

Kurz-Link: <http://www.faz.net/-01r57a>

### Sterbehilfe

## Soll es noch ein ärztliches Ethos geben?

**Dieser Beschluss der Bundesärztekammer verändert das Berufsbild des Arztes in einschneidender Weise: Die deutsche Ärzteschaft stellt sich selbst die Mitwirkung bei der Selbsttötung frei.**

Von Petra Gehring



Soll man es Liberalisierung nennen, wenn die „Änderung des Behandlungsziels“ auch ohne explizite Zustimmung des Patienten vorgenommen werden kann?

31. März 2011 Die Sache klingt bürokratisch, aber es geht um Leben und Tod. Am 21. Januar 2011 hat die Bundesärztekammer ihre Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung verändert. Die zuvor geltende Fassung stammte aus dem Jahr 2004 und war zum Zeitpunkt ihrer Verabschiedung umstritten, weil sie bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Wachkomapatienten auch ohne Vorliegen einer Patientenverfügung den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen – auch: Ernährung und Flüssigkeit – vorsah. Die Diskussion darüber, ob ein solches Verhungernlassen von Komapatienten erlaubt sein soll, währte nur kurz. Wohl auch, weil für Sterbende unter der

juristischen Formel „Änderung des Behandlungszieles“ etwas Ähnliches bereits einige Jahre vorher eingeführt worden war. Tatsache ist: Arztentscheidung beziehungsweise Betreuerentscheidung können seit 2004 den Tod von schwerstbehinderten Neugeborenen und Komapatienten herbeiführen, und zwar ohne deren erklärten Willen und obwohl Wachkomapatienten lange leben und manchmal sogar wieder aufwachen, also keine Sterbenden sind.

Die neuen Grundsätze sind demgegenüber eine Revolution. Erstens eröffnen sie für neue Patientengruppen – Demenzkranke – den Pfad einer Gabe des Todes ohne erklärten Sterbewillen, also allein durch Arzt und Betreuer, zweitens verzichten sie auf jegliche Abgrenzung gegen aktive Sterbehilfe, und drittens stellen sie Ärzten die Beteiligung an Selbsttötungen frei. Die Situation Hilflöser in der Klinik verändert sich dramatisch: Auch für Verwirrte werden Betreuer nun zu Herren über Leben und Tod. Wohl noch dramatischer verwandelt sich aber das Profil des Arztberufs. Die Beteiligung an Selbsttötungen hat mit Krankenbehandlung nichts zu tun. Warum also der im Januar beschlossene Schritt?

### Erweitertes Feld

Zunächst zum ersten Punkt. Die Grundsätze von 2004 bezeichnen lebenserhaltende Therapiemaßnahmen bei Wachkoma als „grundsätzlich geboten“, räumen Ärzten aber nicht nur, wenn ein Wachkomapatient im Sterben liegt, sondern bereits im Falle einer Krankheit mit prognostiziertem tödlichem Ausgang die Möglichkeit einer „Änderung des Behandlungsziels“ ein. Eine von einem „Betreuer“ mitverantwortete Wäre-er-wohl-einverstandene-Überlegung – der sogenannte mutmaßliche Wille des Patienten – reicht dann für die Einstellung der lebenserhaltenden Maßnahmen aus. Betreuer werden durch eine Betreuungsverfügung ermächtigt oder gerichtlich bestellt.

Die Neuregelung von 2011 dehnt diese Regelung auf Patienten mit „kognitiven Funktionsstörungen“ beziehungsweise „Menschen, die im Laufe des Lebens die Fähigkeit, ihren Willen zu bilden oder zu äußern, verloren haben“, aus. Das Kriterium der „Bewusstlosigkeit“ (Wachkoma) wurde gestrichen. Mit dem Verlust der bloßen Äußerungsfähigkeit erscheint es nicht mehr wesentlich, ob im Inneren eines Menschen noch bewusste Willensbildung möglich sein könnte, es werden also wohl auch sogenannte Locked-in-Situationen erfasst: Jemand ist lediglich ausdrucksge lähmt, aber geistig wach. Weggefallen ist zudem die Empfehlung, Ärzte sollten sich „in Zweifelsfällen“ mit „anderen Ärzten und den Pflegenden“ beraten.

### Zum Thema

Ist die Organspende noch zu retten?

