

Sterbehilfe – Selbstbestimmung oder Dammbruch?

Dieser Beitrag ist ein Versuch einer ethischen Positionsbestimmung zum Thema Sterbehilfe. Das Thema wird auf sehr unterschiedlichen Ebenen untersucht, von der persönlichen Annäherung bis hin zu gesellschaftspolitischen Fragen. Ziel soll es nicht sein, Antworten zu geben, sondern vielmehr spannende Fragen zu stellen und ungewohnte Perspektiven einzunehmen.

This paper is an attempt to find an ethical position on the subject of medicide. The subject is addressed on different levels, from very personal approaches to socio-political issues. The aim is not to give answers, but rather to ask exciting questions and take unusual perspectives.

„*Wolfgang Herrndorf* starb nicht am Krebs. Er hat sich gestern in den späten Abendstunden am Ufer des Hohenzollernkanals erschossen“ (*Passig* 2013). Mit diesen Worten verkündete *Kathrin Passig* über Twitter den Tod des Autors *Wolfgang Herrndorf* im Jahre 2013. *Herrndorf* litt an einem Glioblastom, einem aggressiven Hirntumor.

„Paralympics-Siegerin *Marieke Vervoort* – Tod durch Sterbehilfe“ (Spiegel Online 2019). Unter diesem Titel berichtete Spiegel Online über den Tod der belgischen Ausnahmeathletin. Sie litt an einer degenerativen Rückenkrankung, die mit Schmerzen, Schlaflosigkeit, epileptischen Anfällen, schwindender Sehkraft und zuletzt Depressionen verbunden war (ebd.).

Die Medienberichte über *Vervoorts* und *Herrndorfs* Tod haben das Thema der Sterbehilfe ins gesellschaftliche Bewusstsein geholt und die Diskussion wieder aufleben lassen. Darf man seinem Leben ein Ende setzen? Darf man dazu Hilfe in Anspruch nehmen? Und was macht das mit der Gesellschaft, in der wir leben?

Die vorliegende Arbeit untersucht die Frage, welche ethischen Implikationen die Diskussion um Sterbehilfe hat. Dabei möchte ich Sterbehilfe im weitesten Sinne fassen, als jede Form des selbstbestimmten Sterbens mit Unterstützung. Dazu gehören das Sterbenlassen als Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen auf Wunsch des*der Betroffenen (im allgemeinen Sprachgebrauch als passive Sterbehilfe bezeichnet), die Beihilfe zur Selbsttötung (das Beschaffen und Bereitstellen der Mittel zum Suizid oder anderweitige Unterstützung der Vorbereitung, wobei der*die Betroffene dann den Suizid selbst durchführt) und die Tötung auf Verlangen (oft als aktive Sterbehilfe bezeichnet).

Wann und warum entwickeln Menschen den Wunsch, zu sterben? Wie andere Lebewesen auch, haben Menschen zumeist einen ausgeprägten Überlebenswillen und leisten Erstaunliches, um überleben zu können. Und doch gibt es immer wieder Menschen, die sterben wollen.¹ Ein Sterbewunsch wird oft im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen entwickelt, was die Statistiken zu Suizidalität belegen (Schmidtke et al. 2008). Dabei gilt Depression als wichtigster Risikofaktor für einen Suizid(-versuch). Alte Menschen suizidieren sich häufiger und ernsthafter als jüngere. Hier spielen Erkrankungen hinein, insbesondere wenn sie chronische oder tödlich verlaufen, aber auch Suchterkrankungen (Alkohol, Medikamente und Drogen) und Körperbehinderungen.

¹ Der Todeswunsch eint Menschen, die sich suizidieren und Menschen, die Sterbehilfe in Anspruch nehmen wollen. Deswegen soll an dieser Stelle der Blick auch auf Suizid-Ursachen und -Risiken gerichtet werden.

Schmidtke et al. (ebd.) geben darüber hinaus an, dass Einsamkeit und Angst vor der Zukunft mit höheren Suizidraten einhergehen. Auch soziale Faktoren spielen eine Rolle: Wer arm ist und in sozial unsicheren Verhältnissen lebt, suizidiert sich eher (ebd.). All diese Faktoren spielen sicherlich auch eine Rolle, wenn es um Sterbehilfe geht.

