

Erika Feyerabend

## Gefahrvolle Autonomie-Versprechen

Den Befürwortern einer weiteren Liberalisierung der Sterbehilfe wird oft entgegen gehalten, die Forderung nach mehr Selbstbestimmung am Lebensende blende die Voraussetzungen und Bedingungen aus, unter denen diese stattfinden. Erika Feyerabend gehört zu jenen kritischen Stimmen, die vor den Folgen einer Liberalisierung bioethischer Entscheidungen warnen. Ihre These: ein überstrapazierter Begriff der Selbstbestimmung blende aus, dass es vor allem um die Durchsetzung ökonomischer Zwänge im Pflege- und Gesundheitswesen gehe (was sich in den Suizidgründen wiederfinde). Zugleich warnt sie vor den Wirkungen dieser Debatte, die individuelle wie gesellschaftliche Wertevorstellungen von Leben, Krankheit und Bedürftigkeit präge – zum Nachteil derjenigen, die nicht dem Ideal gesunder, autonom selbstbestimmter Individuen entsprechen.

Carl-Henning Wijkmark schrieb in der Zeit des schwedischen Wohlfahrtsstaates der 1970er Jahre den Roman „Der Moderne Tod. Vom Ende der Humanität“. (Berlin 2001) Erzählt wird die Geschichte eines Symposiums zum Thema „Der letzte Lebensabschnitt des Menschen“. Dort erklärt ein Ministerialdirektor Bert Persson, dass die Zeit noch nicht reif sei für Euthanasiebeschlüsse. Zwar gebe es eine „Aktionsgruppe für das Recht-auf-unseren-Tod“, die per „Todestestament“ lebenserhaltende Behandlungen untersagen und in staatlich organisierten Todeskliniken Kranken und Lebensmüden eine Giftspritze oder einen Cocktail anbieten will. Doch die Ärzte wollten nicht „als potentielle Henker“ dastehen und verweigerten ihre Unterstützung. Deshalb bedürfe es einer „massiven Meinungsbildung in gesellschaftlicher Regie. „Die Bevölkerungspyramide ist ungünstig. 75% der Pflegekosten entfallen auf Langzeitpflege und Pflege hoffnungsloser Fälle. ... Unter den 25% Produktiven ... herrscht verzweifelte Unzufriedenheit.“ (Wijkmark 2001, 11) Persson weiß: Eine gesellschaftliche Planung, die auf Tötung alter oder behinderter Pflegebedürftiger hinausläuft ist heikel. Doch die eskalierende gesellschaftliche Krise lasse keine andere Wahl. Deshalb fordert er: „Wir brauchen schnell mehr Tote, um es ganz brutal zu sagen ... Und die Wurzel des Übels ist nicht primär, daß die Euthanasie ungesetzlich ist, sondern sie ist es, weil so wenige eine Euthanasie verlangen. ... Es muss wieder natürlich werden, zu sterben wenn die aktive Zeit vorbei ist. Wir müssen die Probleme mit den Alten lösen, nicht gegen sie.“ (Wijkmark 2001, 13) Mit einer verdeckten Meinungsumfrage habe man herausbekommen: Es gibt, besonders bei den armen und kranken Alten, eine „Re-

formbereitschaft“, sprich: eine Bereitschaft zur Euthanasie. Sie wollen nicht der Allgemeinheit zur Last fallen. Dies zu verstärken sei vornehmliche Aufgabe der Politik. Der „letzte Akt der Selbständigkeit“ – die Entscheidung zum Tod – dürfe aber nicht erbetelt werden, sondern soll als „gesetzlich festgelegtes Recht auf Sicherheit“ erscheinen.

Im weiteren Verlauf des Symposiums wird diskutiert, wie man den freiwilligen Lebensverzicht etabliert kann. Wie stellt man es an, dass man die „Alterskontrolle oder wenn man so will, eine Todeskontrolle, nicht ebenso gut diskutieren kann wie eine Geburtenkontrolle?“ (Wijkmark 2001, 70) Eines ist den Wortführern aus Politik und Wissenschaft klar: In Demokratien kann dies nicht zwangsverordnet werden, sondern muss „selbstbestimmt gewollt“ sein.

## Von der Fiktion zur Wirklichkeit

Tötung auf Verlangen ist in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg bei unheilbar Kranken erlaubte Praxis. Beihilfe zur Selbsttötung ist in vielen Ländern straffrei, in der Schweiz auch in Form organisierter Dienstleistungen üblich. Es ist weithin akzeptiert – unter gesetzlich festgelegten Bedingungen – das Leben Schwerstkranker zu beenden, die nicht mehr einwilligungsfähig sind, aber keineswegs schon Sterbende sind. Zum Einsatz kommen dabei überdosierte Schmerzmittel oder der Behandlungsabbruch.

