Selbstbestimmung am Lebensende

Der Konsens der Eliten und die Meinung der Bevölkerung . Aus: vorgänge Nr.175, (Heft 2/2006), S.81-86

Der Konfrontation mit dem eigenen Tod entgeht niemand. Aber das Ende des Lebens ist nicht nur auferlegtes und erduldetes Schicksal. Es liegt auch im Horizont eigenen Entscheidens. Die Möglichkeit, sich selbst das Leben zu nehmen, ist nur der radikalste Ausdruck dieser Entscheidbarkeit. Die moderne Medizin vervielfältigt die Entscheidungssituationen am Lebensende. Sie vervielfältigt damit zugleich die moralischen Fragen. Vom Abbruch einer lebensverlängernden Behandlung über die Patientenverfügung bis zur aktiven Sterbehilfe steht zur Diskussion, wie weit man in Rahmen von Selbstbestimmung über das Ende seines Lebens verfügen darf, und ob man andere an dieser Verfügung beteiligen darf.

Soll man die Beendigung einer medizinischen Behandlung verlangen dürfen, auch wenn dies den sicheren Tod bedeutet? Soll man festlegen können, dass man nicht behandelt wird, falls man ins Koma fällt oder demenzkrank wird? Sollen Angehörige und Ärzte an solche Festlegungen gebunden sein? Soll man die Hilfe eines Arztes in Anspruch nehmen dürfen, um sein Leben zu beenden? Soll man für den Fall, dass man selbst handlungsunfähig ist, den Arzt ermächtigen können, den eigenen Tod herbeizuführen?

Diese Fragen bewegen die Öffentlichkeit. Sie haben die politische Agenda erreicht. Man kann sie nicht nicht entscheiden, weil auch der Verzicht auf eine Regelung auf Regelung hinausläuft. Aber darüber, was die richtige Lösung ist, herrscht in vieler Hinsicht Streit. Am Ende wird im Parlament mit Mehrheit entschieden werden müssen.

Die Sozialwissenschaften haben weder das Mandat noch die Kompetenz, sich in die Wertungsfragen einzumischen. Sie können jedoch die Wirklichkeit der Gesellschaft beobachten und beschreiben – auch die der Wirklichkeit der Wertungen, die in der Gesellschaft vorkommen. Dabei tritt zu Tage, dass einige der Antworten, die in Politik und Recht auf die oben gestellten Fragen angeboten werden, an den Wertungen der Bevölkerung vorbeigehen.

Ausgangspunkt der soziologischen Beschreibung ist die Zentralität von Selbstbestimmung und der Bedeutungsverlust von Religion im „Wertehaushalt“ moderner Gesellschaften. Es kennzeichnet die Wirklichkeit unserer Gesellschaft, dass sie ein liberaler Verfassungsstaat ist, in dem kollektive Regulierung als Einschränkung garantierter individueller Freiheit gerechtfertigt werden muss.

Diese Wirklichkeit wurde nicht durch einen verfassungspolitischen Kraftakt im Jahre 1949 geschaffen. Sie ist Ergebnis eines historischen Trends, der mit dem Aufstieg der bürgerlichen Gesellschaft einsetzt und jene kulturellen Ordnungen entwertet hat, die inhaltlich vorgeben, was Sinn und Ziel menschlichen Lebens zu sein hat. Emile Durkheim diagnostiziert zu Beginn des vorigen Jahrhunderts, „dass sich das Kollektivbewusstsein immer mehr auf den Kult des Individuums reduziert“. Lebensführung wird individueller Selbstbestimmung überantwortet; die Menschen können (und müssen) entscheiden, wie sie leben wollen.