Beim Wunsch nach Sterbehilfe steht vor allem die Aussichtslosigkeit der Erkrankung im Vordergrund. Meist handelt es sich um absehbar tödliche Krankheiten wie ALS oder Krebs. Viele Betroffene haben Angst vor Schmerzen und Ängsten. Manche Menschen befürchten, durch Bewusstlosigkeit, Koma, Gedächtnisverlust oder Persönlichkeitsveränderung die Kontrolle über ihr Leben zu verlieren. Andere möchten nicht gepflegt werden müssen, zum Beispiel bei eingeschränkter Mobilität und bei Inkontinenz, und für viele ist die Abhängigkeit von technischen Geräten zur Beatmung oder zur Ernährung nur unnötige Verlängerung eines Leidens (Nationaler Ethikrat 2006, S. 30 f.).

Das Sterben kranker Menschen kann ein Prozess sein, der nicht zwangsläufig mit Leiden verbunden ist. *Matthias Thöns*, Palliativmediziner, beschreibt ein langsames Versiegen von Lebensfunktionen, verbunden mit einer Stoffwechselumstellung und Glückshormonen. Die Apparatemedizin würde diesen Sterbeprozess durch künstliche Ernährung und Beatmung eher stören (*Meierfrankenfeld* 2019, S. 14).

Die rechtliche Lage für Sterbenlassen (Abbruch oder Verweigern von Behandlung auf Wunsch der Patientin) ist in Deutschland klar, darauf weist auch der Ethikrat in seiner Stellungnahme hin: Eine Patientin auf ihren Wunsch hin sterben zu lassen ist nicht nur ethisch geboten, sondern jede Behandlung bedarf — im Beginn genauso wie in der Fortsetzung — der Zustimmung der Patientin, um nicht als Körperverletzung zu gelten. Insofern muss die Patientin eine Behandlung verweigern oder abbrechen können, auch wenn das im Einzelfall den Arzt in moralische Konflikte bringt (Nationaler Ethikrat 2006, S. 65).

Aber was ist, wenn der weitere Verlauf einer Krankheit mit vielen Leiden verbunden ist, bevor sie zum Tode führt?

Assistierter Suizid

In Deutschland besteht eine Rechtsunsicherheit beim assistierten Suizid. Eine Selbsttötung an sich ist nicht strafbar, weder der Staat noch eine andere Person können den*die Betroffene zwingen, weiterzuleben (Nationaler Ethikrat 2006, S. 59). Die Beihilfe zur Selbsttötung unterscheidet sich von der Tötung auf Verlangen dadurch, dass die betroffene Person den Akt der Tötung selbst vollzieht und damit die letzte Entscheidungsgewalt hat.² Wenn eine Ärzt*in oder ein naher Angehörige*r der Betroffenen hierbei assistiert, dann sind sie möglicherweise mit Eintritt der Bewusstlosigkeit der*des Sterbewilligen in der Pflicht, zu reanimieren – was ja sicherlich nicht im Sinne der*des Betroffenen ist (ebd., S. 66 ff.). Allerdings wird von einer Bestrafung meist abgesehen, wenn der Sterbenswille der Patient*in eindeutig festgehalten ist.

Deutlich über die Regelungen des Strafrechts hinaus geht der Bundesärztekongress. Für seine (Muster-)Berufsordnung hat er es Ärzt*innen verboten, Sterbewilligen bei der Selbsttötung zu assistieren. Daher spielt der ärztlich assistierte Suizid in Deutschland derzeit keine nennenswerte Rolle (*Wiesing* 2012).

² In Betracht kommt eine Strafverfolgung aufgrund „Tötung auf Verlangen durch Unterlassen“ nach §§ 216, 13 StGB bzw. aufgrund unterlassener Hilfeleistung nach § 323c StGB.