Diskutiert werden all diese Formen des Sterbenmachens nicht unter sozial- und gesundheitspolitischer Kostenersparnis, sondern als Möglichkeit „das Recht auf den eigenen Tod“, die „Autonomie am Lebensende“ und das „natürliche Sterben“ gegen eine „übermächtige Apparatedizin“ und bevormundende, institutionelle Handlungsmuster durchzusetzen. Es kann aber auch sein, und das ist meine These, dass ein überstrapazierter Selbstbestimmungsbegriff (des Individuums) zu einer willkommenen (auch ökonomisch gesehen) gesellschaftlichen Norm führt, die „beschleunigtes Sterben“ als sozial erwünscht erscheinen lässt. Eine solche Norm betrifft nicht nur die willensfähigen Subjekte, sondern immer auch jene, die hilfebedürftig sind und sich nicht mehr äußern können.

## Deutsche Verhältnisse

Der Verzicht auf medizinische und pflegerische Leistungen gilt im gesetzlichen und diskursiven Raum um Patientenverfügungen seit längerem als höchster Ausdruck der „Autonomie“. Kaum eine Lebenssituation scheint mehr prädestiniert zu sein, rein individualisierte Selbstbestimmungsideale zu mobilisieren, als hohes Alter und Pflegebedürftigkeit. Beides wird mittlerweile fast schon als „vorgezogene Formen des Sterbens“ angesehen (Gräfe 2015, 13).

In gesunden, auf jeden Fall in entscheidungsfähigen Tagen, soll für den Fall chronischer Erkrankung – ausdrücklich auch weit vor dem Sterbeprozess oder dem medizi-

nischen Urteil einer unheilbaren Krankheit – möglichst per schriftlicher Willensbekundung der tödlichen Therapieabbruch individuell geplant und verfügt werden. So könnten sich Patienten in Demenz, Koma oder nach einem Schlaganfall beispielsweise vorsorglich schützen vor einer „nicht mehr loslassenden Apparatedizin“ und institutionellen Übergriffen. Gesetzliche Betreuer\_innen haben seit 2009 verpflichtend dafür zu sorgen, dass der im Voraus formulierte Wille durchgesetzt wird. Selbst wenn dieser Wille nur vage oder gar nicht vorliegt, kann er „mutmaßlich“ angenommen und interpretiert werden – meist als Verzicht auf medizinische Leistungen und entsprechend einer gesellschaftlichen Norm darüber, was noch als „lebenswert“ gilt. Wie wir pflegebedürftige Lebenslagen und Sterben gestalten, wird als vertragliche Beziehung zwischen Individuum und Staat konzipiert und adressiert an „Kunden“, die zwischen vorgefertigten und sozialpolitisch „bezahlbaren“ Optionen auswählen. Verständlich ist die Sorge, in eher hilfloser Lage beherrscht zu werden und abhängig zu sein. Aber gerade das vertragsfähige, rationale Willenssubjekt fügt sich geschmeidig in jene institutionelle Erfordernisse und Hierarchien ein, die vermeintlich überwunden wurden. Die Soziologin Stefanie Gräfe gibt zu recht zu bedenken: „Die – auf den ersten Blick so eingängige – Gegenüberstellung „Apparatedizin“ versus „Patientenautonomie“ blendet aus, dass betriebswirtschaftliche Handlungszwänge seitens der Professionellen in Krankenhäusern und Pflegeheimen den Spielraum für individuelle Autonomiewünsche von Patienten (aber auch von Pflegenden) faktisch stark einschränken. Wie autonom wir als chronisch Kranke, Pflegebedürftige oder Sterbende sind, erscheint als Frage individuelle Wahl – und nicht als gesellschaftlicher Prozess der Aushandlung über die Gestaltung von Gesundheit und Pflege.“ (Gräfe 2015, 12)

## Unberücksichtigte Wirklichkeiten

Das Ideal des bürgerlichen, vertragsfähigen Subjekts ist nicht deckungsgleich mit den real existierenden Patienten und Patientinnen. Menschen, die schon immer kognitiv eingeschränkt waren oder kulturell anders sozialisiert sind, passen nicht unbedingt in dieses stereotype Entscheidungs- und Vertragsmodell. Menschen, die in ihrem Berufsleben und in Geschlechterbeziehungen kaum die Erfahrung gemacht haben, dass ihr Wünschen und Wollen eine Rolle spielt, fügen sich z.T. unhinterfragt in die unangestastete gebliebene Krankenhaushierarchie. Viele haben zeitlebens in sozialen Beziehungen oder in der Arbeitswelt gelernt, sich nur als Leistungsträger\_in „produktiv“ und anerkannt zu fühlen. Jene, die aus dem Arbeitsleben ausgegrenzt waren, fühlen sich schon ohne Krankheit „überflüssig“. Die Bereitschaft, sich nur als Last und Belastung zu verstehen, ist besonders mit dem medizinischen Urteil „austherapiert“ und mit Angewiesenheit auf pflegerische Leistungen ausgeprägt. Das zeigt auch eine größere Untersuchung von Andreas Heller und seinem Team an der IFF Fakultät der Universität Klagenfurt in einem Dortmunder Pflegeheim. „Die große und bittere Erkenntnis war, dass die Bewohner\_innen alle gesagt haben: Ich möchte keinem zur Last fallen.“ (Heller 2015, 51) Gerade die Debatten und gesetzlichen Regeln zur Patientenver-

fügungen haben das Potential, das eigene Wollen und die öffentliche Meinung in Richtung Selbstbe- und Entwertung zu schulen und zu vertiefen.

