlungskraft auf die verfasste Ärzteschaft haben, so ernüchternd mag die Feststellung sein, dass das

„auslösende Moment für die Bemühungen um die Legitimation aktiver Sterbehilfe der Respekt vor dem Willen des Lebensmüden ist, der weder bevölkerungspolitischer Unterstützung bedarf, noch der Abwertung durch übermenschliche Lebenskonzepte oder etwa einer Lebenspflicht gegenüber der Gesellschaft zugänglich ist“⁷¹,

schlicht in Vergessenheit geraten ist und Lüderssen mit seiner These durchaus Recht hat, wonach nur derjenige dieses sichere Urteil aufrechterhalten kann,

„wer es ernst meint mit der Nichthintergebarkeit der menschlichen Individualität und Freiheit, dieser vorläufig letzten Bastion intellektueller Aufklärung. Dazu gehört der Abschied von der Illusion, der Mensch könne, auch wenn er die Freiheit wähle, bei externen Autoritäten Zuflucht suchen. Die Quellen unserer Orientierungen sind zwar unendlich, aber wir können ihre Herkunft nicht verbindlich machen, sondern nur die unerforschliche Produktion des Selbst mit vergleichbaren Vorgängen bei anderen Menschen koordinieren.“⁷²

In diesem Sinne geht es in erster Linie darum, einen „Kulturkampf um das selbstbestimmte Sterben“ zu entschärfen und sich auf das zu konzentrieren, was nach

⁷¹ So Lüderssen, Klaus, Aktive Sterbehilfe – Rechte und Pflichten, in JZ 2006, S. 689 – 695(689); Hervorh. v. Verf.

⁷² Lüderssen, Klaus, ebenda; Hervorh. v. Verf.

dem Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe durch den 114. Deutschen Ärztetag (2011) geboten ist: Die Besinnung auf fundamentale Grundrechte, deren Grund und Reichweite nicht aus rein intraprofessioneller Sicht der Medizin- resp. Arztethik erschlossen werden kann.

„Ohne uns Juristen geht es nicht“⁷³, zumindest nicht bei den Fragen am Ende eines Lebens, mögen wir dafür auch als „lästige oder ungeliebte Juristen“ gescholten werden.

Mit anderen Worten: Auch wenn vielfach in dem Diskurs über die Frage der Liberalisierung der ärztlichen Suizidassistenz die Medizinethik dominiert, so sind die Juristen nicht von der (manchmal hohen) Last entbunden, sich auf der Grundlage des Rechts zu positionieren, freilich auch um den Preis, zum Kreis der sog. „Überzeugungstäter“ gezählt zu werden.

„Auf moralische Fragen muss jeder seine eigenen Antworten geben. Andere und vor allem der Staat können dabei vielleicht eine Hilfestellung leisten; sie dürfen Antworten und Entscheidungen aber nicht einfach vorgeben. Auch bedarf es dazu zwar der Gewissensbildung, nicht aber eines besonderen Sachverstands“, so schreibt der Nationale Ethikrat⁷⁴ zu einer Tagung „Ethik aus

⁷³ Instruktiv zu diesem Gedanken: Steffen, Erich, Mit uns Juristen auf Leben und Tod, Hrsg. Hans Lilie, Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht, Bd. 7, 2007: „Denn auch wenn es die Philosophen und die Ethiker und die Naturwissenschaftler und die Kirchen beleidigen muss: Es ist auch eine Aufgabe der Jurisprudenz, zu sagen, wann Leben beginnt und wann es endet; dies aus mehreren Gründen.“ (S. 1)

⁷⁴ Vgl. dazu Wortprotokoll des Nationalen Ethikrats v. 19.04.2007 – Ethik aus Expertenhand – online unter >>>>

Expertenhand“. In diesem Zusammenhang stehend ist die Erkenntnis des Soziologen Wolfgang van den Daele nachdrücklich in Erinnerung zu rufen:

„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.“⁷⁵

Und in der Tat: Auch Juristen haben ihre (rechts-)ethischen Überzeugungen. Insofern bekennt sich der Autor zur grundlegenden und im Kern nicht verhandelbaren Überzeugung⁷⁶, dass das Selbstbestimmungsrecht neben der Würde das höchste Gut des Menschen ist,

http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Wortprotokoll_Ethik_aus_Expertenhand_2007-04-19.pdf; aufgerufen letztmalig am 09.12.11.

⁷⁵ Van den Daele, in Wortprotokoll des Nationalen Ethikrats v. 19.04.2007 – Ethik aus Expertenhand –, S. 24.

⁷⁶ Nur zu Klarstellung: Mit diesem Bekenntnis soll nicht zum Ausdruck gebracht werden, sich nicht auf die jeweils im Diskurs vertretenen Argumenten einzulassen. Diese „Werthaltung“ ist einzig meiner dem Verfassungsrecht entnommenen „Leitmaxime“ geschuldet und einer – zugegebenen – kritischen Distanz zur Philosophie und Ethik im Allgemeinen und einer kollektiven berufsständischen Arztethik im Besonderen. Insofern dokumentiert die hier vorgelegte Untersuchung meine unverrückbare Werthaltung. Vgl. in diesem Sinne wohl auch Kreß, Hartmut, Medizinische Ethik – Grundrechtsschutz/Selbstbestimmungsrechte/heutige Wertkonflikte, 2. Aufl. (2009), S. 54: „Das Recht auf Selbstbestimmung bzw. der Gedanke der Patientenautonomie sind im modernen, auf die Philosophie und Ethik der Aufklärungsepoche gestützten Urteilshorizont unaufgebar. Letztlich beruht das Leitbild der Freiheit und individuellen Selbstbestimmung auf der Menschenwürde selbst.“

wohlwissend, dass dieses Selbstbestimmungsrecht nicht zur Fremdbestimmung über Dritte führen kann.

Dieses „Bekenntnis“ im Vorfeld der nachfolgenden Überlegungen erscheint mir persönlich deshalb geboten, weil sich hieraus für die Bearbeitung eines Konfliktthemas gleichsam Grundannahmen und quasi „Bedingungen“ ergeben, die in besonderer Weise herauszukristallisieren und zu betonen vielleicht den „Gewinn“ einer wiederholten Bearbeitung der (Verfassungsrechts-)Fragen⁷⁷ am Ende eines Lebens ausmachen könnten.

Ohne Frage kann – besser soll – der Jurist mit seiner Wissenschaftsdisziplin „nur“ Teilaspekte eines Diskurses erfassen und somit Ausschnitte erörtern. Diese „Selbstbestimmung“⁷⁸ des Juristen, so wünschenswert und vielfach sie auch geboten sein mag, findet allerdings dort ihre Grenze, wo andere Wissenschaftsdisziplinen sich das exklusive Recht ausbedingen, eine intraprofessionell verbindliche Wertordnung zu etablieren, in der das Individuum einer kollektiven Idee in Gestalt eines Arztethos

⁷⁷ Grundlegend dazu vor allem Linke, Tobias, Grundrechtliche Spannungslagen am Lebensende – Zur Bedeutung der grundrechtlichen Abwehrrechte, Schutzpflichten und Leistungsaspekte für die Sterbehilfe (2004); Antoine, Jörg, Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung (2004); Fink, Udo, Selbstbestimmung und Selbsttötung: verfassungsrechtliche Fragestellungen im Zusammenhang mit Selbsttötungen (1992); Hohenstein, Anne, Die Einführung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland – Lässt sich das Recht auf den eigenen Tod begründen? (2003); Kämpfer, Ulf, Die Selbstbestimmung Sterbewilliger. Sterbehilfe im deutschen und amerikanischen Verfassungsrecht (2005)

⁷⁸ Dazu u.a. Häberle, aaO., Menschenbild, S. 74.

geopfert wird, so dass das Recht eine der vornehmsten Aufgaben wahrzunehmen hat: Die stetige Erinnerung und Mahnung daran, dass die Subjektstellung des Individuums (eigentlich!) nicht verhandelbar ist, auch nicht um den Preis eines Menschenbildes, das aus anderen Wissenschaften generiert wird und letztlich auch nicht aus einem Weltbild, das etwa Philosophen, Naturwissenschaftlern, Theologen und in der Folge eben auch Medizinethiker zu skizzieren beabsichtigen.

Nicht nur die Befürworter, sondern auch die Gegner einer Liberalisierung des ärztlichen Berufsrechts und der hierin enthaltenen Verbotsnorm bleiben aufgerufen, sich ein Stückweit zu bescheiden und zu disziplinieren und der engagierte Philosoph oder Ethiker wird sich bei all seinen Bemühungen stets vergegenwärtigen müssen, dass der schwersterkrankte Patient mit seinem frei verantwortlichen Suizidwunsch wohl kein besonderes Interesse an einer philosophischen Vorlesung⁷⁹ hegen dürfte, die im

⁷⁹ Im Rahmen der Debatte um die Patientenverfügung hat Horst Dreier in einem Interview pointiert darauf hingewiesen, dass er es für völlig abwegig hält, dass anstelle seines Willens, den er klar dokumentiert hat, „so eine Art diskursives Oberseminar von Ärzten, Pflegern, Verwandten und Priestern tritt“, "Das war schon grenzwertig" – Der Würzburger Verfassungsrechtler Horst Dreier über den nahen 60. Geburtstag des Grundgesetzes, Menschenwürde, die Freiheit in der Debatte über die Patientenverfügung – und seine Nichtwahl zum Karlsruher Verfassungsrichter, Interview Jan Feddersen (28.03.2009), in taz.de >>> <http://www.taz.de/1/archiv/print-archiv/printressorts/digi-artikel/?ressort=do&dig=2009/03/28/a0001&cHash=30113ac257> <<<<aufgerufen am 11.10.11; auch Dörner neigt nicht dazu, den Angehörigen, „die in ihrer vollen Betroffenheit vor die Frage gestellt sind, ob zur weiteren Ernährung ihres schwerstpflegebedürftigen Angehörigen, der sich die Nasensonde bereits mehrfach selbst gezogen hat, jetzt eine PEG gelegt werden soll oder

Zweifel an seinem Krankenbett (ggf. von mehreren Personen verschiedener Wissenschaftsdisziplinen) gehalten wird. Noch weniger steht es uns Diskutanten zu, ihm gegenüber mehr oder minder direkt den Vorwurf zu erheben, dass „es (...) unanständig (ist), wenn Menschen die Gesellschaft dazu zwingen wollen, auch noch den Tod für sie zu organisieren oder ihn gar herbeizuführen“.⁸⁰

Mag auch die Selbstbestimmung ein schlichtes Wort für eine sehr komplexe Materie sein, wie Dietmar Mieth⁸¹ zu bedenken gibt, so liegt gerade in dieser Schlichtheit eine in bioethischen Diskursen verfassungsrechtliche Binsenweisheit, die sich nur dann dem Mediziner, Philosophen oder Ethiker erschließt, wenn und soweit diese ihr Verhältnis zu den Freiheitsrechten und den damit intendierten Funktionen überdenken und in diesem Sinne zugleich auch die notwendige Distanz zu einem philosophischen

nicht“, aus der Rechtsphilosophie Hegels vorzulesen, wengleich er doch unmittelbar hieran anschließend mahnt, dass es hilfreich für die öffentliche Debatte der Patientenverfügung sein könne, „differenziert nachzudenken, um eine vor dem eigenen Gewissen begründbare Entscheidung hier zu finden“, Dörner, Klaus; Timmermanns, Paul, Für den Fall, dass ... soll gelten ...“ – Zum Verhältnis von Ethik und Recht – Hintergrundrauschen in der gesellschaftlichen Debatte der Patientenverfügung, in Die Hospiz-Zeitschrift (2007), S. 4-10(6).

⁸⁰ So aber Axel W. Bauer, Angemerkt! Auf Leben und Tod – Kontra: Suizidhilfe ist unethisch, in Gehirn & Geist v. 14.06.2010; online unter <http://www.gehirn-und-geist.de/artikel/1034087>, online abgerufen am 05.10.11.

⁸¹ Dietmar Mieth, Grenzenlose Selbstbestimmung? – Der Wille und die Würde Sterbender (2008), S. 105.

Erbe bewahren. Gerade bei den Fragen am Ende des Lebens wird es nicht selten zur Last.

Die von Häberle angedachte Selbstbescheidung des Juristen muss aber m.E. dann in eine „Überzeugungstäterschaft“ auch eines Juristen führen, wenn es darum geht, das Individuum im Zentrum des Rechts zu bewahren:

„Das Subjekt ist zwar gestuft in Solidaritätsbereiche eingebunden, aber es bleibt der »archimedische Punkt«. Das Kollektiv ist sekundär.“⁸²

Andererseits wird nicht verkannt, dass sich mit einer Mehrheitsentscheidung gleichsam ein demokratischer Legitimationseffekt einstellen kann und hiervon die Moral resp. berufsständische Ethik nicht ausgenommen zu sein scheint⁸³.

Gleichwohl regt sich hier ein prinzipielles Unbehagen, auch wenn der Hinweis auf die demokratische Legitimationsbasis der guten arztethischen Mehrheitsentscheidung durchaus schwer wiegt und zwar insbesondere unter dem Aspekt der Sicherung grundrechtlicher Freiheiten durch „Organisation und Verfahren“.⁸⁴

⁸² Häberle, ebenda, S. 77.

⁸³ „Diese Mehrheitsentscheidung ist für diejenigen, die mit ihrer Position moralisch unterliegen, genau deshalb akzeptabel, weil es sich um eine Machtentscheidung handelt“, so Van den Daele, aaO., S. 25.

⁸⁴ Die Prozeduralisierung moralischer und ethischer Konflikte mit der Intention, die Konflikte ggf. in einem demokratischen Verfahren entschärfen zu wollen, kommt m.E. allerdings einem Damoklesschwert gleich, in dem der Träger von subjektiven und höchst persönlichen Grundrechte geradezu „enthaupet“ wird, so dass etwa seine individuelle Gewissensentscheidung

Hier soll zunächst nur festgestellt werden, dass Verfassungsinterpretation beileibe keine Hobbyphilosophie ist⁸⁵, und zwar ungeachtet der Tatsache, dass Ärztesfunktionären und freilich auch der Zunft der Medizinethiker das selbstverständliche und zentrale Recht zu konzederen ist, sich in einer Wertedebatte zu Wort zu melden und letztlich ihre Glaubens- und Gewissensentscheidung zu verkünden⁸⁶.

Auf der Suche nach einem Konsens

Es kann hier also nur darauf ankommen, gleichsam eine Brücke zwischen den Gräben der Ärzteschaft resp. den Medizinethikern und den Juristen zu schlagen, deren Grundpfeiler aus der Verfassung und ggf. dem einfach-

zwar nicht auf ewig, aber letztlich mit einer demokratisch legitimierten Mehrheitsentscheidung normativ präjudiziert worden ist und zwar längstens bis zu dem Zeitpunkt, wo sich ggf. die „Mehrheiten“ ändern werden oder halt nicht. Hierauf wird später noch einzugehen sein, könnte doch hierin zugleich auch ein Argumentationsstrang erblickt werden, wonach das Verbot der ärztlichen Suizidassistentz „formal“ in Ordnung sei, weil in einem demokratischen Verfahren legitimiert.

⁸⁵ So richtig Starck (Hrsg.), Kommentar zum Grundgesetz, Band 1: Präambel, Artikel 1 bis 19, 5. Aufl., Starck, Art. 1 Abs. 1, Rdnr. 4.

⁸⁶ Dass hierbei nicht selten die „Gebote“ des wissenschaftlichen Arbeitens vernachlässigt werden, ist zu bedauern, wenngleich so ungewöhnlich dieser zu ziehende Befund nicht ist, wenn wir uns vor Augen halten, dass gleichsam fundamentalistisch anmutenden Ideologien aufeinander prallen und gerade dieser Fundamentalismus für eine „Überzeugungstäterschaft“ auch und gerade in ethischen Grundsatzdebatten symptomatisch ist. Im Übrigen gilt dies freilich auch für die Protagonisten einer Suizidassistentz, bei denen nicht wenige ebenso wie namhafte Ärztesfunktionäre und Medizinethiker dazu übergegangen sind, „Botschaften“ ohne eine nachvollziehbare Argumentation zu verkünden.

gesetzlichen Recht zu entnehmen sind, mögen sich auch in der Verfassungsrechtswissenschaft hinsichtlich der Sterbehilfe-Problematik zwei Lager unversöhnlich gegenüberstehen.

Das Spannungsverhältnis zwischen intraprofessioneller Medizinethik und Recht muss jedenfalls zuvörderst aus der Sicht einer Arzt-Patienten-Beziehung befriedet werden. Da scheint mir die Rechtswissenschaft durchaus aufgerufen zu sein, an unverrückbaren Positionen festzuhalten, auch wenn sich hierdurch die Zunft der Rechtswissenschaftler den Unmut der Mediziner oder Ethiker zuziehen wird.

Hierbei wird freilich nicht verkannt, dass grundlegende Unterschiede zwischen dem ärztlichen und dem juristischen Denken bestehen und dass insbesondere Mediziner den „hilfsbedürftigen, schwachen, nicht immer sein Selbstbestimmungsrecht wahrnehmenden Kranken“ vor sich sehen, dessen Wohl ihnen oberstes Gebot ist. Demgegenüber gehen die Juristen von einem freien und selbstverantwortlich entscheidenden Menschen aus, dessen Wille unbedingt zu akzeptieren ist.⁸⁷

⁸⁷ Vgl. dazu Katzenmeier, Christian, *Arzthaftung* (2002), S. 66, mit Hinweis darauf, dass Mediziner sich meist engagiert und nicht ohne Emotionen der Zukunftsgestaltung widmen, während demgegenüber Juristen kühl, logisch und distanziert bei ihrer Aufgabe der Vergangenheitsbewältigung verfahren. Auch Katzenmeier weist darauf hin, dass die unterschiedlichen Ausgangspunkte, Methoden und Denkweisen in der Vergangenheit zu scharfen Auseinandersetzungen zwischen den verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen geführt haben, (S. 66 m.w.N).

Trotz aller bestehenden Differenzen zwischen den Medizinern und den Juristen verbleibt es allerdings bei der Notwendigkeit einer wünschenswerten Konsensbildung, „soll am Ende nicht der Patient, um dessen Wohl es Juristen und Mediziner geht, Schaden leiden“.⁸⁸

Entscheidend ist und bleibt der Wunsch eines Patienten nach einem würdevollen Sterben, auch wenn auf dem frei verantwortlichen Sterben eine Jahrtausend alte Philosophiegeschichte lastet.

Auch wenn allgemein davon ausgegangen werden kann, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient weit mehr als nur eine „juristische Vertragsbeziehung“ ist⁸⁹, bewegt sich der Arzt gleichwohl bei der Ausübung seiner Tätigkeit in den allgemein gültigen Normen des Zivil- und des Strafrechts⁹⁰ und freilich auch den Normen des Verfas-

⁸⁸ Katzenmeier, ebenda, S. 67.

⁸⁹ Katzenmeier, ebenda

⁹⁰ Stets ist zu vergegenwärtigen, dass der Heileingriff nach der ständigen Rechtsprechung tatbestandlich als Körperverletzung nach §§ 223 StGB zu qualifizieren ist und dass das Verdikt der strafrechtlichen Rechtswidrigkeit „nur“ dadurch entfällt, wenn der Patient vor dem Heileingriff seine rechtfertigende Einwilligung (freilich nach erfolgter Aufklärung) erteilt hat. Dies zu akzeptieren, mag sicherlich nicht einfach sein, zumal durchaus gute Gründe dafür streiten, dass die ärztliche Heilbehandlung nach ihrem sozialen Sinngehalt genau das Gegenteil einer Körperverletzung sei, wobei allerdings nicht verkannt werden darf, dass das Rechtsgut des § 223 StGB insbesondere auch die körperliche Integrität miteinschließt und damit zugleich auch das Selbstbestimmungsinteresse des Patienten. Vgl. dazu allerdings die herrschende Meinung im Schrifttum, die gegenüber der Rspr. die Auffassung vertritt, dass der ärztliche Heileingriff nicht dem Tatbestand der Körperverletzung unterfalle. Dazu statt vieler m.w.N. Tröndle/Fischer, Strafgesetzbuch und Nebengesetze, 50. Aufl. (2001), § 223 Rdnr. 9b m.w.N. Insofern kommt

sungsrechts, und zwar unabhängig davon, dass sich die Ärzteschaft selbst über ihr eigenes Standesrecht in weiten Teilen bei ihrer Berufsausübung (rechtlichen) Bindungen unterworfen hat.

In diesem Sinne geht es zum einen um die Einwirkung des Verfassungsrechts auf die Feststellung, den Inhalt und die Auslegung des einfachen Rechts und damit letztlich um die Wahrung grundlegender Verfassungsprinzipien, die zu Achtung und zum Schutz der Würde und der Freiheit des Menschen und seines Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit verpflichten⁹¹. Zum anderen geht es um die Ausstrahlungswirkung zentraler Verfassungsprinzipien an einer Schnittstelle, die vorliegend von besonderem Interesse ist: das ärztliche Berufs- und Stan-

der rechtfertigenden Einwilligung des Patienten gerade vor dem Hintergrund der Gewährleistung der Patientenautonomie und dem Schutz des Selbstbestimmungsrechts eine überragende Funktion zu und da der Gesetzgeber bis zum heutigen Tage davon Abstand genommen hat, einen eigenen Tatbestand des eigenmächtigen ärztlichen Heileingriffs zu normieren, kann davon ausgegangen werden, dass er die derzeitige Interpretation durch die Rechtsprechung für zutreffend erachtet.⁹⁰

Nicht nur die Gesundheit und körperliche Unversehrtheit, sondern auch das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten soll nach der Rspr. über § 223 StGB geschützt werden und von daher strahlt das Verfassungsrecht unmittelbar in die Arzt-Patienten-Beziehung hinein; Ausstrahlungswirkungen, die freilich nicht ohne Folgen bleiben und zwar jenseits einer strafrechtlichen Diskussion darüber, ob der ärztliche Heileingriff eine Körperverletzung sei oder nicht.

⁹¹ BVerfG 52, 131 – Arzthaftungsprozess, Sondervotum

desrecht⁹², das in einer besonderen Weise von der Arzt- resp. Medizinethik durchdrungen zu sein scheint.

Das ärztliche Berufs- und Standesrecht

Hier kann festgestellt werden, dass das Recht der ärztlichen Berufsausübung (im Gegensatz zur Zulassung zum ärztlichen Heilberuf⁹³) der ausschließlichen Gesetzgebungskompetenz der Länder unterliegt, so dass die einzelnen Bundesländer in eigener Verantwortung die inhaltliche Gestaltung der Berufsausübung wahrzunehmen haben.

Alle Bundesländer haben Kammer- und Heilberufsgesetze erlassen, in denen die gesetzlichen Regelungen über die ärztlichen Heilberufe enthalten sind.⁹⁴

Hierbei haben die Länder in den Kammer- und Heilberufsgesetzen neben einer Generalpflichtenklausel nur in Grundzügen die Berufspflichten der Ärztinnen und Ärzte

⁹² Grundlegend zu den Standesordnungen der freien Berufe: Taupitz, Jochen, Die Standesordnungen der freien Berufe - Geschichtliche Entwicklungen, Funktionen, Stellung im Rechtssystem (1991); ebenso Kleine-Cosack, Berufsständische Autonomie und Grundgesetz (1986).

⁹³ Hierunter fallen „nur“ Regelungen zu Erteilung und Verlust der Approbation, mithin also solche Regelungen, die den Zugang oder die Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Heilberufs betreffen, vgl. dazu die Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist.

⁹⁴ Zur Entstehungsgeschichte vgl. dazu statt vieler: Taupitz, Jochen, Die Standesordnungen der freien Berufe – Geschichtliche Entwicklungen, Funktionen, Stellung im Rechtssystem (1991), S. 203 ff.

normiert, im Übrigen aber die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften dazu ermächtigt, die Berufspflichten der Ärzteschaft in den Berufsordnungen (näher) zu bestimmen.⁹⁵

Die ärztlichen Berufsordnungen sind im Rechtssinne Satzungen autonomer Verbände und insbesondere nach der Auffassung des BVerfG hat die

„Verleihung von Satzungsautonomie ihren guten Sinn darin, gesellschaftliche Kräfte zu aktivieren, den entsprechenden gesellschaftlichen Gruppen die Regelung solcher Angelegenheiten, die sie selbst betreffen und die sie in überschaubaren Bereichen am sachkundigsten beurteilen können, eigenverantwortlich zu überlassen und dadurch den Abstand zwischen Normgeber und Normadressat zu verringern. Zugleich wird der Gesetzgeber davon entlastet, sachliche und örtliche Verschiedenheiten berücksichtigen zu müssen, die für ihn oft schwer erkennbar sind und auf deren Veränderungen er nicht rasch genug reagieren könnte. Das Bundesverfassungsgericht hat niemals in Zweifel gezogen, dass sich der Autonomiegedanke sinnvoll in das System der grundgesetzlichen Ordnung einfügt.“⁹⁶

Auch wenn mit dem BVerfG hier davon ausgegangen wird, dass sich der Autonomiegedanke sinnvoll in das

⁹⁵ Vgl. dazu statt vieler: Heberer Jörg, Das ärztliche Berufs- und Standesrecht (1991), S. 265.

⁹⁶ BVerfGE 33, 125 – Facharzt, zit. nach DFR (Abs. 118); online unter DFR >>> <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv033125.html> <<<.