Wolfgang Herrndorfs Blog „Arbeit und Struktur“ erlaubt einen Einblick in die Gedanken, die einen tödlich Kranken umtreiben, wenn er mit seinem Wunsch nach selbstbestimmtem Sterben allein gelassen wird:

„Wobei an die Medikamente, wie gesagt, gar nicht ranzukommen war. An überhaupt nichts Sicheres. Nichts Einfaches, nichts Hundertprozentiges. Erschießen ist in 76 bis 92 Prozent der Fälle tödlich, bei Schüssen in den Kopf liegt die Quote noch etwas höher. Aber auch da überleben 3 bis 9 Prozent, und die haben dann Hirnschäden und sind entstellt. Erhängen fühlt sich schätzungsweise an, wie es aussieht, und hat wie die meisten anderen Methoden den Nachteil, daß man Erfahrung damit bräuchte und nur einen Versuch hat. Man kann aus dem zwölften Stock springen und überleben. Man kann aus dem zwölften Stock springen und noch dreißig Minuten als blutiger Matsch auf dem Trottoir die Passanten erschrecken, und wenn man wochen- und monatelang durch das Labyrinth geirrt ist auf der Suche nach dem sicheren Ausgang, versteht man irgendwann, wie vollkommen vernünftige und zurechnungsfähige Menschen auf die Idee kommen können, sich auf eine ICE-Trasse zu stellen im vollen Bewußtsein, einen Lokführer für den Rest seines Lebens zu traumatisieren.“
(Herrndorf 2013, vierunddreißig)

Diejenigen Betroffenen, die in einer für sie ausweglosen medizinischen Lage ihr Sterben selbst gestalten wollen, werden mit dieser Regelung allein gelassen. Eine ärztliche Begleitung könnte den Betroffenen in solchen Situationen viel Leid ersparen. Damit kommt ein Suizid für Patientinnen, die bereits unter Einschränkungen leiden, oft nicht mehr in Frage: Beispielsweise könnten Schluckbeschwerden das Trinken eines aufgelösten Medikaments für die Patient*in unmöglich machen.

Alternativen

Palliativmedizin kann Beschwerden wie Schmerzen oder Atemnot lindern oder stillen. Oft vergeht damit ein Todeswunsch, den die Patientin geäußert hat, wie Palliativmediziner *Matthias Thöns* erzählt (*Meierfrankenfeld* 2019). Gleichzeitig bleibt die palliative Versorgung in Deutschland weit hinter dem tatsächlichen Bedarf zurück (*Nationaler Ethikrat* 2006, S. 44).

Um sicherzugehen, dass Sterbehilfe nur dann in Anspruch genommen wird, wenn medizinisch tatsächlich keine Alternativen bestehen, muss die palliative Versorgung flächendeckend besser ausgebaut werden. Aber auch hier stößt die Medizin an Grenzen und kann nicht für jede*n eine Lösung bieten. Beispielsweise bedeutet eine palliative Sedierung, dass Betroffene ihre letzten Tage bewusstlos verbringen. Sie leiden damit nicht unter den Symptomen ihrer Erkrankung, aber sie erleben ihr Sterben auch nicht bewusst und selbstbestimmt. Das mag für viele – Betroffene wie Ärzt*innen – eine Alternative darstellen, für andere aber überhaupt nicht in Frage kommen (*Schweighöfer* 2019).

Selbstbestimmung

Der Ethikrat anerkennt in seiner Stellungnahme den Wunsch nach Sterbehilfe als Recht auf Selbstbestimmung des Todeszeitpunktes und Recht auf ein würdevolles Sterben (*Nationaler Ethikrat* 2006). Die Möglichkeit, selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden, beschreiben Betroffene als wichtig. *Marieke Vervoort* hat es auf den Punkt gebracht: „Wenn ich die Papiere nicht hätte, hätte ich mir schon längst das Leben genommen.“ (*Kübler* 2016) Oder in den Worten von *Wolfgang Herrndorf*:

„30.4. 2010 21:36

Was ich brauche, ist eine Exitstrategie. [...] Ob ich die Disziplin habe, es am Ende auch zu tun, ist noch eine ganz andere Frage. Aber es geht, wie gesagt, um Psychohygiene. Ich muß wissen, daß ich Herr im eigenen Haus bin. Weiter nichts. (Herrndorf 2013, vier)