Der Soziologe Werner Schneider nannte das Projekt Patientenverfügung „die sozialverträgliche Bekümmernis um die letzten Dinge“. Tatsächlich geht es um den Verzicht auf Behandlung, der als „würdig“ und auch als „mutig“ angesehen wird. Ein sozial gestaltetes Lebensende mit ausreichender und guter pflegerischer Versorgung auch für Menschen mit schmalem Geldbeutel, die sich kaum therapeutische Hilfen und Begleitungen privat hinzu kaufen können, kommt im Diskurs und in der Ratgeberliteratur kaum zur Sprache. Die Leistungen aus der Pflegeversicherung reichen bei weitem nicht aus, um jenseits einer – auch nicht immer sicher gestellten – körperlichen Versorgung noch eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Von einer flächendeckenden hospizlichen und palliativen Versorgung – auch in Krankenhäusern und Altenheimen – sind wir weit entfernt. Ein Drittel der Pflegebedürftigen lebt in Alteneinrichtungen. Das Einzugsalter liegt statistisch bei rund 86 Jahren. Diese Häuser sind Sterbeorte.<sup>1</sup> Der Personalschlüssel, um die immer pflegebedürftigen Bewohner\_innen zu versorgen und zu begleiten, stammt von 1995. Die Angehörigen müssen nicht selten zuzahlen, und fürchten u.U. im Zuge weitgehend privatisierter Rentenversorgung um ihre Rücklagen. Zwei Drittel der Pflegebedürftigen lebt zu Hause. Der familiäre Kontext ist nicht immer so ideal wie oft dargestellt. Das Gewaltpotential ist groß, ob biografisch bedingt oder durch Überlastung erzeugt.

In einer „Lebenskultur“, in der Leistung, Produktivität und Selbstoptimierung vorrangig sind sowie Autonomie im Sinne einer „fürsorgefreien“ Lebensführung gleichbedeutend mit Glück ist, fällt es darüber hinaus schwer, Lebensphasen zuzulassen, die all dem nicht mehr entsprechen. Es gibt keine positive Landkarte fürs Geschehen-Lassen, Sterben-Lassen, fürs Nicht-Wissen und Nicht-Verstehen.

Die Stellungnahmen anerkannter Expert\_innen in Universitäten und Kommissionen reproduzieren diesen blinden Fleck. Sie bieten gesamtgesellschaftliche Szenarien an, die den vorherrschenden ökonomischer Logiken entsprechen. Die Ökonomen Friedrich Breyer und Carlo Schultheiss erklären beispielsweise in ihrem öffentlich finanzierten Forschungsprojekt zur Rationierung von Gesundheitsleistungen, dass schon heute „das kalendarische Alter Teil etablierter Rationierungsmuster“ ist und „auf der Annahme (beruht), dass die Erwartungen auf zukünftigen Konsum die entscheidende Quelle für Lebensfreude sind.“ (Breyer/Schultheiss 2002, 143) Der einflussreiche Medizinjurist Jochen Taupitz schlug vor, bei Menschen im Koma eine „notwendige Gesamtabwägung“ durchzuführen. Lebensverlängerung sollte „umso eher unterbleiben, je größere Ressourcen (im weitesten Sinne) sie einerseits bindet (die dann für andere Patienten nicht zur Verfügung steht) und je geringer ... der Nutzen ... ist. Die Entscheidung über die Grenzen der Patientenautonomie in Fällen eines ‚übermäßigen Lebensverlängerungswunsches‘ liegt dabei nicht nur in gesellschaftlicher bzw. staatlicher Verantwortung, sondern auch und gerade in der Verantwortung der (auch der Gesamtheit des Volkes verpflichteten) Ärzteschaft.“ (Taupitz 2000, 26 f.)

Die Verführung ist groß, in dieser Lage professionelle Dienstleistungen wie den tödlichen Behandlungsabbruch, die Beihilfe zu Selbsttötung oder die Tötung auf Verlangen zu fordern und entsprechend gesetzlich auszugestalten. Zusätzlich propagieren Sterbehilfeverbände, Landesärztekammern, Stadtverwaltungen und Hospizverei-

nigungen seit Jahren ein problematisches Sterbeideal: den „Entscheidungstod“, der möglichst ästhetisch, kontrolliert, mit wenig Leidenszeit verknüpft ist. Ausgeblendet wird dabei die Tragödie des Todes, der konkreten Sterblichkeit, die möglichen Kontrollverluste und Leiden. Die öffentlichen Darstellungen legen nahe, dass ein Management des Sterbens dieses Menschheitsproblem zu lösen vermag. Da der Übergang vom Sterblichen zum Sterbenden prinzipiell einer anderen Ordnung angehört, weil die Zukünftigkeit des Todes nicht vergegenwärtigt werden kann, ist das Denken hier besonders offen für Mythen und Handlungsanweisungen. Das ist eine der Gefahren, die dem modernen Sprechen über den Tod innewohnen. Das erwähnte Sterbeideal gelingt eben nicht zwingend, weder durch Verzicht auf medizinische Leistungen noch durch palliativmedizinische Versorgung. Sterben bleibt eine Zone der Verunsicherung. Tatsächlich ist das „kontrollierte Sterben“ vor allem durch die Hand des Arztes oder Sterbehelfers realisierbar. Das mag individuell attraktiv erscheinen – insbesondere wenn die konkrete Sterbeaussicht noch weit entfernt liegt. Aber es hat besonders dann einen hohen humanitären Preis, wenn diese Praxis in gesetzliche Normen und in Dienstleistungsformate gegossen wird.