Der Freiheitsgewinn, den die Durchsetzung von Selbstbestimmung gebracht hat, ist ambivalent. Die Frage, wie unter dem „Kult des Individuums“ soziale Ordnung und Solidarität gewährleistet werden können, bewegte schon die Klassiker der Soziologie am Ausgang des 19. Jahrhunderts; ein jüngster Reflex ist die Kontroverse zwischen Liberalismus und Kommunitarismus in der Sozialethik. Ebenso ist Sinndefizit ein endemisches Problem in modernen (westlichen) Gesellschaften geblieben.

Als Kehrseite der Emanzipation von der kulturellen Deutungsmacht der Religion und Tradition trägt das Individuum die Last, den Sinn des Lebens selbst zu definieren.

Frage: "Hier unterhalten sich zwei über Sterbehilfe. Welcher von beiden sagt das, was Sie denken?"

	Bevölke- rung %	Protes- tanten %	Katholi- ken %	Andere %
"Ich finde, dass Sterbehilfe für Schwerkranke Menschen ein guter Weg ist, um sie nicht so leiden zu lassen. Solange ein schwerkranker Mensch noch bei Bewußtsein ist, sollte er selbst entscheiden können, ob er leben oder sterben möchte."	70	60	68	83
"Das sehe ich anders. Über Leben und Tod darf nur Gott, man kann auch sagen das Schicksal, entscheiden. Das Leben ist heilig und muss es auch bleiben. Keinesfalls darf das Leben vorzeitig beendet werden, auch wenn der Patient das ausdrücklich verlangt."	12	14	18	4

Tabelle 1

Strebehilfe, Deutschland (2001)

N = 2094; Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach (2001), Allensbacher Berichte Nr. 9, S. 3/5

Eine Revitalisierung der Religion könnte hier Entlastung schaffen. Aber auch das bleibt eine individuelle Lösung. Dass religiöse Deutungen wieder gesamtgesellschaftliche Verbindlichkeit gewinnen, ist nicht zu erwarten.

Für Deutschland zeigen die Zeitreihen der ALLBUS-Umfragen, dass die säkularisierte Deutung, nach der Menschen den Sinn ihres Leben selbst bestimmen müssen, seit 20 Jahren unverändert deutlich mehr Zustimmung findet als die christliche Deutung, nach der dieser Sinn durch die Beziehung zu Gott gegeben sei. Am wenigsten Zustimmung findet allerdings die Aussage „Das Leben hat meiner Meinung nach wenig Sinn“, was gegen die Vermutung spricht, dass moderne Gesellschaften auf eine Sinnkrise zusteuern.

Die Dynamik der Individualisierung

Selbstbestimmung beherrscht nach wie vor das Ethos moderner Lebensführung. Die Wahrnehmung der Ambivalenzen der Freiheit hat der Dynamik der Individualisierung keinen Abbruch getan. Damit wird Selbstbestimmung auch bei Entscheidungen, die das Ende des eigenen Lebens betreffen, gewissermaßen

automatisch zum Bezugsrahmen der Wertung. Man braucht gute Gründe, um gegen das zu entscheiden, was die Betroffenen selber wollen.

Damit geraten Regelungen, die religiösen und anderen Deutungen entspringen, die dem Einzelnen ein bestimmtes Lebensethos kollektiv vorgeben, unter Revisionsdruck im Namen der Selbstbestimmung. Das lässt sich etwa am Wandel der Familienformen ablesen (von den Scheidungsraten bis zu den gleichgeschlechtlichen Partnerschaften), an der Einstellung zur Sexualität, an der Bewertung der Abtreibung und eben auch an den gegenwärtigen Diskussionen über Entscheidungen am Lebensende, etwa zur Patientenverfügung oder zur Sterbehilfe.