System der grundrechtlichen Ordnung einfügt, sind allerdings Bedenken nicht von der Hand zu weisen, dass sich im Zweifel hieraus auch Gefahren ergeben können, weil sich der Staat prinzipiell der Möglichkeit begibt, „seine Schutzpflichten gegenüber jenen Bürgern wahrzunehmen, die der staatlich legitimierten Machtausübung gesellschaftlicher Verbände ausgeliefert sind“.⁹⁷

Hier gilt es zunächst festzuhalten, dass das BVerfG keinen Zweifel daran aufkommen lässt, dass sich einerseits der Autonomiegedanke sinnvoll in das System der grundrechtlichen Ordnung einfügen lässt, und dass andererseits gerade diese grundgesetzliche Ordnung der Verleihung und der Ausübung von Satzungsgewalt bestimmte Grenzen setzt.

Wegen der Bedeutung der zentralen Aussagen des BVerfG⁹⁸ und der grammatikalischen Eindeutigkeit der insoweit markierten Grenzen, soll hier *pars pro toto* zitiert werden:

Aus Art. 80 Abs. 1 GG lässt sich eine solche Begrenzung nicht unmittelbar herleiten (vgl. BVerfGE 12, 319 [325]; 19, 253 [267]; 21, 54 [62]; 32, 346 [360 f.]). Denn es macht einen erheblichen Unterschied aus, ob der Gesetzgeber seine – der Materie nach prinzipiell unbeschränkte und allen Bürgern gegenüber wirksame – Normsetzungsbefugnis an eine Stelle der bürokratisch hierarchisch organisierten staatlichen Exekutive abgibt oder ob er

⁹⁷ Sickor, Jens Andreas, Normenhierarchie im Arztrecht (2005), S. 153.

⁹⁸ BVerfG, ebenda, Abs. 120 ff.; Hervorh. v. Verf.

*innerhalb eines von vornherein durch Wesen und Aufgabenstellung der Körperschaft begrenzten Bereichs einen bestimmten Kreis von Bürgern ermächtigt, durch demokratisch gebildete Organe ihre eigenen Angelegenheiten zu regeln. Das Bedürfnis, eine Macht zu zügeln, die versucht sein könnte, praktisch-effiziente Regelungen auf Kosten der Freiheit der Bürger durchzusetzen, ist, wie die geschichtliche Erfahrung bestätigt, im ersterwähnten Fall ungleich fühlbarer. Ihm trägt Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG Rechnung; für eine **Erweiterung des Geltungsbereichs der Bestimmung auf eine Rechtsetzungsdelegation der hier vorliegenden Art gibt es keinen zulänglichen Grund.***

*Trotzdem bleibt auch im Rahmen einer an sich zulässigen Autonomiegewährung der Grundsatz bestehen, dass der **Gesetzgeber sich seiner Rechtsetzungsbefugnis nicht völlig entäußern und seinen Einfluss auf den Inhalt der von den körperschaftlichen Organen zu erlassenden Normen nicht gänzlich preisgeben darf.** Das folgt sowohl aus dem Prinzip des Rechtsstaats wie aus dem der Demokratie. Fordert das eine, die öffentliche Gewalt in allen ihren Äußerungen auch durch klare Kompetenzordnung und Funktionentrennung rechtlich zu binden, so dass **Machtmissbrauch verhütet und die Freiheit des Einzelnen** gewahrt wird, so gebietet das andere, dass jede Ordnung eines Lebensbereichs durch Sätze objektiven Rechts auf eine Willensentschließung der vom Volke bestellten Gesetzgebungsorgane muss zurückgeführt werden können. **Der Gesetzgeber darf seine vornehmste Aufgabe nicht anderen Stellen innerhalb oder außerhalb der Staatsorganisation zu freier***

Verfügung überlassen. Das gilt besonders, wenn der Akt der Autonomieverleihung dem autonomen Verband nicht nur allgemein das Recht zu eigenverantwortlicher Wahrnehmung der übertragenen Aufgaben und zum Erlass der erforderlichen Organisationsnormen einräumt, sondern ihn zugleich zu **Eingriffen in den Grundrechtsbereich** ermächtigt. Dem staatlichen Gesetzgeber erwächst hier eine **gesteigerte Verantwortung**: Der verstärkten Geltungskraft der Grundrechte entspricht die besondere Bedeutung aller Akte staatlicher Gewaltausübung, welche die Verwirklichung und Begrenzung von Grundrechten zum Gegenstand haben. **Das Grundrecht der Berufsfreiheit im Besonderen steht in engem Zusammenhang mit der Entfaltung der Persönlichkeit, deren Freiheit und Würde nach der Ordnung des Grundgesetzes der oberste Rechtswert ist** (vgl. BVerfGE 7, 377 [400 ff.]; 13, 97 [104, 113]; 19, 330 [336 f.]).

Der Rang dieses Grundrechts gebietet daher, dass die freie Selbstbestimmung des Einzelnen nur so weit eingeschränkt werden darf, wie es die Interessen der Allgemeinheit erfordern. Die Berücksichtigung dieses Allgemeininteresses entsprechend den Bedürfnissen des sozialen Rechtsstaats sicherzustellen, ist der Zweck des Regelungsvorbehalts in Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG. Indem aber das Grundgesetz diese Regelungsbefugnis in die Form des Gesetzesvorbehalts kleidet, überträgt es in erster Linie dem Gesetzgeber die Entscheidung darüber, welche Gemeinschaftsinteressen so gewichtig sind, dass das Freiheitsrecht des Einzelnen zurücktreten muss. **Dieser Entscheidungspflicht kann sich der demokratische Gesetzgeber nicht beliebig entziehen.**

*Vielmehr ist in einem Staatswesen, in dem das Volk die Staatsgewalt am unmittelbarsten durch das von ihm gewählte Parlament ausübt, vor allem dieses Parlament dazu berufen, im öffentlichen Willensbildungsprozeß unter Abwägung der verschiedenen, unter Umständen widerstreitenden Interessen über die von der Verfassung offengelassenen Fragen des Zusammenlebens zu entscheiden. **Der Staat erfüllt hier durch seine gesetzgebende Gewalt die Aufgabe, Hüter des Gemeinwohls gegenüber Gruppeninteressen zu sein.***

*Andererseits würden die **Prinzipien der Selbstverwaltung und der Autonomie**, die ebenfalls im demokratischen Prinzip wurzeln und die dem freiheitlichen Charakter unserer sozialen Ordnung entsprechen, nicht ernst genug genommen, wenn der **Selbstgesetzgebung autonomer Körperschaften so starke Fesseln angelegt würden**, dass ihr Grundgedanke, die in den gesellschaftlichen Gruppen lebendigen Kräfte in eigener Verantwortung zur Ordnung der sie besonders berührenden Angelegenheiten heranzuziehen und ihren Sachverstand für die Findung richtigen" Rechts zu nutzen, nicht genügend Spielraum fände. **Deshalb kann es dem Gesetzgeber auch im Bereich berufsrechtlicher Regelungen nicht verwehrt sein, Berufsverbände mit Satzungs Gewalt auszustatten.***

***Er muss dabei jedoch berücksichtigen, dass die Rechtsetzung durch Berufsverbände spezifische Gefahren für die Betroffenen und für die Allgemeinheit mit sich bringen kann.** Zum Nachteil der Berufsanfänger und Außenseiter kann sie ein Übergewicht von Verbandsorganen oder ein verengtes Standesdenken begünstigen,*

das notwendigen Veränderungen und Auflockerungen festgefügtter Berufsbilder hinderlich ist. Solchen Gefahren, die der Freiheit des Einzelnen durch die Macht gesellschaftlicher Gruppen drohen, vorzubeugen und die Interessen von Minderheiten und zugleich der Allgemeinheit zu wahren, gehört mit zu den Funktionen des Gesetzesvorbehalts.

*Ob hiernach ein Berufsverband zu berufsregelnder Rechtsetzung ermächtigt werden darf **und** welche Anforderungen im Einzelfall an die Ermächtigung zu stellen sind, hängt von der jeweiligen **Intensität des Eingriffs** ab. Die in der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung entwickelte, am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ausgerichtete Stufentheorie (vgl. BVerfGE 7, 377 [401 ff.]; 23, 50 [56]; 25, 1 [11 f.]) kann entsprechend herangezogen werden. Sie ergibt als leitendes Prinzip, dass Regelungen, die die Freiheit der Berufswahl und dadurch sogar schutzwürdige Interessen von Nichtmitgliedern (Berufsanwärtern) berühren, insofern also den Kreis "eigener" Angelegenheiten überschreiten, vom Gesetzgeber selbst getroffen werden müssen; allenfalls Einzelfragen fachlich-technischen Charakters könnten in dem vom Gesetzgeber gezogenen Rahmen auch durch Satzungsrecht eines Berufsverbandes geregelt werden. Handelt es sich hingegen um Berufsregelungen, die lediglich in die Freiheit der Berufsausübung von Mitgliedern eines Verbandes eingreifen, bestehen keine grundsätzlichen Bedenken dagegen, diesen Verband zur Normgebung zu ermächtigen. **Aber auch hier muss das zulässige Maß des Eingriffs in den Grundrechtsbereich umso deutlicher in der gesetzlichen Ermächtigung bestimmt wer-***

den, je empfindlicher die freie berufliche Betätigung beeinträchtigt, je intensiver eine auf Dauer angelegte Lebensentscheidung des Einzelnen und das Interesse der Allgemeinheit an der Art und Weise der Tätigkeit berührt werden. Einschneidende, das Gesamtbild der beruflichen Betätigung wesentlich prägende Vorschriften über die Ausübung des Berufs sind auch hier dem Gesetzgeber zumindest in den Grundzügen vorzubehalten.

Selbstverständlich ist, dass das vom Verband gesetzte Recht seinem materiellen Inhalt nach mit höherrangigem Recht, vor allem mit dem Grundgesetz, voll in Übereinstimmung stehen muss.

Für die Beachtung dieser Schranke der Satzungsautonomie sorgt auch die - als Rechtsaufsicht ausgestaltete - Staatsaufsicht sowie die Rechtsweggarantie des Art. 19 Abs. 4 GG.⁹⁹

Für den weiteren Gang der Untersuchung stellt sich demzufolge die Frage, woraus sich die Grenzen für die Selbstverwaltung und den mit ihr verknüpften Autonomiegedanken ergeben können, auch wenn es im Übrigen hinreichend klar zu sein hat, dass die Standesordnungen als Regelungen im grundrechtlichen Schutzbereich der Berufsfreiheit (Art. 12 GG, aber freilich auch anderer Grundrechte!) der Ärztinnen und Ärzte einer hinreichend deutlichen gesetzlichen Grundlage bedürfen. Der durch die berufsregelnden Satzungsnormen hervorgerufene

⁹⁹ BVerfG, ebenda, Abs. 120 ff.; Hervorh. v. Verf.

Eingriff in den Schutzbereich der Berufsfreiheit bedarf somit einer ausdrücklichen Ermächtigung.¹⁰⁰

Nach diesseitiger Auffassung wird davon ausgegangen, dass die derzeitigen Kammer- und Heilberufsgesetze der Länder eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage für den Erlass von Berufsordnungen durch die Ärztekammern darstellen, so dass diesbezüglich eine allgemeine Prüfung der Ermächtigungsgrundlagen aus formeller Perspektive mit der Expertise nicht verbunden ist, auch wenn insbesondere Taupitz völlig zu Recht darauf hinweist, dass in Anbetracht mancher Berufsgesetze – so auch der Heilberufe – deren kompetenzübertragender Inhalt keineswegs immer offenkundig ist.¹⁰¹ Hieraus ergibt sich eigentlich, dass ein „genaues Durchmustern der bestehenden Kammergesetze (...) unvermeidlich (ist)“¹⁰². Wenn dies hier im Rahmen der Untersuchung über die verfassungsrechtlichen Implikationen der ärztlichen Suizidbeihilfe doch unterbleiben soll, dann in erster

¹⁰⁰ Sickor, ebenda, S. 136, mit Hinweis darauf, dass in der Diskussion um die konkreten Anforderungen an eine Ermächtigung in Teilen der Literatur erwogen wird, Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG entsprechend anzuwenden. Vgl. dazu auch Taupitz, Jochen, Die Standesordnungen der freien Berufe – Geschichtliche Entwicklungen, Funktionen, Stellung im Rechtssystem (1991), S. 625.

¹⁰¹ Taupitz, Jochen, Die Standesordnungen der freien Berufe – Geschichtliche Entwicklungen, Funktionen, Stellung im Rechtssystem (1991), S. 628.

¹⁰² Taupitz, ebenda; im Übrigen könnte es auch gegenwärtig Sinn machen, weitergehend zu den einzelnen Funktionen und der Stellung der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften gerade unter verfassungsrechtlichen Aspekten betrachtet Stellung zu beziehen; dies zu leisten, bleibe einer gesonderten Stellungnahme vorbehalten, so dass auf die einschlägige Fachliteratur verwiesen werden muss.

Linie mit Hinweis darauf, dass neben den formalen Aspekten eher weitere Grenzen des ärztlichen Satzungsrechts spätestens seit dem sog. „Facharztbeschluss“¹⁰³ des Bundesverfassungsrechts in den Fokus der Debatte gerückt worden sind, die nach einhelliger Auffassung zu einer grundlegenden Revision der Kammergesetze geführt haben.¹⁰⁴

Ungeachtet der Tatsache, dass im Bereich der Satzungsautonomie der Gesetzgeber aufgrund des allgemeinen Gesetzesvorbehaltes aufgefordert ist, wichtige Entscheidungen selbst zu treffen und zu Grundrechtseingriffen ermächtigende Autonomiezuweisungen hinreichend deutlich auszuweisen sind, erhebt sich zugleich auch die Frage, in welchem Umfang der Gesetzgeber Regelungen der Berufsausübungen überhaupt dem ärztlichen Selbstverwaltungsträger überantworten kann und darf?¹⁰⁵

¹⁰³ BVerGE 33, 125 – Facharzt, zit. nach DFR (Abs. 118); online unter DFR >>> <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv033125.html> <<<.

¹⁰⁴ Nach der hier vertretenen Auffassung gilt dies in einem besonderen Maße für die materiellrechtlichen Bindungen des „an sich“ autonomen Satzungsgebers, wonach das von den Ärztekammern gesetzte Recht mit dem Grundgesetz „voll in Übereinstimmung stehen muss“ (so das BVerfG in seinem „Facharztbeschluss“). Die Prüfung der Intensität des Eingriffs in das jeweilige Grundrecht im Rahmen der Beurteilung der Ermächtigungsgrundlage kann nicht ohne eine Bestimmung der materiell gewährleisteten Grundrechtsinhalte erfolgen, da von hier aus sich zugleich „Rückfragen“ an das zulässige Maß der grundrechtlichen Beeinträchtigung ergeben, die sich dann spiegelbildlich in der Ermächtigungsgrundlage wiederfinden lassen müssen.

¹⁰⁵ So auch Taupitz, Jochen, ebenda, S. 801, mit Hinweis darauf, dass sich aus dem Blickwinkel der Kammern die Frage stellt, „in welchem Umfange diese von einer scheinbar weiten Ermächtigung Gebrauch machen dürfen.“

Diese Frage ist beileibe nicht nur von akademischer Natur. Sie drängt sich insofern auf, weil gerade die hochaktuellen bioethischen Diskurse zumindest den Schluss nahe legen könnten, dass es sich hier in der Sache um fundamentale Fragen handelt, die eben nicht zu regeln einer – wenn auch in besonderer Weise dem Gemeinwohl verpflichteten – Berufsgruppe zu überantworten ist, sondern dass sich hier der parlamentarische Gesetzgeber seiner Verantwortung zu stellen hat.

Völlig zu Recht weist Taupitz in diesem Zusammenhang darauf hin, dass für eine Ausdehnung der „vorbeugenden Kontrollfunktion des Parlaments durch eine Ausweitung des parlamentarischen Regelungsvorbehalts“ insbesondere das sich wandelnde Staats- und Demokratieverständnis, aber auch die zunehmend gesteigerte Grundrechtssensibilität streiten, letztlich aber auch der nicht minder bedeutsame Umstand, dass die nachträgliche Rechtsaufsicht des Staates sich als unzureichendes Kontrollinstrument erwiesen hat. Zugleich wurde mit dem sog. „Facharztbeschluss“ des BVerfG der Weg dafür geebnet, dass dem Prinzip vom Vorbehalt des Gesetzes gegenwärtig durch die sog. Wesentlichkeitstheorie die Aufgabe zu kommt, die Entscheidungsfreiheit des parlamentarischen Gesetzgebers selbst einzuschränken¹⁰⁶.

Die Thematik um das frei verantwortliche Sterben in Würde ist in unserer Gesellschaft von derart zentraler Bedeutung, so dass jede intraprofessionelle Regelung daran gemessen werden muss, ob durch diese Rechtset-

¹⁰⁶ Taupitz, ebenda, S. 802.

zung nicht zugleich auch Gefahren für den Grundrechtsschutz, nicht nur für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte, sondern auch für die Patientinnen und Patienten entstehen und zwar insbesondere jenseits einer rein formalrechtlichen Betrachtungsweise. Das BVerfG hat in seinem Facharztbeschluss keinen Zweifel daran aufkommen lassen, dass einerseits das Grundrecht der Berufsfreiheit der Ärzteschaft in einem engen Zusammenhang mit der Entfaltung der Persönlichkeit, deren Freiheit und Würde nach der Ordnung des Grundgesetzes der oberste Rechtswert ist, steht, und das andererseits Einschränkungen in das Grundrecht nur insoweit hinnehmbar sind, wie es das Interesse der Allgemeinheit erfordert.

Zugespitzt formuliert geht es letztlich um die Frage, ob das in dem Diskurs stets bemühte Arztethos mit den sich daraus ggf. ableitbaren ethischen Bindungen für die gesamte Ärzteschaft ein so überragender Stellenwert beizumessen ist, dass hieraus im Interesse der Allgemeinheit, resp. der Gemeinschaftsinteressen, die Freiheitsrechte der einzelnen Ärztinnen und Ärzte zurücktreten müssen.

Wenn dies der Fall sein sollte, darf sich der Gesetzgeber dieser Entscheidung nicht beliebig entziehen, so dass zum einen zu prüfen wäre, ob das nunmehr verabschiedete Verbot der ärztlichen Suizidassistenz zu den Vorschriften zu zählen ist, die für das Gesamtbild der beruflichen Betätigung derart prägend ist, dass sich letztlich Hinweise in den Heilberufsgesetzen der einzelnen Länder finden lassen müssen, die zu einem solchen empfindlichen Eingriff ermächtigen und zum anderen eine aus der Sicht des

BVerfG für selbstverständlich erachtete Hürde gewahrt bleibt, wonach das von den ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften gesetzte Recht in Gestalt des Verbots der ärztlichen Suizidassistenz seinem materiellen Inhalt nach mit höherrangigem Recht – also hier vor allem mit dem Grundgesetz – voll in Übereinstimmung stehen muss.

An dieser Stelle soll zu bedenken gegeben werden, dass sich nach diesseitigem Eindruck keine eindeutigen Hinweise in den Heilberufsgesetzen der Länder finden lassen, die zum Erlass eines derartigen einschneidenden Verbots die Kammern ermächtigen würden. Angesichts der hohen Bedeutung des Arztethos und der Frage, was überhaupt zu den Aufgaben eines Arztes zu zählen ist, spricht einiges dafür, dass die Verbotsnorm über eine „einfache Berufsregelung“ hinausgeht, mit der nicht nur „lediglich“ in die Freiheit der Berufsausübung eingegriffen wird, sondern dass diese Verbotsnorm ggf. die Qualität einer sog. statusbildenden Norm dergestalt angenommen hat, von der das Gesamtbild der ärztlichen Tätigkeit gerade nach dem Selbstbekenntnis der BÄK und nach den Beschluss des 114. Deutschen Ärztetages abzuhängen scheint.

Gerade in diesem Sinne wird es zunächst darauf ankommen, sich intensiver die Grundlagen der ärztlichen Ethik anzunehmen.

„Das Grundgesetz ärztlicher Sittlichkeit“

Auch wenn der jeweilige Landesgesetzgeber den Ärztekammern die Aufgabe übertragen hat, neben der Überwachung der Berufspflichten durch die Kammermitglieder eine Berufsordnung in Form einer Satzung zu erlassen, aus denen sich dann eine Fülle von Berufspflichten ergeben können, die die Ärzteschaft treffen und die diese bei Ausübung ihrer Tätigkeit zu beachten haben, kann insbesondere mit J. Taupitz wohl davon ausgegangen werden, dass die Funktion freiberuflicher Standesordnungen sich beileibe nicht nur in der Normierung von beruflichen Pflichten erschöpft, sondern dass sich ihnen häufig ein gesteigertes Bedürfnis nach „sublegalen Pflichtenkodizes“ widerspiegelt.¹⁰⁷

Standesordnungen dienen also u.a. auch dazu, „eine »gemeinsame Auffassung« vom eigenen Beruf und damit eines der Merkmale des traditionellen soziologischen Standesbegriffs herzustellen und zu bewahren“. Im Kern geht es auch um die Festigung einer in sich konsistenten Rollendefinition bei den eigenen ärztlichen Berufsangehörigen.

Der Arztberuf wie auch das damit einhergehende Selbstbildnis scheint durch die vehement geführten ethischen Grundsatzdebatten über die Möglichkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe bedroht zu sein.

¹⁰⁷ Taupitz, Jochen, Die Standesordnungen der freien Berufe – Geschichtliche Entwicklungen, Funktionen, Stellung im Rechtssystem, 1991, S. 453.

Der Arzt als Heiler sah sich aus der Sicht der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften – allen voran durch die BÄK – schon in der Rolle als „Mechaniker des Todes“ und der hippokratische Eid mit seiner spezifischen Betonung des Fürsorge- und Nichtschädigungsgebots – gleichsam das „Grundgesetz ärztlicher Sittlichkeit“¹⁰⁸, welches seit mehr als zweieinhalb Jahrtausend Geltung beanspruchte, drohte ernsthaften Schaden zu nehmen.

Insofern darf hier zunächst unkritisch festgehalten werden, dass es aus intraprofessioneller Sicht der Bundesärztekammer wohl Zeit war, hier durch eine entsprechende Regelung in der Standesordnung das überlieferte Selbstbild des Arztberufes zu zementieren. So zeichneten sich innerhalb der Ärzteschaft selbst Auflösungserscheinungen mit Blick auf die Arztethik dergestalt ab, als dass sich immerhin mehr als ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte zumindest vorstellen könnte, an einem frei verantwortlichen Suizid mitzuwirken. Die radikalen Änderungen im gesellschaftspolitischen Umfeld und die zunehmenden Betonung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten erforderte erkennbar aus der Sicht der BÄK eine Verbotsnorm der ärztlichen Suizidbegleitung, mit der es weniger darauf ankam, sich neu zu orientieren und ggf. die Berufsrolle der Ärztinnen und Ärzte „neu“ auszurichten, sondern es schien vielmehr geboten, das eiserne *Grundgesetz der ärztlichen Sittlichkeit* zu bewahren.

¹⁰⁸ So expressis verbis Duttge, Gunnar, Der hippokratische Eid im Selbstbild des modernen Menschen, in Duttge (Hrsg.), Perspektiven des Medizinrechts im 21. Jahrhundert (2007), S. 4.

Die ärztliche Standesordnung erschöpft sich nicht allein darin, den Ärztinnen und Ärzten als Berufsangehörige bestimmte Verhaltensanweisungen für ganz konkrete Einzelfälle zu erteilen, sondern sie wird vielfach auch als ein Instrument gesehen, gleichsam als Mittel zur Internalisation bestimmter Verhaltenserwartungen und Werte dienstbar gemacht werden zu können, so dass eine Berufsgesinnung resp. Grundauffassung vom richtigen Verhalten bei der Ausübung des Berufs geschafft wird.¹⁰⁹

In diesem Sinne dienen die ärztlichen Standesordnungen u.a. auch dazu, zur Herausbildung eines besonderen Berufsethos beizutragen und, sofern bereits eingangs darauf hingewiesen worden ist, dass es eigentlich der Ärzteschaft als Profession überantwortet ist, den Inhalt und die Reichweite des Arztethos und des „Grundgesetzes ärztlicher Sittlichkeit“ eigenständig zu bestimmen, muss dies allerdings gerade in Anlehnung an den Facharztbeschluss des BVerfG kritisch hinterfragt werden, und zwar insbesondere mit Hinweis darauf, dass aus diesem „Grundgesetz der ärztlichen Sittlichkeit“ ethische Pflichten für die verfasste Ärzteschaft generiert werden, die – wenn auch nicht *expressis verbis* – so doch den einzelnen standesrechtlichen Pflichten gleichsam immanent sein sollen.

Gerade der hippokratische Eid mit seiner Betonung des Fürsorge- und Nichtschädigungsgebots ist auch noch heute eine zentrale Bezugsgröße vieler Ärztinnen und Ärzte (nicht zuletzt auch der Ärztefunktionäre), auch

¹⁰⁹ Taupitz, Jochen, Die Standesordnungen der freien Berufe – Geschichtliche Entwicklungen, Funktionen, Stellung im Rechtssystem, 1991, S. 475.

wenn Duttge zu Recht darauf hinweist, dass seine Genese im Dunkeln liegt und seine Aussagen letztlich unvermeidlich geschichtlich bedingt waren. Die Beschwörung des hippokratischen Eides muss daher auch als ein allgemeiner Appell zur Wahrung eines hohen ethischen Standards begriffen werden¹¹⁰, wenngleich aber die innere Logik des nihil nocere wohl ganz zentral darin bestehen dürfte, absolute Eingriffsgrenzen zu setzen, mögen diese auch in Abhängigkeit verschiedener Kontexte durchaus verschiebbar sein.¹¹¹

„Wo sich etwa der hippokratische Eid noch ablehnend zu chirurgischen Eingriffen verhielt – natürlich wegen der seinerzeit noch fehlenden Fertigkeiten und infolgedessen nicht zu verantwortenden Risikoträchtigkeit – lehnt das ärztliche Ethos heute – jedenfalls überwiegend – eine Tötung auf Verlangen (vgl. auch § 216 StGB), ja selbst die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung kategorisch ab.“¹¹²

In diesem Zusammenhang stehend ist allerdings zu erinnern, dass die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung in einem ganz entscheidenden Punkt neu gefasst worden sind: Der bedeutsame Satz in der Präambel (2004), wonach die „Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung (...) dem ärztlichen Ethos (widerspricht)und (...) strafbar sein (kann)“ wurde auf-

¹¹⁰ Duttge, Gunnar, Der hippokratische Eid im Selbstbild des modernen Menschen, in Duttge (Hrsg.), Perspektiven des Medizinrechts im 21. Jahrhundert (2007), S. 4.