## Aktuelle Ausweitungsprojekte

Derzeit liegen verschiedene Gesetzesentwürfe vor, um die „gewerbliche“, „organisierte“ oder „ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung“ zu regeln. Auch in diesem Kontext wird auf das rationale Subjekt Bezug genommen: Frei von sozialen Einflüssen, in Kenntnis therapeutischer Aussichtslosigkeit und prognostizierter Gebrechlichkeit, wird das eigene Leben wohlüberlegt beendet – mit professionellen Dienstleistern, geschulten Mediziner\_innen oder erfahrenen Sterbehelfern. Wie viele Menschen tatsächlich in einer konkreten Krankheitssituation und im hohen Alter so ihre Gegenwart und Zukunft bilanzieren, ist unbekannt. Die Erfahrungen in der Begleitung Sterbender sprechen derzeit eher dagegen. Gerade angesichts schwerer Erkrankungen und des nahenden Todes schwanken die Wünsche zwischen Hoffnung und Verzweiflung oder Resignation. Ein stabiler, eindeutiger „Wille“ ist selten. Dieses abstrakte Modell vom „Bilanzsuizid“ ist aber nötig, um Selbsttötungsbeihilfe zu einer anerkannten Dienstleistung zu machen, und um das moderne, „neoliberale“ Selbstverständnis erneut zu vertiefen. Die Fragen gesellschaftlicher Solidarität mit Kranken, sozialpolitische Defizite, die Krankheit und Pflege auf verschiedensten Ebenen zum Armutsrisiko machen sowie kritikwürdige Versorgungsbedingungen werden von den Befürworter\_innen liberalerer Regeln für die Suizidbeihilfe oft ausgeblendet – oder als politisch unabänderlich angesehen.

Anlass – nicht Ursache – des politischen Regelungswillens lieferte Roger Kusch. Mit seinem Verein SterbeHilfe Deutschland e.V. bot der Hamburger Ex-Justizsenator Beihilfe zur Selbsttötung an, in einigen Fällen gegen persönliche Honorare von bis zu 6.500 Euro. Es gibt derzeit einen breiteren Konsens, diese gewerbliche Suizidbeihilfe eindeutig zu verbieten. In einer organisierten Form, beispielsweise nach dem Schweizer Modell des Sterbehilfedienstleisters Dignitas, gehen die Meinungen auseinander.

Unbestreitbar ist, dass es einen Sterbehilfetourismus in die Schweiz gibt. Laut einer britischen Studie hat sich zwischen 2008 und 2012 die Anzahl deutscher Bürger\_innen, die die Dienste von Dignitas in Anspruch nahmen, auf 268 Sterbewillige verdoppelt. Ob eine so „organisierte Sterbehilfe“ in Deutschland ausdrücklich erlaubt oder verboten werden soll, ist umstritten.<sup>2</sup> Wie im Herbst die, vom Fraktionszwang befreiten Parlamentarier\_innen entscheiden, ist kaum vorhersehbar.

Die Suizid-Beihilfe befindet sich derzeit nicht im rechtsfreien Raum. Sie ist sowohl für Angehörige wie für Mediziner\_innen straffrei. Es gibt lediglich Unsicherheit, ob diese Handlung mit dem Arzneimittelrecht und der „Garantenpflicht“ in Konflikt gerät. Ärztliche Suizidbeihilfe ist aber die Ausnahme, nicht die Regel. Berufsethisch ist die „Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe“<sup>3</sup>. Berufsrechtlich ist das in einigen Bundesländern ebenso bewertet – in anderen nicht. Die Wirksamkeit solcher berufsrechtlichen Sanktionen ist jedoch stark eingeschränkt: Bislang wurde nur in einem einzigen Fall eine Geldbuße wegen einer Suizidbeihilfe verhängt.<sup>4</sup>

## Mediale Aufmerksamkeiten

Wie immer auch die parlamentarischen Entscheidungen ausfallen mögen, schon der Diskurs verändert das öffentliche Bewusstsein, die individuellen Phantasien über das Lebensende und die Bewertungen vom Leben mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Es geht nicht um Denk- oder Sprechverbote. Seit Jahren wird über die Medien eine neue „Sterbekultur“ befördert, die gefährlich ist, vor allem für schwerkranke, betagte und pflegebedürftige Menschen. Die Medienberichte werden gestützt von der Autorität einer relativ kleinen Gruppe von Mediziner\_innen, Ethiker\_innen und Jurist\_innen.