Mackor (2016, S. 39) beschreibt, dass die Gewissheit, selbstbestimmt aus dem Leben scheiden zu können, Betroffenen Erleichterung verschaffen kann – mitunter so weit, dass letzten Endes die Sterbehilfe selbst gar nicht mehr in Anspruch genommen wird. In der Diskussion werden oft Argumente für eine gute palliative Versorgung und Sterbebegleitung als Argumente gegen die Sterbehilfe ins Feld geführt. Es wäre ein fataler Irrweg, die Forderung nach guter, menschenwürdiger Pflege bis zum Lebensende einerseits und der Möglichkeit einer Sterbehilfe andererseits gegeneinander auszuspielen. Nichts rechtfertigt es, Menschen am Lebensende nicht möglichst gut medizinisch, psychologisch und sozial zu betreuen. Und doch kann auch bei optimaler Versorgung ein Betroffene*r den Wunsch entwickeln, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen.

All diese Überlegungen basieren auf einer „wohlüberlegten“ Güterabwägung“, wie es der Nationale Ethikrat (2006, S. 76) formuliert. Aber wie frei ist eine „freie“ Entscheidung? Die Diskussion, ob Menschen einen freien Willen haben, spaltet Philosophen wie Hirnforscher. Klar ist, dass unsere Werte, unsere Sozialisation und unsere Biografie zunächst unsere Wahrnehmung prägen und in der Folge einen großen Einfluss auf unsere Entscheidungen nehmen. Auch die sogenannten „universellen“ Menschenrechte sind nicht universell, sondern in ihrer Bedeutung historisch und kulturell geprägt und gebunden. Insofern müssen Diskussionen darüber, ob der einzelnen Betroffenen Sterbehilfe gewährt werden soll, auch Diskussionen über die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mit einschließen, in deren Kontext sich der Sterbewunsch entwickelt hat. Darüber hinaus darf, wie der Ethikrat (2006, S. 65) hervorhebt, die Diskussion nicht über Kategorien wie der Objektivität oder der Vernunft laufen: Das subjektive Empfinden, die individuelle Entscheidung eines Menschen muss von innen heraus getroffen werden und darf keine Beurteilung von außen erfahren. Entsprechend ist es auch nur schwer vorstellbar, einen „Katalog“ für Anlässe der Sterbehilfe festzuschreiben, auch wenn die Diskussionen immer wieder in diese Richtung laufen. Die Regelung, die in den Niederlanden getroffen wurde, scheint hier stimmig: Jede Sterbehilfe ist eine Einzelfallentscheidung, die im Nachhinein von einer Kommission geprüft wird (Mackor 2016, S. 42).

Die Entscheidung, leben oder sterben zu wollen, ist zunächst einmal situativ geprägt. Oft stehen Betroffene, wenn sie eine Diagnose mit schlechter Prognose erhalten haben, unter Schock. Auch im Krankheitsverlauf zeigen sich oft bessere und schlechtere Tage. Die Erfahrung zeigt, dass ein Todeswunsch, in einer Leidenssituation geäußert, oft nicht stabil ist (Nationaler Ethikrat 2006, S. 26). Sind die „guten“ Tage im Leben mit Demenz es wert, auch die „schlechten“ zu durchleben? Oder sind umgekehrt die „schlechten“ Tage Grund genug, auf die „guten“ zu verzichten? Sicherlich wird niemand einem übereilten Todeswunsch nachkommen wollen. Aber wie kann sichergestellt werden, dass es sich um eine „gereifte“ Entscheidung handelt? Eine verpflichtende Wartezeit zwischen Todeswunsch und Durchführung kann vermutlich nicht festgelegt werden, dazu sind die Leiden und Krankheiten, aus denen der Wunsch erwächst, zu unterschiedlich. Eine Beratungslösung wie im Schwangerschaftskonfliktgesetz könnte – ähnlich wie dort – Abhängigkeiten von den Beratungsstellen, den Trägern und den dort beschäftigten Personen entwickeln. In den Niederlanden wird Sterbehilfe oft von der Hausärztin geleistet. Im besten Fall besteht dann ein langjähriges Vertrauensverhältnis zwischen der Ärzt*in und der Patient*in, so dass die Ärzt*in den Todeswunsch besser einschätzen kann. Da sie stets eine Kolleg*in konsultieren muss, fällt sie diese Entscheidung auch nicht allein. Gleichzeitig schließt nach wie vor etwa die Hälfte der Ärzt*innen für sich aus, Sterbehilfe zu leisten (Schweighöfer 2019). Mittlerweile entsteht eine Infrastruktur, um Betroffenen

auch dann zu ermöglichen, die Tötung auf Verlangen in Anspruch zu nehmen. Die Diskussion darum schlägt allerdings hohe Wellen (ebd.).