¹¹¹ Duttge, ebenda, S. 10.

¹¹² Duttge, ebenda.

gegeben und lautet nunmehr (2011): „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“¹¹³

Von daher steht außer Zweifel, dass sich in dem Verbot der ärztlichen Suizidbegleitung in § 16 MBO-Ä (und damit zugleich gleichlautenden Bestimmung in den ärztlichen Berufsordnungen der Länder) nach dem Selbstverständnis vieler Ärztinnen und Ärzte, aber eben auch aus der Sicht der BÄK und den Landesärztekammern als Normgesetzgeber, die Grundsätze der ärztlichen Sittlichkeit (unausgesprochen)¹¹⁴ widerspiegeln.

Das Arztethos – ein rechtsverbindliches Ethos (?)

Anlass, dieser Frage nachzuspüren, besteht nicht nur deshalb, weil mit der Standesordnung intraprofessionelle Verhaltenserwartungen verknüpft werden und letztlich die Arzt-Patienten-Beziehung durch zahlreiche ethische Grundsätze determiniert wird, sondern weil das BVerfG

¹¹³ Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung v. 21.01.11, Präambel, abgedruckt in Deutsches Ärzteblatt, Heft 7 v. 18.02.11.

¹¹⁴ Dies hier zu betonen erscheint mir insbesondere deshalb wichtig, weil der reine grammatikalische Wortlaut des § 16 MBO-Ä auch die Wertung nahe legen könnte, als handele es sich hierbei um eine Berufsregelung, die lediglich in die Freiheit der Berufsausübung von den Ärztinnen und Ärzten eingreift. Aber selbst wenn dies der Fall sein sollte, muss nach der Rspr. des BVerfG in dem Facharztbeschluss dass zulässige Maß des Eingriffs in den geschützten Grundrechtsbereich um so deutlicher in der gesetzlichen Ermächtigung bestimmt werden je empfindlicher die freie berufliche Betätigung beeinträchtigt, je intensiver eine auf Dauer angelegte Lebensentscheidung des Einzelnen und das Interesse der Allgemeinheit an der Art und Weise der ärztlichen Tätigkeit berührt werden, vgl. dazu BVerfG-Facharztbeschluss (oben im Text auf S. 60 ff.).

sich in einigen Entscheidungen veranlasst gesehen hat, gleichsam an der Schnittstelle Ethik – Recht – Arztethik das berühmte „Kap Horn der Rechtsphilosophie“ zu umschiffen. Es hat Aussagen getroffen, die für die hier interessierende Frage nach dem Verbot der ärztlichen Suizidassistenz von besonderer Bedeutung sind.

Auch das BVerfG hat sich in einer Entscheidung der häufig zitierten Worte Eberhard Schmidts bedient, wonach

*„(die) Standesethik nicht isoliert neben dem Recht (steht). Sie wirkt allenthalben und ständig in die rechtlichen Beziehungen des Arztes zum Patienten hinein. Was die Standesethik vom Arzte fordert, übernimmt das Recht weithin zugleich als rechtliche Pflicht. Weit mehr als sonst in den sozialen Beziehungen des Menschen fließt im ärztlichen Berufsbereich das Ethische mit dem Rechtlichen zusammen“, um dann apodiktisch festzustellen, dass „dies (...) heute ebenso wie ehemals (gilt)“.*¹¹⁵

Was allerdings hieraus im Einzelnen folgt, ist nach wie vor unklar, mal ganz davon abgesehen, dass die Entscheidung des BVerfG aus dem Jahr 1972 datiert und gegenwärtig bioethische Hochdiskurse zu bewältigen sind, über die das BVerfG seinerzeit nicht zu befinden hatte.¹¹⁶

¹¹⁵ BVerfG 52, 131(169).

¹¹⁶ Hier sei insofern darauf verwiesen, dass in dem Verfassungsbeschwerdeverfahren die Frage zu prüfen war, inwieweit die Grundrechte und die allgemeine Verfahrensgrundsätze sich auf den Arzthaftungsprozess auswirken.

Auch das BVerwG geht davon aus, dass *„der Beruf des Arztes (...) in einem hervorragenden Maß ein Beruf (ist), in dem die Gewissensentscheidung des einzelnen Berufsangehörigen im Zentrum der Arbeit steht. In den entscheidenden Augenblicken seiner Tätigkeit befindet sich der Arzt in einer unvertretbaren Einsamkeit, in der er – gestützt auf sein Können – allein auf sein Gewissen gestellt ist“*.¹¹⁷

In der Tat mag hier zunächst eingeräumt werden, dass das Recht der Medizin wie kaum ein anderes Gebiet für ethische Erwägungen offen ist, ohne die es letztlich gar nicht auskommen kann¹¹⁸, so dass die Konflikte nicht ohne einen entsprechenden Rückgriff auf den Sinn des ärztlichen Berufes und dessen Ethos entschieden werden können.

Andererseits kann kein Zweifel darüber bestehen, dass das Arztethos als „moralisches Gravitationszentrum“ des Arztberufes durchaus im Laufe der Jahrhunderte eine , zuweilen auch sicherlich nicht immer ruhmreiche, Entwicklungsgeschichte¹¹⁹ genommen hat, in denen sich

¹¹⁷ BVerwGE 27, 303(305).

¹¹⁸ Katzenmeier, Arzthaftung (2002), S. 70.

¹¹⁹ Vgl. dazu statt vieler Bruns, Florian, Medizinethik im Nationalsozialismus – Entwicklungen und Protagonisten in Berlin (1939-1945), 2009. Dieses eindrucksvolle Werk verdient gerade in Zeiten großer Wertedebatten im 21. Jahrhundert größte Aufmerksamkeit. Aus diessseitiger Sicht nicht etwa deswegen, um eine „stille Anklage“ gegen die Ärzteschaft zu führen, geschweige denn irgendwelche Assoziationen erzeugen zu wollen, sondern allein deswegen, um ganz allgemein zur Besonnenheit aufzurufen. Freilich gilt dies auch für meine eigene Profession, die sich ebenfalls zur Bewältigung der unsäglichen Vergangenheit verpflichtet fühlt. Vgl. diesbezüglich

medizinethische Konflikte gerade innerhalb der ärztlichen Profession widerspiegeln, die zumindest es fraglich erscheinen lassen, ob im ärztlichen Bereich das Ethische stets mit dem Rechtlichen zusammen fließt. Es sollte hierbei nicht verkannt werden, dass im Zweifel die wesentlichen Impulse für eine neuzeitliche ärztliche Standeseethik eher aus anderen Wissenschaftsdisziplinen stammten, die in einem erheblichen Maße dazu beigetragen haben, dass der ärztliche Paternalismus gegenwärtig als überwunden zu betrachten ist.

Bereits oben wurde darauf hingewiesen, dass das Verhältnis zwischen den Ärzten und Juristen gelegentlich als angespannt bezeichnet werden muss, und dass es Gräben zwischen den beiden Professionen gibt, die zu überwinden nicht einfach sind.

Gleichwohl ist in diesen zuweilen leidenschaftlich geführten Debatten ein Wert an sich zu erblicken.

statt vieler Müller, Ingo, Furchtbare Juristen – Die unbewältigte Vergangenheit unserer Justiz, 1987. Vielleicht erklärt sich aus dieser Warte heraus auch, warum in der vorliegenden Untersuchung gelegentlich von einer „Hobbyphilosophie“ die Rede ist: Ich für meinen Teil nehme es ernst mit der angemahnten „Selbstbescheidung“ auch der Juristen in philosophisch bedeutsamen Wertediskursen, auf denen tatsächlich eine Jahrtausend alte Philosophiegeschichte lastet und manchmal auch seltsame Blüten getrieben hat und zuweilen – so meine Befürchtungen – auch noch treiben wird, ohne dass ich dabei angewiesen wäre, auf das historische Argument der „Euthanasie“ zurückgreifen zu wollen bzw. zu müssen, auch wenn gerade die deutsche Sterbehilfe-Debatte in dieser Hinsicht geradezu paradigmatisch sein dürfte (so auch Bruns, ebenda, S. 13).

Die moderne Medizin ist längst durch einen Paradigmenwechsel¹²⁰ gekennzeichnet, in dem das Arzt-Patienten-Verhältnis mehr als dialogisch-partnerschaftliches denn als ein paternalistisches Verhältnis verstanden wird, und in dem die Patientenautonomie einen überragenden Stellenwert einnimmt, die nicht ohne Auswirkung auf die Standesethik geblieben ist.

Das Erbe des Hippokrates¹²¹ ist zwar nicht in Gänze, so aber doch zumindest in Teilen angesichts des medizinischen Fortschritts ein Stück weit verbraucht. Es ist geradezu ein „Charakteristikum des Fortschritts, überkommene Grenzziehungen in Frage zu stellen und Neuland zu betreten. Mit dem Aufbruch zu neuen Horizonten stellt sich aber stets die Frage nach neuen Orientierungsmarken. Insofern ist mit dem Fortschritt auch konstitutiv der Ruf nach Ethik verbunden“¹²², und was besonders bedeutsam sein dürfte:

„Die Forderung nach ethischer Reflexion ist nicht das Zeichen eines moralischen Verfalls, sondern der Tatsa-

¹²⁰ Dies konstatiert auch Duttge, Gunnar, Der hippokratische Eid im Selbstbild des modernen Menschen, in Duttge (Hrsg.), Perspektiven des Medizinrechts im 21. Jahrhundert (2007), S. 3; was allerdings hieraus zu folgen hat, ist indes mehr als umstritten.

¹²¹ Vgl. hierzu sehr eindrücklich: Steger, F., Das Erbe des Hippokrates – Medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln (2008).

¹²² Anselm, R., Menschenwürdig sterben auch auf der Intensivstation? Orientierungsmarken aus Sicht einer evangelisch-theologischen Ethik, in Grenzsituationen in der Intensivmedizin: Entscheidungsgrundlagen (Hrsg. Junginger; Perneckzy; Vahl; Werner), 2008, S. 59.

che geschuldet, dass die tradierten Orientierungsformen zumindest auf das neu erschlossene Gebiet übertragen, oder auch neue Orientierungsmuster entwickelt werden müssen.“¹²³

Und völlig zu Recht zitiert R. Anselm in diesem Zusammenhang stehend den Philosophen Otfried Höfe: *„Die Folgelast (...) eines immens gewachsenen Wissens und Könnens besteht nicht in einem ungewollten Unheil, sondern in der Notwendigkeit einer von Philosophie und Nachbardisziplinen wie Moralthologie und Rechtswissenschaft inspirierten medizinischen Ethik“.*¹²⁴

Die ärztliche (Standes-)Ethik wird also u.a. auch durch die Rechtswissenschaft inspiriert, wobei sich die Ethik selbst „den für die Moderne typischen Veränderungsprozessen nicht entziehen kann“¹²⁵ und soll.

In der Tat ist hier zunächst festzustellen, dass auch die Medizinethik einem stetigen Veränderungsprozess ausgesetzt ist, der nicht ohne Folgen auf das „Grundgesetz ärztlicher Sittlichkeit“ geblieben ist, wie sich nicht zuletzt anhand der Debatte um die ärztliche Suizidassistenz ablesen lässt.

¹²³ Anselm, R., ebenda.

¹²⁴ Anselm, R., S. 59, 60 mit Hinweis auf Höfe, *Medizin ohne Ethik?* (2002), dort S. 19.

¹²⁵ Anselm, R., ebenda, S. 60.

Die überlieferten medizinethischen Prinzipien sind gegenwartsbezogen fortzuentwickeln¹²⁶ und, sofern oben darauf hingewiesen wurde, dass der Jurist sich ein Stückweit zu bescheiden hat, gilt dies freilich in einem besonderen Maße für den Bereich der Medizinethik, die zu entfalten nicht seine Aufgabe ist.¹²⁷

Allerdings zeigt ein Blick in die medizinethische Fachliteratur, dass derzeit wohl kein Konsens darüber besteht, dass die ärztliche Suizidassistenz unethisch sei. Hierzu werden in der Literatur höchst konträre Positionen bezogen, die hier nicht abgebildet werden sollen, zumal auf diesen gleichermaßen eine Jahrtausend alte Philosophiegeschichte lastet, und sie derzeit eher zur Verwirrung denn zur Klärung gegenwartsbezogener (Wert-)Konflikte führen würde; Wertkonflikte, die nach der diesseitigen Betrachtung derzeit nicht nur zu Grundrechtsgefährdungen der Ärzteschaft führen, sondern auch mit Blick auf das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten bestehen und einer verfassungskonformen Lösung bedürfen.

¹²⁶ So Kreß, Hartmut, Medizinische Ethik – Gesundheitsschutz / Selbstbestimmungsrechte / heutige Wertkonflikte (2009), S. 13

¹²⁷ Freilich sind „Schnittstellen“ nicht zu verkennen. Dies wird insbesondere bei Duttge deutlich, der das „Fehlen einer normativen Orientierung“ in medizinethischer Perspektive darzulegen versucht, um von hier aus seine These weiter überprüfen zu können, dass auch das geltende Medizinrecht „nicht recht erklärliche Inkonsistenzen aufweist“, Duttge, Gunnar, Der hippokratische Eid im Selbstbild des modernen Menschen, in Duttge (Hrsg.), Perspektiven des Medizinrechts im 21. Jahrhundert (2007), S. 10.

Für den hier interessierenden Teilausschnitt reicht es daher m.E., festzustellen, dass ein Konsens innerhalb der Ärzteschaft zur ärztlichen Suizidbeihilfe nicht besteht und es demzufolge fraglich ist, ob sich ein entsprechendes Verbot mit Hinweis auf das Arztethos resp. dem „Grundgesetz ärztlicher Sittlichkeit“ rechtfertigen lässt.

Entscheidend dürfte vielmehr sein, dass aus Sicht der Juristen einerseits dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten aber auch die anderen, in unserer Verfassung verbürgten Freiheiten, eine Bedeutung zukommt, die letztlich unhintergebar ist, mögen auch immer mal wieder gegen das Selbstbestimmungsrecht mit Blick auf den ärztlichen Fürsorgedanken Einwände erhoben werden.¹²⁸

Zwischenfazit

In Anlehnung an die obigen Erörterungen spricht einiges dafür, dass gerade dieses „Grundgesetz der ärztlichen Sittlichkeit“ zur näheren Prüfung ansteht, da mit seiner konsequenten Bewahrung durch die BÄK nicht nur das Grundrecht der Berufsfreiheit, sondern vor allem auch das der Gewissensfreiheit der Ärztinnen und Ärzte und, was ungleich schwerer aus der Sicht der Patientinnen und Patienten wiegen dürfte, das Grundrecht der Selbstbestimmung in einem Maße betroffen ist, das zumindest darauf schließen lässt, dass das Interesse der Allgemeinheit an und vor allem in einer grundrechtskonformen Re-

¹²⁸ So auch Kreß in seiner Einführung zur Neuauflage bezogen auf das Grundrecht der Freiheit und Selbstbestimmung, ebenda.

gelung der Suizidbeihilfe auch im ärztlichen Berufsrecht besteht.

Verfassungsrechtliche Grundannahmen

Auffällig und vor allem problematisch ist, dass Gegner und Befürworter der Sterbehilfe sich in ihrer jeweiligen Argumentation regelmäßig auf die Menschenwürde berufen und so in ihr eine probate Problemlöserin zu sehen glauben. In diesem Sinne belegt der Sterbehilfe-Diskurs eindrucksvoll, warum der gelegentlich erhobene Irrationalismusverdacht gegen die Menschenwürde ein gewisses Geschmäcke hat.

Es sind gerade die oben angedeuteten Spuren einer entfesselten Debatte um und über das selbstbestimmte Sterben, die dazu führen, dass die Menschenwürde als Surrogat für eine wissenschaftlich gebotene rationale Argumentation dienstbar gemacht wird.

Andererseits bleibt zu konstatieren, dass Art. 1 GG schlicht zur positiven Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland gehört. Zu Recht betont H. Bielefeld daher, dass „die Menschenwürde in der deutschen Rechtswissenschaft eine unaufhebbare juristische Vorgabe (bleibt)“.¹²⁹ Ihm wird wohl auch nicht zu widersprechen sein, wenn er meint, dass im Gegensatz zur Rechtswissenschaft in der Philosophie (und freilich Ethik) über

¹²⁹ Bielefeld, Heiner, Studie – Menschenwürde: Der Grund der Menschenrechte (2008), S. 8.

„Sinn und Unsinn der Würde offen kontrovers diskutiert werden kann“¹³⁰.

Hiermit ist ein Problem aufgeworfen, das für die jahrzehntelange Debatte um das frei verantwortliche Sterben eines schwersterkrankten oder sterbenden Menschen symptomatisch ist und zuweilen groteske Blüten zu treiben beginnt, die unversehens in Sprach- und Denkverbote führen und zwangsläufig dem Verdacht Vorschub leisten, letztlich nur einem Zweck zu dienen, die Diskussion schlicht für beendet zu erklären.¹³¹

Man könnte in der Debatte um den selbstbestimmten Tod fast den Eindruck gewinnen, als sei es um die „Würde des Menschen als Verfassungsbegriff“ schlecht bestellt. Nicht das „Hohepriestertum“ einer höchstpersönlichen Ethik der Verfassungsinterpreten löst zuweilen Angst und Schrecken aus¹³², sondern vielmehr der unreflektierte Gebrauch einer Staatsfundamentalnorm des Grundgesetzes, die zu interpretieren nun wahrlich nicht einfach sein dürfte, und die bereits während der Beratung des Parla-

¹³⁰ Bielefeld, ebenda.

¹³¹ In diesem Sinne wohl Birnbacher, Dieter, Mehrdeutigkeiten im Begriff der Menschenwürde, in: Aufklärung und Kritik 2 (1995), Sonderheft 1, S. 4-13 (S. 4), der im Übrigen zugleich dafür wirbt, mit dem Begriff der Menschenwürde sparsam umzugehen, u.a. mit Hinweis darauf, „dass die Emphase und das Pathos dieses Begriffs vielfach dazu herhalten, die Blöße mangelnder Argumente gegen eine ungeliebte Praxis zu bedecken.“ (Birnbacher, ebenda).

¹³² Herdegen, Matthias, Kommentierung zu Art. 1 Abs. 1 GG (Fassung 2005), in: Grundgesetzkommentar, hrsg. von Maunz, Dürig, Herzog u.a., Rdnr. 17.

mentarischen Rats als „nicht interpretierbare These“ gewertet wurde. Entscheidend dürfte die Einsicht sein, dass die Staatsfundamentalnorm des Art. 1 GG nicht mit einer ethischen Glaskugel zu verwechseln ist, in der der Interpret meint, alles hineinprojizieren zu können, was ihm individuell als ethisch genehm und daher geboten erscheint und zwar tunlichst ausgestattet mit einem Grad an universeller Verbindlichkeit. Im Umgang mit dem ohne Frage bedeutsamen Argument von der Würde des Menschen dürften alle Diskutanten zur Bescheidenheit aufgerufen sein, zumal sich mit Blick auf das frei verantwortliche Sterben an der Hand eines Arztes (ggf. auch durch die Hand) ein Rekurs auf das Menschenwürdeargument mit den entsprechenden „Bildern vom Menschen“ nicht zwingend aufdrängt.

Entscheidend ist vor allem, dass unsere Gesellschaft sich durch Pluralität von Meinungen auszeichnet. Es kann demzufolge verschiedene Menschenbilder geben, mit denen zugleich auch verschiedene ethische Standards verbunden werden können.

„Das Grundgesetz legt auch nicht etwa einen "ethischen Standard" im Sinne eines Bestandes von bestimmten weltanschaulichen Prinzipien fest, etwa "nach den Maximen, die sich bei den heutigen Kulturvölkern auf dem Boden gewisser übereinstimmender sittlicher Grundanschauungen im Laufe der geschichtlichen Entwicklung herausgebildet haben", und nach denen der Staat den von ihm gestalteten Schulbereich auszurichten hätte (vgl. insbesondere Obermayr, Gemeinschaftsschule – Auftrag des Grundgesetzes, 1967, S. 5 ff.). Der "ethische Standard" des Grundgesetzes ist vielmehr die Offenheit ge-

*genüber dem Pluralismus weltanschaulich-religiöser Anschauungen angesichts eines Menschenbildes, das von der Würde des Menschen und der freien Entfaltung der Persönlichkeit in Selbstbestimmung und Eigenverantwortung bestimmt ist. In dieser Offenheit bewährt der freiheitliche Staat des Grundgesetzes seine religiöse und weltanschauliche Neutralität.*¹³³

In diesem Sinne kann kein Zweifel darüber bestehen, dass das Grundgesetz sich einem Pluralismus von Werten verpflichtet sieht. Dieser ethische Standard ist insofern für alle Ethikdebatten von überragender Bedeutung, weil dieser Standard untrennbar mit dem Menschenbild des Grundgesetzes verbunden ist, **einem Menschenbild, das von der Würde und der freien Entfaltung der Persönlichkeit in Selbstbestimmung und Eigenverantwortung her bestimmt ist.**

Der freiheitliche Staat des Grundgesetzes sieht sich daher völlig zu Recht zur religiösen und weltanschaulichen Neutralität aufgerufen, nach der er u.a. eine Kultur der Werte zu schützen verpflichtet ist, die der Pluralität hinreichend Rechnung trägt, ohne dass hierbei der Staat genötigt wäre, bestimmte *weltanschauliche oder religiöse Anschauungen* als besonders hochrangige Werte für sein Wertekonzept favorisieren zu müssen.

¹³³ BVerfGE 41, 29 – Simultanschule, zit. nach DFR – Das Fallrecht, online unter >>> <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv041029.html> <<<, Rdnr. 102.

Nun ist damit allerdings nicht zum Ausdruck gebracht, dass der Staat stets zur Neutralität¹³⁴ verpflichtet ist. Die sich aufdrängende Frage, ob dem Grundgesetz gewissermaßen selbst eine Ideologie innewohnt¹³⁵, soll hier nur dahingehend beantwortet werden, dass der Staat über die Staatsfundamentalklausel des Art. 1 III GG dergestalt gebunden wird, dass die Bürgerinnen und Bürger in einem freien und säkularen Gemeinwesen nicht der Ideologie des Staates schutzlos ausgeliefert sind, da allen voran der Staat in Gestalt der Gesetzgebung, der vollziehenden Gewalt und der Rechtsprechung an die Grundrechte als unmittelbar geltendes Recht gebunden ist.

Positiv gewendet darf und muss der Staat gar eine *Ideologie* verfolgen, aufgrund derer er verpflichtet ist, den ethischen Grundstandard, niedergelegt und verbürgt im und durch das GG, dort in Erinnerung zu rufen, wo er verlustig zu gehen droht: Der Staat hat sich als Hüter eines liberalen Verfassungsverständnisses zu bewähren und darauf zu achten, dass der unabdingbare gesellschaftliche Konsens, wonach ethischen Grundüberzeugungen wirkmächtiger gesellschaftlicher Gruppen jedenfalls nicht zu einem ethischen Zwangsdiktat kulminieren, denen gar noch das Etikett der demokratischen Legitimation anhaftet, ins Wanken gerät. Das Grundgesetz in seiner Gesamtheit stellt eine fundamentale Wertordnung dar. Es

¹³⁴ Vgl. dazu sehr ausschliessreich statt vieler: Huster, Stefan, Die ethische Neutralität des Staates-- Eine liberale Interpretation der Verfassung, 2002.

¹³⁵ Vgl. dazu bspw. Czermak, Gerhard, Ethische Fragen und die Ideologie des Grundgesetzes (01.03.04), Quelle: >>> <http://www.schulfach-ethik.de/ethik/download/Ethik-GG.pdf> <<<

ist kein Wunder, dass das BVerfG sich immer dann in geradezu pathetischer Weise zur Ethik des Grundgesetzes bekennt und im Zweifel diese auch anmahnt, wenn und soweit etwa die in Art. 4 GG verbürgten Grundrechte in einschlägigen Verfassungsbeschwerdeverfahren in ihrer individualrechtlichen Dimension und Bedeutung zur Diskussion stehen. Welche Konsequenzen sich hieraus für die Untersuchung ergeben, wird weiter unten darzulegen sein.

Es wird also nachzufragen sein, ob durch die von der Verfassung gewährten Freiräume etwa mit Blick auf die Selbstverwaltungskörperschaften im Wege der autonomen Selbstgesetzgebung der ethische Grundstandard des Grundgesetzes seine Konturen dadurch zu verlieren droht, in dem öffentlich-rechtliche Körperschaften weitestgehend selbst ihre Angelegenheiten regeln dürfen und über diesen Weg eine Ethik vorschreiben können, die in dem entsprechenden Berufsrecht positivrechtlich verankert und so als eine Pflicht ausgestaltet wird.