Allerdings hat die kulturelle Dominanz von Selbstbestimmung in modernen Gesellschaften nicht dazu geführt, dass sich die Einstellung durchgesetzt hat, Entscheidungen über das eigene Leben sollten vollständig in das Belieben des Einzelnen gestellt sein. So ist etwa der Suizid (Selbsttötung) keineswegs entmoralisiert worden. In repräsentativen Erhebungen im Rahmen des World Value Surveys sind zwischen 1981 und 2000 verschiedene Verhaltensweisen auf einer Skala von 1 (= „darf man unter keinen Umständen“) bis 10 (= „in jedem Fall in Ordnung“) eingeschätzt worden. Den Suizid haben die Befragten in (West-)Deutschland um 3 herum eingestuft, also im negativen Bereich. In Spanien und den U.S.A. lagen die Werte noch niedriger, zwischen 2 und 3; in Schweden zwischen 3 und 5.

Aus diesen Daten folgt, dass die Enttabuisierung der Selbsttötung im Recht, die in Deutschland mit dem Strafgesetzbuch von 1871 vollzogen worden ist, nicht mit einer Enttabuisierung im moralischen Urteil der Bevölkerung einhergeht. An den Wert des eigenen Lebens sollen auch die Träger dieses Lebens gebunden sein. Auch in modernen Gesellschaften erkennen die Menschen an, dass es moralische Pflichten gegen sich selbst gibt, die der Selbstbestimmung Grenzen setzen. Zu diesen Pflichten gehört der Respekt vor dem Leben, das man selbst verkörpert.

Dieser Respekt gibt im Urteil der Bevölkerung jedoch der Selbstbestimmung dann nach, wenn der Betroffene an schwerer, nicht heilbarer Krankheit leidet. Nur zwölf Prozent pochen auch in diesem Fall auf die „Heiligkeit“ des menschlichen Lebens und halten daran fest, dass das Leben keinesfalls vorzeitig beendet werden darf, „auch wenn der Patient das ausdrücklich verlangt“. Dagegen finden 70 Prozent, ein schwerkranker Mensch sollte „selbst entscheiden können, ob er leben oder sterben möchte“. Diese Einschätzung teilt auch die große Mehrheit der kirchlich gebundenen Menschen: 60 Prozent der Protestanten, 68 Prozent der Katholiken.

Die eigene Entscheidung soll nach überwiegendem Urteil der Bevölkerung auch beim Problem der aktiven Sterbehilfe den Ausschlag geben, also bei der Frage, ob der Arzt einem unheilbar Kranken auf dessen Wunsch hin zum Sterben verhelfen darf – etwa indem er ihm eine tödliche Spritze gibt. Aktive Sterbehilfe wird in den Befragungen des World Value Surveys überwiegend ebenfalls als negativ eingestuft, wenn auch durchgehend positiver als die Selbsttötung. Die neueren Werte liegen in Deutschland, den U.S.A. und in Spanien zwischen 4 und 5, in Schweden über 6. Aus dieser Einstufung lässt sich allerdings nicht ableiten, wie die Reaktion ist, wenn es „zum Schwur kommt“, also Ja oder Nein zur aktiven Sterbehilfe gesagt werden muss. In diesem Fall tendieren etwa zwei Drittel der deutschen Bevölkerung dazu, die Sterbehilfe zumindest hinzunehmen.

Volkes Stimme und die Positionen der Politik

Diese Einschätzung wird durch weitere Daten bestätigt. Die Zustimmung zu der Aussage „Ein schwerkranker Patient im Krankenhaus soll das Recht haben, den Tod zu wählen und zu verlangen, dass ein Arzt ihm eine todbringende Spritze gibt“ ist zwischen 1973 und 2001 von 53 auf 64 Prozent gestiegen; die Ablehnung hat sich fast halbiert: von 33 Prozent auf 19 Prozent. 1990 sprachen sich zwei Drittel und 2000 fast drei Viertel der Befragten (73,3 Prozent) gegen ein gesetzliches Verbot der aktiven Sterbehilfe aus. Man wird aus diesen Zahlen nicht schließen dürfen, dass für drei Viertel der Bevölkerung aktive Sterbehilfe kein moralisches Problem darstellt. Die Frage, ob etwas akzeptabel ist, produziert nicht notwendigerweise dieselben Antworten wie die Frage, ob etwas verboten werden soll. So lehnen viele Menschen den Schwangerschaftsabbruch für sich ab, sprechen sich aber gleichwohl dagegen aus, ihn unter Strafe zu stellen. Diese Diskrepanz spiegelt den modernen Wertepluralismus wider. Man hält gewisse Werte und Normen

zwar für sich selbst für moralisch zwingend, besteht aber nicht darauf, sie auch anderen verbindlich vorzuschreiben.

