

Ulrike Baureithel

Sterbehilfe: Der Druck zum »Freitod«

Die Alarmmeldungen aus deutschen Pflegeheimen werden dringlicher: schlechte Ausstattung, viel zu dünne Personaldecke, Vernachlässigung bis zur Katastrophe. Kürzlich ging der Fall eines Berliner Heims durch die Presse, in dem eine einzige Hilfskraft an einem Sonntagmorgen alleine für 21 Patienten zuständig war und in ihrer Verzweiflung die Feuerwehr rief.¹ Nachdem die Beschwerden von Angehörigen nichts gefruchtet haben, ermittelt nun das LKA.

Dabei lag die betroffene Pflegerin noch unter dem, was Pflegekräfte in den Nachtschichten stemmen müssen: Da ist eine Betreuungskraft für durchschnittlich 51,6 Bewohner verantwortlich, wie eine Untersuchung der Universität Witten/Herdecke kürzlich ergab. Ein Viertel der Beschäftigten kann in dieser Zeit noch nicht einmal eine Pause machen, fast alle klagten über „zu wenig Zeit“ für die Bewohner.²

Diese Zustände suggerieren, dass alte Menschen ein nicht mehr rentabler Kostenfaktor für die Gesellschaft sind. Oft genug sind sie zu schwach, um sich gegen eine solche Behandlung zu wehren. Kein Wunder, dass viele sich vorzeitig Gedanken darüber machen, wie sie ihr Lebensende verbringen wollen, ob lebensverlängernde Maßnahmen beansprucht werden oder nicht. Ob hierfür Patientenverfügungen wirklich weiterhelfen, ist längst nicht so eindeutig zu bejahen.

Ebenfalls mit der Absicht, die Patientenrechte zu stärken, fand in den letz-

ten Jahren auch eine intensive Debatte um Sterbehilfe statt, die mit dem jüngsten Beschluss des Bundestages nicht beendet sein wird: Weder Mediziner noch die Gesellschaft hätten das Recht, so der Münchener Palliativmediziner und prominenter Unterstützer der Sterbehilfe, Gian Domenico Borasio, Sterbenskranke zu bevormunden und darüber zu entscheiden, wie sie zu sterben hätten.³

Gewissensentscheidung im Parlament

So sahen es auch nicht wenige Abgeordnete, die nach dem ersten gescheiterten Anlauf im Jahre 2006 Ende November noch einmal über die in Deutschland bislang unregelte ärztliche Suizidbeihilfe zu entscheiden hatten. Vier interfraktionelle Entwürfe lagen hierfür vor: vom generellen Verbot von Sterbehilfe um die CDU-Abgeordneten Patrick Sensburg und Thomas Dörflinger bis hin zur Zulassung von Sterbehilfevereinen, solange diese keine Gewinnabsichten verfolgten, wie es die Gruppe um Renate Künast (Grüne) und Petra Sitte (Linke) forderte.⁴ Für eine gewerblich organisierte Sterbehilfe, wie sie der damit in Verruf und auch unter Strafverdacht geratene ehemalige Hamburger Justizsenator Roger Kusch betreibt,

3 Vgl. zuletzt Gian Domenico Borasio, *Selbstbestimmt sterben*, München 2015.

4 Neben dem im Folgenden ausgeführten Entwurf von Brand/Griese machten sich Peter Hintze (CDU) und Karl Lauterbach (SPD) für die Stärkung des ärztlichen Standesrechts stark und beabsichtigten, die Regelung der Sterbehilfe den ärztlichen Berufsorganisationen zu übertragen.