Dies provoziert freilich die Nachfrage, ob öffentlich-rechtliche Selbstverwaltungskörperschaften nicht analog den originären Staatsgewalten aufgerufen sind, den ethischen Grundstandard des Grundgesetzes zu wahren und dort, wo es scheinbar unumgänglich erscheint, sich um der Bedeutung der Ethik im Allgemeinen und der Arzthetik im Besonderen zu positionieren, bar jedweder Berücksichtigung der Individualität einer nach Art. 4 GG geschützten Gewissensentscheidung einen ethischen Grundkonsens in einem demokratischen Verfahren verabschieden dürfen, der mit Blick auf die konkrete Frage nach der Zulässigkeit der ärztlichen Suizidbegleitung das

Grundrecht etwa der Gewissensfreiheit nicht nur gravierend beeinträchtigt, sondern letztlich seines eigentlichen Kerns beraubt?

Hiermit sind Fragen aufgeworfen, die die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften¹³⁶ und das von ihnen verinnerlichte Selbstverständnis bis ins Mark hinein erschüttern können und eigentlich müssen, zumal dann, wenn und soweit etwa die Bundesärztekammer (BÄK) danach strebt, als moralische Autorität nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern insbesondere auch von ihren eigenen Kolleginnen und Kollegen wahrgenommen zu werden und hierbei möglicherweise der eigenen Musterberufsordnung misstraut, wonach gleich an vorderster Stelle in § 2 Abs. 1 MBO-Ä die wohl vornehmste Berufspflicht der Ärztinnen und Ärzte wie folgt umschrieben ist:

*„Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf **nach ihrem Gewissen**, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.“¹³⁷*

Ob hierin gar ein Recht zum arztethischen Ungehorsam auch gegenüber der eigenen Ärztekammer verortet ist, soll an späterer Stelle vertieft werden, zumal über § 2

¹³⁶ Grundlegend zu den Standesorganisationen, Taupitz, Jochen, Die Standesordnungen der freien Berufe – Geschichtliche Entwicklungen, Funktionen, Stellung im Rechtssystem, 1991.

¹³⁷ Hervorh. v. Verf.

Abs. 1 MBO-Ä hinaus die Ärzteschaft verpflichtet ist, „ihren Beruf gewissenhaft auszuüben“ (§ 2 Abs. 2 MBO-Ä mit Verweis auf Kapitel C Verhaltensregeln – Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung). Die Verpflichtung zur *gewissenhaften Berufsausübung* bedeutet u.a. auch, im Umgang mit den Patientinnen und Patienten ihre Würde und ihr Selbstbestimmungsrecht zu respektieren. Insofern spiegelt sich in dieser Verpflichtung u.a. auch der ethische Grundstandard des Grundgesetzes mit Blick auf die gelegentlich phantasievoll erschlossene Arzt-Patienten-Beziehung mit ihren neopatientalistischen Zügen wider: Es gilt nicht (mehr!) das alte Paradigma *salutas aegroti suprema lex*¹³⁸, sondern aus guten und nachvollziehbaren Gründen der nicht selten in modernen Ethikdebatten, wenn auch nicht unbedingt verschwiegene¹³⁹, aber gleichwohl vernachlässigte Grundsatz *voluntas aegroti-suprema lex*, wonach der Wille des Patienten oberstes Gebot ist!

Über das Arztethos wird demzufolge der Versuch unternommen, einen Normenbestand zu generieren, bei dem die tragenden Achsen eines recht verstandenen ethischen Grundstandards des Grundgesetzes drohen, verlustig zu gehen, und zugleich dieser artzethische Normenbestand

¹³⁸ Kreß weist völlig zu Recht darauf hin, dass neue Wertpräferenzen in der Medizinethik gesetzt worden sind und insofern eine „Wert-Verschiebung“ stattgefunden hat, Kreß, Hartumut, Medizinische Ethik – Grundrechtsschutz/Selbstbestimmungsrechte/heutige Wertkonflikte, 2. Aufl. (2009), S. 254.

¹³⁹ Vorzugsweise von den sog. „ethischen Überzeugungstätern“.

nicht nur im ärztlichen Berufsrecht, sondern im Zweifel gar direkt in der Verfassung verortet werden soll.

Nun kann und soll es an dieser Stelle nach wie vor nicht darauf ankommen¹⁴⁰, über das Arztbild im 21. Jahrhundert¹⁴¹ im Allgemeinen und dem Arztethos im Besonderen zu philosophieren; dies würde nicht nur den Rahmen der Untersuchung sprengen, sondern den Blick auf das rechtlich Gebotene in der aktuell anstehenden Debatte um die Zulässigkeit der Verbotsregelung in § 16 MBO-Ä eintrüben, zumal auch hier mit den Worten des BVerfG festgestellt werden darf, dass jedenfalls das Verfassungsrecht (!) es gebietet,

„dass die Grundlagen des politischen Zusammenlebens einheitlich für alle Staatsbürger zu bestimmen sind. Verfassungsbegriffe sind daher für alle Bekenntnisse und Weltanschauungen gleich zu interpretieren. Die Aufgabe der Verfassungsorgane ist es, die Einheitlichkeit der Rechtsordnung für alle Staatsbürger zu gewährleisten. "Gewissen" im Sinne des allgemeinen Sprachgebrauchs ... ist als ein (wie immer begründbares, jedenfalls aber) real erfahrbares seelisches Phänomen zu verstehen, dessen Forderungen, Mahnungen und Warnungen für den

¹⁴⁰ Auch wenn es mehr als reizvoll ist, hierüber einige „Worte“ zu verlieren. Es gelingt in Teilen einigen Autoren, in geradezu beängstigender Weise verfassungsrechtliche Selbstverständlichkeiten mit Hinweis auf den „guten Arzt“ auszublenden, bei denen es gelegentlich einem die „Sprache verschlagen“ dürfte.

¹⁴¹ Vgl. dazu eindrucksvoll Hoppe, Die Patient-Arzt-Beziehung im 21. Jahrhundert, in Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert, hrsg. v. Katzenmeier/Bergdolt, 2009, S. 1 ff.

Menschen unmittelbar evidente Gebote unbedingten Sollens sind ... Bei der Auslegung der Bestimmungen bedarf es deshalb keiner Auseinandersetzung mit theologischen und philosophischen Lehren über Begriff, Wesen, Ursprung des Gewissens¹⁴²; sie überschritte die Kompetenz des Richters und wäre auch rechtlich unergiebig, weil über viele der hier auftretenden Probleme in den zuständigen Disziplinen tiefgehende Meinungsverschiedenheiten bestehen.“¹⁴³

Allein mit diesem Hinweis des BVerfG dürfte hinreichend belegt sein, dass „Verfassungsinterpretation keine Philosophie“ ist. So gesehen ist auch der Arztethik als verbindlicher Berufsethik eine Grenze gesetzt, der durchaus differente legitimationstheoretische Argumentationsmuster¹⁴⁴ zugrundeliegen können, aber keinesfalls den verbürgten verfassungsrechtlich einschlägigen ethischen Grundstandard unterlaufen oder begrenzen dürfen, mag auch der Einzelne seine legitimationstheoretische Argumentationskette etwa über den Grund und die Grenze eines „Selbstentleibungs-Verbots“ als innerlich unbe-

¹⁴² Hervorhebungen stammen v. Verf.

¹⁴³ BVerfGE 12, 45, Kriegsdienstverweigerung I, zit. nach DFR – Das Fallrecht, online unter >>> <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv041029.html> <<<, Rdnr. 28.

¹⁴⁴ Gerade in den bioethischen Debatten haben Kantische Argumente unverändert Hochkonjunktur, vgl. dazu u.a. Schöne-Seiffert, Bettina, Selbstbestimmte Lebensbeendigung als Selbstwiderspruch? Prüfung eines (kantianischen) Arguments gegen aktive Sterbehilfe und Suizid, in Verantwortung für die Zukunft: zum 60. Geburtstag von Dieter Birnbacher (Hrsg. C. Kaminsky/ O. Hallich), 2006, S. 163-174.

dingt verpflichtet erfahren, über die ihm hinweg zu steigen unmöglich erscheint¹⁴⁵, und er so letztlich geneigt ist, diese Grenze für alle mit einer verbindlichkeitsstiftenden Wirkung in die verschiedenen Freiheitsrechte des Grundgesetzes hineinzuzinterpretieren.

Ein „ethisches Zwangsdiktat“ in Gestalt des Verbots der ärztlichen Suizidassistenz muss da zumindest Verwundung, wenn nicht gar Bestürzung auslösen, üben doch die Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf nach ihrem Gewissen aus. Hiermit ist nicht etwa eine kollektiv und ggf. demokratisch vermittelte Gewissensentscheidung gemeint, sondern selbstverständlich die höchst individuelle Gewissensentscheidung der einzelnen Ärztinnen und Ärzte, die für sich den Schutz aus Art. 4 beanspruchen!¹⁴⁶

¹⁴⁵ Besonders deutlich wird dies bei der legitimationstheoretischen Argumentation v. Axel W. Bauer, der in zahlreichen Kurzbeiträgen zwar das „Selbstentleibungs-Verbot“ anmahnt, hierbei es aber m.E. verabsäumt, sich auf eine verfassungsrechtliche Normexegese über den Kern des Selbstbestimmungsrechts einzulassen; stattdessen wird der „Rauch des Feuers“ bemüht.

¹⁴⁶ Insofern verwundert ist, dass jüngst Oliver Tolmein in einem Kurzbeitrag meint, dass der Verweis auf die Gewissensfreiheit der Ärzteschaft „Unsinn“ sei, in FAZ.net v. 07.06.11 (F.A.Z. Blog Biopolitik) >>> <http://faz-community.faz.net/blogs/biopolitik/archive/2011/06/02/wann-ist-ein-arzt-ein-arzt-aerztetag-und-ethik.aspx> <<<; im Übrigen ist es m.E. zynisch, wenn Tolmein im gleichen Atemzuge behauptet: „Natürlich können Ärzte weiterhin Gewissensentscheidungen treffen, sie gehen damit aber ein gewisses Risiko ein: Normen sind immer so ausgelegt, dass sie nicht für jeden dramatischen Einzelfall zufriedenstellende Lösungen garantieren, deswegen gibt es rechtliche Konstruktionen wie den gesetzlichen oder übergesetzlichen Notstand.“ Mit dieser Aussage ist wenig „gewonnen“, vermeidet doch Tolmein insbesondere eine gebotene Normexegese über ein fundamentales Grundrecht, von dem in der Literatur gar behauptet wird, es sei ein „Urgrund-

Weshalb es nun einer Verschärfung des ärztlichen Berufsrechts bedarf, lässt den Verdacht aufkeimen, dass es elitären Standesgenossen daran gelegen ist, der scheinbar ethischen und moralischen Verrohung eines hoch stehenden Berufsstandes keinen weiteren Vorschub mehr leisten zu wollen, nachdem bereits einige namhafte Medizinethiker, Palliativmediziner, aber auch Juristen¹⁴⁷, eindringlich davor gewarnt haben, dass mit einer Liberalisierung des ärztlichen Berufsrechts die Gefahr bestünde, dass einerseits der *Rubikon* überschritten werde, und dass andererseits die Arzt-Patienten-Beziehung großen Schaden nehmen könnte.

Indes sind die Umfragen gerade innerhalb der Ärzteschaft zur Thematik der ärztlichen Suizidbeihilfe nicht gering zu schätzen, plädieren doch nach ihnen mehr als ein Drittel der befragten Ärztinnen und Ärzte für eine Liberalisierung aufgrund einer individuellen Gewissensentscheidung, die zu akzeptieren jedenfalls der Staat nicht nur bereit, sondern verpflichtet ist, während demgegenüber die BÄK als eine private Arbeitsgemeinschaft für sich in Anspruch zu nehmen gedenkt, ein Mehr an Moral und Ethik von den verkammerten Mitgliedern ein-

recht“, vgl. die Nachweise bei Borowski, Martin, Die Glaubens- und Gewissensfreiheit des Grundgesetzes, S. 70, dort in Fn. 336

¹⁴⁷ Vgl. dazu bspw. die „Warnung“ des Palliativmediziners Student und des Juristen Klie, *Pressemitteilung v. 04.01.11 zur geplanten Freigabe der Suizidbeihilfe durch Ärzte in Deutschland - Freiburger Professoren protestieren dagegen, dass die durch Ärzte vermittelte Euthanasie künftig auch in Deutschland möglich werden soll*, online unter >>> <http://christoph-student.homepage.t-online.de/42853.html> <<<.

zufordern zu können und sich letztlich dazu entschlossen hat, über die Musterberufsordnung gleichsam gegenüber den öffentlich-rechtlichen Körperschaften als ihre Mitgliedsverbände die Empfehlung abzugeben, das Verbot der ärztlichen Suizidassistenten entsprechend dem vorgeschlagenen Normtext zu ratifizieren.

Die Landesärztekammern selbst sind allerdings zur sorgfältigen Prüfung¹⁴⁸ aufgefordert, wenn und soweit diese meinen, den Beschluss des Ärzteparlaments nahezu unverändert in ihr jeweiliges Landesberufsrecht übernehmen zu müssen. Hier ist eine intensive Reflektion der damit intendierten verfassungsrechtlichen Fragen verbunden, die die BÄK bis zum heutigen Tage schuldig geblieben ist.

Hierüber kann auch nicht hinweggetäuscht werden, wenn in dem Beschlussprotokoll des 114. Deutschen Ärztetages hinsichtlich der Änderungen in der Musterberufsordnung ausgeführt wird: *„In den Beratungsprozess sind neben dem Vorstand und den Berufsordnungsgremien*

¹⁴⁸ Nur in Parenthese sei angemerkt, dass ganz aktuell die BÄK mit Blick auf die Debatte um das Transplantationsgesetz und der Organspende davon abgerückt ist, einen diesbezüglichen Beschluss des letzten Deutschen Ärztetages umzusetzen. Die BÄK ist im Nachgang zum Ärztetag zu der Erkenntnis gelangt, dass der Beschluss wohl nicht mit tragenden verfassungsrechtlichen Grundsätzen in Einklang zu bringen sei. Insofern ist die BÄK von einer „Selbstbestimmungslösung mit Information und Erklärungsspflicht“ abgerückt, nachdem Verfassungsjuristen die Erklärungspflicht für verfassungsrechtlich problematisch erachtet haben. Vgl. dazu die Mitteilung der BÄK v. 19.09.11 – Montgomery gegen staatsmedizinische Anträge in Sachen Transplantationsgesetz, Homepage der BÄK, Pressemitteilungen 2011.

*der Bundesärztekammer auch die Rechtsberater der Ärztekammern und der Bundesärztekammer sowie in Form eines Stellungnahmeverfahrens die Ärztekammern unmittelbar einbezogen und deren Anregungen nach Möglichkeit berücksichtigt worden, sodass in vielen Fällen von einem Konsens, zumindest jedoch von überwiegender Zustimmung betreffend Ausmaß und Inhalt der vorliegenden Novellierungsvorschläge ausgegangen werden kann.*¹⁴⁹

Ob die Diskussion lebhaft war, kann von hier aus nicht bewertet werden, zumal es m.E. wesentlich aufschlussreicher für die zentrale Ethikdebatte gewesen wäre, etwas über die Qualität der insoweit von den verschiedenen Gremien und insbesondere auch von den Rechtsberatern der Ärztekammern vorgetragene Argumente zu erfahren, die letztlich eine Verbotsnorm zu rechtfertigen vermögen. Diese Argumente scheinen von

derart gewichtiger Natur zu sein, dass im Übrigen der Deutsche Ärztetag den Vorstand der BÄK auffordert, die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (*Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 107, Heft 7 vom 18.02.2011, A346-348) zu überarbeiten und den drittletzten Satz der Präambel („Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“) wie folgt zu ergänzen: „Die Mitwirkung des Arztes bei der

¹⁴⁹ Beschlussprotokoll v. 114. Deutschen Ärztetag, aaO. (Fn. 1), S. 62.

Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe und widerspricht dem ärztlichen Ethos. ¹⁵⁰

Und wenn soeben darauf hingewiesen wurde, dass es hier nicht die Aufgabe eines Juristen sein kann, über das Arztbild im 21. Jahrhundert zu philosophieren, muss es aber dennoch gestattet sein, hierüber einige Worte zu verlieren.

Dies insbesondere deshalb, weil an besonders eindrücklichen Beispielen zu illustrieren ist, warum es in der Debatte um die ärztliche Suizidhilfe ganz entscheidend darauf ankommt, den ethischen Standard des Grundgesetzes in Erinnerung zu rufen.

¹⁵⁰ Vgl. dazu Beschlussprotokoll v. 114. Deutschen Ärztetag, aaO. (Fn. 1), Vorstandsüberweisung, S. 177; ebenso S. 178 mit der Begründung: Es kann kein Zweifel bestehen: Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Selbstverständnis und unseren ethischen Grundsätzen. Das mit dem Beschlussantrag verbundene Anliegen dient der Klarstellung und stellt den notwendigen Gleichklang zwischen der Neufassung von § 16 (Muster-Berufsordnung (MBO) und den damit im Zusammenhang stehenden „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ her. Schon in der früheren Fassung der Grundsätze fand sich die jetzt eingeforderte, den Widerspruch zum ärztlichen Ethos beschreibende Formulierung. Die eindeutige Positionierung der Ärzteschaft zum (nicht zulässigen) ärztlich assistierten Suizid muss sich nicht nur im (neuen) Normtext der Berufsordnung, sondern unmissverständlich auch in den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ gleichermaßen wiederfinden. Durch die vorgeschlagene Ergänzung der Grundsätze um die darin schon früher zu lesende Aussage wird im Übrigen erreicht, was der Normtext selbst nicht leisten kann: Es wird nachvollziehbar und überzeugend herausgestellt, aus welchem Grund es Ärztinnen und Ärzten verboten ist, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.

Inkurs: Der „gute Arzt“

Zu allen Zeiten haben namhafte Persönlichkeiten der Zeitgeschichte sich dazu hinreißen lassen, der Ärzteschaft gute Ratschläge zu erteilen. In diesem Sinne verwundert es nicht, dass sich auch gegenwärtig eine kleine handverlesene Schar von Medizinerinnen und Ethikern, aber auch Juristen, herauskristallisiert hat, die mit gutgemeinten Verhaltensregeln oder aus der Sicht der Juristen mit „normativen Einsichten“ aufwarten. Gleichsam auf den Spuren des Hippokrates und des nicht weniger berühmten Arztes Hufeland wandelt seit geraumer Zeit Klaus Dörner, der eine nicht minder bedeutungsvolle Schrift über den „guten Arzt“ verfasst hat, die der Ärzteschaft als sittliche und arztethische Orientierung dienen soll.

Nicht nur der akademische Nachwuchs wird in arge Argumentationsnöte gestürzt, wenn er sich mit den Schriften eines Klaus Dörners konfrontiert sieht, und er im Begriff ist, für die zunächst voraussetzungsfreie Anerkennung eines Selbstbestimmungsrechts auch am Ende eines verlöschenden Lebens zu plädieren.

Nicht selten werden die Befürworter einer Liberalisierung der Sterbehilfe-Regelungen den Unmut etwa eines Klaus Dörner auf sich ziehen, der sich bereits mit einigen Mitautoren in der Debatte um das Für und Wider einer Patientenverfügung in einem Beitrag dazu hinreißen ließ,

mehr oder minder vor einem „egozentrischen Individualismus“ warnen zu müssen.¹⁵¹

Mit gleicher Leidenschaft appelliert er in der Sterbehilfe-Debatte an den „guten Arzt“¹⁵², dass dieser sich nicht vorschnell auf den Rechtsraum ärztlich erlaubten Handelns zurückziehen möge und zwar mit Blick auf das Patienten-Selbstbestimmungsrecht, das eine medizinische Indikation aus dem Felde schlägt, so wenn z.B. der Patient eine aussichtsreiche Therapie ablehnt oder deren Abbruch außerhalb des Sterbeprozesses fordert. Da ein Dissens in existentiellen Fragen nicht ausgeschlossen sei¹⁵³, habe der Arzt den Grund für diesen Dissens stets

¹⁵¹ Dörner, Klaus; Zieger, Andreas; Bavastro, Paolo; Holfelder, Hans Hermann, Patientenverfügungen: Kein „Sterben in Würde“, in: Dtsch Arztebl 2002; 99: A 917–919 [Heft 14]: „Viele „Patientenverfügungen“ vernachlässigen den Beziehungscharakter von Würde, ihren Bezug zum Zwischenmenschlichen, zum sozialen Zusammenhalt, zu den Zielen einer solidarisch-solidarischen Gesellschaft. Sie vereinseitigen damit den Würdebegriff auf eine fast schon egozentrische Betonung der Autonomie des Individuums. Einem bioethischen Menschenbild, das der Individualethik und dem „Glück“ des Einzelnen gegenüber der Sozialethik und dem Solidarisch-aufeinander-Angewiesensein der Menschen einen höheren sittlichen Stellenwert einräumt, wird der Vorzug gegeben.“

¹⁵² Dörner, Klaus, "Der gute Arzt" im Spannungsfeld zwischen Patientenwille und medizinischer Indikation (2008), in: Medizinische Indikation und Patientenwille: Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende (Hrsg. Charbonnier, Ralph; Dörner, Klaus; Steffen, Simon), S. 1-6.

¹⁵³ Allerdings gibt Dörner zu bedenken: „Zunächst gilt: Im Maße wie die Beziehung tragfähig ist, das Vertrauen des Patienten meiner Verantwortung entspricht, wird es keinen Dissens zwischen den schutzwürdigen Patientenwille und meiner mindestens ebenso schutzwürdigen medizinischen Indikation geben“, ebenda, S. 1.

bei sich selber zu suchen¹⁵⁴. Es gelte für den Arzt, „den eigenen Beziehungsraum besser auszuschöpfen“, statt sich „auf den Rechtsraum zurückzuziehen und so die Indikation zu verraten.“¹⁵⁵

Nach Dörner könne also der Arzt „Verrat“ an der medizinischen Indikation¹⁵⁶ begehen, die im Zweifel schon

¹⁵⁴ Dörner weist hier auf die Beziehungsfähigkeit, Hörfähigkeit, das Verhältnis von Anstand und Nähe, von Vertrauen und Verantwortung hin, ebenda, S. 1.

¹⁵⁵ Dörner, ebenda, S. 2.

¹⁵⁶ Ebenso beschwört Dörner die Hospizbewegung, dass diese ihre Ziele nicht selbst „verraten“ möge, in dem diese sich für Patientenverfügungen einsetzen: *„In zwei Richtungen wäre die Verfügung schädlich: Einmal in Richtung auf mich, weil ich diese natürliche Ungewissheit meiner letzten Lebenszeit im Sterben nicht durch irgendwelche abstrakten rationalen Überlegungen beeinflussen will. Ich will sie durchleben und von mir aus auch so durchleiden, wie es eben kommt. Und wenn ich für mich so eine Verfügung formuliere, dann wirkt sie sich zum anderen auch in Richtung auf die Begleiter – egal ob auf einer Intensivstation oder im Hospiz – so aus, dass sie nur noch damit beschäftigt sind, sich gegenüber vermuteten Wünschen und Forderungen von Betroffenen abzusichern, so dass es zu einer eigenen spontanen Handlungsweise, die man braucht, um eine vertrauensvolle Sterbebegleitung zu finden, überhaupt nicht mehr kommt.“*

Das heißt: Die Patientenverfügung zerstört den Hospizgedanken! Deswegen würden Hospizler ihre eigene Idee verraten und verunmöglichen, wenn sie sich für Verfügungen einsetzen würden. Das mag gut gemeint sein, sie zerstören aber das, was sie eigentlich wollen. Ich glaube, dass dieses Mittel der Verfügungen das falsche Mittel ist. Es geht so nicht. Nicht nur Ärzte, sondern auch die im Hospizteam Tätigen sind eher zu ermutigen, diese schwierige Grauzone nicht unter der Angst der Absicherung zu entwürdigen. Man kann sie nur ermutigen, sich immer wieder klar zu machen, dass die juristische Ebene nicht zu verwechseln ist mit der Ebene des gelebten Lebens. Juristische Regeln erfassen eine Gesamtmenge von Problemen und betreffen nie den Einzelfall. Und Menschen im Hospiz haben es grundsätzlich immer nur – und zwar existentiell – mit einzigartigen Einzelfällen zu tun. Eben dies spüren offenkundig die meisten Menschen, weshalb es tröstlich ist, dass –

mal als ein „heiliges Gut“¹⁵⁷ bezeichnet wird. Er konstatiert weiter, dass sich angesichts der „Indikation als Universalrechtsgut“ und dem Willen des Patienten Spannungslagen ergeben können, wo der individuelle Wille des Patienten, und damit der Individualschutz, durch das gesellschaftliche Interesse an einer Integrität des Ärztestandes und damit ganz allgemein durch ein Vertrauen in die ärztliche Professionalität überlagert wird, und zwar mit ganz einschneidenden Folgen:

„Hier können also – und müssen – sich wirklich Gegner begegnen als integrale Dimension der Arzt-Patient-Angehörigen-Beziehung und hier kann das Dilemma zuletzt nur jenseits der Verallgemeinbarkeit aufgehoben werden, wo die Urteilskraft als Sinnesorgan für die intuitive Besonderheit eines Einzelfalls zu ihrem Recht kommt, indem ich mich der Einzigartigkeit des Anderen aussetze, nicht der Verführungskraft seiner Selbstbestimmungswünsche hörig werde, vielleicht aber wohl mal der besonderen Autorität des Hilfeappells des Anderen in

trotz aller augenblicklich aufgeregt-modischen Werbung – stets nur eine kleine Minderheit auf den Sicherheitswunderglauben einer Verfügung setzt. Für die Praxis wird das nie eine große Bedeutung haben.“, so Dörner, Sich fügen oder verfügen? Interview mit Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner über Patientenverfügungen, in: Die Hospiz-Zeitschrift 2 (2000) Ausgabe 3, zit. nach <http://www.pkgodzik.de/Auszug%20Doerner.htm> (aufgerufen am 09.10.11).

