

Aktive Sterbehilfe und ärztliche Suizidassistenz – ein bioethischer „Diskurs“?

05.11.2010, 11:06 | Politik, Recht & Gesellschaft

Pressemitteilung von: *IQB - Medizin-, Pflege- und Psychiatrierecht - Lutz Barth*



Das kritische Internetportal zum Medizin-, Pflege- und Gerontopsychiatrierecht - Lutz Barth

Die Medizinethiker haben es in der Gegenwart wahrlich nicht leicht: sie werden mit Begehrlichkeiten nicht nur der medizinischen Forschung konfrontiert, die rasant fortschreitet, sondern müssen sich vor allem auch – je nach individuellem Werteverständnis – als Gralshüter von „Werten“ bewähren, will man/frau nicht unversehens die Gesellschaft in eine unmoralische Gesellschaft driften lassen, in der das Leben als der (vermeintliche) Höchstwert in unserer Verfassung zunehmend gering geschätzt wird.

Beachtlicher Missionierungseifer ist also gefordert, um so die traditionellen Werte stetig in Erinnerung zu rufen und da kann es dann schon einmal im Eifer des „Gefechts um moralische Werte“ und ihrer ethischen Reflexion passieren, dass die Diskursethik von Habermas trotz aller Kritik hieran in Vergessenheit zu geraten droht und vielmehr – freilich unausgesprochen – der zielgerichteten Intention eines Foucaultschen Diskurses dergestalt vorbildlich entsprochen wird, in dem gleichsam mit aller Macht Herrschaftsansprüche in einer Wertedebatte reklamiert werden, in der es weniger um einen wahren Konsens, sondern um den zu sichernden Erfolg einer Heerschar von Überzeugungstätern geht, die sich in einem erlauchten Kreis von Experten zusammengefunden haben und sich vor allem in ihrer moralischen Werthaltung einig sind: die aktive Sterbehilfe und die ggf. erforderliche ärztliche Suizidassistenz ist moralisch unanständig und demzufolge verwerflich, mal ganz davon abgesehen, dass bereits per definitionem etwa die Palliativmedizin keinesfalls die Tötung eines schwerkranken und sterbenden Menschen auf seinen selbstbestimmten und freien Wunsch hin erlaubt.

Welche Diskurstheorie wir auch immer für vorzugswürdig erachten, verbleibt es wohl bei der ernüchternden Feststellung, dass die bereichsspezifische Ethik der Palliativmedizin Voraussetzungen „normiert“ hat, die keiner sog. Unterstützungsregeln bedarf: Weder der kategorische Imperativ noch die Habermassche Universalisierungsregel: „Handle so, daß die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könne“ gelten in einer palliativmedizinischen Sonderethik, die im Begriff ist, Gebote der guten und anständigen Moral mit Blick auf das Lebensende zu generieren, in der jedenfalls der Suizid als sittlich unannehmbar erscheint und demzufolge moralisch zu diskreditieren ist. Der freiwillige Suizid eines schwerkranken und sterbenden Menschen ist als Handlungsalternative ausgeschlossen (weil moralisch unanständig!) und in diesem Sinne müsste eine allgemein anerkannte Regel dahingehend lauten: Du darfst nicht durch die eigene (oder fremder, weil assistierender) Hand sterben; anders gewendet: Du mußt solange leben, bis Dein leiblicher Körper aufgrund der Krankheit ein Stadium erreicht hat, in dem er sich selbst kreatürlich sein „Leben“ aushaucht.

Dem Sterben werden noch einige Tage (vielleicht auch Wochen oder Monate) gegeben – freilich um der Lebensqualität wegen – und uns umschließt der „Mantel“ der palliativmedizinischen Betreuung, der manchem Sterbenskranken allerdings wie eine „Zwangsjacke“ vorkommen muss, die abzulegen und aufzuknöpfen ihm verwehrt ist und bleibt. Engagierte Palliativmediziner, die vielleicht an der Sinnhaftigkeit einer moralischen und ethisch verpflichtenden Regel gelegentlich zu zweifeln wagen, weil aufgrund des sich ihnen präsentierten Leids und dem Wunsch des Patienten, man/frau möge ihn doch bitte von seinem individuellen Leid erlösen und sie dem Wunsch des Patienten als nicht „unmoralisch“ gewertet wissen möchten, sehen sich einem „ethischen und moralischen Notstand“ ausgesetzt: Einerseits haben sie sich selbst dazu verpflichtet, etwa grundlegende „Normen“ einer palliativmedizinischen Ethik anzuerkennen, die ihnen keine Handlungsspielräume mehr eröffnet, sondern sie vielmehr gehalten sind, den „Mantel“ um den schwerkranken und sterbenden Patienten zu hüllen und andererseits die unausweichliche Konfrontation mit dem nachhaltigen Wunsch des schwerkranken Patienten, doch endlich sterben zu wollen und zu dürfen.