1 Vgl. „Tagesspiegel“, 21.11.2015.

2 Jörg große Schlarman und Christel Bienschein, *Die Nacht in deutschen Pflegeheimen*. Ergebnisbericht unter www.uni-wh.de/nachtwachenstudie.

wollte keiner der Abgeordneten in die Bresche springen. Dass sich am Ende der gemäßigte Antrag aus der großen Mitte des Parlaments unter der Federführung von Michael Brand (CDU) und Kerstin Griese (SPD) durchsetzte, war nicht so erstaunlich, hatte doch in der letzten Etappenstrecke neben Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) und den Fraktionsvorsitzenden der Großen Koalition und der Grünen ausnahmsweise auch die Kanzlerin ihr Gewicht dafür in die Waagschale geworfen. Für diese Einflussnahme erwarteten sie reichlich Kritik, ging es doch um eine im Parlament nicht gerade übliche „Gewissensentscheidung“, die vom Fraktionszwang befreite. Überraschender war vielmehr, dass der Entwurf bereits in der ersten Abstimmungsrunde eine Mehrheit von 309 Stimmen erhielt.⁵ Damit erledigte sich auch eine in letzter Minute eingefädeltete Absprache derjenigen, die die Sterbehilfe auf keinen Fall im Strafrecht verankert sehen und gemeinsam dafür sorgen wollten, dass alles beim Alten bleibt.

Geschäftsmäßige Suizidhilfe ist verboten

Geschäftsmäßige Suizidhilfe, so soll es nun im Gesetz stehen, wird künftig unter Strafe gestellt: „Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern“, heißt es in der verklausulierten Juristensprache, „diesen hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.“ Nicht unter Strafe steht die Beihilfe zum Suizid, wenn sie nicht auf Dauer und Wiederholung angelegt ist.

Damit sind Menschen, stellt der Text klar, die Angehörige oder Vertraute bei der Durchführung eines Suizids unter-

⁵ In der zweiten entscheidenden Abstimmung waren es sogar 360 Ja-Stimmen, 233 Nein-Stimmen und neun Enthaltungen.

stützen, aus der Strafverfolgung ausgenommen. Mediziner, die in Einzelfällen bei der Selbsttötung assistieren, betonten die Initiatoren dieses Entwurfs, geraten ebenso wenig in Verdacht. Aber gerade hier gibt es gewisse Unschärfen, die mit dem Begriff der Geschäftsmäßigkeit zu tun haben.

Denn juristisch bedeutet „geschäftsmäßig“ nicht, wie im Alltagsgebrauch üblich, eine gewerbliche Tätigkeit, sondern der Begriff fokussiert auf die Wiederholung einer Tat. Die Initiatoren des beschlossenen Antrags, Brand und Griese, wollen damit vor allem Sterbehilfevereinen das Handwerk legen, die mittels Mitgliedsgebühren ein Geschäft mit dem Sterben machen. Das ärztliche Entscheidungsrecht, einem sterbenskranken Patienten in seiner finalen Lebensphase beizustehen, sei dadurch nicht berührt. Einzig etwa für Palliativmediziner, die sich vor allem auf direkte Sterbehilfe spezialisierten, könnte es schwierig werden.

Die Sterbehilfebefürworter sehen das anders und geißeln, dass Ärzte unter „Generalverdacht“ gestellt würden. Durch den Begriff „geschäftsmäßige Suizidbeihilfe“, sagte Renate Künnast in der Bundestagsdebatte, hänge über jedem Krebsarzt oder Palliativmediziner „das Damoklesschwert eines Strafverfahrens“. Ärzte, so die Kritik, handelten immer „geschäftsmäßig“. Der gesundheitspolitische Experte der SPD, Karl Lauterbach, gab zu bedenken, dass schon die ärztliche Beratung „nicht mehr ergebnisoffen“ verlaufen könne, weil sich ein Arzt damit automatisch in Verdacht brächte.

Gehört »mein Ende« wirklich mir?

