

A silhouette of a person, likely a woman, is shown from the side, holding a fork. The background is a bright, hazy, and slightly blurred landscape, possibly a body of water or a distant shore. The overall mood is contemplative and somber.

„Wir sind immer abhängig“

Kann jeder selbst entscheiden, wann er sein Leben beenden will? Die Politologin Ingrid Schneider hat da ihre Zweifel.

Ein Gespräch über Würde, Rechte und die eigentliche Angst der Patienten.

Interview: *Cornelia Stolze*

Foto: *Julia Knop*

Ingrid Schneider

ist Professorin für Politikwissenschaft an der Universität Hamburg und am Forschungsschwerpunkt Biogum (Biotechnologie, Gesellschaft und Umwelt) tätig.



brandeins: Frau Schneider, vor Kurzem hat die 29-jährige US-Amerikanerin Brittany Maynard Suizid begangen, weil sie unheilbar an Krebs erkrankt war. Ein Arzt hatte ihr das tödliche Medikament verschrieben. Maynard ist in den Augen vieler Menschen eine Heldin, weil sie ihr Vorhaben Wochen im Voraus öffentlich angekündigt und in einem millionenfach geklickten Video für das Recht auf einen „Tod in Würde“ geworben hatte. Ist das ein vorbildlicher Fall von Selbstbestimmung?

Ingrid Schneider: Überhaupt nicht. Natürlich haben Selbstbestimmung und die Freiheit, über das eigene Leben zu entscheiden, einen hohen Wert. Den achte ich auch hoch. Ich frage mich aber, ob Brittany Maynard wirklich noch die Freiheit hatte, für die sie sich so stark gemacht hat. Denn dadurch, dass sie ihr Vorhaben im Netz veröffentlichte, hat sie sich selbst unter Zugzwang gesetzt. Was, wenn sich ihre Sichtweise im Laufe der Krankheit geändert hätte und sie von ihrem Vorhaben doch noch hätte zurücktreten wollen?

Die wenigsten Menschen, die sich Sterbehilfe wünschen, machen das öffentlich. Aber auch sie wollen sich einen langen, qualvollen Tod ersparen. Ist das nicht das gute Recht jedes Einzelnen?

Wir gehen bei solchen Diskussionen immer vom autonomen, rationalen Menschen aus. Wir glauben, unser Denken und Fühlen seien etwas Beständiges, das bis zum Ende unseres Lebens gleich bleiben wird. Wir unterstellen, dass wir wissen, wie wir in bestimmten Situationen reagieren werden und handeln wollen. Wir glauben, unser Wille sei frei und unabhängig von gesellschaftlichen Umständen und Einflüssen. Aber das ist ein Trugschluss. Wir sind soziale Wesen. Wir sind immer auch abhängig von anderen Menschen. Deswegen sind wir empfänglich für die Erwartungen und Wertzuschreibungen der Personen, die uns umgeben. Das, was da im Namen der Autonomie der Betroffenen betrieben wird, bedeutet zum Teil alles andere als Selbstbestimmung. Unabhängig davon stellt sich für mich die Frage, ob ärztlich assistierter Suizid überhaupt mit der ärztlichen Ethik vereinbar ist.

Warum sollte es das nicht sein? Ärztliche Hilfe kann doch auch darin bestehen, Schwerkranke von ihrem Leiden zu erlösen.

Mit dem hippokratischen Eid verpflichten sich Ärzte dem Leben. Wenn man Sterbehilfe legalisiert, macht man sie zu einem Teil der ärztlichen Aufgaben. Ärzte werden dadurch in gewisser Weise ►

auch dem Tod verpflichtet. Von da aus ist es ein fließender Übergang zur Beihilfe zum Töten. Sterbehilfe wird dann zu einer Leistung, die ein Patient im Zweifelsfall einfordern kann. Ein Großteil der Mediziner in Deutschland lehnt das übrigens ab.

Umfragen zeigen, dass ein Großteil der Deutschen für Sterbehilfe ist. Die meisten Menschen gehen davon aus, dass sie selbst in einem existenziell bedrohlichen Prozess wie dem Sterben immer noch die sein werden, die sie jetzt sind. Aber was macht uns da so sicher? Tatsächlich zeigt die Erfahrung, dass wir alle wechselvollen Stimmungen unterworfen sind. Gerade bei schwerer Krankheit oder am Lebensende kann das eigene Ich besonders labil und verletzlich sein. Deshalb stellt sich die Frage, ob eine Entscheidung, die wir heute treffen, im Fall X dann auch noch richtig ist und wie endgültig sie damit ist. Ich kenne Menschen, die an einem Hirntumor erkrankt sind und früher selbst Sterbehilfe befürwortet haben. Als sie erkennen mussten, dass sie unheilbar krank sind und nicht mehr lange leben werden, haben sie den Wunsch, getötet zu werden, gar nicht mehr geäußert.

Vielen Patienten geht es gar nicht nur um körperliche Qualen. Sie fürchten, durch eine Krankheit nicht mehr sie selbst zu sein.

Da schneiden Sie ein schwieriges Thema an. Denn hier sprechen wir

jetzt vor allem von Menschen, die zum Beispiel dement sind oder die sich im Zustand des Wachkomas befinden. Wer möchte, dass Sterbehilfe auch in diesen Situationen möglich und erlaubt sein soll, ist schon bei der nächsten Stufe angelangt. Das heißt: Nicht mehr der Betroffene selbst, sondern Dritte entscheiden über dessen Leben. In der Regel sind das die Angehörigen oder der behandelnde Arzt. Da ist dann wirklich der Dammbruch passiert, und wir sind bei der aktiven Sterbehilfe angekommen. Interessant ist aber die Dynamik, die dahintersteckt.