Selbstjustiz am Krankenbett  
 Reproduktionsmedizin: Leben und Würde

Nicht nur für die Patientengruppen mit „zerebraler Schädigung“, sondern generell schalten die Grundsätze für die „Änderung des Behandlungsziels“, also den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen bei Sterbenden und im Falle des prognostizierten Todes, von der bisherigen Kann-Regelung auf eine Soll-Regelung beziehungsweise die

Bundesgerichtshof stärkt  
Recht auf selbstbestimmtes  
Sterben

Formulierung „ist geboten“ um. Im Falle der  
Todesprognose liest sich das dann so: „Bei Patienten, die  
sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach  
ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer  
Zeit sterben werden, ist eine Änderung des

Behandlungszieles geboten, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern  
würden oder die Änderung des Behandlungsziels dem Willen des Patienten entspricht.“  
Entscheidend ist hier das Wörtchen „oder“: Auch ohne dem Willen des Patienten zu  
entsprechen –, also ohne Patientenverfügung, ohne Betreuerentscheidung – ist der  
Verzicht nicht nur möglich, sondern geboten.

### Haben Ärzte eine Sonderstellung?

Damit zum zweiten Punkt. In den Grundsätzen von 2011 kommt der Ausdruck „aktive  
Sterbehilfe“ nicht mehr vor. Im Vergleich zur bisherigen Fassung sind damit Passagen  
weggefallen, welche Unzulässigkeit einer aktiven Sterbehilfe feststellten, auf deren  
Strafbarkeit hinwiesen und die aktive Sterbehilfe als „gezielte Lebensverkürzung“ auch  
definierten. Stattdessen weist die Präambel der Grundsätze jetzt neu auf die Strafbarkeit  
der „Tötung auf Verlangen“ hin – was den Kern des Problems der „aktiven Sterbehilfe“  
nicht trifft, in welcher es um Schwerkranken und Sterbende mit fehlendem oder  
eingeschränkt sicherem aktuellem Willen und um das medizinische Behandeln geht.

Im Vorwort der neuen Grundsätze wird auf ein Urteil des Bundesgerichtshofs verwiesen,  
welches tatsächlich die Unterscheidung von „aktiver“ und „passiver“ Begehungsweise  
tödlicher Handlungen am Krankenbett für irrelevant erklärt. Juristisch ist das  
nachvollziehbar. Tötung kann durch Unterlassung genauso begangen werden wie aktiv,  
auch wenn die Sterbehilferechtsprechung der vergangenen Jahre allerlei schwer  
durchschaubare feine Unterschiede („indirekt“, „passiv“) postuliert hatte. Ist die  
höchstrichterliche Klarstellung aber ein Grund, die für die deutsche Diskussion der letzten  
Jahrzehnte sterbepolitisch zentrale Ächtung „aktiver Sterbehilfe“ pauschal und ersatzlos zu  
streichen?

Das fragliche BGH-Urteil hatte kein Arzthandeln zum Anlass. Es hat einen durch eine  
Angehörige versuchten Behandlungsabbruch für gerechtfertigt erklärt. So wäre wohl erst  
einmal kritisch zu erwägen, was aus dem Urteil für das berufliche Handeln von Medizinern  
folgt – und ob daraus überhaupt etwas folgen sollte. Nicht alles, was in einem Einzelfall  
nicht bestraft wurde, muss das Selbstverständnis des Medizinsystems ändern. Eine solche  
Änderung wird aber nun aus freien Stücken – politisch hochbrisant, aber geräuschlos –  
durch die Ärzteschaft vollzogen. Was werden die Folgen sein?

### Ärztliches Ethos

Die programmatisch immer wieder bekräftigte Position, „aktive Sterbehilfe“ zu ächten,  
bildet in Deutschland die Grundlage der Hospizarbeit, sie gehört zum begrifflichen  
Grundgerüst von Patientenverfügungen, und sie stellt bislang so etwas wie einen  
Haltepunkt für die öffentliche Kompromissbildung dar. Zwischen Befürwortern liberaler  
Sterbehilfe und Befürwortern eines Schutzes vor durch Angehörige und Betreuer  
massenhaft verfügten Patiententötungen ist derzeit kein gedanklicher Ersatz für die zwar  
zunehmend aufgeweichte, politisch aber gewollte Verbotsgrenze in Sicht. Soll tatsächlich  
nichts mehr außer der im Strafgesetzbuch fest geregelten Strafbarkeit der Tötung auf  
Verlangen zählen? Geht künftig vom Zeitpunkt der Todesprognose an einfach alles –  
entweder unter Berufung auf Betreuer oder aber auf „mutmaßlichen Willen“?