Die soziologischen Befunde zwingen zur Schlussfolgerung, dass bei der Bewertung der aktiven Sterbehilfe die Werthaltungen der Bevölkerung und die Positionen der öffentlichen Politik deutlich auseinander fallen. Im politischen Diskurs wird der Suizid als Option der Selbstbestimmung widerspruchslos hingenommen und weder moralisch noch rechtlich mit Sanktionen belegt; die aktive Sterbehilfe hingegen wird apodiktisch verworfen, und am Strafanspruch wird rigoros festgehalten.

Frage: "Ein Arzt gibt einem unheilbar kranken Patienten auf dessen Verlangen hin ein tödliches Gift."

	1990	2000	2002
"Sehr schlimm"/ "ziemlich schlimm"	30,5	33,2	31,6
"Weniger schlimm"/ "überhaupt nicht"	69,4	66,7	68,4

Tabelle 2

Verhaltensbeurteilung aktiver Sterbehilfe in Westdeutschland (1990–2002)

Quelle: ALLBUS 1980–2002

Von der Bevölkerung wird umgekehrt der Suizid als problematischer eingeschätzt als die aktive Sterbehilfe, und eine Freigabe letzterer würde überwiegend auf Verständnis stoßen. Die Mehrheit der deutschen Bevölkerung gesteht kranken Menschen, die in einer ausweglosen Lebenssituation den Tod herbeisehnen, nicht nur die Option der Selbsttötung zu, sie legitimiert auch deren Wunsch, dass der Arzt ihnen zum Sterben verhelfen solle. Dem Urteil der Bevölkerung entspricht eher eine Politik, in der sich der Staat weitgehend heraushält und der Selbstbestimmung der Patienten das Feld überlässt.

Eine ähnliche Diskrepanz könnte bei der Regelung der Patientenverfügung entstehen, über die gegenwärtig diskutiert wird. Die Bevölkerung will, dass Selbstbestimmung gilt. Jeder soll selbst entscheiden können, ob und wie er medizinisch behandelt werden will, falls er in einen Zustand gerät, in dem er keine eigene Entscheidung mehr treffen kann. In einer EMNID-Umfrage von 2004 verlangen etwa 90 Prozent der Befragten, dass solche Festlegungen für Ärzte und Pflegepersonal bindend sein sollen.

Dem stehen Stimmen aus den politischen Parteien, den Kirchen, der Ärzteschaft und sozialen Bewegungen gegenüber, die solche Verfügungen nicht anerkennen wollen, mit dem Argument, dass niemand als Gesunder antizipieren und entscheiden könne, was er als Kranker im Zustand der Entscheidungsunfähigkeit wollen würde. Von manchen wird gefordert, die Patientenverfügung solle nur für Behandlungsentscheidungen gelten, die anstehen, wenn der Sterbeprozess schon begonnen hat.

Normative Ansprüche und die Moral

Was immer man für solche Beschränkungen ins Feld führen mag, sie verfehlen jedenfalls den Willen der Mehrheit der Bevölkerung. Das gilt auch für komplizierte Formvorschriften oder Beratungserfordernisse, die dazu führen, dass Millionen von Patientenverfügungen unwirksam werden. 78 Prozent der Befragten lehnen

es ab, die Geltung der Verfügung auf den Sterbeprozess zu beschränken. Sie haben vermutlich gerade Situationen wie das Leben im Wachkoma oder im Zustand der Demenz im Auge und wollen für diesen Fall entscheiden können, was mit ihnen geschehen soll.