¹⁵⁷ Zu dieser Wertung gelangt Dörner mit Hinweis darauf, dass zwar der Wille des Patienten geschützt sei, andererseits „jedoch (...) die Pflichtenstellung des Arztes, das Vertrauen in die Integrität der Ärzteschaft und in die Sicherung einer professionellen Gesundheitsversorgung und damit die Indikation als ein Universalrechtsgut (wenn man so will: auch ein heiliges Gut objektiv schützt...)“, Dörner, ebenda S. 2, 3.

*seinem verzweifelten Ernst demütig gehorsam bin, so mir die heilige Indikation verrate und dieses sicher moralische, vielleicht auch juristisch Schuldigwerden in Kauf nehme. Denn es kann objektiv keine Indikation geben, einen Patienten zum assistierten Suizid in die Schweiz zu begleiten oder die Ernährung eines Wachkoma-Patienten abubrechen. Tue ich als Arzt das doch, habe ich nicht nur mit der Indikation auch die Ärzteschaft verraten, sondern in der Regel zuvor auch fehlerhaft gehandelt, indem ich meinen Beziehungsraum nicht ausgeschöpft, sondern vorschnell und bequem dem Rechtsraum untergeordnet habe. Dem in der beschriebenen Weise guten Arzt wird das freilich nie oder selten widerfahren. Seine Haltung bedeutet zugleich die ethisch wahre Achtung der Selbstbestimmung des Patienten – und nicht das bloße automatenhafte Umsetzen seines formalrechtlich noch so ungreifbaren Willens, was als Verrat der Indikation, Verrat am Vertrauen in die Integrität der Ärzteschaft und Verrat am Patienten mit Recht bestraft werden müsste, wenn der ärztlichen Selbstverwaltung selbst die Indikation – als Kerninstitution der Ärzteschaft – wieder hinreichend heilig werden würde“.*¹⁵⁸

Angesichts der aktuellen Beschlusslage zur ärztlichen Suizidbeihilfe und des nunmehr vorgesehenen Verbots in § 16 Ä-MBO scheint jedenfalls die ärztliche Selbstverwaltung die „Autorität der medizinischen Indikation“ (ohne Hörigkeit für kontraindizierte Wünsche des Pati-

¹⁵⁸ Dörner, Klaus, ebenda, S. 3.

enten, wohl aber in Gehorsam vor seiner Autorität)¹⁵⁹ wiederentdeckt zu haben. Da schien es denn auch unausweichlich, das skizzierte Bild vom „guten Arzt“ berufsrechtlich abzusichern.

Die gute ärztliche Indikation als höchstes ärztliches Gut heiligt nicht nur den Weg, sondern gleichsam auch die Mittel, so dass das Verbot der ärztlichen Suizidassistenz jedenfalls aus intraprofessioneller Sicht als konsequent erscheinen muss, freilich mit unheilvollen Konsequenzen nicht nur für das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten, sondern auch für die Grundrechte der Ärzteschaft.

Von nicht minderer Bedeutung ist neben der heiligen medizinischen Indikation für den guten Arzt von heute die sog. ethische Implikation, die scheinbar die Götter neben der Diagnose vor der Therapie gesetzt haben, und im Zweifel gar vor einer medizinischen Indikation den Vorrang genießt.

Nun soll es hier nicht darauf ankommen, über den Wert oder „Unwert“¹⁶⁰ einer ethischen Implikation resp. Indikation in extenso zu rasonieren; wohl aber sei der Hinweis gestattet, dass gerade die Befürworter des Verbots

¹⁵⁹ Dörner, Klaus, ebenda, S. 4.

¹⁶⁰ Vgl. dazu ausführlich Barth, Lutz, Vom „Wert“ oder „Unwert“ der „ethischen Indikation/Implikation“ – eine erste Annäherung an ein schwieriges Thema (18.06.10), in: PMR – Online Zeitschrift zum gesamten Pflege- und Medizinrecht; online nachlesbar unter >>> http://www.pflegerecht-zeitschrift.de/Vom_Wert_der_ethischen_Implikation_Barth_2010.pdf (aufgerufen am 11.10.11) <<<.

der ärztlichen Suizidassistenz sich durch eine gewisse Kontinuität in ihrer Argumentationsführung auszeichnen.

Bereits vor der eigentlichen Debatte um die ärztliche Suizidassistenz wurde im Zusammenhang mit der Patientenverfügungsproblematik maßgeblich davor gewarnt, das Selbstbestimmungsrecht der Patienten nicht über zu bewerten.

Nach Erlass des Patientenverfügungsgesetzes kehrte indes keine Ruhe ein; dies war auch angesichts der nach wie vor diametral entgegengesetzten Positionen nicht zu erwarten, wurde doch weiter gerügt, dass der Umgang mit dem neuen Patientenverfügungsgesetz „ sich durch eine beklagenswerte ideologische Engführung mit dem alleinigen Ziel des Sterbenslassens nicht einwilligungsfähiger Kranker“ auszeichnet.

Hier geriet ein Beitrag von Borasio, Heßler und Wiesing¹⁶¹ zum neuen Patientenverfügungsgesetz in den Fokus des Medizinethikers Axel W. Bauer. Letzterer konstatierte: „Es ist erschreckend zu lesen, wie führende Palliativmediziner, Richter und Medizinethiker das geänderte Betreuungsrecht argumentativ linear als eine Ein-

¹⁶¹ Borasio, Gian Domenico; Heßler, Hans-Joachim; Wiesing, Urban, Patientenverfügungsgesetz: Umsetzung in der klinischen Praxis, in: Dtsch Ärztebl 2009; 106(40): A 1952-7; online abrufbar unter Ärzteblatt.de unter >>> <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=Borasio&id=66178> <<< (aufgerufen unter dem 11.10.11).

bahnstraße in den „selbstbestimmten“ Tod interpretiert sehen wollen.¹⁶²

Die allgemeine Lage zur Medizinethik (und im Zweifel ihr Verhältnis zum Selbstbestimmungsrecht) scheint also nach wie vor „verwirrend“ zu sein und spätestens an dieser Stelle dürfte hinreichend klar geworden sein, dass weder das Problem der Patientenverfügung noch das der ärztlichen Suizidbeihilfe in seiner rechtlichen Perspektive allein durch die Arztethik intraprofessionell gelöst werden kann!

Zwischenergebnis

Für diese Erkenntnis ist weniger der Versuch der Ethiker maßgebend, ggf. ihre Einsichten und Vorstellungen über den „guten Arzt“ auch mithilfe einer halbwegs nachvollziehbaren juristischen Argumentation abzusichern, sondern vielmehr mit einem unverrückbaren Bekenntnis nicht weniger Ethiker zu einer grundlegenden Philosophie, in der das Lebensrecht zum ranghöchsten Gut erklärt wird. Dass dies nicht ohne Folgen für die Interpretation des Rechts bleibt, drängt sich freilich auf.

Es erscheint reizvoll, an dieser Stelle die Folgen für das Recht mit einigen besonders eindrücklichen Zitaten¹⁶³

¹⁶² Bauer, Axel W., Patientenverfügung: Ärzte sind Anwälte des Lebensrechts, in: Ärzteblatt.de, online abrufbar unter >>> <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=Borasio&id=66840> <<< (aufgerufen am 11.10.11).

¹⁶³ Gerade die Debatte um die „Patientenverfügung“ hat gezeigt, dass nicht wenige Zeitgenossen auf ethischen „Irrwegen“ wandeln, die mehr Ängste

weiter zu untermauern, in denen sich die ganze Dramatik um den fortwährend geführten „Kampf“ um das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten widerspiegelt. Wenn hier dennoch davon Abstand genommen wird, dann weniger um des lieben Friedens willen zwischen den Ethikern, Philosophen und Juristen, sondern aufgrund der offen zutage getretenen Notwendigkeit, letztlich das Recht zu befragen, welchen Stellenwert es den Grundrechten der verfassten Ärzteschaft einzuräumen gedenkt, und zwar jenseits einer philosophischen und medizinethischen Grundsatzbetrachtung.

Die obigen Ausführungen, mögen diese auch noch so fragmentarisch sein, dienen vorrangig dem Zweck, darlegen zu können, dass in den letzten Jahrzehnten trotz hochkarätig besetzter Kommissionen (einschließlich der Deutschen Juristentage) derzeit nichts grundlegend „Neues“¹⁶⁴ festgestellt werden kann, auch wenn zwischenzeitlich das Patientenverfügungsgesetz und ein

denn Hoffnungen auslösen müssen. Vgl. dazu Barth, Lutz, Furcht und Schrecken vor der „Medizinethik“ (!?) – „Opium fürs Volk“ – Zitate von Gegenwartsphilosophen und Textpassagen von namhaften Organisationen (2009); online unter IQB-Internetportal >>> [http://www.iqb-in-fo.de/Furcht und Schrecken vor der Medizinethik Lutz Barth 2009.pdf](http://www.iqb-in-fo.de/Furcht%20und%20Schrecken%20vor%20der%20Medizinethik%20Lutz%20Barth%202009.pdf) <<< mit einer Schlusserklärung v. Lutz Barth v. 22.02.09 unter >>> [http://www.iqb-in-fo.de/Praesentation Furcht und Schrecken Schlusserklaerung Lutz Barth 2009.pdf](http://www.iqb-in-fo.de/Praesentation%20Furcht%20und%20Schrecken%20Schlusserklaerung%20Lutz%20Barth%202009.pdf) <<<..

¹⁶⁴ In diesem Sinne wohl auch Lüderssen, Klaus, Aktive Sterbehilfe- Rechte und Pflichten, in JZ 2006, S. 689 – 695(689).

Verbot der ärztlichen Suizidassistenz in der ärztlichen Musterberufsordnung verabschiedet worden ist.

Die widerstreitenden Positionen stehen sich nach wie vor unversöhnlich gegenüber, wengleich es zunächst bei der grundlegenden und unverrückbaren Erkenntnis bleibt, dass das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten auch in der Arzt-Patienten-Beziehung von überragender Bedeutung ist und aus ihm jedenfalls keine „Pflicht zum Leben“¹⁶⁵ folgt.

Grund und Reichweite des Selbstbestimmungsrechts der Patienten werden nicht aus dem „Grundgesetz der ärztlichen Sittlichkeit“ und damit dem hippokratischen Eid resp. dem Arztethos abgeleitet, sondern einzig aus der Verfassung, in der sich gewissermaßen ein ethischer Standard widerspiegelt. Noch weniger werden aus dem „Grundgesetz der ärztlichen Sittlichkeit“ die Grenzen

¹⁶⁵ Vgl. hierzu statt vieler: Dreier, Horst, Grenzen des Tötungsverbots – Teil 2, in JZ 2007, S. 317 – 326 (319) dort mit Hinweisen zur Verankerung dieser Aussage. Dass im Übrigen hierzu unterschiedliche Auffassungen vertreten werden, ist evident, kann aber in der hier vorgelegten Expertise insofern „vernachlässigt“ werden, weil es einzig darauf ankommt, die „Grenzen“ der autonomen Selbstgesetzgebung durch die Selbstverwaltungskörperschaften zu untersuchen. In diesem Sinne kann mit Dreier davon ausgegangen werden, dass die Frage, wo das „Recht“ zur Selbsttötung verortet ist, eher von sekundärer Bedeutung ist. „Wichtiger als diese Verortung in der einen oder anderen Weise ist vor allem das rechte Verständnis dafür, dass es nicht um ein positiv konnotiertes „Recht auf Selbsttötung“ im Sinne einer vom Staat verliehenen Kompetenz oder von ihm begrüßten Handlungsweise geht, sondern allein um die Frage, in welches Grundrecht ein entsprechendes Verbot der Selbsttötung eingreifen würde. Entscheidend ist also der gegenläufige Gedanke, dass die staatliche Begrenzung der Handlungsfreiheit des Einzelnen der Rechtsfertigung im Sinne formell und materiell korrekter Rechtsgrundlagen bedarf“ (Dreier, ebenda).

inhaltlich bestimmt, die gleichsam als Schranken für die inhaltliche Ausgestaltung und Ausübung des Selbstbestimmungsrechts dienstbar gemacht werden sollen.

Das „Grundgesetz der ärztlichen Sittlichkeit“ zieht dem Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten mithin keine (!) Grenzen und hieran anschließend stellt sich sodann die bereits mehrfach aufgeworfene Frage, ob sich aus dem „Grundgesetz der ärztlichen Sittlichkeit“ Grenzen für die Grundrechte der Ärzteschaft ergeben und zwar insbesondere in Kenntnis dessen, dass auch die Begrenzung der Handlungsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte nicht nur formell, sondern insbesondere auch materiell korrekter Rechtsgrundlagen bedarf.

Die ärztliche Suizidassistenz im Standesrecht

Wie bereits oben angedeutet, bedürfen die Regelungen des Standesrechts einer hinreichend deutlichen gesetzlichen Grundlage, greifen diese doch in den grundrechtlichen Schutzbereich der auch der Ärzteschaft verbürgten Freiheiten ein.

Die Frage, ob das Verbot der ärztlichen Suizidassistenz den formellen Erfordernissen genügt, soll auch an dieser Stelle nach wie vor zurückgestellt werden und zwar insbesondere deshalb, weil spätestens mit dem Facharztbeschluss des BVerfG die höchst bedeutsame Frage in den Vordergrund zu rücken ist, ob der parlamentarische Ge-

setzgeber seinerseits gehalten ist, das Verbot der ärztlichen Suizidassistenten selbst zu regeln.¹⁶⁶

Gegenwärtig kann davon ausgegangen werden, dass dem Prinzip vom Vorbehalt des Gesetzes auch die Aufgabe zukommt, die Entscheidungsfreiheit des parlamentarischen Gesetzgebers selbst einzuschränken. Es werden vielmehr Entscheidungspflichten begründet, so dass letztlich „maßgeblicher Ansatzpunkt für die Ermittlung des möglichen Umfangs der Autonomie und umgekehrt der Reichweite der parlamentarischen Regelungspflicht (...) die Lehre vom Vorbehalt des Gesetzes (ist). Denn der „Parlamentsvorbehalt“ ist als ein zum Delegations- bzw. Ermächtigungsverbot verdichteter Gesetzesvorbehalt zu verstehen.“¹⁶⁷

Nach Taupitz steht im Zentrum der Vorbehaltstheorie seit Jahren die sog. „Wesentlichkeitstheorie“ des Bundesverfassungsgerichts. Auch wenn über die Frage, was im Zweifel wesentlich sei, kein Einvernehmen hergestellt ist und insofern Unsicherheiten bestehen, lassen sich gleichwohl einige Anhaltspunkte skizzieren, die für das Eingreifen des Vorbehalts des Gesetzes als auch für die Regelungsstärke streiten, die sich im sog. Relevanzviereck zusammenfassen lassen:

¹⁶⁶ Taupitz weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich aus der Sicht der Kammern alternativ die Frage stellt, in welchem Umfange diese von einer scheinbar weiten Ermächtigung Gebrauch machen dürfen, Taupitz, Standesordnungen, S. 801.

¹⁶⁷ Taupitz, ebenda, S. 802, 803.

- „die Bedeutung der Regelung für die Allgemeinheit bzw. das öffentliche Interesse,
- die generelle Grundrechtsverwirklichungs- oder Grundwerterelevanz der Entscheidung,
- die Intensität der individuellen Betroffenheit und
- Gesichtspunkte der Flexibilität und Normierungsfähigkeit“.¹⁶⁸

Dass das Verbot der ärztlichen Suizidassistenz in den ärztlichen Standesordnungen von überragender Bedeutung für die Allgemeinheit ist, darf als unumstritten gelten. Nicht zuletzt die inhaltlichen Debatten der letzten Jahrzehnte belegen eindrucksvoll, dass das Thema Sterben in Würde eine öffentliche Angelegenheit ist und dass hierauf gleichsam eine Philosophiegeschichte lastet, die nur über ein Bekenntnis zum ethischen Standard des Grundgesetzes Aussicht darauf hat, ggf. (einigermaßen) befriedet zu werden und zwar jenseits einer Debatte über das scheinbar maßgebliche Menschenbild und der damit zuweilen kunstvoll entfalteten Würde des Menschen.

Jedwede Regelung in diesem Bereich ist für die Allgemeinheit von derart großer Wichtigkeit, dass der parlamentarische Gesetzgeber gehalten sein dürfte, gerade ihn Anlehnung an die parlamentarisch-demokratische Komponente des Vorbehaltsprinzips die entscheidenden Fra-

¹⁶⁸ Taupitz, ebenda, S. 806, 807; dort auch mit Hinweis darauf, dass letztlich Auslegungs- und Abwägungsprobleme nicht zu umgehen sind (S. 808).

gen der ärztlichen Suizidassistenten selbst zu regeln. Auch wenn das Grundgesetz das Prinzip der Selbstverwaltung und damit den Autonomiegedanken anerkennt, so aktualisiert sich doch zugleich auch die Aufgabe des Parlaments, gleichsam als „Hüter des Gemeinwohls“ darüber zu wachen, dass partikuläre Gruppeninteressen auch der Ärzteschaft nicht auf Kosten der Gesamtheit durchgesetzt werden.

In dem einzufordernden parlamentarischen Verfahren ist ein Garant dafür zu erblicken, *„dass sich die demokratische Staatlichkeit und Gleichheit gegenüber berufständischen Gruppen behauptet und die Einheit der demokratischen Rechts- und Staatsordnung nicht von pluralistischen Rechten und Sonderinteressen „überwuchert“ wird“*. Der Gesetzgeber muss deshalb die einem Berufsverband überlassenen Regelungsbereiche *umso intensiver selbst prägen, je stärker das Interesse der Allgemeinheit an der Art und Weise der Berufstätigkeit der Mitglieder berührt wird“*.¹⁶⁹

Dass ein überragendes Interesse der Allgemeinheit an der Art und Weise der Berufstätigkeit der Ärzte besteht, ergibt sich nicht zuletzt aus § 1 BÄO und freilich aus der Tatsache, dass die „Arzt-Patienten-Beziehung“ eben tatsächlich mehr als nur eine rechtliche Beziehung ist, in der durchaus das „Ethische mit dem Rechtlichen“ zusammenfließt. Gleichwohl muss das „Grundgesetz der ärztlichen Sittlichkeit“ maßvoll zur Anwendung gelan-

¹⁶⁹ Taupitz, ebenda, S. 812.

gen, soll hierdurch nicht die autonome Stellung der Patienten verdrängt werden.

Neben der zentralen Bedeutung des Verbots der ärztlichen Suizidbegleitung für die Allgemeinheit ist hier insbesondere auch der Aspekt der grundrechtlichen Relevanz dieser Verbotsnorm in den Fokus der Betrachtungen zu rücken.

Hierbei geht es allerdings weniger um die Frage, dass ganz allgemein bei den Grundrechten Eingriffe nur durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes zulässig sind, sondern um die damit verbundene gesteigerte Verantwortung des parlamentarischen Gesetzgebers, wie sich nicht zuletzt aus dem Facharztbeschluss des BVerfG ergibt.

Mögen auch Grundrechte nicht autonomiefest sein, so bleibt doch indes zu konstatieren, dass die „Entscheidungen über die Abgrenzungen kollidierender Grundrechte und der Erlass der wesentlichen grundrechtsbegrenzenden und –verwirklichenden Regelungen (...) dennoch prinzipiell der Legislative zu(fallen)“¹⁷⁰ und dass für die Reichweite des Parlamentsvorbehalts nicht zuletzt als weiteres Kriterium die Intensität der Grundrechtsbetroffenheit von höchster Bedeutung ist.¹⁷⁰

¹⁷⁰ Taupitz, ebenda, S. 813.

Inkurs: Das Verbot der ärztlichen Suizidassistenz und die ärztliche Gewissensfreiheit

Soweit ersichtlich, wird in der Debatte um die Sterbebegleitung regelmäßig davon ausgegangen, dass es eine ärztliche Gewissensentscheidung sei, ob die Ärztin oder der Arzt bei einem frei verantwortlichen Suizid mitwirkt.

Daraus ergibt sich die Frage, welche Anforderungen sich hieraus für den parlamentarischen Gesetzgeber ergeben, und ob gleichsam aus der Sicht der Kammern jenseits einer formalen Betrachtungsweise der ihnen eingeräumten Normsetzungsbefugnisse hieraus die Aufgabe erwächst, nach einer Regelung in den verbindlichen Standesordnungen zu streben, die in einer besonderen Art und Weise dem Gewissen der einzelnen Ärztinnen und Ärzte positiv Rechnung trägt.

Das Grundrecht der Gewissensfreiheit, Art. 4 GG

Sowohl in der ärztlichen Musterberufsordnung als auch in den Standesordnungen findet das ärztliche Gewissen an ganz zentraler Stelle eine entsprechende Erwähnung. Wie bereits oben festgestellt, lehnt das BVerfG es ausdrücklich ab, sich näher mit dem Begriff des Gewissens in den verschiedenen Disziplinen (etwa der Philosophie oder Theologie) und den dazu vorgeschlagenen Varianten des Gewissensbegriffs zu befassen.

Dass hierbei die Definition des Gewissens nicht unerhebliche Schwierigkeiten bereitet, ist in der Literatur durchaus anerkannt, wenngleich die nachfolgende Definition

des BVerfG wohl ganz überwiegend gebilligt wird.¹⁷¹ Hiernach ist eine Gewissensentscheidung *als „jede ernste sittliche, d.h. an den Kategorien von »Gut« und »Böse« orientierte Entscheidung anzusehen, die der Einzelne in einer bestimmten Lage als für sich bindend und unbedingt verpflichtend innerlich erfährt, so dass er gegen sie nicht ohne ernste Gewissensnot handeln könnte.“*¹⁷²

Mit Borowski kann daher davon ausgegangen werden, dass das BVerfG im Vergleich zu den anderen Wissenschaftsdisziplinen einen spezifisch juristischen Gewissensbegriff verwendet, dessen Bedeutung einer alltagssprachlichen Bedeutung nahekommt und dass sich von daher der Gewissensbegriff als anknüpfungsfähig erweist, zumal das BVerfG anderenorts betont hat:

*„Das Grundgesetz hat in Art. 4 Abs. 1 die Freiheit des Gewissens und seiner Entscheidungen, in denen sich die autonome sittliche Person unmittelbar äußert, als unverletzlich anerkannt“.*¹⁷³

Mögen auch verschiedene Auslegungen¹⁷⁴ des Schutzes individueller moralischer Überzeugungen mit herausgehobener Bedeutung für den Einzelnen möglich sein, so

¹⁷¹ Vgl. dazu statt vieler Borowski, Martin, Die Glaubens- und Gewissensfreiheit des Grundgesetzes, S. 552 m.w.N. in Fn. 868.

¹⁷² BVerfGE 12, 45 (54 ff.); ebenso BVerfGE 21, 191 (205).

¹⁷³ BVerfGE 78, 391 (395).

¹⁷⁴ Vgl. dazu Borowski, Martin, Die Glaubens- und Gewissensfreiheit des Grundgesetzes, S. 553; der Schutz der Gewissensfreiheit und damit individueller moralischer Überzeugungen kann sowohl handlungsbezogen als auch zustandsbezogen gedeutet werden.

ist indes unverkennbar, dass es letztlich im Rahmen einer eher handlungsbezogenen Deutung auch darum geht, dass vorliegend die Ärztin oder der Arzt mit Blick auf die Mitwirkung bei einem frei verantwortlichen Suizid eines schwersterkrankten Patienten durch den Vollzug oder Nichtvollzug ihre/seine persönliche Konzeption des sittlich Guten oder Bösen realisiert. Insofern kann die Gewissensfreiheit durchaus auch als sittliche Handlungsfreiheit gedeutet werden, wenngleich auch der *„Grund, der zu der an den Kategorien von »Gut« und »Böse« orientierten Unterscheidung führt, (...) grundsätzlich außer Betracht (bleibt). Entscheidend ist allein, dass die moralische Entscheidung getroffen wird und mit ihr der Gewissenskonflikt entsteht und letztere als innere Not empfunden wird.“*¹⁷⁵

Konsens lässt sich auch darüber herstellen, dass die Gewissensfreiheit letztlich durch das Selbstverständnis des Gewissensträgers geprägt ist und jedenfalls nicht durch inhaltliche moralische Kriterien eingengt wird, so dass es auch nicht verfehlt ist, in Anbetracht der vom Staat einzufordernden Neutralität von einem neutralen Gewissensbegriff auszugehen.

Auch in diesem Sinne ist im Hinblick auf das Selbstverständnis des Gewissensträgers zunächst zu konstatieren, dass der Grund für eine Gewissensentscheidung kein Merkmal für die Frage ihres Vorliegens darstellt. „Maßgeblich ist nur, dass eine innere Überzeugung als derart unbedingt verpflichtend empfunden wird, dass die

¹⁷⁵ Borowski, ebenda, S. 554; Hervh. v. Verf.

Schwelle zur Gewissensentscheidung erreicht oder überschritten ist.¹⁷⁶

Andererseits ist davon auszugehen, dass keineswegs jede moralische Position in der Sache eine Gewissensentscheidung im Sinne von Art. 4 Abs. 1 GG ist, so dass es im Einzelfall durchaus problematisch sein kann, bei der Dringlichkeit einer moralischen Forderung einen Schwellenwert festzustellen, der dann im Zweifel in einer Gewissensnot mündet.