Die Giordano-Bruno-Stiftung hat gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben die Kampagne „Mein Ende gehört mir – Für das Recht auf Letzte Hilfe“ initiiert.<sup>5</sup> Ihre Forderung: Suizidbeihilfe als ärztliche Aufgabe rechtlich eindeutig zu ermöglichen. Hieße das nicht auch: Beratung, Beschaffung der erforderlichen Medikamente und die Suizid-Begleitung entsprechend zu vergüten? 180 Fachleute oder bekannte Persönlichkeiten haben einen Offenen Brief unterschrieben, um die Beihilfe zur Selbsttötung politisch durchzusetzen. Initiator ist der Berliner Urologe und zweite Vorsitzende der Tochterorganisation des Schweizer Sterbehilfeverbandes Dignitas, Christian Arnold. Er erklärte mehrfach öffentlich, 300 Menschen Beihilfe geleistet zu haben und sucht per Anzeige in der Ärztezeitung Kollegen und Kolleginnen, die es ihm gleich tun.

Ein außerparlamentarischer Vorschlag von dem Palliativmediziner Gian Domenico Borasio, den Medizinethikern Ralf Jox und Urban Wiesing sowie dem Medizinrechtler Jochen Taupitz weist in eine ähnliche Richtung: Die Beihilfe soll verboten werden, um organisierte und gewerbliche Initiativen zu vermeiden.<sup>6</sup> In Ausnahmefällen soll sie nach notgedrungen vagen medizinischen Kriterien und vernünftiger begründeter Nachfrage von Sterbewilligen exklusiv für Ärzte straffrei sein.

Der frühere Intendant des MDR, Udo Reiter, erklärte in verschiedenen Talkshows und Artikeln, nicht als „sabernder Greis“ enden zu wollen. Friedrich Raddatz, verstorbener Feuilleton-Chef der ZEIT, publizierte seine „Exit-Strategie“: in die Schweiz zu fahren, um nicht einer „Combo von Ärzten eine Sterbeerlaubnis abtrotzen“ zu müssen. Der ehemalige Ratsvorsitzende der evangelischen Kirche sprach öffentlich über die Krebsdiagnose seiner Frau und darüber, sie aus Liebe in die Schweiz zu begleiten. Moralische Urteile über diese Haltungen verbieten sich, aber nicht politische. In der medialen Geschwätzigkeit über Tod und Sterben sind gerade Wertungen und Absichten von „Opinion-Leadern“ keine reine Privatangelegenheit.

Interessant ist ein Blick nach Oregon, wo die Beihilfe zum Suizid seit 1997 ins anerkannte Dienstleistungsrepertoire von Mediziner\_innen gehört. Die dortigen Verhältnisse werden medial und wissenschaftlich nicht selten als Vorbild und als gefahrlose „Selbstbestimmung am Lebensende“ kommuniziert. Bis 2013 hat sich die Zahl der Beihilfen verfünffacht und betreffen heute zwei von 1.000 Todesfällen. Hauptgründe sind nicht „unerträgliche Schmerzen“ – also die hierzulande beschworenen, extremen Ausnahmen, die auch palliativmedizinisch nicht mehr beherrschbar sind. Es ist vor allem die Angst vor „Verlust von Autonomie“ und „Würde“. Ärzte leisten Beihilfe entgegen der gesetzlichen Kriterien auch bei chronischer Erkrankung ohne infauste Prognose. Es gibt dort Krebspatienten, die nur über eine staatliche Sozialhilfe-Krankenversicherung (Medicaid) verfügen, und denen eine zu teure Chemotherapie verweigert, aber der assistierte Suizid als Alternative angeboten wurde. (Kummer 2015, 37)

## Enttabuisierungszonen?

Mittlerweile gibt es in den Medien auch Stimmen, die sich offensiv für die „aktive Sterbehilfe“ durch Gift und die Hand des Arztes aussprechen. Das wird sich gesetzlich aller Voraussicht nach nicht niederschlagen, aber ins öffentliche Bewusstsein einschreiben. Als sperrig erweisen sich hierzulande noch die Versatzstücke aus der nationalsozialistischen Vergangenheit, aber die Sagbarkeitsgrenzen verschieben sich so *peu à peu*. Einen Beitrag dazu leistete im letzten Jahr der im SPIEGEL erschienene Reisebericht „Studenten des Tötens“ über belgische Sterbehelfer\_innen, die die Lager von Auschwitz besuchten. (Kuntz 2014)

Seit 2002 ist in Belgien die Euthanasie bei unheilbarer Krankheit (die nicht kurzfristig zum Tode führen muss) und „dauerhaftem psychischen Leiden“ straffrei, wenn die Betroffenen mündlich oder im Voraus per Patientenverfügung dies erklärten. Auch in Belgien steigt die Nachfrage. Rund 1500 Menschen sollen jährlich so aus dem Leben scheiden. Die Dunkelziffer ist unbekannt. Zu Debatten führte vor kurzem der Fall des Sexualstraftäters Frank van den Bleeken, der auf „eigenen Antrag“ in einer Klinik getötet werden wollte, weil ihm eine Therapie in einer niederländischen Spezialklinik zuvor verwehrt worden war. Proteste sorgten dafür, dass ein Therapieplatz statt einer Giftspritze zugebilligt wurde.