Der Streit, der in den U.S.A. um die Einstellung der künstlichen Ernährung der Wachkomapatientin Terry Schiavo geführt wurde, dürfte die Entschlossenheit, den eigenen Willen durchgesetzt zu sehen, noch bestärkt haben. Nach einer FORSA-Umfrage von März 2005 sind 91 Prozent der Deutschen (in Ost-Deutschland 96 Prozent) der Meinung, die Festlegung „dass man als Koma-Patient keine lebensverlängernden Maßnahmen wünscht“ sollte für Gerichte und Ärzte verbindlich sein.

Die soziologische Feststellung, ob eine Mehrheit der Bevölkerung bestimmte normative Ansprüche teilt oder nicht teilt, beantwortet nicht die moralische Frage, ob diese Ansprüche vor dem Forum der Vernunft oder des Gewissens oder vor Gott richtig oder falsch sind. Es bleibt denkbar, dass die Minderheit gegen die Mehrheit recht hat. Es kann jedoch in einer Demokratie auch nicht irrelevant sein zu wissen, wie die Bevölkerung denkt, wenn darüber zu entscheiden ist, ob solche Ansprüche mit Hilfe rechtlicher Regulierung allgemeinverbindlich gemacht werden sollen oder nicht.

Der parlamentarische Gesetzgeber muss nicht den Wertorientierungen der Bevölkerung folgen, und er tut es faktisch häufig nicht. Oft sind Rechtstraditionen und Elitendiskurse ausschlaggebend. Das konzessionslose und (fast) diskussionslose Verbot der aktiven Sterbehilfe in Deutschland ist ein Beleg. Es verdankt sich einem Elitenkonsens, der nicht durch die Wertorientierungen der Bevölkerung gedeckt ist.

Dabei spielt die historische Erfahrung der Nazizeit mit den Verbrechen der Euthanasie eine Rolle. Vor diesem Hintergrund fällt es schwer, dem Missbrauchsszenario, dass die Zulassung aktiver Sterbehilfe zum Einfallstor für unfreiwillige Tötungen unheilbar Kranker werden könnte, zu widersprechen bzw. das Verbot davon abhängig zu machen, ob das Missbrauchsrisiko realistisch ist oder wirksam kontrolliert werden könnte, ohne die Selbstbestimmung der betroffenen Patienten auszuschließen.

Allerdings ist eine Gesetzgebung, die relevante Teile der Bevölkerung moralisch belehren oder erziehen will, prekär. Es muss mit Ausweichmanövern gerechnet werden. Die sind eher bei der Sterbehilfe möglich als bei der Patientenverfügung. Dort haben Betroffene das Beispiel von Nachbarländern vor Augen (Niederlande, Belgien, Schweiz), in denen aktive Sterbehilfe und organisierte Beihilfe zur Selbsttötung kontrolliert freigegeben sind. Sie können sich der restriktiven deutschen Gesetzgebung notfalls durch „Flucht“ ins Ausland entziehen – und dabei mit der Zustimmung der Mehrheit der Bevölkerung rechnen. Diese Zustimmung würde vermutlich nur dann entfallen, wenn sich erweist, dass es in den Ländern, die aktive Sterbehilfe freigeben, tatsächlich zu den beschworenen Fehlentwicklungen (Missbrauch) kommt und eine Rückkehr zum Verbot unumgänglich ist. Sollten die beschworenen Fehlentwicklungen aber ausbleiben oder kontrollierbar sein, wird das Verbot der aktiven Sterbehilfe auch in Deutschland schließlich dem Druck von Selbstbestimmungsansprüchen nachgeben müssen.

<https://www.humanistische-union.de/publikationen/vorgaenge/175-vorgaenge/publikation/selbstbestimmung-am-lebensende/>

Abgerufen am: 01.05.2024