Über dieser auf Begriffsklärung bemühten Überzeugungsarbeit ging in dieser letzten entscheidenden Bundestagsdebatte, die ganz sicher nicht als „Sternstunde“ in die Parlamentsgeschichte eingehen wird, der eigentliche Kern der Sterbehilfediskussion

verloren. Können Patienten im Namen des Selbstbestimmungsrechts Dritten, insbesondere Ärzten, die qua Profession der Lebenserhaltung verpflichtet sind, zumuten, ihnen bei der Selbsttötung zu assistieren? Gehört „mein Ende“ wirklich mir, wie Matthias Birkwald von der Linkspartei in der Bundestagsaussprache im Juli emphatisch vortrug, in Analogie zu einer alten Forderung der Frauenbewegung („Mein Bauch gehört mir“)? Welche Folgen hätte die geregelte Freigabe der Sterbehilfe in Deutschland gehabt angesichts der Entwicklungen in den europäischen Nachbarländern? Und was folgt aus dem Votum der Abgeordneten, die am Tag zuvor noch ein neues Palliativgesetz durchs Parlament gebracht hatten, als wollten sie ein Lippenbekenntnis abgeben?

Niederlande und Belgien: Die lebensmüden Nachbarn

Unser Nachbarland, die Niederlande, aber auch Belgien sind aufschlussreiche Beispiele dafür, welche Auswirkungen erweiterte Suizidhilfeangebote nicht nur auf die Inanspruchnahme, sondern auch auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient haben. Eine im August 2015 veröffentlichte Studie stellte fest, dass in den beiden Ländern mit den weltweit liberalsten Sterbehilferegulungen – Ärzte dürfen dort tödliche Medikamente anbieten und selbst verabreichen – im letzten Jahrzehnt eine alarmierende Ausweitung der Suizidindikation zu verzeichnen ist. Dort sind es nicht mehr nur todkranke Patienten mit aussichtsloser Prognose, die aus dem Leben gehen wollen, sondern auch immer mehr „Lebensmüde“, die einen Antrag bei der zuständigen Kommission stellen.⁶ Inzwischen liegt der Anteil von Sterbehilfe an allen Todesfällen in den Niederlanden bei

geschätzt 2,8 Prozent, mit steigender Tendenz. Ähnlich in Belgien, wo gerade über die Sterbehilfe für Kinder diskutiert wird: Dort haben sich die Anträge von 3,4 Prozent im Jahre 2007 auf 5,9 Prozent (2013) erhöht und der Anteil der Gewährungen ist von 55,4 auf 76,7 Prozent gestiegen. Als „Suizidprophylaxe“, wie manche Sterbehilfebefürworter ins Feld führen, lässt sich die gesetzliche Liberalisierung also gerade nicht lesen.

In einem aufschlussreichen Interview beleuchtete der niederländische Medizinethiker Theo Boer, ehemals Mitglied der Kontrollkommission seines Landes, die Senkung der Hemmschwellen durch die „Enttabuisierung des gesteuerten Sterbens“.⁷ Hatten sich anfangs fast ausschließlich Aids-Patienten oder Krebskranke um Suizidbeihilfe bemüht, ist ihr Anteil inzwischen auf 75 Prozent gesunken, dafür sind Demenzkranke, psychisch Kranke und Menschen, die mit ihren Altersbeschwerden nicht klarkommen, in den Kreis gerückt. Der Druck, so Boer, der aus der Umgebung komme, werde oftmals von den Patienten internalisiert. Seitdem das subjektiv empfundene Leidenskriterium gesetzlich verankert worden ist, kann sich die Kommission dem Suizidbegehren meist gar nicht mehr entziehen. Für viele Niederländer sei es inzwischen unverständlich, wenn sich ein Arzt ihrem Ansinnen verweigert, sie sehen in der Suizidbeihilfe ein ihnen zustehendes Recht. Einerseits nobilitiert das ärztliche Monopol auf Tötung die Mediziner, andererseits sind sie nun die Erfüllungsgesellen ihrer Patienten.