Als Leser\_in des Reiseberichts erfährt man viel über die Bewirtung und die Hotelunterbringung während dieses ungewöhnlichen Ausfluges und dass der Reiseleiter

Wim Diestelman im „Sterbezimmer“ seiner Brüsseler Klinik schon oft Champagner-Flaschen vom Fenstersims räumte – nach vollzogener Tat. Man erfährt, was die Reisegruppe verbindet: „für Sterbehilfe und für eine liberale Gesellschaft“ zu sein. Sie alle wollten in Auschwitz „eine Antwort darauf finden, warum das Recht eines Menschen, über das eigene Leben zu entscheiden, absolut sein muss.“ Man erfährt, wie die Gruppe vor dem Besuch der Lager in der Hotelhalle von Diestelman eingestimmt wird, mit den Worten: „Wir werden noch oft erklären, dass wir das Gegenteil von dem meinen, was in Auschwitz passiert ist“, unterlegt mit den Bildern von Folteropfern in Abu Ghuraib und gehenkten Menschen im Iran und Syrien. Man erfährt vom Lagerbesuch, dass die Ärzte „diesen Ort extremer Beschneidung der Freiheit“ verlassen, an dem sie „grenzenlose Freiheit“ finden wollten und sich nun „im Umgang mit ihren Patienten mitfühlender“ wännen. Man erfährt, dass die Kollegen am Ende der Reise bei Wodka, Hering und Geigenspiel diskutieren, ob man einen früheren Nazi die „Tötung auf Verlangen“ gewähren sollte. Der Bericht endet mit den Worten Diestelman's, der „den Mann töten würde, wenn seine Bitte nach dem Gesetz in Ordnung wäre“, „aus Respekt vor seinem Schmerz und seinem Menschsein. Als Akt einer bedingungslosen Liebe.“ Eine Auseinandersetzung mit den benennbaren Kontinuitäten und Diskontinuitäten der Euthanasiegeschichte ist das nicht.

## Labor Niederlande

Im Nachbarland zeigt sich gegenwärtig – anders als oft behauptet – dass legalisierte aktive Sterbehilfe und ärztliche Suizidbeihilfe weder transparent noch auf extreme Ausnahmen begrenzt sind. Sie führen in die „Fremdbestimmung“, besonders auch für jene Menschen, die nicht mehr als entscheidungs- und willensfähig gelten.

Im statistischen Jahresdurchschnitt werden in den Niederlanden rund 13 Menschen pro Tag getötet – insgesamt 4.829 im Jahr 2013.<sup>7</sup> Die Tendenz ist steigend. Damit ist das Ausmaß der Taten jedoch nicht erfasst. Die jeweils drei Expert\_innen aus den Bereichen Medizin, Ethik und Recht in den sogenannten Kontrollkommissionen schätzen, dass nur rund achtzig Prozent der beteiligten Mediziner\_innen die vorgeschriebenen Fragebögen über die Umstände des „nicht natürlichen Todes“ abgeben, wie es das Gesetz zur „Lebensbeendigungen auf Verlangen oder Hilfe bei der Selbsttötung“ vorschreibt. Auch die Praxis der „terminalen Sedierung“ mit hohen Morphindosen nimmt zu, um den Tod beabsichtigt herbeizuführen, aber nicht melden zu müssen. Die Universitäten in Rotterdam und Amsterdam konstatierten im Jahr 2012: Die Anzahl von Todesfällen im Zuge der Schmerz- und Symptombekämpfung sind von 34.000 (2005) auf 50.000 (2012) um fast fünfzig Prozent gestiegen. Wirkliche Transparenz herrscht nicht im niederländischen System.

Die Zahl gemeldeter „Sterbehilfe-Fälle“ von dementiell veränderten Menschen hat sich seit 2012 auf 97 mehr als verdoppelt. Meist baten die Betroffenen im Frühstadium der Demenz um Euthanasie – aus Angst vor der zukünftig drohenden Altersverwirrtheit. Liegt eine Patientenverfügung vor, wird auch im Spätstadium getötet. Eine Arbeitsgruppe „Schriftliche Patientenverfügung bei Sterbehilfe“, einberufen von den



Ministerien für Gesundheit und Justiz, will „bestehende Missverständnisse“ aus dem Weg räumen: Artikel 2 Absatz 2 des Sterbehilfegesetzes lasse die Euthanasie auch für nicht-entscheidungsfähige Demente zu, wenn die vorgeschriebenen „Sorgfaltskriterien“ erfüllt würden – „soweit die faktische Situation dies zulässt“. Auch psychiatrische Patienten und Patientinnen (insgesamt 42) werden immer häufiger zu Tode gebracht. Praktiziert wird auch die Tötung von schwer behinderten Neugeborenen nach dem so genannten Groninger Protokoll. Die Kommission prüft erst nach vollzogener Tat, ob die ausdeutungsfähigen „Sorgfaltskriterien“ erfüllt wurden. Das heißt: Der Arzt beurteilte die Bitte um Tötung als freiwillig und überlegt, sieht keine Aussicht auf Besserung, glaubt auch, dass der Patient „unerträglich leidet“, hat über die medizinische Prognose aufgeklärt und einen anderen Arzt zu Rate gezogen sowie die „Maßnahme“ fachgerecht durchgeführt. Nur in fünf Fällen galten die „Sorgfaltskriterien“ nicht als erfüllt.