Für *Wolfgang Herrndorf* sollte Suizid eine legitime Wahl darstellen. Er kommentiert eine Talkshow im Fernsehen:

„19.11. 2012 22:17

[...]

Nicht geladen wie immer einer, der das Naheliegende erklärt, nämlich daß in einem zivilisierten Staat wie Deutschland einem sterbewilligen Volljährigen in jeder Apotheke ein Medikamentenpäckchen aus 2 Gramm Thiopental und 20 mg Pancuronium ohne ärztliche Untersuchung, ohne bürokratische Hürden und vor allem ohne Psychologengespräch – als sei ein Erwachsener, der sterben will, ein quasi Verrückter, dessen Geist und Wille der Begutachtung bedürfe – jederzeit zur Verfügung stehen muß. (*Herrndorf* 2013, vierunddreißig)

Dabei ist *Wolfgang Herrndorf* nicht lebensmüde oder des Lebens überdrüssig; sein Suizidwunsch ist die ultimative, verzweifelte Konsequenz seiner Erkrankung: „Weil ich wollte ja nicht sterben, zu keinem Zeitpunkt, und ich will es auch jetzt nicht. Aber die Gewißheit, es selbst in der Hand zu haben, war von Anfang an notwendiger Bestandteil meiner Psychohygiene“ (ebd., vier).

Erkrankungen, bei denen man die Einwilligungsfähigkeit verliert oder sich die Persönlichkeit verändert, haben einen besonderen Schrecken. In einer Demenz nach und nach das Gedächtnis und den eigenen Bezug zur Welt zu verlieren, sich in seiner Persönlichkeit zu verändern, rastlos nach schon verstorbenen Menschen zu suchen und die eigenen Angehörigen nicht mehr zu erkennen entzieht sich menschlicher Vorstellungskraft. Viele halten ein solches Leben für würdelos und würden den Tod bevorzugen – allerdings meist aus der Entfernung von Jahren und unfähig, sich ein Leben mit Demenz vorzustellen. Niemand kann vorhersehen, wie die Persönlichkeit einer dementen Person sich verändern wird, welche Charakterzüge stärker hervortreten werden und welche verschwinden. Und kaum jemand kann im Vorfeld abschätzen, woraus einer dementen Person Glücksmomente entstehen werden, und aus welchen Situationen Leid erwachsen wird.

Eine Patientenverfügung kann helfen, den Wunsch einer nicht einwilligungsfähigen Person zu interpretieren, günstigstenfalls ist sie nach der Diagnose aktualisiert worden. Aber darf man dem Todeswunsch einer dementen Person nachkommen, wenn sie sich nicht daran erinnern kann? Wer soll eine solche Entscheidung treffen, und wie verhindert man Missbrauch? Wird dem „Todeswunsch“ einer „schwierigen“, unruhigen, gar aggressiven Patient*in eher nachgegeben als dem einer ausgeglichenen, in sich gekehrten? Und was, wenn die Angehörigen – die ja im Idealfall den Willen der Betroffenen erkennen sollen – sich nicht einig sind, gar streiten?