Da einerseits Gewissensentscheidungen höchst subjektiv sind und andererseits einer gewissen Rationalität nicht entbehren dürfen, im Übrigen es aber letztlich allein darum geht, ob der einzelne ein moralisches Ge- oder Verbot als unbedingt verpflichtend erfährt, obliegt dem Gewissensträger freilich eine hohe Last der Darlegung, so dass es zuweilen wenig hilfreich erscheinen mag, wenn betont wird, dass Anforderungen an die Rationalität der Begründung der Gewissensentscheidung nicht gestellt werden können, da eine inhaltliche Begründung der Gewissensentscheidung ja gerade nicht verlangt wird.¹⁷⁷

In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass der parlamentarische Gesetzgeber resp. die Selbstverwaltungskörperschaften bei seiner/ihrer Normsetzung durchaus Gründe darzulegen haben, die letztlich zu einer Regelung führen sollen, mal ganz von dem Umstand ab-

¹⁷⁶ Borowski, ebenda.

¹⁷⁷ So Borowski, ebenda, S. 557.

gesehen, dass auch die Normgesetzgeber an die Grundrechte gebunden sind. Gerade in der medizinethischen Literatur wird Kritik daran geübt, dass man in den jeweiligen Richtlinien der BÄK zur Sterbebegleitung letztlich nur höchst selten Rechtfertigungen für die Beurteilungen der ärztlichen Suizidbeihilfe findet. Birnbacher weist daher zu Recht mit Bezug auf Deutschland darauf hin, dass sich in den Richtlinien der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung keinerlei Begründungen finden lassen und dass auch in diesem Punkt die Äußerungen der für die Richtlinien Verantwortlichen eher denkbar lakonisch sind.¹⁷⁸

Keiner wird in diesem Zusammenhang bestreiten wollen, *„dass dem Gewissensträger die erforderliche Darlegung (...) seiner Gewissensentscheidung eher gelingen wird, wenn er seine Gründe überzeugend präsentieren kann. Im Zweifel wird eine rationale Begründung überzeugender sein“*¹⁷⁹, auch wenn das System der Gewissensentscheidungen des Gewissensträgers intern rational sein

¹⁷⁸ Birnbacher, Dieter, Die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der ärztlichen Standesethik, in Aufklärung und Kritik, Sonderheft 11/2006, S.14 mit Hinweis auf Beleites, der meinte, „eine gesetzliche Regelung der Sterbebegleitung und die Freigabe des ärztlichen assistierten Suizids ist ... aus Sicht der verfassten Ärzteschaft nicht sinnvoll“ (zit. nach Birnbacher). Was im Zweifel sinnvoll erscheinen mag, entbindet in der Tat nicht von einer Argumentation, die auch gegenwärtig m.E. mit Blick auf das Verbot der ärztlichen Suizidassistenz jedenfalls – moderat ausgedrückt – von den Verantwortlichen nicht angeboten wird. Es reicht jedenfalls nicht zu, darauf zu verweisen, dass „Ärzte Heiler seien und keine Mechaniker des Todes“.

¹⁷⁹ Borowski, Martin, Die Glaubens- und Gewissensfreiheit des Grundgesetzes (2006), S. 557.

muss. Wertungswidersprüche sind demzufolge im System handlungsleitender moralischer (resp. ethischer) Normen des einzelnen Gewissensträgers zu vermeiden. Im Ergebnis wird es darauf ankommen, den Gewissenskonflikt als solchen darzulegen und plausibel zu erklären, was sein individuelles Gewissen mit welcher Intensität von ihm verlangt.

Ferner muss „der Vortrag des Gewissensträgers in dem Sinne intern rational sein, als seine Gewissensentscheidung tatsächlich mit der staatlichen Norm, deren Nichtbefolgung erstrebt wird, kollidiert. Dieser Widerspruch darf nicht allein in der irrigen Vorstellung des Gewissensträgers vorliegen, er muss auch objektiv vorliegen.“¹⁸⁰

Allgemein kann hier zunächst festgestellt werden, dass jedenfalls mit der grundrechtlich verbürgten Freiheit der Gewissensentscheidung gem. Art. 4 Abs. 1 GG besonders intensiv empfundene moralische Überzeugungen des Einzelnen anerkannt werden.

Das BVerfG hat in einer Entscheidung keinen Zweifel daran aufkommen lassen, dass „die von der Verfassung gewährleistete Gewissensfreiheit (...) nicht nur die Freiheit (umfasst), ein Gewissen zu haben, sondern grundsätzlich auch die Freiheit, von der öffentlichen Gewalt nicht verpflichtet zu werden, gegen Gebote und Verbote des Gewissens zu handeln.“¹⁸¹

¹⁸⁰ Borowski, ebenda, S. 558.

¹⁸¹ BVerfGE 78, 391 (395).

In diesem Sinne ist neben dem sog. forum internum auch das forum externum geschützt, so dass auch die Betätigung des Gewissens, mithin also das Handeln gemäß der Gewissensentscheidung von Art. 4 Abs. 1 GG geschützt ist¹⁸² sowie gewissensgebotene Unterlassungen.¹⁸³

Zu fragen ist, welchen Konsequenzen aus diesem (scheinbar) unproblematischen Befund zu ziehen sind?

Folgerungen aus dem Grundrecht der (ärztlichen) Gewissensfreiheit für die aktuelle Debatte

Soweit ersichtlich, wird dem Problem der individuellen Gewissensfreiheit der Ärztinnen und Ärzte in der aktuellen Debatte seitens engagierter Bürgerrechtsbewegungen größte Aufmerksamkeit geschenkt, während demgegenüber in der Fachliteratur eine thematische Auseinandersetzung schmerzlich vermisst wird, obgleich hiermit Grundfragen des ärztlichen Selbstverständnisses aufgeworfen sind, die zunächst einer individualrechtlichen Einordnung bedürfen.

Dass hierbei das Berufsverhalten der Ärzteschaft an ethischen Grundsätzen gemessen wird, steht außer Frage. Insofern ist es konsequent, wenn etwa in der ärztlichen Musterberufsordnung in § 2 Abs. 1 festgestellt wird: „Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus.“

¹⁸² Borowski, Martin, Die Glaubens- und Gewissensfreiheit des Grundgesetzes, S. 565, 566.

¹⁸³ Borowski, ebenda, S. 567.

Bereits dieser grammatikalische Wortlaut weist darauf hin, dass die Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf nach ihrem Gewissen (!) ausüben, wobei die Gebote der ärztlichen Ethik zu berücksichtigen sind. Mit dieser Bezugnahme auf das ärztliche Gewissen ist die nach Art. 4 Abs. 1 GG prinzipiell vorbehaltlos geschützte Gewissensfreiheit gemeint. Sofern diese individuelle Gewissensentscheidung mit den „Geboten der ärztlichen Ethik“ zu kollidieren droht, wird der Frage nachzugehen sein, wie eine solche Kollision aufzulösen ist.

Eine Beantwortung dieser Frage scheint nur dann entbehrlich, wenn die Ärztekammern im Rahmen ihrer grundsätzlich eingeräumten Satzungsautonomie zugleich auch berechtigt wären, verbindliche ethische Standards festzuschreiben, die in der Folge keinen Raum mehr für eine individuelle ärztliche Gewissensentscheidung belassen resp. das Gewissen der einzelnen Ärztinnen und Ärzte näher konkretisieren.

Insbesondere seit dem 100. Deutschen Ärztetag (1997) lässt sich insbesondere die Bundesärztekammer von dem Gedanken leiten, dass es notwendig sei, sich verstärkt den medizinethischen Grundsatzfragen zuzuwenden. Die BÄK geht hierbei wie selbstverständlich davon aus, dass der Arzt bei den Tätigkeiten, die medizinisch-ethische Probleme aufwerfen, an die Richtlinien (Handlungsleitlinien) der Ärztekammern gebunden wird oder mit denen

verbindliche Vorgaben zur Sterbebegleitung gemacht werden.¹⁸⁴

In diesem Sinne führte der medizinische Fortschritt und die sich daraus für die Ärzteschaft ergebenden medizinethischen Probleme dazu, dass die BÄK letztlich ergänzend zur Berufsordnung spezielle Sachverhalte in Form von Richtlinien und Empfehlungen erstellt hat, zu denen bekanntermaßen auch die Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung gehören. Allgemein lässt sich feststellen, dass die BÄK sich unverändert von dem folgenden tragenden Gedanken leiten lässt: *„Von daher erschien es ratsam, in der neuen Muster-Berufsordnung bei bestehenden oder neu entstehenden Problemen die Bindung des Arztes an entsprechende Richtlinien und Empfehlungen der Ärztekammern festzuschreiben. Nur so lässt sich auch künftig der Anspruch der Ärzteschaft, ihre ethischen Fragen selbst zu identifizieren und zu beantworten, auch glaubwürdig gegenüber der Gesellschaft vertreten.“*¹⁸⁵

¹⁸⁴ Vgl. hierzu BÄK, Fuchs, Christoph/Gerst, Thomas, Entwicklungen der Muster-Berufsordnung; online unter >>> <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1142> <<<; dieselben in Dtsch Ärztebl. 1997: 1947/1997 – Bundesärztekammer im Wandel (XVI): Medizinethik in der Berufsordnung / Entwicklungen in der Musterberufsordnung; online unter Ärzteblatt.de >>> <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=8218> <<<(aufgerufen am 01.12.11).

¹⁸⁵ Fuchs; Gerst, ebenda; im Übrigen lassen sich die beiden Autoren von der Vorstellung leiten, dass die in der Standesordnung von 1926 angeführte pauschale Verpflichtung auf das Gewissen des Arztes sich als nicht ausreichend erwies. Hieraus kann wohl „nur“ der Schluss gezogen werden, dass es angesichts der rasanten Entwicklungen der medizinisch-technischen Mög-

Der bisherige Meinungsstand in der Literatur und die daraus ggf. zu ziehenden Konsequenzen zeichnete sich freilich dadurch aus, dass bis zum Erlass der neuen ärztlichen Musterberufsordnung im Jahre 2011 allgemein davon ausgegangen wurde, dass die Sterbehilfe explizit nicht geregelt war. Die vor der Änderung der Musterberufsordnung maßgeblichen Normen blieben daher eher allgemein und zurückhaltend, so dass das ärztliche Handeln im Bereich der Sterbehilfe jedenfalls nicht eindeutig geregelt wurde.¹⁸⁶

Ungeachtet dessen ist hiermit gleichwohl nicht die entscheidende Frage beantwortet, ob die „Richtlinien“, in denen einzelne medizinische Tätigkeiten eine Regelung außerhalb der ärztlichen Musterberufsordnung erfahren, gleichsam verbindlich sind, wie erkennbar die Autoren Fuchs und Gerst in ihrem Beitrag nahelegen wollen. Dies wird hier – ohne im Einzelnen dazu Stellung beziehen zu müssen – zu verneinen¹⁸⁷ sein, wengleich hierbei nicht verkannt wird, dass sich in dem grammatikalischen Wortlaut der Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbe-

lichkeiten geboten war, einen Beitrag zur Konkretisierung der ärztlichen Gewissensentscheidung aus der Sicht der Kammern zu leisten. Von dieser Warte aus betrachtet verwundert es nicht, wenn insbesondere die BÄK sich dazu berufen fühlt, unmittelbar auf die individuelle Gewissensentscheidung der Ärzteschaft einwirken zu wollen.

¹⁸⁶ Vgl. dazu auch Katzenberger, Verena, *Ärztlich assistierter Suizid im terminalen Erkrankungsstadium. Bestandsaufnahme der Debatte in Deutschland und Abwägung medizinethischer Argumente* (Diss. 2010), S. 73.

¹⁸⁷ Vgl. dazu statt vieler: Sickor, Jens Andreas, *Normenhierarchie im Arztrecht* (2005), S. 173 ff. m.w.N.

begleitung durchaus eine ethische Werthaltung der BÄK widerspiegelt, die nicht ohne Einfluss jedenfalls auf das Bild des guten Arztes aus der Sicht der Kammern bleibt, im Übrigen aber die Richtlinien resp. Grundsätze keinesfalls dem Grundrecht der Gewissensfreiheit (und freilich auch der Berufsfreiheit) Grenzen zu setzen vermögen.

Die Gebote der ärztlichen Ethik, nach denen die Ärztin bzw. der Arzt ihren Beruf ausüben sollen, sind allerdings an keiner Stelle positivrechtlich normiert. Es fragt sich, auf welcher Grundlage sich in Ermangelung einer Normierung eine Beschränkung der individuellen ärztlichen Gewissensentscheidung ergeben soll?

Hier wird freilich davon ausgegangen, dass auch die Gewissensfreiheit durchaus Beschränkungen zugänglich ist, mag auch diese vorbehaltlos gewährleistet sein. Dass sich hieraus Rückfragen mit Blick auf die Ermächtigungsgrundlagen in den entsprechenden Heilberufs- und Kammergesetzen der Länder ergeben, ist ebenso evident wie die unhintergehbare Voraussetzung, dass die Gebote der ärztlichen Ethik ihrem materiellen Inhalt nach mit dem Grundgesetz in Übereinstimmung stehen müssen, im Übrigen aber der hohen Bedeutung des Grundrechts der Gewissensfreiheit Rechnung tragen müssen.

In diesem Zusammenhang stehend wird auch zu konzedieren sein, dass der parlamentarische Gesetzgeber aus mancherlei Gründen gehalten ist, sich einer Regelungstechnik zu bedienen, die auch in einer Verwendung von unbestimmten Rechtsbegriffen, Generalklauseln oder

Ermessensvorschriften besteht¹⁸⁸. Indes gilt aber mit Blick auf die Gewissensfreiheit (so wie im Übrigen bei allen anderen Grundrechten auch) die Verpflichtung des Gesetzgebers, die Unwägbarkeiten bei der Annäherung an eine ärztliche Standesethik etwaige parlamentarische Regelungsdefizite so gering wie möglich zu halten. Hollenbach weist in diesem Zusammenhang völlig zu Recht darauf hin, dass vom Gesetzgeber über den Parlamentsvorbehalt nicht verlangt werden kann, unpraktikable oder im Hinblick auf den gebotenen Rechtsgüterschutz defizitäre Regelungen zu erlassen¹⁸⁹. Gleichwohl gebietet die Grundrechtsnähe sowohl aus der Perspektive der Ärztinnen und Ärzte als auch aus der der Patientinnen und Patienten eine sorgfältige Abwägung und vor allem Wertung darüber, in welchen Fällen es zumindest geboten erscheint, sich im Zweifel der bedeutungsvollen Aufgabe der grundrechtlichen Schutzpflichten zu stellen und nicht vor der schwierigen Aufgabe dergestalt zu kapitulieren, in dem sich der Gesetzgeber seiner prinzipiellen Regelungsaufgabe in Gestalt sog. General- oder sog. Blankettermächtigungen¹⁹⁰ von vorne herein entzieht.

Keiner wird bezweifeln wollen, dass hiermit schwierigste Fragen des Rechts aufgeworfen sind, zumal im Kern

¹⁸⁸ Vgl. dazu u.a. Hollenbach, Axel, Grundrechtsschutz im Arzt-Patienten-Verhältnis (2003), S. 132.

¹⁸⁹ Hollenbach, ebenda, S. 133.

¹⁹⁰ So auch Hollenbach mit Hinweis darauf, dass gerade General- oder Blankettermächtigungen auf verfassungsrechtliche Bedenken stoßen, Hollenbach, ebenda, S. 133.

Einverständnis darüber erzielt werden kann, dass es an der Schnittstelle zwischen einer ärztlichen Standesethik und einem gebotenen Grundrechtsschutz weitestgehend darauf ankommen muss, keine rechtsfreien Räume zu eröffnen, so dass nach eigener Ethik die Ärzteschaft die Zulässigkeit ihres Tuns bestimmt, ohne hierbei an die Rechtsordnung gebunden zu sein.¹⁹¹

Freilich wird in diesem Zusammenhang stehend zu bedenken sein, dass die prinzipiell gewünschte Satzungsautonomie der Ärztekammern durch die Vorgaben des parlamentarischen Gesetzgeber nicht gleichsam wieder ausgehöhlt wird, so dass es hier auf das rechte Augenmaß ankommen wird. Dass hierbei auch der parlamentarische Gesetzgeber zur Selbstdisziplin aufgerufen ist, verdient insofern Beachtung, weil er zunächst die berechnete Erwartungshaltung hegen darf, dass die mit einer Satzungsautonomie ausgestatteten Ärztekammern darauf bedacht sind, nicht über Gebühr in die Grundrechte ihrer Mitglieder einzugreifen.

An dieser Stelle bietet sich, auch wenn es ungewöhnlich erscheinen mag, eine Zäsur an, und es soll erneut das „Grundgesetz der ärztlichen Sittlichkeit“ in Erinnerung gerufen werden, aus dem sich gleichsam die Gebote der ärztlichen Ethik ableiten lassen und zwar mit Blick auf eine scheinbar anders gelagerte Ethikdebatte, die über Jahrzehnte hinweg ebenso leidenschaftlich diskutiert wurde: die Problematik des Schwangerschaftsabbruchs.

¹⁹¹ Ebenso Hollenbach, ebenda, S. 130.

Exkurs: Die Gebote der ärztlichen Ethik – auch eine Frage der Glaubwürdigkeit?

Freilich kann es nicht darauf ankommen, hier die Diskussion um die Problematik des Schwangerschaftsabbruchs zu entfalten. Sofern hierauf Bezug genommen wird, dann lediglich mit Hinweis darauf, dass es sowohl der Bundesärztekammer als auch den Landesärztekammern gelungen ist, mit § 14 Abs. 1 MBO-Ä eine standesrechtliche Norm verabschiedet zu haben, die geradezu in vorbildlicher Weise das Spannungsverhältnis zwischen den „Geboten der ärztlichen Ethik“ und den insoweit betroffenen Grundrechten nicht nur der Ärzteschaft, sondern eben auch der Patientinnen befriedet.

Die Ärztekammern lassen keine Zweifel daran, dass Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind, das ungeborene Leben zu erhalten. Diese Verpflichtung ergibt sich ohne Frage auch aus § 1 Abs. 2 MBO-Ä. Dennoch sahen sich die Kammern veranlasst, hier das „Grundgesetz der ärztlichen Sittlichkeit“ abzuändern, indem es Grenzsituationen anerkennt, in denen nicht nur der Grundsatz „Leben zu erhalten“ partiell aufgegeben wurde, sondern dass das Leben durch einen gezielten medizinischen Eingriff zerstört wird. Es bedarf nun keiner großen Erörterung, dass der Schwangerschaftsabbruch zu den Themenkomplexen gehört, die allgemein hin als sog. bioethische Hochdiskurse bezeichnet werden und in denen die ärztlichen Gebote in einer besonderen Weise betroffen sind.

Die Frage, ob in der Fassung des § 218 StGB ein ärztlicher Auftrag oder eine Zumutung an den Ärztestand¹⁹² erblickt werden kann, bewegt nach wie vor die Gemüter. Da wundert es nicht, dass hierbei in der Debatte das Standesethos eine zentrale Rolle eingenommen hat.

Mit Blick auf den Schwangerschaftsabbruch zeichnete sich seinerzeit ein Mentalitätswandel innerhalb der Ärzteschaft ab, so wie er auch gegenwärtig für die Mitwirkung der ärztlichen Suizidassistenz einem bedeutsamen Wandel unterliegt. So wie seinerzeit in der Frage des Schwangerschaftsabbruchs der Verlust eines gemeinsamen ärztlichen Standesethos mit Hinweis darauf beklagt wurde, dass sich hierin ein gesamtgesellschaftlicher Wertewandel widerspiegelt, der unweigerlich dazu führe, „dass die Basis für die Herausbildung einer standesethisch verbindlichen Deontologie verloren gegangen ist“¹⁹³, lassen sich derzeit gewisse Parallelen in der Begründung des Verbots der ärztlichen Suizidassistenz nicht leugnen.

Hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruchs wurde ein Verfall der Standessitte beklagt, der sich unmittelbar auch in einem Regelungsverzicht des ärztlichen Berufsrechts zur Problematik des Schwangerschaftsabbruchs niedergeschlagen habe, während dies gegenwärtig für die Debatte um die ärztliche Mitwirkung bei einem frei ver-

¹⁹² Vgl. dazu eindrucksvoll Kluth, Winfried, Die Neufassung des § 218 StGB – Ärztlicher Auftrag oder Zumutung an den Ärztestand?, in MedR 1996, S. 546- 553 m.w.N.

¹⁹³ Kluth, ebenda, S. 552.

antwortlichen Suizid eines schwersterkrankten Patienten nicht angenommen werden kann: Hier sah sich die BÄK veranlasst, die ärztliche Standessitte mit einer Verbotsnorm abzusichern.

Ob es nun angeraten erscheint, die Problematik des Schwangerschaftsabbruchs aus Sicht des ärztlichen Standesethos dadurch zu lösen, dass zunächst innerhalb des Ärztstandes wieder ein breiter Konsens in der Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs hergestellt wird, so dass über das ärztliche Berufsrecht dieser gleichsam eingedämmt werden könne¹⁹⁴, soll hier ausdrücklich unkommentiert bleiben, wengleich die Intention derartiger Anregungen mehr als offenkundig ist: der ehemals willige Ärztstand, in dem sich in Teilen ein Wertewandel mit Blick auf das „Grundgesetz der ärztlichen Sittlichkeit“ eingestellt hat, soll erkennbar auf die obersten Prinzipien ärztlichen Handelns, namentlich Leben zu erhalten und nicht Leben zu vernichten, zurückverpflichtet werden.¹⁹⁵

¹⁹⁴ Kluth, ebenda, S. 553.

¹⁹⁵ Auch wenn Kluth (ebenda, S. 553) eingesteht, das hier die Handlungsmöglichkeiten zwar beschränkt seien, appelliert er doch in Anschluss an Hermann Hepp an die Ärzteschaft, „Widerstand zu leisten, das heißt sich zu verweigern“. Nach ihm „stehen die Ärzte im Einklang mit den Wertungen der Verfassung, wenn sie sich dem staatlichen Zugriff zur Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen entziehen und in demokratisch legitimierten Organen ihrer Standesorganisationen auf eine entsprechende Veränderung des Berufsrechts, vor allem aber des Arzterfordernisses in den §§ 218 ff. StGB, hinarbeiten. Eine gesetzliche Regelung, die einem dem Lebensschutz verpflichteten Berufsstand die Durchführung rechtswidriger Tötungshandlungen zuweist, ist eines Rechtsstaates nicht würdig“. Bei einer derartigen Sichtweise freilich nimmt es m.E. nicht wunder, dass er neben der Empfehlung zum Widerstand durch die Ärzteschaft zugleich anregt, mit Hinweis auf

Das Standesethos, Leben zu erhalten und keinesfalls zu zerstören, ist – wie der Verweis auf die Schwangerschaftsproblematik verdeutlichen soll – seit Jahrzehnten Gegenstand lebhaftester Diskussionen auch innerhalb der eigenen Profession¹⁹⁶. Da hat es sich durchaus angeboten, in den ärztlichen Berufsordnungen darauf hinzuweisen, dass der Schwangerschaftsabbruch den gesetzlichen Bestimmungen unterliegt, im Übrigen aber die Ärztinnen und Ärzte nicht dazu gezwungen werden können, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen oder ihn zu unterlassen.

Dass hierbei § 14 Abs. 1 MBO-Ä in einer besonderen Weise der ärztlichen individuellen Gewissensfreiheit Rechnung tragen soll, steht nicht zu bezweifeln an. Es erhebt sich wie von selbst die Frage, warum dies bei der ärztlichen Suizidassistenz anders sein sollte?

Hier sei nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Medizin im 21. Jahrhundert mehr denn je durch einen

die verfassungsrechtlichen Wertungen auch die Herausbildung eines neuen Standesbewusstseins und Standesethos in Angriff zu nehmen (Kluth, ebenda, S. 553). Hier nicht weiter zu erörtern wäre freilich, ob die von ihm angenommenen verfassungsrechtlichen Wertungen einer weiteren Überprüfung standhalten; ich würde da einige Zweifel anmelden wollen.

¹⁹⁶ Vgl. dazu u.a. Ratzel, in Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO), Hrsg. Ratzel, Rudolf; Lippert, Hans-Dieter (2006), S. 208 Rdnr. 1 mit Hinweis darauf, dass diese Vorschrift innerärztlich höchst umstritten ist und unmittelbar am ärztlichen Selbstverständnis rührt: „Im Grunde genommen enthält die einen unauflösbaren Widerspruch zwischen der Lebenserhaltungspflicht und der Befugnis, im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen einen Schwangerschaftsabbruch ohne Furcht vor Strafe durchführen zu dürfen.“

Fortschritt gekennzeichnet ist, und dass es nicht sonderlich überrascht, dass hierdurch bedingt das ethisch-moralische Konfliktpotential wächst und letztlich auch weiter wachsen wird.

Dies belegt nicht nur die Debatte um den Schwangerschaftsabbruch, sondern ebenso auch die Debatten zur Genforschung, zur Präimplantationsdiagnostik, zur In-vitro-Fertilisation und freilich auch zur Sterbehilfe.