Das führt zum dritten Punkt. Was unterscheidet das ärztliche Tun vom Handeln anderer?  
Gezielte Eingriffe ins Leben eines Menschen können, wenn sie „in einem Zusammenhang  
mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen“, gerechtfertigt sein – so der  
Tenor der BGH-Entscheidung vom 25. Juni 2010. Schaut man genau hin, so werden  
ärztliches und nichtärztliches Handeln hier nicht mehr unterschieden, sofern das Handeln  
nur diesen „Zusammenhang“ mit dem Behandlungsabbruch hat. Tatsächlich hat der BGH  
zur Bewertung der tödlichen Maßnahme einer Angehörigen dieselben Voraussetzungen  
herangezogen wie für ärztliches Handeln. In der Konsequenz ist das beunruhigend. Soll es  
überhaupt noch ein ärztliches Ethos geben?

In der Präambel der Grundsätze von 2004 wird – neben der „aktiven Sterbehilfe“ und der  
Tötung auf Verlangen – auch die Beteiligung von Ärzten am Suizid verworfen. Die  
Formulierung ist deutlich: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht  
dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.“ Suizid ist bekanntlich nicht verboten, die  
Beihilfe zum Freitod also ebenfalls nicht. Da Heilberufe sich aber in einer besonderen  
Garanten- und Vertrauensrolle befinden, sind Ärzte angesichts eines Suizidversuches stets  
zur Lebensrettung verpflichtet.

### Was nicht ärztliche Aufgabe ist

Ärztliche Standesregeln schließen entsprechend (nicht nur in Deutschland) auch die vorbereitende Beteiligung von Ärzten am Suizid aus. Auf den Tod, den ich – gegebenenfalls ganz abseits von Krankheit – haben will, habe ich ein unabdingbares Recht, aber ich muss ihn mir selbst geben. Das Medizinsystem versteht sich als System der Krankenbehandlung. Es hält keinen Freitod-Service vor. In den Grundsätzen von 2011 ist nun die Formulierung gestrichen worden, welche Ärzten die Mitwirkung bei der Selbsttötung untersagt. Da steht nun: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“ Die neue Formel soll – so ist im Vorwort zu lesen – die „Grundausrichtung“ der bisherigen Position der Ärzteschaft nicht ändern. Man wolle aber die „verschiedenen und differenzierten Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft“ anerkennen.

Im Klartext ist damit die Duldung der Beteiligung von Ärzten an assistierten Suiziden ausgesprochen. Auch die Zusammenarbeit von Medizinern mit Sterbehilfevereinen wie Exit oder Dignitas stünde aufgrund dieser Klausel nicht mehr im Widerspruch zur deutschen Approbation: Was nicht „ärztliche Aufgabe“ ist, muss ein Arzt nicht tun. Aber er kann es – und tut es im Zweifel als Privatmensch. Damit erklärt sich die Bundesärztekammer schlichtweg für unzuständig. Sie gibt die Option einer Selbsttötungsbeteiligung im Stile einer nichtärztlichen Nebentätigkeit von Ärzten frei. Praktisch dürfte aber bei jener „Mitwirkung“ eben das den Ausschlag geben, was nur ein Arzt tun darf. Nur er kann beispielsweise Rezepte für tödliche Medikamente ausschreiben.

Warum tut die Bundesärztekammer diesen Schritt? Es ist noch nicht lange her, dass die Diskussion über die Aktivitäten des Schweizer Sterbehilfe-Vereins Dignitas (er eröffnete eine Filiale in Hannover) in einer relativ klaren rechtspolitischen Mehrheitsmeinung endete: Deutschland baut das System der Palliativmedizin aus, diskutiert weiter über die Optimierung der Regularien zur Sterbebegleitung, benötigt aber neben den vorhandenen Pfaden zum guten Sterben weder in der Klinik noch außerhalb ihrer den „assistierten Suizid“.