Die Vorstellung eines aus dem Selbstbestimmungsrecht abgeleiteten Rechts auf Beihilfe beim Sterben, die auch die Debatte im Deutschen Bundestag bestimmte, ist selbst schon fragwürdig. Gibt es überhaupt eine Art Eigentum am eigenen Tod, fragt die

6 Studie in JAMA Internal Medicine (2015; doi: 10.1001/jamainternmed.2015.39).

7 Vgl. „Die Hemmschwellen zur Selbsttötung sind gesunken“, in: „Frankfurter Allgemeine Zeitung“, 28.10.2015.

Soziologin Stefanie Graefe, oder ist die autonome Verfügung darüber nicht schon Ausdruck der „planerischen Vernunft“ des Homo oeconomicus, der sich den betriebswirtschaftlichen Forderungen der Gesundheitsversorgung beugt?⁸ Und ist diese Form der Selbstinszenierung des eigenen Sterbens – etwa in der Art des Schriftstellers Wolfgang Herrndorf – so die Überlegung von Katrin Göring-Eckardt in der Bundestagsaussprache im Juli, nicht die Apotheose des sich selbst optimierenden Menschen, der auch noch sein Ende „in den Griff“ bekommen will?

Mit Sterbehilfe der inhumanen Gesellschaft entkommen?

Die Furcht, künftig in einer Republik zu leben, in der der Einzelne sich auch auf dem Markt der Todesarten bedienen kann, schien bei vielen Abgeordneten durch. Die Forderung nach Sterbehilfe dürfe nicht der letzte Ausweg für jene sein, die argwöhnen, in einem unmenschlichen, vom Ökonomisierungsdruck gebeutelten Gesundheitssystem unter die Räder zu kommen. Vielleicht war gerade dieses Schreckgespenst der Anlass, jedwede Art von geschäftsmäßiger Verfügung über den Tod unter Strafe stellen zu wollen. Nicht zuletzt deshalb, damit wir wenigstens nicht im Sterben ins Antlitz einer Gesellschaft blicken müssen, die, wo es um nicht länger Leistungsfähige geht, durchaus auch inhumane Züge aufweist.

Insofern ist der Entscheidung der Abgeordneten, Sterbehilfevereine zu verbieten, auch ein gewisses Wegducken eingeschrieben – zumindest so lange, wie nicht gleichzeitig Rahmenbedingungen geschaffen werden, die ein zuwendungsorientiertes würdiges Sterben in palliativmedizinischen Versorgungsnetzen, die diesen Namen verdienen, ermöglichen. Doch mit den

200 Mio. Euro, die der Gesundheitsminister im Rahmen des Palliativgesetzes nun bereitstellt, ist das wohl kaum zu bewerkstelligen.

Eine kürzlich erschienene Bertelsmann-Studie weist auf die eklatante Versorgungslücke hin.⁹ Danach wünschen sich drei Viertel aller Deutschen den Tod in vertrauter Umgebung, aber vergönnt ist das nur 20 Prozent. Kaum einer will, wen wundert es, im Pflegeheim sterben, aber dieses Schicksal ereilt durchschnittlich 31 Prozent aller Bundesbürger, Berlin hält mit fast der Hälfte aller Sterbenden dabei sogar den traurigen Rekord. Die Republik, gab der gesundheitspolitische Sprecher der Grünen, Harald Weinberg, in der Bundestagsdebatte zu bedenken, sei von einer flächendeckenden Versorgung weit entfernt; 522.000 Menschen hätten Palliativversorgung nötig, aber nur maximal 100.000 käme sie auch zugute.

Angst ist der Motor, der auch das Geschäft der Sterbehilfe am Laufen hält. Die Geschäftemacher sitzen schon in den Startlöchern, um zu verhindern, dass der neue Paragraph 217 – der einstmals übrigens „Kindstötung“ regelte und vor dem berüchtigten Paragraph 218 steht – rechtswirksam wird. Der deutsche Ableger der Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas hat bereits Verfassungsklage angekündigt. Sie fürchtet, dass schon ihre Beratungstätigkeit unter den Strafbestand der Vermittlung von Sterbehilfe fällt.

Die Auseinandersetzung wird also weitergehen. Und an der Neigung der Waage wird sich ablesen lassen, wie ernst es der Gesellschaft damit ist, die nicht mehr Nützlichen an ihrem Lebensende gut zu versorgen.

8 Stefanie Graefe, Autonomie am Lebensende. Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe, Frankfurt a.M. 2008.

9 Vgl. Bertelsmann-Studie „Palliativversorgung“, Spotlight Gesundheit 10/2015, www.bertelsmann-stiftung.de.