Darauf, dass diese Entwicklung nicht ohne Folgen für die ärztliche Ethik geblieben ist, wurde bereits oben¹⁹⁷ hingewiesen. Aus rechtlicher Perspektive wundert es nicht, dass nahezu in allen bioethischen Hochdiskursen trotz ihrer höchst unterschiedlichen und eigentlich nicht vergleichbaren Themen sich gleichwohl ein roter Faden dergestalt feststellen lässt, wonach im Recht der „Kulturkampf“ um die Bedeutung und Einfluss der (ärztlichen) Moral und (ärztlichen) Ethik fortgeführt wird: Stets geht es um die Frage des Parlamentsvorhalts, um die materiellen Gewährleistungsbereiche einzelner einschlägiger Grundrechte, um die Bedeutung der Themen für die Allgemeinheit, weil sich von hier aus betrachtet zugleich Rückfragen an den Gesetzgeber ergeben, warum er im Zweifel die eine oder andere Thematik nicht selbst regelt. Es fragt sich, wie diesem Dilemma sachgerecht begegnet werden kann, da eben nicht zu erwarten ansteht, dass die großen Ethikfragen auch des 21. Jahrhunderts konsensfähig sind und zwar weder in der Medizinethik noch im allgemeinen Recht und, was vielleicht die wich-

¹⁹⁷ Vgl. dazu oben, S. 43.

tigste Erkenntnis sein könnte, vor allem nicht im Standesrecht, auch wenn es zugegebenermaßen reizvoll erscheinen mag, im Standesrecht die Grundsätze der ärztlichen Sittlichkeit dauerhaft zu zementieren.¹⁹⁸

Die sich nunmehr aufdrängende Frage, ob in der ärztlichen Mitwirkung bei einem frei verantwortlichen Suizid eines schwersterkrankten Patienten gleichsam ein Verfall der ärztlichen Sitten zu erblicken ist, kann insofern nicht schwieriger sein, weil hiermit zugleich auch die Frage nach der inhaltlichen und in sich konsistenten Logik des Grundgesetzes der ärztlichen Sittlichkeit aufgeworfen ist: Hat der medizinische Fortschritt nicht schon längst bedingt, dass Ärzte nicht nur zu Heilern, sondern auch zu „Mechanikern des Todes“ – und zwar sowohl am Anfang wie auch am Ende des menschlichen Lebens – geworden sind?

Neben der standesrechtlichen Norm zum Schwangerschaftsabbruch in § 14 MBO-Ä berührt nunmehr auch die Verbotsnorm der ärztlichen Suizidassistenz unmittelbar das ärztliche Selbstverständnis und der im Grunde genommene unübersehbare und letztlich auch unauflösbare Widerspruch besteht zuvörderst in der Lebenserhaltungspflicht, mithin also einem gewichtigen Teilaspekt des „Grundgesetzes der ärztlichen Sittlichkeit“ und der Möglichkeit der Ärztinnen und Ärzte, in anderen Bereichen ihres beruflichen Aufgabenspektrums diesen eiser-

¹⁹⁸ In diese Richtung weist der Hinweis etwa von Kluth mit Blick auf die Schwangerschaftsproblematik, siehe dazu oben Fn. 190.

nen Grundsatz in sein Gegenteil zu verkehren, in dem diese – pointiert ausgedrückt – „Leben töten“.

Hätte es insofern nicht nahe gelegen, analog der Bestimmung zum Schwangerschaftsabbruch nach einer Regelung im Bereich der ärztlichen Sterbebegleitung zu streben, die den Widerspruch mit Blick auf die ärztliche Standessitte dadurch überbrückt, in dem die straflose Mitwirkung an einem frei verantwortlichen Suizid eines schwersterkrankten Patienten der individuellen Gewissensentscheidung der Ärztinnen und Ärzte überantwortet, zumal auch mit Blick auf den Schwangerschaftsabbruch das Weigerungsrecht, hieran mitzuwirken, als zwingend erforderlich angesehen wird?¹⁹⁹

Wie auch immer diese aufgeworfene Frage aus intraprofessioneller und damit ärztlicher Perspektive beantwortet wird, so zeichnet m.E. die ärztliche Musterberufsordnung den einzig gangbaren Weg selbst vor, in dem diese wohl nicht ohne Bedacht in § 2 Abs. 1 MBO-Ä an erster Stelle (!) das Gewissen der einzelnen Ärztinnen und Ärzte erwähnt, bevor dann der Beruf, und damit freilich in erster Linie die ärztlichen Aufgaben, unmittelbar hiernach folgend an die Gebote der ärztlichen Ethik und Menschlichkeit angebunden wird.

Von daher muss es mehr als überraschend sein, wenn und soweit in der Diskussion um die ärztliche Mitwirkung bei einem frei verantwortlichen Suizid eines

¹⁹⁹ Vgl. dazu Ratzel, in Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO), Hrsg. Ratzel, Rudolf; Lippert, Hans-Dieter (2006), S. 208 Rdnr. 1.

schwersterkrankten Patienten dem Grundrecht der Gewissensfreiheit eher eine marginale Bedeutung beigemessen wird, obgleich in dem Gewissen der Ärztinnen und Ärzte das ethische und moralische Gravitationszentrum der eigentlichen ärztlichen Sittlichkeit verortet ist.

Angesichts der hohen Bedeutung der Gewissensfreiheit als ein zunächst vorbehaltlos gewährleistetes Grundrecht dürfte daher der Schluss etwa von Lippert zu kurz greifen, wenn er feststellt: „Wo gesetzliche Normen vom Arzt ultimativ ein Tun oder Unterlassen fordern, bleibt kein Raum für eine Gewissensentscheidung“. Lediglich in einer Fußnote verweist er diesbezüglich darauf, dass, sofern ein Arzt eine für ihn verbindliche gesetzliche Regelung für medizinisch unsinnig hält, er sich nicht einfach über diese Norm hinwegsetzen dürfe. Vielmehr sei er gehalten, im Rahmen der ihm zustehenden politischen Möglichkeiten auf eine Änderung der Norm zu drängen.²⁰⁰

Eine solche Sichtweise wird m.E. dem Grundrecht der Gewissensfreiheit nicht im Ansatz gerecht, mal ganz von dem Umstand abgesehen, dass gerade die Funktion des Parlamentsvorbehalts u.a. darin erblickt wird, sowohl der legislativen als auch der kammerinternen Satzungscompetenz gewissermaßen die Grenzen aufzuzeigen, über die der jeweilige Normgesetzgeber nicht ohne weiteres hinweg gehen darf. Freilich wird diesseits hierbei nicht verkannt, dass es auch für die einzelnen Ärztinnen und Ärzte

²⁰⁰ Lippert, in Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO), Hrsg. Ratzel, Rudolf; Lippert, Hans-Dieter (2006), S. 43, Fn. 10.

durchaus schwierig ist, den Beweis für ihr höchst individuelle Gewissensentscheidung zu erbringen.

Schlussfolgerungen (?) und Ausblick

Der Verfasser der vorstehenden Überlegungen möchte im Rahmen seiner Schlussbetrachtung zunächst an das Vorwort erinnern, in dem durchaus mit Bedacht einfühend darauf hingewiesen wurde, dass es im Rahmen der Untersuchung nicht darauf ankommen soll, dass derzeitige Verbot der ärztlichen Suizidassistenz einer „schulmäßigen“ verfassungsrechtlichen Prüfung zu unterziehen. Dies insbesondere deshalb nicht, weil sich in einer Prüfung Wertungen widerspiegeln, denen gleichsam Grundlagen und Grundannahmen zugrundeliegen, über die nach meiner festen Überzeugung kein Konsens hergestellt werden kann, mag dies auch noch so wünschenswert sein.

Die von manchen Leserinnen und Leser vielleicht erwartete stringente Prüfung unter der spezifischen Fragestellung, ob das Verbot der ärztlichen Suizidhilfe in die Grundrechte der Ärztinnen und Ärzte eingreift, ist aus guten Gründen nur fragmentarisch vorgenommen worden, so wie es auch der Verfasser am Ende seiner Überlegungen in einem mehr als brisant zu bezeichnenden Wertediskurs bewusst vermeidet, das letzte Kapitel mit der Überschrift „Zusammenfassung“ in der Gliederung der Arbeit aufzunehmen.

Die bisherigen Erörterungen dokumentieren bereits eine Zusammenfassung derjenigen Probleme, von denen ich glaube, dass sie zum weiteren Nachdenken anregen können, ohne hiermit ein bestimmtes verfassungsrechtliches Prüfergebnis präjudizieren zu wollen.

Dies steht mir persönlich nicht zu, leugne ich doch keinesfalls das Recht der Ärzteschaft, prinzipiell ihre eigenen Angelegenheiten auch in einer Berufsordnung regeln zu können, noch kann und soll es darauf ankommen, sozusagen oberlehrerhaft über Gebühr das ohne Frage für eine gelingende Arzt-Patienten-Beziehung zentrale Prinzip in Gestalt des Grundgesetzes der ärztlichen Sittlichkeit in Frage zu stellen.

Es kann auch nicht darauf ankommen, das in manchen Debatten angespannte Verhältnis zwischen der Ärzteschaft und den Juristen dadurch weiter zu belasten, in dem der Jurist (im Zweifel der Richter) sich dazu aufschwingt, stellvertretend für die Ärzteschaft eine Arztethik zu generieren, in der dann erst recht die Ärztinnen und Ärzte in ihrer alltäglichen Arbeit das Gefühl vermittelt bekommen, vor einer moralischen und ethischen Verrohung bewahrt werden zu müssen, da diese offensichtlich geneigt sind, sich bar jedweder Gewissensentscheidung über die Grenzen eines von ihnen nur halbherzig internalisierten Arztethos hinwegzusetzen.

Es geht einzig um die Binnenperspektive des schwersterkrankten und sterbenden Menschen, der auch gegenwärtig davon ausgehen kann und muss, dass die zwischen ihm und seiner Ärztin oder seinem Arzt zustande gekommene Beziehung, die in der Tat weit mehr als nur eine rechtliche ist, von einem gegenseitigen Vertrauen und Respekt geprägt ist. Ohne das Vertrauen der Patienten auch in die ethische Integrität der behandelnden und begleitenden Ärztinnen kann eine gute Arzt-Patienten-Beziehung nicht gelingen.

Den Leserinnen und Lesern wird nicht entgangen sein, dass ich bei meinen Erörterungen davon Abstand genommen habe, mich mit den Argumenten der Gegner als auch der Befürworter der Suizidbeihilfe thematisch auseinanderzusetzen, so wie ich es ganz bewusst vermieden habe, das Problem der sog. terminalen resp. palliativen Sedierung aufzugreifen, um hieran möglicherweise demonstrieren zu können, dass das Arztethos zuweilen doch seltsame Wege zu nehmen scheint und sich zumindest Rückfragen an die Ärzteschaft resp. an vorderster Front an die Palliativmediziner ergeben könnten, die aus intraprofessioneller Perspektive Dilemmata offenbaren, die durchaus schwer wiegen.

All diejenigen, die eine solche Grundlagendiskussion erwartet haben, müssen zwangsläufig enttäuscht sein. Diesbezüglich sei mir gestattet, zu meiner eigenen Entlastung, auf die ganz zu Beginn der Untersuchung auf den Seiten 4 und 5 fast resignierend erscheinende Feststellung zu verweisen, wonach es wohl kaum noch etwas substantiell Neues in einer Wertedebatte zu schreiben gäbe. Es scheint alles zum Thema gesagt – vielleicht aber auch nur „verkündet“ zu sein.

Zum einen akzeptiere ich den Wertepluralismus in unserer Gesellschaftsordnung mit all seinen Implikationen – so also auch im Hinblick auf ein christliches Menschenbild und den damit verbundenen Konsequenzen. Zum anderen fühle ich mich zur Neutralität verpflichtet und ich erkenne hierbei in unserem gemeinsamen Grundgesetz einen ethischen Grundstandard, der mir persönlich unhintergebar erscheint.

Gemeint ist hierbei – wie soll es auch anders sein? – das vorbehaltlose Bekenntnis zum Selbstbestimmungsrecht auch der schwersterkrankten und sterbenden Menschen und freilich auch zu den anderen Freiheiten, die uns allen im Grundrechtskatalog des Grundgesetzes verbürgt sind.

Von dieser Warte aus betrachtet machte es aus meiner Sicht durchaus Sinn, diesen ethischen Grundstandard in ein Rechtsgebiet zu projizieren, das wohl aus guten Gründen nicht selten als eine stiefmütterliche Materie bezeichnet wird: das Standesrecht der Ärztinnen und Ärzte.

Es wundert in der Tat nicht, dass sich gerade hier, im ärztlichen Standesrecht mit seiner ethischen Pflichtenbindung für die verfasste Ärzteschaft, die ganze Tragik des frei verantwortlichen Sterbens in Würde offenbart, ist doch der schwersterkrankte und sterbende Patient zwingend auf die Ärztin oder den Arzt seines Vertrauens angewiesen.

So wie der schwersterkrankte Patient am Ende seines Lebens wohl kein gesteigertes Bedürfnis an einer philosophischen, theologischen oder medizinethischen Vorlesung hegt, so wenig dürfte er sich für die interessanten Fragen nach dem Grund und die Reichweite einer parlamentarischen Ermächtigungsklausel oder der materiellrechtlichen Gewährleistungsbereiche einzelner Grundrechte begeistern lassen.

Scheint es außerhalb jeglicher Betrachtung zu liegen, dass der schwersterkrankte Patient einfach nur sterben möchte, und, sofern er hierzu eigens nicht mehr in der Lage ist, darauf hoffen zu dürfen, dass seine Ärztin oder

sein Arzt hierbei mitwirkt, sofern diese es mit ihrem Gewissen vereinbaren können?

Diese Frage ist in erster Linie an die Ärztekammern und selbstverständlich auch an die Bundesärztekammer adressiert, verbunden mit der Hoffnung, die vorstehenden Überlegungen mögen zumindest dazu beitragen, hierin auch die Chance zu erblicken, dass der parlamentarische Gesetzgeber sich nicht (!) dazu veranlasst sieht, hier ein stückweit die Kompetenzen der Kammern zur Selbstgesetzgebung zu beschneiden. Dass der Gesetzgeber hierzu berechtigt wäre, steht außer Frage, zumal vortrefflich darüber nachgedacht werden kann,

- dass das „würdevolle Sterben“ eine Angelegenheit ist, die das allgemeine Wohl berührt,
- dass in einem besonderen Maße Grundrechte tangiert werden,
- dass die Kammern das rechte Augenmaß bei Grundrechtseingriffen vermissen lassen, und insoweit der Gesetzgeber gar zur nachträglichen Selbstkontrolle verpflichtet ist.²⁰¹

Dass hierbei die Ärztekammern auch gegenüber dem allgemeinen Recht abweichende, und damit ggf. auch strengere, Vorschriften befürworten²⁰², darf schon aus Gründen der Redlichkeit nicht verschwiegen werden. Die

²⁰¹ Vgl. zu diesem Aspekt Taupitz, Jochen, Die Standesordnungen der freien Berufe - Geschichtliche Entwicklungen, Funktionen, Stellung im Rechtssystem (1991), S. 825

²⁰² Taupitz, ebenda, S. 873

dann zu lösenden Probleme, die sich aus der Kollision ergeben, kommen ohne Frage einem Damoklesschwert, sowohl für die Befürworter als auch die Gegner einer ärztlichen Suizidassistenz gleich. Auch diesbezüglich kann bereits im Vorfeld eine vermittelnde Position aus der Sicht der Kammern eingenommen werden, wenn diese sich auf eine Arzt-Patienten-Beziehung besinnen, in der der Patient die Regie für seinen eigenen Tod führen möchte und die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in ihre Freiheit zur ärztlichen Gewissensentscheidung entlassen werden.

Ich persönlich bin in der Frage der ärztlichen Suizidassistenz entschieden, und es steht für mich fest, dass gute Gründe dafür sprechen, von einer standesrechtlichen Missbilligung abzusehen. Mit diesem Votum schließe ich mich der ganz überwiegend vertretenen Auffassung insbesondere der Ethikräte, Kommissionen und freilich auch den Empfehlungen der Deutschen Juristentage an. In einer stillen Stunde stelle ich mir gelegentlich die Frage, ob die Mehrheit der hierzu ergangenen Stimmen, und freilich ich selbst, einem Irrtum unterliege?

Dass es eine Alternative zum strikten Verbot gibt, hat unlängst die Bayerische Landesärztekammer nachhaltig unter Beweis gestellt. Ich persönlich würde mir wünschen, dass diejenigen Kammern, bei denen noch die Überarbeitung der ärztlichen Standesordnung im Nachgang zu den Empfehlungen des 114. Deutschen Ärztetages ansteht, die bayerische Regelung übernehmen werden und so dazu beitragen, dass der unübersehbare Widerspruch zwischen der strikten Verbotsnorm in § 16 MBO-Ä und den wenige Monate vorher verabschiedeten

Grundsätzen der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung aufgelöst wird.

Nun mag es sich hier anbieten, die vorliegende Untersuchung mit einem Zitat eines großen Philosophen oder Philosophin enden zu lassen, wie dies überwiegend in den Publikationen zur Thematik um das würdevolle Sterben der Fall ist.

Ich hingegen habe mich dazu entschieden, einen Leserbrief zweier Herren aus dem Deutschen Ärzteblatt als **vollständiges Zitat** zu übernehmen, wohl auch deswegen, weil diese beiden Herren stellvertretend für all diejenigen Ärztinnen, Ärzte, Ethikerinnen und Ethiker mir persönlich den allergrößten Respekt abnötigen, in nur wenigen Zeilen ein hoch emotionalisiertes Thema auf den Punkt gebracht zu haben:

Vollmann, Jochen; Schildmann, Jan

Ethik: Eine fragwürdige Entscheidung

... Der Deutsche Ärztetag hat auf Vorschlag des Vorstandes der Bundesärztekammer erstmals allen Ärztinnen und Ärzten die ärztliche Suizidbegleitung in der (Muster-)Berufsordnung berufsrechtlich verboten.

Dieses Vorgehen muss aus medizinethischer Perspektive nachdrücklich kritisiert und zurückgewiesen werden:

Der Bundesärztekammer ist, nicht zuletzt aus einer selbst in Auftrag gegebenen Befragung, bekannt, dass mehr als ein Drittel der Ärzte sich vorstellen kann, ihre Patienten bei einem Suizid zu begleiten. Ein modernes ärztliches Berufsethos soll unterschiedliche moralische Einstellun-

gen innerhalb der Ärzteschaft akzeptieren und konstruktiv integrieren anstatt durch Mehrheitsentscheidungen ein angeblich einheitliches ärztliches Ethos berufsrechtlich vorzuschreiben. Es geht nicht um den Verzicht von ärztlicher Ethik, sondern um einen verantwortungsvollen Umgang mit dem auch auf dem Ärztetag zum Ausdruck gekommenen Wertpluralismus im ärztlichen Berufsrecht.

Diese Berufsrechtsänderung widerspricht dem bewährten Geist der bisherigen Berufsordnung, in ethisch kontroversen und schwierigen Situationen dem behandelnden Arzt einen professionellen Entscheidungsspielraum im Einzelfall einzuräumen. Damit wird das Prinzip ärztlicher Kollegialität und gegenseitigen Respekts geschwächt. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, welche die ärztliche Beihilfe zum Suizid ablehnt, spricht sich in ihrer Stellungnahme gegen ein generelles berufsrechtliches Verbot der ärztlichen Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid aus.

Im ärztlichen Berufsrecht soll etwas verboten werden, was das allgemeine Recht nicht sanktioniert. Dieses steht in bemerkenswertem Gegensatz zur Geschichte der ärztlichen Selbstverwaltung, die sich bisher gegen drohende rechtliche Überregulierung und für Ermessensspielräume und professionelle Entscheidungsfreiheit des Arztes einsetzte. . .

Im Gegensatz zu einer weit verbreiteten Fehlannahme wird die ärztliche Berufserlaubnis (Approbation) nicht von einer Ärztekammer erteilt beziehungsweise aberkannt, sondern von der zuständigen Landesbehörde. In

der bisherigen Praxis folgten die Landesbehörden meist den berufsrechtlichen Voten der Ärztekammern. Künftig ist dagegen bei der ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung des Patienten ein Konflikt zwischen allgemeinem Recht und Berufsrecht zu erwarten, der juristisch sicherlich nicht zugunsten der Ärztekammern ausgehen wird.

Ein berufsrechtlich festgeschriebenes „ärztliches Ethos“, welches den Wertepluralismus der Ärzteschaft, den wissenschaftlichen Erkenntnisstand der Medizinethik sowie die normative Bedeutung des allgemeinen Rechts ignoriert, schwächt sich selbst und damit letztlich auch die Ärzteschaft. Dies zu bedenken ist nun die Aufgabe der einzelnen Landesärztekammern und ihrer Aufsichtsbehörden in den Bundesländern, wenn sie neue ärztliche Berufsordnungen verabschieden.

*Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann,
Dr. med. Jan Schildmann, M.A.,
Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-
Universität Bochum, 44799 Bochum*

Quelle: Dtsch Arztebl 2011; 108(28-29): A-1580 / B-1340 / C-1336; online unter [Ärzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de) >>>
[http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche
&p=Vollmann&id=98192](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=Vollmann&id=98192) <<< (aufgerufen am 09.12.12)

Literaturverzeichnis

Zeitungsartikel und vergleichbare Texte, Gerichtsentscheidungen oder sonstige Dokumente, die als Nachweis verwendet worden sind – auch solche mit einer entsprechenden Verlinkung –, sind lediglich in den Fußnoten aufgeführt worden.

Alexy, R. (1985). *Theorie der Grundrechte* (Erste Aufl. 1994 Ausg.). Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.

Antoine, J. (2004). *Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung*. Berlin: Duncker & Humblot.

Bauer, A. W. (2009). "Kommerzialisierung" der Sterbehilfe. *Universitas*, S. 555-563.

Bielefeld, H. (2008). *Menschenwürde - Der Grund der Menschenrechte*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.

Birkner, S. (2006). Assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe - Gesetzgeberischer Handlungsbedarf? *ZRP*, S. 52-54.

Birnbacher, D. (1995). Mehrdeutigkeiten im Begriff der Menschenwürde. *Aufklärung und Kritik - Sonderheft I*, S. 4-13.

Birnbacher, D. (2005). Sterbehilfe - eine philosophische Sicht. *Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland - Textarchiv (TA-2005-10)*.

- Birnbacher, D. (2006). Die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der ärztlichen Standesethik. *Aufklärung und Kritik - Sonderheft 11*, S. 7-19.
- Borowski, M. (2006). *Die Glaubens- und Gewissensfreiheit des Grundgesetzes*.
- Bottke, W. (1982). *Suizid und Strafrecht*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Brüdermüller, G., Marx, W., & Schüttauf, K. (2003). *Suizid und Sterbehilfe*. Würzburg: Königshausen & Neumann GmbH.
- Czermak, G. (01. März 2004). *Schulfach Ethik*. Abgerufen am 22. Juli 2011 von <http://www.schulfach-ethik.de/ethik/download/Ethik-GG.pdf>
- Dörner, K. (2008). "Der gute Arzt" im Spannungsfeld zwischen Patientenwille und medizinischer Indikation. In R. Charbonnier, K. Dörner, & S. Steffen (Hrsg.), *Medizinische Indikation und Patientenwille: Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende* (S. 1-6). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Dörner, K., Zieger, A., Bavastro, P., & Holfelder, H. H. (kein Datum). Patientenverfügung: Kein Sterbe in Würde. *Dtsch Arztebl* 2002; 99: A 917-919 [Heft 14].
- Dreier, H. (03 2007). Grenzen des Tötungsverbots - Teil 1. *JZ*, S. 261-270.

- Dreier, H. (04 2007). Grenzen des Tötungsverbots - Teil 2. *JZ*, S. 317-326.
- Dreier, H. (2011). Wozu dienen Ethikräte? In I. Appel, G. Hermen, & C. Schönberger, *Öffentliches Recht im offenen Staat - Festschrift für Rainer Wahl zum 70. Geburtstag*. Ducker & Humblot.
- Duttge, G. (Hrsg.). (2007). *Perspektiven des Medizinrechts im 21. Jahrhundert* (Bd. I). Göttingen.
- Eibach, U. (Jahr o.A.). Freiheit von Leiden durch uneingeschränkte Selbstverfügung über das eigene Leben - ein Menschenrecht? Ethische, theologische und seelsorgerliche Gesichtspunkte.
- Enders, C. (1997). *Die Menschenwürde in der Verfassungsordnung*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Fischer, K. (1997). *Die Zulässigkeit aufgedrängten staatlichen Schutzes vor Selbstschädigung*. P. Lang.
- Francke, R. (1994). *Ärztliche Berufsfreiheit und Patientenrechte - Eine Untersuchung zu den verfassungsrechtlichen Grundlagen des ärztlichen Berufsrechts und des Patientenschutzes*. Stuttgart: Enke.
- Frewer, A., & Eickhoff, C. (2000). *"Euthanasie" und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte: Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik*. Campus Verlag.

- Gottwald, C. (2011). *Die rechtliche Regulierung von Sterbehilfegesellschaften*. Würzburg.
- Grochtmann, A. (2009). *Justitiabilität der Gewissensfreiheit: rechtsvergleichende Analyse zur kirchlichen Strafverhängung und zum Schutz des forum internum im Völkerrecht*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Hambel, K. (2004). *Menschenwürde am Ende des Lebens*. Münster: Dialogverlag.
- Hänlein, A. (2001). *Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht; System und Legitimation untergesetzlicher Rechtsquellen des deutschen Sozialversicherungsrechts*. Springer.
- Haucke, K. (2007). Aktive Sterbehilfe vs. Sterbebegleitung? Anmerkungen zu einer scheinbaren Alternative. *Aufklärung und Kritik*, S. 155-171.
- Hillgruber, C. (1992). *Der Schutz des Menschen vor sich selbst*. F. Vahlen.
- Höfling, W. (2000). Forum: "Sterbehilfe" zwischen Selbstbestimmung und Integritätsschutz. *JuS*, S. 111-118.
- Höfling, W., & Brysch, E. (2007). *Recht und Ethik der Palliativmedizin*. Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf.