Der „ethische Notstand“ ist so vorprogrammiert und es ist freilich nicht ausgeschlossen, dass dies zu beachtlichen Irritationen bei dem „Gewissen“ – wo immer dies auch verortet sein mag – führen muss; mehr noch, vielleicht sind sogar über die „Irritationen“ hinaus auch „bleibende Schäden“ dergestalt zu befürchten, als dass der individuellen und freien Gewissensentscheidung kein Raum mehr verbleibt und so gesehen ein kleines, aber durchaus handverlesenes „Ethikkartell“ un widersprochen „Herrschaft“ über das Gewissen einer gesamten Berufsgruppe ausüben kann, dem nur noch mit ethischem Ungehorsam und damit einzukalkulierender Exklusion aus einer wohlmeinenden Ethikgemeinde mit hehren moralischen Ansprüchen begegnet werden kann.

Wahrlich keine guten Aussichten für einen Palliativmediziner, der angesichts des sich ihm präsentierenden Leids zwar nicht seine palliativmedizinischen Möglichkeiten und Betreuungsangebote leugnen muss, sondern ganz schlicht es mit seinem Gewissen für vereinbar hält, ggf. einem schwerkranken und sterbenden Menschen bei seinem gewünschten Tod zu assistieren.

Die Frage also muss lauten: Wollen Sie eine solche Sonderethik der Palliativmedizin?

Die Beantwortung dieser Frage können Sie freilich für sich in einem stillen Kämmerlein suchen und vielleicht auch finden und je nach dem Ergebnis bleibt dann die alles entscheidende Frage zu stellen: Wie gehen wir dann mit den – mögen es auch nur wenige – Patienten um, die (ohne pathologisiert zu werden!) sterben wollen, ihnen dies aber individuell auszuführen aufgrund ihrer individuellen Krankheit verwehrt ist?

Sind diese schwerkranken und sterbenden Patienten zum ewigen Leiden verpflichtet, bis der dahinsiechende Körper sich selbst „verabschiedet“?

Sofern dies die Folge einer palliativmedizinischen Ethik sein sollte – auch in Kenntnis der Möglichkeit einer palliativen resp. finalen Sedierung – erscheint es zwingend erforderlich, dass wir neben der kurativen und palliativen Medizin einen weiteren Zweig eröffnen, dem sich ggf. die Thanatologie annehmen sollte: Dem selbstbestimmten Sterben ohne den Herrschaftsanspruch einer thanatologischer Sonderethik! Die Ethik des selbstbestimmten Sterbens bezieht seine „Werte“ aus der Verfassung, nach der wir eben nicht ewig leben müssen und zwar bis zu dem Zeitpunkt, unter dem der Leib sich seiner Vitalfunktionen selbständig und aus ihm heraus begeben hat!

In diesem Sinne kommt es also nicht mehr darauf an, irgendeiner „Diskursethik“ das Wort reden zu wollen oder zu müssen, ist doch gerade mit ihnen untrennbar die Gefahr einer nach Instrumentalisierung der schwerkranken und sterbenden Menschen strebenden Gesinnungsethik verbunden, die für sich genommen im Rahmen einer wahrhaftigen Überzeugungstäterschaft durchaus legitim ist, auch wenn sie sich dadurch einer weiteren Gefahr aussetzen dürfte, als „Sonderethik“ eines exklusiven Zirkels wahrgenommen zu werden, in der der schwerkranke und sterbende Patient sich nicht mit seinem legitimen Wunsch nach einem selbst bestimmten Sterben wieder findet!

Ist dies wirklich so gewollt? Wenn ja, dass kann es doch den führenden Medizinethikern keine nennenswerten Probleme bereiten, die schlichte Frage zu beantworten, ob der Suizid und die ärztliche Suizidassistenz aus ihrer Sicht ethisch vertretbar sind und ob hieraus folgend in der Charta zur Betreuung schwerkranker und sterbender Patienten ein moralisch gangbarer „Königsweg“ erblickt wird?

Nun – ich mache aus meinem Herzen keine „Mördergrube“: Überdies wäre es sicherlich für den „Diskurs“ förderlich, sich im Zweifel auch zu einer „Überzeugungstäterschaft“ zu bekennen und die Motive offen zu legen. Nur wenn dies geschieht, können wir in der manchmal unsäglichen Debatte um die (aktive) ärztliche Suizidbeihilfe die Spreu vom Weizen trennen und dem „Diskurs“ vielleicht die Konturen geben, die wir mit der Person Habermas gleichsam verbinden: ein „herrschaftsfreier Diskurs“. Dass dieser nicht unbedingt eine Illusion bleiben muss, eröffnet uns ein unverkrampfter Blick in das Verfassungsrecht, in dem ganz überwiegend „Herrschaftsfragen“ geregelt sind, mögen diese auch einer rechtsethischen Interpretation zugänglich sein.

Lutz Barth

Portrait

Das Internetportal rund um das Medizin-, Pflege- und Psychiatrierecht. Wir möchten mit unserer Webpräsenz einen Beitrag nicht nur zum Recht leisten, sondern auch gelegentlich kritisch zu den Themen unserer Zeit Position beziehen. Es geht nicht immer um die "ganz herrschende Meinung und Lehre", denn auch diese ist weitestgehend eine Illusion und Ausdruck verschiedenster Interessen - auch und gerade im Recht!

News-ID: 482917 • Views: 1909 (Stand: 07.10.2026)

Link zur Pressemitteilung:

<https://www.openpr.de/news/482917/Aktive-Sterbehilfe-und-aerztliche-Suizidassistenz-ein-bioethischer-Diskurs.html>