## Erschreckende Tatumstände

Die Mitglieder der Kommission veröffentlichen einige „Fälle“, „die für die Entwicklung von Normen“ bedeutsam seien. Im Niemandsland der Deutungen von geschriebenem Recht und gelebter Praxis sind erschreckende Tatumstände zu finden. Eine Frau mit Multipler Sklerose „drohte in einen Zustand totaler Hilflosigkeit zu geraten“. Eine Patientin, die seit ihrem 18. Lebensjahr eine „umfangreiche psychiatrische Problematik“ hatte, schätzten die beteiligten Ärzte und der Psychiater „im Hinblick auf ihren Sterbewunsch als willensfähig“ ein. Eine Frau zwischen dem 80. und 90. Lebensjahr empfand „die Aufnahme in ein Pflegeheim als äußerste Grenze. Dem Konsiliararzt zufolge war die Patientin in Bezug auf ihren Wunsch nach Sterbehilfe willensfähig, in jeder anderen Hinsicht war sie es jedoch nicht.“ „Sorgfältig“ getötet wurde auch ein 90-jähriger. Er litt an „Schwerhörigkeit, verminderter Mobilität, Schlafstörungen, traumatischen Kriegerinnerungen, Angst vor zunehmender Abhängigkeit“. Die Kommission stellt fest, dass „unerträgliches Leiden“ nicht nur mit einer „schwerwiegenden (lebensbedrohlichen) Krankheit“ gegeben ist, sondern auch „bei verschiedenen Altersbeschwerden“.

Der Ethik-Professor Theo A. Boer aus Groningen war lange selbst Mitglied einer Kontrollkommission. Heute warnt er vor den Sterbehilferegeln im „Labor Niederlande“. Seine Analyse von 3.500 Berichten in der Zeit zwischen 2005–2014 bestärken dies. (Boer 2014) Oft sei es der „Verlust an Autonomie selbst“, der dem Euthanasiewunsch unterliege. Ein Co-Direktor empfand „jede Nachfrage von Hilfe als Agonie“. Auch der Verweis auf den früheren Pflegeberuf wurde in einem von 55 Anfragen als ein Grund angeführt, sterben zu wollen. Soziale Isolation und keinen Zugang zu angemessener Pflege gehört auch zu den akzeptierten Umständen, das Leben zu beenden: „Der Patient bekam kaum irgendeine Hilfe, und wenn er sie bekam, war es immer jemand anderes. In zwei Wochen hat er zwanzig neue Gesichter gesehen“, berichtete ein Arzt. Ein Patient wollte sterben, weil er im Vier-Bett-Zimmer des Krankenhauses nie durchschlafen konnte. Oder: Ärzte schreiben über Personalnot, über Patienten, die in ihren

eigenen Exkrementen lagen und nicht wollten, dass ihnen das noch einmal passiert. In unserem Nachbarland greift die Forderung um sich, ohne Erkrankungsnachweis nach einem „vollendeten Leben“ für jedermann die fachgerechte Tötung zu ermöglichen. Eine Expertenkommission der Ministerien für Justiz und Gesundheit wird dazu im Laufe des Jahres Stellung beziehen. Theo de Boer schlussfolgert: „Eine Person mag mehr Gründe als das Leiden haben, zum Beispiel, dass ein guter Tod ein termingerechter ist, dass Euthanasie planbar ist, zu den ästhetischen Standards passt oder die Finanzen für die Pflege nicht vorhanden sind.“

## Nötige Perspektivwechsel

Die Lebens- und die Sterbeverhältnisse sind politisch gestaltet, und sie sind prinzipiell veränderbar. Das ist alles andere als einfach und erfordert, auf verschiedenen Ebenen politische Handlungsräume neu zu erfinden. Die entscheidende und bislang unbeantwortete Frage: Wie ist die Pflege chronisch Kranker und Sterbender sowohl in Bezug auf die geschlechtsbezogene Arbeitsteilung als auch innerhalb von Institutionen unter befriedigenden Arbeits- und Lebensbedingungen möglich und finanzierbar? Es ist aber eine Illusion zu glauben, dass verbesserte palliative und hospizliche Begleitung dem Tod den Stachel nehmen kann und das Sterben auf diese Weise vollständig kontrollierbar und gestaltbar wird. Die existentiellen Probleme, Entscheidungsnöte und Unsicherheiten sind nicht aus der Welt zu schaffen. Auch die idealisierten Sterbeversprechen der Palliativmedizin und Hospizbewegung können und sollten hinterfragt werden. Sie haben mehr mit der in diesen Kreisen viel kritisierten Leistungs- und Selbstoptimierungsgesellschaft zu tun als manchem lieb ist. Der „glückliche Tod“ ist ein Mythos. (Arney/Bergen 1984)