- Hohenstein, A. (2003). *Die Einführung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland - Lässt sich das Recht auf den eigenen Tod begründen?*
- Holderegger, A. (2000). *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht* (2. erw. Aufl. Ausg.). (A. Holderegger, Hrsg.) Wien: Herder.
- Holzhauser, H. (2006). Patientenautonomie, Patientenverfügung und Sterbehilfe. *FamRZ*, S. 518-528.
- Hoppe, J.-D. (2009). Die Patient-Arzt-Beziehung im 21. Jahrhundert. In Katzenmeier, & Bergdolt, *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*.
- Hufeland, C. W. (1842). *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis - Vermächtnis einer fünfzigjährigen Erfahrung* (6. Ausg.). Berlin.
- Hufen, F. (2001). In dubio pro dignitate - Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens. *NJW*, S. 849-857.
- Huster, S. (2002). *Die ethische Neutralität des Staates: eine liberale Interpretation der Verfassung*.
- Ingelfinger, R. (2004). *Grundlagen und Grenzbereiche des Tötungsverbots: das Menschenleben als Schutzobjekt des Strafrechts*. Heymanns.

- Jetter, A. (2004). *Das Vormundschaftsgericht und die Entscheidung über passive Sterbehilfe "de lege lata und de lege ferenda"*. LIT Verlag.
- Kämpfer, U. (2005). *Die Selbstbestimmung Sterbewilliger. Sterbehilfe im deutschen und amerikanischen Verfassungsrecht*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Katzenberger, V. (2010). *Ärztlicher assistierter Suizid im terminalen Erkrankungsstadium. Bestandsaufnahme der Debatte in Deutschland und Abwägung medizinethischer Argumente*.
- Kettler, D., Simon, A., Anselm, R., Lipp, V., & Duttge, G. (2006). *Selbstbestimmung am Lebensende Ringvorlesung im Wintersemester 2005/06*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Kleine-Cosack, M. (1996). *Berufsständische Autonomie und Grundgesetz*. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Knopp, L., & Schluchter, W. (Hrsg.). (2004). *Sterbehilfe - Tabuthema im Wandel?* Springer.
- Kodalle, K.-M. (2007). Über Suizid, "Tötung auf Verlangen", Aktive Sterbehilfe. In K.-M. Kodalle, *Grundprobleme bürgerlicher Freiheit heute* (S. 127-148). Würzburg: Königshausen & Neumann GmbH.
- Kreß, H. (29. November 2008). *Universität Bonn - Eabangelisch-Theologische Fakultät*. (U. B.-E.-T. Fakultät, Herausgeber) Abgerufen am 04. Oktober

2011 von Werte, Religion und Toleranz im säkularen Staat. Mit kritischen Anmerkungen zum "Böckenförde-Diktum".

- Kreß, H. (29. November 2008). *Werte, Religion und Toleranz im säkularen Staat. Mit kritischen Anmerkungen zum "Böckenförde-Diktum"*. Abgerufen am 05.10.11. Oktober 2011 von Evangelisch-Theologische Fakultät Universität Bonn: http://www.sozialethik.uni-bonn.de/kress/ethik-und-recht-religionsrecht/Kress_Toleranz_Boeckenf-Diktum_Nov_2008.pdf
- Kreß, H. (2009). *Medizinische Ethik - Grundrechtsschutz / Selbstbestimmungsrecht / heutige Wertkonflikte*.
- Kutzer, K. (1985). Strafrechtliche Überlegungen zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten und zur Zulässigkeit der Sterbehilfe. *MDR*, S. 710-716.
- Kutzer, K. (2003). Die Auseinandersetzung mit der aktiven Sterbehilfe - Ein spezifisches Problem der Deutschen? *ZRP*, S. 209-212.
- Kutzer, K. (2004). Der Wille des Patienten ist am Lebensende entscheidend - Bei der Sterbehilfe sollen die Ärzte von der Angst einer Strafverfolgung befreit werden. *ZRP*, S. 213-214.
- Lageler, W. (14. Mai 1998). *Gott im Grundgesetz? Zur Bedeutung des Gottesbezuges in unserer Verfassung und zum christlichen Hintergrund der Grund- und*

Menschenrechte (Vortrag). Abgerufen am 22. Juli 2011 von data6.blog.de:
http://data6.blog.de/media/591/5526591_c96b695985_d.pdf m.w.N

- Landau, H. (2005). "Heiligkeit des Lebens und Selbstbestimmung im Sterben". *ZRP*, S. 50-54.
- Lautenschläger, D. (2006). *Die Gesetzesvorlagen des Arbeitskreises Alternativentwurf zur Sterbehilfe aus den Jahren 1986 und 2006* (Bd. 3). (H. Lilie, Hrsg.)
- Lindner, J. F. (2005). *Theorie der Grundrechtsdogmatik*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Lindner, J. F. (2006). Grundrechtsfragen aktiver Sterbehilfe. *JZ*, S. 373-383.
- Linke, T. (2004). *Grundrechtliche Spannungslagen am Lebensende: zur Bedeutung der grundrechtlichen Abwehrrechte, Schutzpflichten und Leistungsaspekte für die Sterbehilfe*. Nomos.
- Lipp, V. (2002). Patientenautonomie und Sterbehilfe. *BtPrax*, S. 47-53.
- Lippert, H. D. (2006). Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO). In R. Ratzl, & H. D. Lippert.
- Lüderssen, K. (2006). Aktive Sterbehilfe - Rechte und Pflichten. *JZ*, S. 689-695.

- Lüttig, F. (2008). "Begleiteter Suizid" durch Sterbehilfevereine: Die Notwendigkeit eines strafrechtlichen Verbots. *ZRP*, S. 57-60.
- May, A. T. (2001). *Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige* (2. überarb., aktualisierte Aufl. Ausg.). Münster: LIT Verlag.
- Mieth, D. (2008). *Grenzenlose Selbstbestimmung? Der Wille und die Würde Sterbender*.
- Möhrle, A. R. (1998). Die ärztliche Berufsfreiheit aus ärztlicher Sicht. In A. Wienke, H.-D. Lippert, & W. Eisenmenger (Hrsg.), *Die ärztliche Berufsausübung in den Grenzen der Qualitätssicherung* (S. 9-16). Springer-Verlag.
- Ohly, A. (2002). "*Volenti non fit iniuria*" Die Einwilligung im *Privatrecht*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- online, S. (kein Datum). *Seehofer und Merkel befeuern Leitkultur-Debatte*. Von Spiegel.de. abgerufen
- Osterkamp, T. (2004). *Juristische Gerechtigkeit*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Otto, H. (2006). Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung. *NJW*, S. 2217-2222.

- Pecher, C. M. (2002). *Verfassungsimmanente Schranken von Grundrechten*. Münster-Hamburg-London: LIT Verlag.
- Putz, W. (19. September 2006). Rechtsgutachten - Strafrechtliche Aspekte der Suizid-Begleitung in Deutschland. München.
- Ratajczak, T., & Stegers, C.-M. (2004). *Ärztliche Heilbehandlung an der Grenze des Lebens Heilauftrag zwischen Patientenautonomie und Kostenverantwortung*. (A. R. e.V., Hrsg.) Berlin Heidelberg: Springer.
- Sahm, S., & Ritter-Sahm, A. (2004). Therapie am Lebensende - Widersprüchliche Konzepte in Judikatur und medizinischer Praxis. *BtPrax*, S. 11-15.
- Schildmann, J., Fahr, U., & Vollmann, J. (2006). *Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik*. Berlin: LIT Verlag.
- Schockenhoff, E. (2000). Das Gewissen: Quelle sittlicher Urteilskraft und personaler Verantwortung. *Kirche und Gesellschaft*, S. 3-16.
- Schöne-Seiffert, B. (2006). Selbstbestimmte Lebensbeendigung als Selbstwiderspruch? Prüfung eines (kantianischen) Arguments gegen aktive Sterbehilfe und Suizid. In Kaminsky, & Hallich,

Verantwortung für die Zukunft: zum 60. Geburtstag von Dieter Birnbacher (S. 163-174).

Schork, V. (2008). *Ärztliche Sterbehilfe und die Bedeutung des Patientenwillens*. Berlin: Peter Lang.

Schwarz, K.-A. (2007). Das christlich-abendländische Fundament des Grundgesetzes als Topos der Verfassungsinterpretation. In *Die Ordnung der Freiheit: Festschrift für Christian Starck zum siebzigsten Geburtstag* (S. 425-434).

Schweidler, W., Neumann, H. A., & Brysch, E. (2003). *Menschleben - Menschenwürde*. Münster-Hamburg-London: LIT Vrelag.

Sickor, J. A. (2005). *Normenhierarchie im Arztrecht*. Heidelberg: Springer.

Suhr, D. (1984). Freiheit durch Geselligkeit / Institut, Teilhabe, Verfahren und Organisation im systematischen Raster eines neuen Paradigmas. *EuGRZ*, S. 529.

Tag, B. (2000). *Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis. Eine arztstrafrechtliche Untersuchung*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer.

Taupitz, J. (1991). *Die Standesordnungen der freien Berufe - Geschichtliche Entwicklungen, Funktionen, Stellung im Rechtssystem*.

- Teifke, N. (2011). *Das Prinzip Menschenwürde*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Tenthoff, C. (2008). *Die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen im Lichte des Autonomieprinzips*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Tiedemann, P. (2010). *Menschenwürde als Rechtsbegriff - Eine philosophische Klärung* (2. Auflage Ausg.). Berlin: BWV - Berliner Wissenschafts-Verlag.
- van den Daele, W. (Juni 2005). Selbstbestimmung am Lebensende - Konsens der Eliten und die Meinung der Bevölkerung. *WZB-Mitteilungen*, S. 7-11.
- Wunder, M. (22.01.09. Januar 2009). *Deutscher Ethikrat*. Abgerufen am 09. Dezember 2011 von http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Referat_Wunder_2009-01-22.pdf
- Zwierlein, E. (2007). *Begegnung und Verantwortung Ärztliches Ethos und Medizinische Ethik*. Würzburg: Königshausen & Neumann GmbH.

Weiterführende Literaturhinweise

- Alexy, R. (1985). *Theorie der Grundrechte* (Erste Aufl. 1994 Ausg.). Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.

- Antoine, J. (2004). *Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Bauer, A. W. (2009). "Kommerzialisierung" der Sterbehilfe. *Universitas*, S. 555-563.
- Bielefeld, H. (2008). *Menschenwürde - Der Grund der Menschenrechte*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.
- Birkner, S. (2006). Assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe - Gesetzgeberischer Handlungsbedarf? *ZRP*, S. 52-54.
- Birnbacher, D. (1995). Mehrdeutigkeiten im Begriff der Menschenwürde. *Aufklärung und Kritik - Sonderheft 1*, S. 4-13.
- Birnbacher, D. (2005). Sterbehilfe - eine philosophische Sicht. *Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland - Textarchiv (TA-2005-10)*.
- Birnbacher, D. (2006). Die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der ärztlichen Standesethik. *Aufklärung und Kritik - Sonderheft 11*, S. 7-19.
- Borowski, M. (2006). *Die Glaubens- und Gewissensfreiheit des Grundgesetzes*.
- Bottke, W. (1982). *Suizid und Strafrecht*. Berlin: Duncker & Humblot.

- Brüdermüller, G., Marx, W., & Schüttauf, K. (2003). *Suizid und Sterbehilfe*. Würzburg: Königshausen & Neumann GmbH.
- Czermak, G. (01. März 2004). *Schulfach Ethik*. Abgerufen am 22. Juli 2011 von <http://www.schulfach-ethik.de/ethik/download/Ethik-GG.pdf>
- Dörner, K. (2008). "Der gute Arzt" im Spannungsfeld zwischen Patientenwille und medizinischer Indikation. In R. Charbonnier, K. Dörner, & S. Steffen (Hrsg.), *Medizinische Indikation und Patientenwille: Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende* (S. 1-6). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Dörner, K., Zieger, A., Bavastro, P., & Holfelder, H. H. (kein Datum). Patientenverfügung: Kein Sterbe in Würde. *Dtsch Arztebl* 2002; 99: A 917–919 [Heft 14].
- Dreier, H. (03 2007). Grenzen des Tötungsverbots - Teil 1. *JZ*, S. 261-270.
- Dreier, H. (04 2007). Grenzen des Tötungsverbots - Teil 2. *JZ*, S. 317-326.
- Dreier, H. (2011). Wozu dienen Ethikräte? In I. Appel, G. Hermen, & C. Schönberger, *Öffentliches Recht im offenen Staat - Festschrift für Rainer Wahl zum 70. Geburtstag*. Ducker & Humblot.

- Duttge, G. (Hrsg.). (2007). *Perspektiven des Medizinrechts im 21. Jahrhundert* (Bd. I). Göttingen.
- Eibach, U. (Jahr o.A.). Freiheit von Leiden durch uneingeschränkte Selbstverfügung über das eigene Leben - ein Menschenrecht? Ethische, theologische und seelsorgerliche Gesichtspunkte.
- Enders, C. (1997). *Die Menschenwürde in der Verfassungsordnung*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Fischer, K. (1997). *Die Zulässigkeit aufgedrängten staatlichen Schutzes vor Selbstschädigung*. P. Lang.
- Francke, R. (1994). *Ärztliche Berufsfreiheit und Patientenrechte - Eine Untersuchung zu den verfassungsrechtlichen Grundlagen des ärztlichen Berufsrechts und des Patientenschutzes*. Stuttgart: Enke.
- Frewer, A., & Eickhoff, C. (2000). *"Euthanasie" und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte: Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik*. Campus Verlag.
- Gottwald, C. (2011). *Die rechtliche Regulierung von Sterbehilfegesellschaften*. Würzburg.
- Grochtmann, A. (2009). *Justitiabilität der Gewissensfreiheit: rechtsvergleichende Analyse zur kirchlichen Strafverhängung und zum Schutz des forum internum im Völkerrecht*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

- Hambel, K. (2004). *Menschenwürde am Ende des Lebens*.
Münster: Dialogverlag.
- Hänlein, A. (2001). *Rechtsquellen im
Sozialversicherungsrecht; System und Legitimation
untergesetzlicher Rechtsquellen des deutschen
Sozialversicherungsrechts*. Springer.
- Haucke, K. (2007). Aktive Sterbehilfe vs. Sterbebegleitung?
Anmerkungen zu einer scheinbaren Alternative.
Aufklärung und Kritik, S. 155-171.
- Hillgruber, C. (1992). *Der Schutz des Menschen vor sich
selbst*. F. Vahlen.
- Höfling, W. (2000). Forum: "Sterbehilfe" zwischen
Selbstbestimmung und Integritätsschutz. *JuS*, S. 111-
118.
- Höfling, W., & Brysch, E. (2007). *Recht und Ethik der
Palliativmedizin*. Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf.
- Hohenstein, A. (2003). *Die Einführung der aktiven Sterbehilfe
in der Bundesrepublik Deutschland - Lässt sich das
Recht auf den eigenen Tod begründen?*
- Holderegger, A. (2000). *Das medizinisch assistierte Sterben.
Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer,
juristischer und theologischer Sicht* (2. erw. Aufl.
Ausg.). (A. Holderegger, Hrsg.) Wien: Herder.

- Holzhauser, H. (2006). Patientenautonomie, Patientenverfügung und Sterbehilfe. *FamRZ*, S. 518-528.
- Hoppe, J.-D. (2009). Die Patient-Arzt-Beziehung im 21. Jahrhundert. In Katzenmeier, & Bergdolt, *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*.
- Hufeland, C. W. (1842). *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis - Vermächtnis einer fünfzigjährigen Erfahrung* (6. Ausg.). Berlin.
- Hufen, F. (2001). In dubio pro dignitate - Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz am Ende des Lebens. *NJW*, S. 849-857.
- Huster, S. (2002). *Die ethische Neutralität des Staates: eine liberale Interpretation der Verfassung*.
- Ingelfinger, R. (2004). *Grundlagen und Grenzbereiche des Tötungsverbots: das Menschenleben als Schutzobjekt des Strafrechts*. Heymanns.
- Jetter, A. (2004). *Das Vormundschaftsgericht und die Entscheidung über passive Sterbehilfe "de lege lata und de lege ferenda"*. LIT Verlag.
- Kämpfer, U. (2005). *Die Selbstbestimmung Sterbewilliger. Sterbehilfe im deutschen und amerikanischen Verfassungsrecht*. Berlin: Duncker & Humblot.

- Katzenberger, V. (2010). *Ärztlicher assistierter Suizid im terminalen Erkrankungsstadium. Bestandsaufnahme der Debatte in Deutschland und Abwägung medizinethischer Argumente.*
- Kettler, D., Simon, A., Anselm, R., Lipp, V., & Duttge, G. (2006). *Selbstbestimmung am Lebensende Ringvorlesung im Wintersemester 2005/06.* Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Kleine-Cosack, M. (1996). *Berufsständische Autonomie und Grundgesetz.* Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Knopp, L., & Schluchter, W. (Hrsg.). (2004). *Sterbehilfe - Tabuthema im Wandel?* Springer.
- Kodalle, K.-M. (2007). Über Suizid, "Tötung auf Verlangen", Aktive Sterbehilfe. In K.-M. Kodalle, *Grundprobleme bürgerlicher Freiheit heute* (S. 127-148). Würzburg: Königshausen & Neumann GmbH.
- Kreß, H. (29. November 2008). *Universität Bonn - Eubangelisch-Theologische Fakultät.* (U. B.-E.-T. Fakultät, Herausgeber) Abgerufen am 04. Oktober 2011 von Werte, Religion und Toleranz im säkularen Staat. Mit kritischen Anmerkungen zum "Böckenförde-Diktum".
- Kreß, H. (29. November 2008). *Werte, Religion und Toleranz im säkularen Staat. Mit kritischen Anmerkungen zum "Böckenförde-Diktum".* Abgerufen am 05.10.11. Oktober 2011 von Evangelisch-Theologische Fakultät

Universität Bonn: http://www.sozialethik.uni-bonn.de/kress/ethik-und-recht-religionsrecht/Kress_Toleranz_Boeckenf-Diktum_Nov_2008.pdf

- Kreß, H. (2009). *Medizinische Ethik - Grundrechtsschutz / Selbstbestimmungsrecht / heutige Wertkonflikte*.
- Kutzer, K. (1985). Strafrechtliche Überlegungen zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten und zur Zulässigkeit der Sterbehilfe. *MDR*, S. 710-716.
- Kutzer, K. (2003). Die Auseinandersetzung mit der aktiven Sterbehilfe - Ein spezifisches Problem der Deutschen? *ZRP*, S. 209-212.
- Kutzer, K. (2004). Der Wille des Patienten ist am Lebensende entscheidend - Bei der Sterbehilfe sollen die Ärzte von der Angst einer Strafverfolgung befreit werden. *ZRP*, S. 213-214.
- Lageler, W. (14. Mai 1998). *Gott im Grundgesetz? Zur Bedeutung des Gottesbezuges in unserer Verfassung und zum christlichen Hintergrund der Grund- und Menschenrechte (Vortrag)*. Abgerufen am 22. Juli 2011 von data6.blog.de: http://data6.blog.de/media/591/5526591_c96b695985_d.pdf m.w.N
- Landau, H. (2005). "Heiligkeit des Lebens und Selbstbestimmung im Sterben". *ZRP*, S. 50-54.

- Lautenschläger, D. (2006). *Die Gesetzesvorlagen des Arbeitskreises Alternativentwurf zur Sterbehilfe aus den Jahren 1986 und 2006* (Bd. 3). (H. Lilie, Hrsg.)
- Lindner, J. F. (2005). *Theorie der Grundrechtsdogmatik*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Lindner, J. F. (2006). Grundrechtsfragen aktiver Sterbehilfe. *JZ*, S. 373-383.
- Linke, T. (2004). *Grundrechtliche Spannungslagen am Lebende: zur Bedeutung der grundrechtlichen Abwehrrechte, Schutzpflichten und Leistungsaspekte für die Sterbehilfe*. Nomos.
- Lipp, V. (2002). Patientenautonomie und Sterbehilfe. *BtPrax*, S. 47-53.
- Lippert, H. D. (2006). Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO). In R. Ratzl, & H. D. Lippert.
- Lüderssen, K. (2006). Aktive Sterbehilfe - Rechte und Pflichten. *JZ*, S. 689-695.
- Lüttig, F. (2008). "Begleiteter Suizid" durch Sterbehilfevereine: Die Notwendigkeit eines strafrechtlichen Verbots. *ZRP*, S. 57-60.
- May, A. T. (2001). *Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für*

Nichteinwilligungsfähige (2. überarb., aktualisierte Aufl. Ausg.). Münster: LIT Verlag.

Mieth, D. (2008). *Grenzenlose Selbstbestimmung? Der Wille und die Würde Sterbender*.

Möhrle, A. R. (1998). Die ärztliche Berufsfreiheit aus ärztlicher Sicht. In A. Wienke, H.-D. Lippert, & W. Eisenmenger (Hrsg.), *Die ärztliche Berufsausübung in den Grenzen der Qualitätssicherung* (S. 9-16). Springer-Verlag.

Ohly, A. (2002). "*Volenti non fit iniuria*" Die Einwilligung im *Privatrecht*. Tübingen: Mohr Siebeck.

online, S. (kein Datum). *Seehofer und Merkel befeuern Leitkultur-Debatte*. Von Spiegel.de. abgerufen

Osterkamp, T. (2004). *Juristische Gerechtigkeit*. Tübingen: Mohr Siebeck.

Otto, H. (2006). Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung. *NJW*, S. 2217-2222.

Pecher, C. M. (2002). *Verfassungsimmanente Schranken von Grundrechten*. Münster-Hamburg-London: LIT Verlag.

Putz, W. (19. September 2006). Rechtsgutachten - Strafrechtliche Aspekte der Suizid-Begleitung in Deutschland. München.

- Ratajczak, T., & Stegers, C.-M. (2004). *Ärztliche Heilbehandlung an der Grenze des Lebens Heilauftrag zwischen Patientenautonomie und Kostenverantwortung*. (A. R. e.V., Hrsg.) Berlin Heidelberg: Springer.
- Sahm, S., & Ritter-Sahm, A. (2004). Therapie am Lebensende - Widersprüchliche Konzepte in Judikatur und medizinischer Praxis. *BtPrax*, S. 11-15.
- Schildmann, J., Fahr, U., & Vollmann, J. (2006). *Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik*. Berlin: LIT Verlag.
- Schockenhoff, E. (2000). Das Gewissen: Quelle sittlicher Urteilskraft und personaler Verantwortung. *Kirche und Gesellschaft*, S. 3-16.
- Schöne-Seiffert, B. (2006). Selbstbestimmte Lebensbeendigung als Selbstwiderspruch? Prüfung eines (kantianischen) Arguments gegen aktive Sterbehilfe und Suizid. In Kaminsky, & Hallich, *Verantwortung für die Zukunft: zum 60. Geburtstag von Dieter Birnbacher* (S. 163-174).
- Schork, V. (2008). *Ärztliche Sterbehilfe und die Bedeutung des Patientenwillens*. Berlin: Peter Lang.
- Schwarz, K.-A. (2007). Das christlich-abendländische Fundament des Grundgesetzes als Topos der Verfassungsinterpretation. In *Die Ordnung der*

Freiheit: Festschrift für Christian Starck zum siebzigsten Geburtstag (S. 425-434).

- Schweidler, W., Neumann, H. A., & Brysch, E. (2003). *Menschleben - Menschenwürde*. Münster-Hamburg-London: LIT Verlag.
- Sickor, J. A. (2005). *Normenhierarchie im Arztrecht*. Heidelberg: Springer.
- Suhr, D. (1984). Freiheit durch Geselligkeit / Institut, Teilhabe, Verfahren und Organisation im systematischen Raster eines neuen Paradigmas. *EuGRZ*, S. 529.
- Tag, B. (2000). *Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis. Eine arztstrafrechtliche Untersuchung*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer.
- Taupitz, J. (1991). *Die Standesordnungen der freien Berufe - Geschichtliche Entwicklungen, Funktionen, Stellung im Rechtssystem*.
- Teifke, N. (2011). *Das Prinzip Menschenwürde*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Tenthoff, C. (2008). *Die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen im Lichte des Autonomieprinzips*. Berlin: Duncker & Humblot.

Tiedemann, P. (2010). *Menschenwürde als Rechtsbegriff - Eine philosophische Klärung* (2. Auflage Ausg.). Berlin: BWV - Berliner Wissenschafts-Verlag.

van den Daele, W. (Juni 2005). Selbstbestimmung am Lebensende - Konsens der Eliten und die Meinung der Bevölkerung. *WZB-Mitteilungen*, S. 7-11.

Wunder, M. (22.01.09. Januar 2009). *Deutscher Ethikrat*. Abgerufen am 09. Dezember 2011 von http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Referat_Wunder_2009-01-22.pdf

Zwierlein, E. (2007). *Begegnung und Verantwortung* *Ärztliches Ethos und Medizinische Ethik*. Würzburg: Königshausen & Neumann GmbH.

Abkürzungsverzeichnis

BtPrax	Betreuungsrechtliche Praxis
Dtsch Ärztebl	Deutsches Ärzteblatt
FamRZ	Zeitschrift für das gesamte Familienrecht
JuS	Juristische Schulung
JZ	Juristen Zeitung
MedR	Medizinrecht
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
ZRP	Zeitschrift für Rechtspolitik

