https://mail.gen-ethisches-netzwerk.de/node/3067

Gen-ethischer Informationsdienst

Tötungsprojekte

Sterbehilfe im Bundestag und das „selbstbestimmte Sterben”

AutorIn
Erika Feyerabend

Im Laufe dieses Jahres ist mit einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe zu rechnen. Ein Blick auf die Debatte.

Es soll sich wieder um eine Sternstunde der parlamentarischen Debattenkultur gehandelt haben, als die organisierte und gewerbliche Beihilfe zur Selbsttötung im November letzten Jahres Thema im Bundestag war. Anlass - nicht Ursache - dürften zum einen die Aktivitäten des Hamburger Ex-Justizsenators Roger Kusch sein, der mit seinem Verein *SterbeHilfeDeutschland e.V.* eine gewerbliche Beihilfe zum Suizid anbot und sich derzeit in der Schweiz aufhält. Kusch nahm in einigen Fällen Honorare von bis zu 6.500 Euro für seine Dienste entgegen. Dass diese Art gewerblicher Suizidbeihilfe verboten werden soll, ist breiter Konsens im Bundestag. Strittiger ist schon der Sterbehilfetourismus in die Schweiz, wie ihn die Schweizer Vereinigung *Dignitas* und ihre deutsche Dependance in Hannover organisiert.1 Renate Künast von Bündnis 90/Die Grünen favorisiert solche Angebote, Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) dagegen hat sich für ein Verbot einer solchen „organisierten Sterbehilfe” ausgesprochen, ebenso wie gegen gewerbliche Formen. Der SPD-Abgeordnete Karl Lauterbach hält - wie sein CDU-Kollege Peter Hintze - ein striktes Verbot der Sterbehilfe für „nicht mehr zeitgemäß”. Zusammen mit weiteren Abgeordneten sprechen sie sich zwar gegen Sterbehilfeverbände, aber *für* die Beihilfe zum Suizid durch Ärzte aus. In diesem Spektrum dürften die vier Gesetzesentwürfe zu verorten sein, die angekündigt wurden, derzeit aber noch nicht vorliegen.2

Einen außerparlamentarischen Regelungsvorschlag allerdings gibt es schon: Er verbietet die Beihilfe zum Suizid zwar ausdrücklich.3 Für Ärzte aber soll sie in „Ausnahmefällen” - ein interpretationsoffener Begriff - straffrei sein. Ob so ein Fall vorliegt, sollen Ärzte nach vagen medizinischen Kriterien beurteilen und danach, ob ihnen die Begründung eines Sterbewilligen vernünftig erscheint. Der Rahmen, in dem solche Entscheidungen stattfinden würden - schlechte Pflegebedingungen, die Ökonomisierung des Gesundheitswesens oder die Rede von Ressourcenknappheit - findet hier keine Erwähnung. Und nicht nur das: Ärztliche Suizidbeihilfe würde mit dieser Regelung zu einer Dienstleistung, die auch in der Gebührenordnung berücksichtigt werden müsste.

Diskussion als Politik

Suizidbeihilfe als ärztliche Aufgabe, vergütet nach dem Regeltarif - das fordern explizit auch die *Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben* (DGHS) und die *Giordano-Bruno-Stiftung* im Rahmen ihrer Kampagne „Mein Ende gehört mir - Für das Recht auf Letzte Hilfe“.4 Ob es für eine Regelung dieser Art parlamentarische Mehrheiten gibt, ist unklar. Sicher ist: Wird die Suizidbeihilfe einer x-beliebigen ärztlichen Behandlung gleichgestellt, würde dies das Arzt-Patient-Verhältnis erheblich verändern.

Bislang ist *berufsethisch* die „Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe“, und auch berufs*rechtlich* wird sie in einigen Bundesländern so bewertet (wenn auch in anderen nicht).5 *Strafrechtlich* war und ist sie ohnehin nicht verboten. Dass ärztliche Beihilfe trotzdem selten stattfindet, liegt wohl vor allem daran, dass der oder die Handelnde sich unter Umständen persönlich verantworten muss und deshalb selbst überlegt, was vertretbar ist.