Der „Charme“ der Privatautonomie, die vorgibt ein „gelingendes Leben und Sterben“ jenseits nötiger Strukturveränderungen und ohne eine Abkehr vom Primat der Ökonomie zu ermöglichen, ist trügerisch. Genau diese Vorstellung führt mit hoher Wahrscheinlichkeit in eine Zukunft, die Carl Henning Wijkmark schon Ende der 1970er Jahre in dem zu Beginn erwähnten Roman visionierte: Der Ministerialdirektor Bert Persson hat nicht nur willige Medizinethiker und Sozialökonominnen geladen, um den selbstbestimmten Lebensverzicht bei alten Menschen zu mobilisieren. Sein Gegenspieler ist der Schriftsteller und Historiker Axel Rønning. Er nennt die angestrebte „Sterbedienstleistung“ den „modernen Tod“, der zu dem Leben davor passe. „Wir dürfen existieren. Zuerst als Produktionsfaktoren. Dann als Gnade als Alte und bald nicht einmal mehr das.“ (Wijkmark 2001, 82)

**ERIKA FEYERABEND** ist Sozialwissenschaftlerin und Journalistin und seit Jahren biopolitisch engagiert, u.a. im Verein Bioskop – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften sowie im wissenschaftlichen Beirat der Hospizvereinigung Omega - Mit dem Sterben Leben e.V.

Weitere Informationen: <http://www.bioskop-forum.de/kontakt.html>

## Literatur

William R. Arney and Bernard J. Bergen (1984). *Medicine and the Management of Living - Taming the Last Great Beast*. University of Chicago Press Books (Chicago)

Theo A. Boer (2014). *Euthanasia, Ethics and Theology: A Dutch Perspective, Review of Ecumenical Studies Sibiu Vol. 6, Heft 2, S. 197-213*.

Friedrich Breyer und Carlo Schultheiss (2002). „Alter“ als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen. Eine ethisch-ökonomische Analyse. In: Thomas Gutmann/Volker H. Schmidt. *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*. Velbrück Wissenschaft (Weilerswist)

Stefanie Gräfe. „Autonomie am Lebensende?“ Spurensuche zum kulturprägenden Ideal. In: Omega e.V./BioSkop e.V. (Hg.), *Ökonomien des Sterbens – Tagungsdokumentation*, abrufbar unter <http://www.omega-ev.de/images/downloads/downloads-alt/omega-tagungsdoku-oekonomien-des-sterbens.pdf>.

Andreas Heller. „Was brauchen Menschen in ihrer letzten Lebensphase?“, In: Omega e.V./BioSkop e.V. (Hg.), *Ökonomien des Sterbens – Tagungsdokumentation*, abrufbar unter <http://www.omega-ev.de/images/downloads/downloads-alt/omega-tagungsdoku-oekonomien-des-sterbens.pdf>.

Susanne Kummer(2015). *Ex in the City*. In: Thomas Sören Hoffmann/Markus Knaup (Hg.). *Was heißt: In Würde sterben?* Springer VS (Wiesbaden)

Katrin Kuntz (2014). *Studenten des Tötens*. In: *Der SPIEGEL* Nr. 47 vom 17.11.2014, S. 50-55

Jochen Taupitz (2000). *Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens? Gutachten A zum 63. Dt. Juristentag, Leipzig*

Carl-Henning Wijkmark (2001). „Der Moderne Tod. Vom Ende der Humanität“. Gemini Verlag (Berlin)

## Anmerkungen:

- 1 Zu den Sterbeorten in Deutschland vgl. den Beitrag von Neumann in diesem Heft (S. 140 ff.).
- 2 Zu den vier Gesetzentwürfen, die derzeit im Bundestag verhandelt werden, vergleiche die Dokumentation auf S. 11-16 des vorliegenden Heftes.
- 3 S. Bundesärztekammer, Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung v. 21.1.2011, abrufbar unter [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Sterbebegleitung\\_17022011.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf).
- 4 Zur Reichweite des ärztlichen Berufsrechts und der strafrechtlichen Gesetzgebungskompetenz des Bundes vgl. den Beitrag von Will in diesem Heft (S. 111 ff.).
- 5 S. <http://letzte-hilfe.de/> (Zugriff 1.6.2015).
- 6 Gian Domenico Borasio / Ralf Jox / Jochen Taupitz / Urban Wiesing, Gesetz zur Regelung des assistierten Suizids, abrufbar unter [http://www.kohlhammer.de/wms/instances/kohportal/data/downloads/Presse/Pressemitteilung\\_Gesetzesvorschlag\\_assistSuizid.pdf](http://www.kohlhammer.de/wms/instances/kohportal/data/downloads/Presse/Pressemitteilung_Gesetzesvorschlag_assistSuizid.pdf)
- 7 Angaben lt. Jahresbericht 2013 der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, abrufbar unter [http://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag2013DU%20def\\_tcm52-41744.pdf](http://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag2013DU%20def_tcm52-41744.pdf) (Zugriff: 1.9.2015).