Der gesellschaftliche Diskurs

Manche Kritikerinnen der Sterbehilfe befürchten einen Dammbruch, wenn assistierter Suizid oder Tötung auf Verlangen erst einmal legal würden. Zahlen aus den Niederlanden scheinen dieser Ansicht zunächst zu widersprechen. Die absoluten Zahlen sind gering, im Jahr 2014 betraf Sterbehilfe nur 4 % der Todesfälle in den Niederlanden. Dennoch ist die Fallzahl zwischen 2009 und 2014 stark gestiegen, sie hat sich fast verdoppelt (*Mackor* 2016, S. 27 f.). Und derzeit flammt die Diskussion, augenscheinlich angetrieben von politischen Interessen, in den vergangenen Jahren wieder auf. Die Positionen werden dabei mit größerer Vehemenz vertreten, wie *Schweighöfer* (2019) dokumentiert: Einerseits versuchen Befürworter der Sterbehilfe, die Möglichkeiten auszuweiten: Sterbehilfe solle auch ohne zum Tode führende Krankheit möglich sein, beispielsweise ab einem gewissen Alter.

Kritiker befürchten angesichts von (derzeit noch wenigen) Fällen demenzkranker oder alkoholabhängiger Betroffener, dass Sterbehilfe zum Normalfall wird, der den Wert des Lebens negiert. Ähnliche Positionen nehmen auch religiös motivierte Verfechter eines natürlichen Sterbens ein (*Schweighöfer* 2019). Erste Anklagen wurden gegen Ärzte erhoben, endeten aber jeweils mit einer Verfahrenseinstellung bzw. in einem Fall mit einem Freispruch der betroffenen Ärztin (*Kazmierczak* 2019).

Der Wunsch nach Sterbehilfe entsteht vor dem Hintergrund von Werten und Normen einer Gesellschaft, und er wirkt gleichzeitig in diese Gesellschaft und auf ihre Werte und Normen zurück. Wenn man beispielsweise für sich selbst ablehnt, mit Demenz zu leben, dann lehnt man damit zwangsläufig auch diejenigen Menschen ab, die sich anders entscheiden und verändert das gesellschaftliche Klima, in dem diese Menschen ihre Entscheidung vertreten. Wir leben in einer individualistischen Leistungsgesellschaft, in der sich der Wert eines Menschen durch seine Leistungsfähigkeit bestimmt. Dabei sehen wir uns – mehr als vergangene Generationen – in der Verantwortung, unsere Leistungsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen (*Donauer* 2014). Eine schwere Erkrankung verstellt die Möglichkeit, wieder leistungsfähig zu werden. Damit wird der Mensch vom „Humankapital“ zum „Kostenfaktor“ und bisherige Lebensziele wie Erfolg oder Selbstverwirklichung sind nicht mehr zu realisieren.

Kritiker*innen der Sterbehilfe in den Niederlanden sprechen seit der Einführung der Sterbehilfe 2002 mit dem Diskurs um ihre Ausweitung von einem subtilen Druck auf Kranke, der die Solidarität der Gesellschaft schwäche (*Schmalenbach* 2018). Sprachlich auf die Spitze getrieben könnte man sagen, Sterbehilfe könne das „sozialverträgliche Frühableben“³ gewährleisten. Mit Foucault ist davon auszugehen, dass „herrschende“ gesellschaftliche Normen in den Mitgliedern der Gesellschaft als individuelle Wertvorstellungen herrschen. Wenn der Leistungsgedanke internalisiert wirkt, wollen Menschen, die nicht leistungsfähig sind – sei es, dass sie alt, krank oder gebrechlich aus dem Verwertungsprozess herausgefallen sind – ihrer Umwelt nicht „zur Last fallen“. Nach *French et al.* 2017 sind die Gesundheitskosten der Versicherten in den letzten drei Lebensjahren am höchsten. Hier könnte man den Solidargedanken der Krankenversicherung auch appellativ verstehen und sich fragen, ob es nicht solidarischer wäre, „schnell und sauber“ (und damit kostengünstig) zu sterben. Und würde die Sterbehilfe, die die Einen wählen, die Palliativversorgung für die Anderen verbessern, weil mehr Geld im System wäre? Wer würde dann durch ihren Tod das Weiterleben der Anderen finanzieren, welche soziale Unwucht würde sich entwickeln?

Das Thema ist gerade in Deutschland historisch vorbelastet, da die Nazis diese Logik zu einem grausamen Höhepunkt geführt haben: Der als „Euthanasie“ verbrämten Tötung „unwerten“ Lebens. In der Propaganda wurde aufgerechnet, was ein behinderter Mensch den Staat kostet – und dass davon eine ganze Familie ernährt werden könne: „Hier trägst Du mit“ (Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg n.d.). Diese Argumente scheinen auf der Ebene der Gesellschaft gegen Sterbehilfe zu sprechen. Aber darf der Einzelnen Sterbehilfe verwehrt werden, um den gesellschaftlichen Diskurs nicht in die falsche Richtung zu lenken?