Die Frage ist also mehr als berechtigt, warum so viel Aufregung um die wenigen Ausnahmehandlungen am Lebensende erzeugt wird. Denn die Auseinandersetzungen werden vor allem in den Medien geführt und von einer relativ kleinen Gruppe in nicht unerheblichem Maße geprägt. Ärztliche Suizidbeihilfe erscheint hier oft als Möglichkeit, bei schwerer und aussichtsloser Krankheit „selbstbestimmt“ und „würdig“ sterben zu können. So wird sie auch in Umfragen - deren konkrete Umstände in der Regel keine Erwähnung finden - dargestellt, die dann als Nachweis dafür präsentiert werden, dass eine Mehrheit für eine solche ärztliche Dienstleistung ist.

Sicher denken viele so. Sie werden von der laufenden öffentlichen Unterhaltung bestärkt, in der nicht nur Medizinethiker/innen und -jurist/innen sondern auch Sterbehilfeverbände wie die DGHS, der *Humanistische Verband* oder *Dignitate* das Wort führen.6 Letztere führt gern auch die Autorität des ärztlichen Berufsstandes ins Feld. So erklärte ihr 2. Vorsitzender, der Mediziner Uwe Christian Arnold, 200 Menschen Beihilfe geleistet zu haben und sucht per Anzeige in der Ärztezeitung nun Kollegen, die es ihm gleich tun.

Verschobene Grenzen

Hinzu kommen Stimmen, die sich offensiv für die „aktive Sterbehilfe“ durch Gift und die Hand des Arztes aussprechen. Zwar werden sich diese Positionen aller Voraussicht nach nicht durchsetzen, aber sie verschieben Sagbarkeitsgrenzen. Ganz ähnlich wie in der Debatte um Patientenverfügungen, wo der Begriff des „würdigen und selbstbestimmten Sterbens“ seit Jahren peu à peu verengt wird auf die Entscheidung gegen medizinische Behandlungen. Als „würdig“ gilt das schnelle Sterben unter Vermeidung langer Pflegezeiten - ein sozial gestaltetes Lebensende mit ausreichender und guter pflegerischer Versorgung auch für Menschen mit schmalem Geldbeutel und wenig Möglichkeiten, sich erleichternde therapeutische Hilfen und Begleitungen privat hinzukaufen zu können, kommt in den Formularen und der begleitenden Ratgeberliteratur nicht vor.

In den Niederlanden und Belgien hat sich die schiefe Ebene von der Legalisierung der so genannten „Tötung auf Verlangen“ längst in Richtung „Tötung ohne Verlangen“ geneigt. PatientInnen im Koma, dementiell veränderte Menschen, schwer behinderte Neugeborene, PsychiatriepatientInnen - auch sie werden zunehmend straffrei getötet. Ein Beispiel ist der 51jährige Sexualstraftäter Frank van den Bleeken, der Anfang Januar auf „eigenen Wunsch“ in einer belgischen Klinik getötet werden sollte. Er hatte den Antrag gestellt, nachdem ihm Therapien verwehrt worden waren, und nur Proteste sorgten dafür, dass statt einer Giftspritze nun doch ein Therapieplatz bereitgestellt wird.

Auch ist in Belgien, wo sich jährlich 1.800 Menschen fachmännisch töten lassen, im letzten Jahr die untere Altersgrenze für unheilbar kranke Kinder vollständig gefallen. Und die *Niederländische Vereinigung für freiwilliges Leben* fordert, alte, lebensmüde Menschen auf Wunsch bei einem Suizid zu unterstützen, auch wenn sie weder unerträglich leiden noch aussichtslos krank sind. Mit der solcherart unterstützten Selbstentwertung wären „Würde“ und „Selbstbestimmung“ dann vorläufig endgültig mit gesellschaftlichen Normen in Übereinstimmung gebracht, die nicht-produktive und hilfebedürftige Lebensverläufe auf vielerlei

Weise diskreditieren.