### **Normen und Meinungen**

Zwei Monate nach der Verabschiedung der neuen Grundsätze kommt die Diskussion in der Ärzteschaft in Gang. Die Delegiertenversammlung der hessischen Ärzteschaft hat am 26. März in Bad Nauheim einen Beschluss gefasst, der die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung eines Patienten grundsätzlich ausschließt. Die hessische Landesärztekammer begründet ihre Ablehnung der Grundsätze der Bundesärztekammer mit dem Argument, eine Berücksichtigung der „verschiedenen und differenzierten individuellen Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft“ könne nicht rechtfertigen, die Mitwirkung eines Arztes an einer Tötungshandlung als Privatsache freizustellen. Es macht nach Auffassung der hessischen Delegierten einen entscheidenden Unterschied, ob Ärzte Patienten am Ende des Lebens begleiten oder ihnen zu einem selbst herbeigeführten Tod verhelfen.

Die Bundesärztekammer verweist auf Umfragen, denen zufolge ein Drittel der Ärzteschaft einem Sterbewunsch von Patienten nachkommen würde. Zahlen dieser Größenordnung geisterten bereits durch die Debatten, als man vor fünfzehn Jahren die „Änderung des Behandlungszieles“ einführte. Ein Drittel ist keine Mehrheit – und im Schnitt befürworten Ärzte Suizidbeihilfe eher seltener als Angehörige anderer Berufe. Die Grundsätze zur Sterbebegleitung bilden aber ohnehin keine Meinungsumfragen ab. Sie artikulieren Normen. Sie drücken aus, wie im elementaren – und heiklen – Bereich des zivilen Umgangs mit Leben und Sterben die besonderen beruflichen Sorgfaltspflichten von Medizinern aussehen sollen.

### **Warum überhaupt Ärzte?**

Soll man es „Liberalisierung“ nennen, wenn die Grundsätze in Sachen Suizidbeihilfe einen Dammbreach herbeiführen? Wenn künftig das Tätigkeitsfeld einer Tötungsassistenz, ohne „ärztliche Aufgabe“ zu sein, dennoch dem Tun des Arztes angegliedert werden kann? Das Profil des Arztberufes wird verändert – das betrifft alle Ärzte, auch die, die nicht an Selbsttötungen mitwirken werden. Es trifft aber auch den Klinikalltag, in welchem nun neben die Option „Änderung des Behandlungszieles“ und den durch Patienten verfügbaren Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen auch noch die ganz andere Option der Suizidassistenz tritt. Soll der Arzt nun – neben den drei möglichen Rollen, Heilbehandler oder aber Sterbebegleiter oder aber Vollstrecker eines patientenseitig gewollten Behandlungsabbruchs zu sein – auch noch den vierten Hut des Suizidhelfers aufsetzen müssen? Welcher Arzt will das tun? Und welcher Patient will sich oder seine Lieben in der Klinik im Zustand der Hilflosigkeit jemandem überantworten, der alle diese vier Rollen vielleicht guten Willens, aber womöglich auch wenig transparent auf sich vereint?

Bleibt eine Frage, die merkwürdiger klingt, als sie ist: Warum überhaupt Ärzte, wenn es um Selbsttötung geht? Was qualifiziert hier ausgerechnet den Arzt? Ob ein Sterbewunsch ernsthaft ist, wird im Zweifel ein Psychologe am besten beurteilen. Geeignete Pharmaka

fallen in die Zuständigkeit von Apothekern. Die meiste berufliche Erfahrung mit schmerzfreien Tötungsmethoden dürfte bei Förstern, Tierärzten und Metzgern liegen. Über Literatur zum Freitod geben Buchhändler Auskunft, die Ratgeberbücher sind Legion. Allein der Beruf des Henkers ist abgeschafft.

**Petra Gehring** lehrt Philosophie an der Technischen Universität Darmstadt.

Text: F.A.Z.  
Bildmaterial: AP

© Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH 2011.  
Alle Rechte vorbehalten.  
Vervielfältigungs- und Nutzungsrechte erwerben



Verlagsinformation  
Seien Sie auch unterwegs bestens informiert mit dem mobilen Nachrichtenservice von FAZ.NET. Weitere Informationen unter [www.faz.net/mobil](http://www.faz.net/mobil)

Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH 2001 - 2011  
Dies ist ein Ausdruck aus [www.faz.net](http://www.faz.net).