Soziale Ungleichheiten

Würde Sterbehilfe legal, zum Beispiel im Sinne eines assistierten Suizids oder einer Tötung auf Verlangen, sollte es dann eine Kassenleistung werden? Kann sich jede*r Betroffene dann Sterbehilfe

³ Mit diesem Begriff wandte sich Karsten Vilmar gegen die rot-grüne Gesundheitspolitik. Der Begriff wurde zum Unwort des Jahres 1998 gewählt (Sprachkritische Aktion n.d.).

leisten? Und worin würde sich die Sterbehilfe unterscheiden, je nach Budget der Betroffenen? Würde Kassenpatient*innen eine verminderte Auswahl von Methoden des Sterbens zur Wahl stehen? Oder würde sich nur das Umfeld unterscheiden, ob man im hotelartigen Sterbezimmer, im Krankenhaus oder zu Hause stirbt? Soziale Ungleichheit zeigt sich auch in gesundheitsrelevanten Feldern. Arme Menschen sterben früher und kränker. *Weber et al. (2013)* stellen für Berlin eine starke Abhängigkeit des Suizidrisikos von der sozialen Lage fest.

Der oben angesprochene möglicherweise sich entwickelnde Druck zur Sterbehilfe könnte auch eine starke soziale Komponente haben, in dem Sinne, dass arme Menschen eher zu Sterbehilfe greifen würden. Es wäre vorstellbar, dass Betroffene ihren Angehörigen nicht „auf der Tasche liegen“ wollen, weil die Pflegeeinrichtung teuer ist. Es kann auch davon ausgegangen werden, dass – insbesondere beim Unterschied von gesetzlicher und privater Kranken- und Pflegeversicherung und bei vierstelligen Eigenanteilen zu den Kosten der Pflegeeinrichtung – arme Menschen schlechter versorgt werden und daher eher einen Todeswunsch entwickeln.

Wenn ein Recht auf Sterbehilfe praktisch werden sollte, dann müsste Sterbehilfe leistbar sein, auch für Menschen in Armut. Und wenn ein Recht auf Sterbehilfe keine klassistische Zumutung werden soll, dann müssen auch die menschenwürdigen Alternativen zur Sterbehilfe leistbar sein, auch für Menschen in Armut. Beim derzeitigen Zustand der Altenpflege sind wir davon leider sehr weit entfernt.

Fazit

Unserer Tage streben wir nach Kontrolle, Planbarkeit und Instagrammability. Zustände, die nicht in dieses Muster passen, sollen möglichst nicht vorkommen – oder am besten pharmakologisch behandelt werden. Gleichzeitig gibt es auch eine entsprechende Gegenbewegung, die Verletzlichkeit als Schlüssel zu einem gelungenen Leben annimmt (*Brown 2006; Neff 2003*). Für eine Gesellschaft, die den Wert eines Menschen nicht ökonomisch bemisst und menschliches Leid und Menschen in ihrem Leiden annehmen kann, würde ich Sterbehilfe von ganzem Herzen befürworten.

In unserer Gesellschaft bemisst sich der Wert eines Menschen hingegen nach seiner ökonomischen Verwertbarkeit. Behinderte Menschen, Arme, psychisch Kranke und wenig gebildete Menschen haben einen schlechteren Gesundheitszustand, sterben früher, sterben kränker und suizidieren sich häufiger. Für diese Gesellschaft lehne ich eine Ausweitung der Sterbehilfe ab.

Einem Menschen, der sich entschlossen hat zu sterben, möchte ich die Unterstützung nicht verwehren. Das kann jede Hilfe umfassen, die sein Leben verbessert und wieder lebenswert macht – das kann aber auch, falls das nicht möglich ist, Unterstützung und Begleitung im Sterben umfassen.