Hindernis NS-Euthanasie?

Auch hierzulande ist der Diskurs weitgehend bestimmt von neoliberalen Konzeptionen eines bürgerlichen Individuums, dessen „Selbstbestimmung“ keine Grenzen kennen soll. Allerdings gibt es noch Versatzstücke historischer Ereignisse im kollektiven Gedächtnis, die das Projekt „aktive Sterbehilfe“ stören: die Euthanasieprogramme im Nationalsozialismus. Aber auch diese Versatzstücke stehen der Rede von der individuellen Autonomie immer weniger entgegen.

Ende letzten Jahres erschien unter der Überschrift „Studenten des Tötens“ im *Spiegel* eine Art Reisebericht über führende Sterbehelfer und Mediziner, die in die Lager von Auschwitz fahren.7 Als LeserIn erfährt man viel über die Bewirtung und die Hotelunterbringung während dieses Ausfluges und dass der Reiseleiter Wim Diestelman im „Sterbezimmer“ seiner Brüsseler Klinik schon oft Champagner-Flaschen vom Fenstersims räumte - nach vollzogener Tat. Man erfährt, dass die Reisegruppe in Auschwitz eine Antwort auf die Frage finden will, „warum das Recht eines Menschen, über das eigene Leben zu entscheiden, absolut sein muss“. Man erfährt, dass Diestelman die Gruppe vor dem Besuch der Lager in der Hotelhalle einstimmt mit Bildern von Folteropfern in Abu Ghuraib und von gehenkten Menschen im Iran und Syrien. Man erfährt, dass die Ärzte sich nach dem Lagerbesuch „im Umgang mit ihren Patienten mitfühlender“ wähnen. Man erfährt, dass die Kollegen am Ende der Reise, bei Wodka, Hering und Geigenspiel diskutieren, ob man einem früheren Nazi die „Tötung auf Verlangen“ gewähren sollte. Der Bericht endet mit den Worten Diestelmans, der dafür ist, und zwar „aus Respekt vor seinem Schmerz und seinem Menschsein. Als Akt einer bedingungslosen Liebe“.

Eine Auseinandersetzung mit den Kontinuitäten und Diskontinuitäten der Euthanasiegeschichte ist das wohl kaum. Solche Berichte zeugen vielmehr davon, welche Blüten Geschichtslosigkeit nicht nur in der Medienöffentlichkeit, sondern auch unter Mediziner/innen treibt. Beste Voraussetzungen für die Sterbehilfe als ärztliche Dienstleistung.

- 1Dieser spezielle Grenzverkehr hat sich laut einer Schweizer Studie zwischen 2008 und 2012 verdoppelt. 268 deutsche Bürgerinnen sollen in diesem Zeitraum die Dienste von Dignitas in Anspruch genommen haben. Vgl. Saskia Gauthier, Julian Mausbach, Thomas Reisch und Christine Bartsch: Suicide tourism - a pilot study on the Swiss phenomenon, Kurzbeschreibung im Netz unter www.kurzlink.de/gid230_n. Siehe auch NZZ online, 21.08.14, im Netz unter www.kurzlink.de/gid230_o.
- 2Sie müssen bis zum 1. Juli 2015 fertig sein. Für aktuelle Informationen siehe www.bioskop-forum.de
- 3Gian Domenico Borasio, Ralf J. Jox, Jochen Taupitz, Urban Wiesing: Selbstbestimmung im Sterben - Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids, Springer: Berlin Heidelberg, 2014.
- 4Zum ideologischen Fahrwasser der Stiftung siehe Kasten S.37.
- 5Berufsrechtlich wurde bislang wegen einer solchen Mitwirkung in einem einzigen Fall eine Geldbuße verhängt.
- 6Dignitate ist eine Tochterorganisation der Schweizer Dignitas, die „Freitodbeihilfe“ anbietet.
- 7Vgl. Der Spiegel, 17.11.14, im Netz unter www.spiegel.de oder www.kurzlink.de/gid230_a.

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 230 vom Juli 2015
Seite 35 - 36