Mir ist bewusst, dass sich aus meiner Position im Einzelnen Widersprüche und Ambivalenzen ergeben, die ich bereit bin auszuhalten.

Literatur

Brown, Brené (2006): Shame Resilience Theory: A Grounded Theory Study on Women and Shame. In: *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* 87 (1), S. 43–52.

Donauer, Sabine Christina (2014): „Mit Leidenschaft bei der Sache“. Die Geschichte der ‚Arbeitsgefühle‘ im 20. Jahrhundert. <https://www.koerber-stiftung.de/fileadmin/>

user_upload/koerber-stiftung/redaktion/deutscher-studienpreis/preistraeger/2014/erste-preise/donauer/Essay_S-Donauer.pdf (abgerufen am 14. 01. 2020).

French, Eric B. et al. (2017): End-Of-Life Medical Spending In Last Twelve Months Of Life Is Lower Than Previously Reported. In: Health Affairs 36 (7), S. 1211–1217.

Herrndorf, Wolfgang (2013): Arbeit und Struktur. <https://www.wolfgang-herrndorf.de/archiv/> (abgerufen am 10. 01. 2020).

Kazmierczak, Ludger (11. 09. 2019): Gericht spricht Ärztin frei. <https://www.tagesschau.de/ausland/niederlande-sterbehilfe-justiz-101.html> (abgerufen am 12. 01. 2020).

Kübler, Martin (14. 09. 2016): Paralympics-Sportlerin will nach eigenen Regeln sterben. <https://p.dw.com/p/1K2jH> (abgerufen am 08. 01. 2020).

Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (n.d.): Begriff der „Euthanasie“. https://www.gedenkstaetten-bw.de/begriff_euthanasie.html (abgerufen am 09. 01. 2020).

Mackor, Anne Ruth (2016): Sterbehilfe in den Niederlanden. In: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft 128 (1), S. 24–48.

Meierfrankenfeld, Beate (20. 11. 2019): Sterbehilfe – Selbstbestimmung bis zum Schluss? <https://www.br.de/radio/bayern2/service/manuskripte/radiowissen/manuskriptradiowissen-3188~attachment.pdf> (abgerufen am 08. 01. 2020).

Nationaler Ethikrat (2006): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme. Berlin: Nationaler Ethikrat.

Neff, Kristin (2003): Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. In: Self and Identity 2 (2), S. 85–101.

Passig, Kathrin (27. 08. 2013): via Twitter. <https://twitter.com/kathrinpassig/status/372326405041713152> (abgerufen am 11. 01. 2020).

Schmalenbach, Merle (16. 02. 2018): Die Lebensmüden. <https://www.zeit.de/2018/08/aktive-sterbehilfe-niederlande-selbstbestimmung-kritik/komplettansicht> (abgerufen am 14. 01. 2020).

Schmidtke, Armin; Sell, Roxanne & Löhr, Cordula (2008): Epidemiologie von Suizidalität im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41 (1), S. 3–13.

Schweighöfer, Kerstin (06. 02. 2019): Mein Tod gehört mir. https://www.deutschlandfunk.de/sterbehilfe-in-den-niederlanden-mein-tod-gehört-mir.2540.de.html?dram:article_id=439364 (abgerufen am 12. 01. 2020).

Spiegel Online (20. 10. 2019): Paralympics-Siegerin Marieke Vervoort – Tod durch Sterbehilfe. <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/marieke-vervoort-paralympics-siegerin-aus-belgien-tod-durch-sterbehilfe-a-1292862.html> (abgerufen am 09. 01. 2020).

Sprachkritische Aktion (n.d.): Unwort des Jahres. <http://www.unwortdesjahres.net/index.php?id=114> (abgerufen am 12. 01. 2020).

Weber, Tina; Förste, Daniel & Tsokos, Michael (2013): Zusammenhang zwischen Suizidhäufigkeit und sozialer Lage in Berlin. Vergleich von Suizidstatistiken und Statusindikatoren. In: Rechtsmedizin 23 (5), S. 383–390.

Wiesing, Urban (2012): Durfte der Kieler Ärztetag den ärztlich assistierten Suizid verbieten? Nein! In: Ethik in der Medizin 25 (1), S. 67–71.