Wie meinen Sie das?

Die Gesetzesentwürfe gehen immer davon aus, dass die Betroffenen klar im Kopf und im Vollbesitz ihrer geistigen und seelischen Kräfte sind. Aber das trifft in einem beträchtlichen Teil der Fälle, um die es vielen Befürwortern der Sterbehilfe geht, gar nicht zu. Etwa bei Demenzkranken. Es liegt in der Natur der Sache, dass diese Patienten geistig schwer beeinträchtigt sind. Wachkoma-Patienten sind noch nicht einmal bei Bewusstsein.

Eine Abgeordnetengruppe um den CDU-Politiker Peter Hintze will in ihrem Gesetzesentwurf deshalb die Einwilligungsfähigkeit zum entscheidenden Kriterium machen. Laut Hintze kann diese bei

Menschen mit der Diagnose Alzheimer durchaus vorliegen. Schwer psychisch Kranke will er dagegen vom Recht auf Beihilfe zum Suizid ausschließen.

Ich finde diese Einteilung fragwürdig. Denn hier wird eine künstliche Trennung vorgenommen und eine willkürliche Wertung. Auf der einen Seite die organische, körperliche Krankheit. Da soll der Wunsch nach Sterbehilfe akzeptiert, respektiert und im Ernstfall auch erfüllt werden. Auf der anderen Seite die seelische Erkrankung, bei der das nicht akzeptiert ist und der Betroffene sein Leid aushalten muss. Aber warum soll ein Depressiver eigentlich nicht in der Lage sein, über sich selbst zu bestimmen? Wenn psychisch kranke Menschen Sterbewünsche äußern und man ihnen die Beihilfe zum Suizid verweigert, spricht man ihnen letztlich die Selbstbestimmung ab.

Es ist aber ein Unterschied, ob ein Patient depressiv oder dement ist. Das stimmt natürlich. Aber gerade bei Demenzpatienten zeigt sich häufig, dass sich der eigene Wille im Laufe der Erkrankung grundlegend ändern kann. Am Anfang leiden vor allem die Betroffenen selbst massiv

unter ihren zunehmenden Beeinträchtigungen. Später aber, wenn die Probleme deutlich größer geworden sind und die Angehörigen das mitbekommen, sind die Patienten oft schon in einem

Zustand, in dem sie mehr oder weniger zufrieden sind und durchaus an ihrem Leben hängen. Das zeigt unter anderem der Fall des inzwischen verstorbenen Tübinger Literaturwissenschaftlers Walter Jens ziemlich drastisch (siehe Kasten Seite 93).

Walter Jens war, bevor er dement wurde, ein starker Verfechter der aktiven Sterbehilfe. Er erklärte, dass ein Mensch, der seine Angehörigen nicht mehr erkennt, „im Sinne des Humanen kein Mensch mehr sei“. Der Ex-Intendant des MDR, Udo Reiter, formulierte es direkter. Er wolle nicht „vertrotteln“ und „als Pflegefall enden, der von anderen gewaschen, frisiert und abgeputzt wird“. Genau darum geht es auch vielen anderen. Sie wollen nicht unabänderlich in einen „würdelosen“ Zustand geraten.

Diese Sorge ist verständlich. Die Frage ist aber, ob es wirklich menschenunwürdig ist, wenn man zum Beispiel als alter oder schwer kranker Mensch gefüttert werden oder Windeln tragen muss. Ist es nicht etwas anderes? Geht es nicht vielmehr darum, dass einer Person, die zum Pflegefall geworden ist, kaum noch Zuwendung und Achtung gewährt wird? Ich denke, hinter der Sorge um den „Verlust der Würde“ steckt vor allem die Angst, anderen Menschen ausgeliefert zu sein und der eigenen Familie pflegerisch und finanziell zur Last zu fallen. ►

Die Sterbehilfe-Debatte

In Umfragen spricht sich die Bevölkerung immer wieder mehrheitlich für Sterbehilfe aus. Was viele Deutsche nicht wissen: Beihilfe zur Selbsttötung ist hierzulande schon heute straffrei. Unter anderem deshalb gibt es inzwischen diverse professionelle Helfer und Vereine wie etwa jenen des ehemaligen Hamburger Justizsenators Roger Kusch, die Sterbewilligen beim Suizid helfen. Ärzten aber verbietet ihr Standesrecht in vielen Bundesländern, Kranken bei der Selbsttötung zu assistieren.

Einige Abgeordnete des Bundestages sowie mehrere Juristen und Mediziner wollen die Sterbehilfe daher reformieren. Den meisten von ihnen geht es darum, die sogenannte organisierte Sterbehilfe unter Strafe zu stellen. Demnach soll künftig niemand mehr regelmäßig oder gar gegen Bezahlung anderen Menschen beim Suizid helfen. Gerungen wird derzeit vor allem um die Ausnahmen. Eine Gruppe von Parlamentariern um den CDU-Abgeordneten Peter Hintze und den SPD-Gesundheitsexperten Karl Lauterbach will dabei vor allem Rechtssicherheit für Ärzte schaffen. Dazu wollen die Politiker eine Regelung ins Bürgerliche Gesetzbuch aufnehmen, die Mediziner ausdrücklich die Beihilfe zur Selbsttötung erlaubt – und damit das Berufsrecht aufhebt. Im Herbst 2015 wird das Parlament vermutlich über die Neuregelung der Sterbehilfe entscheiden.

„Nicht totmachen, bitte nicht totmachen!“

Er hat zeit seines Lebens für Diskussionen gesorgt: der 1923 geborene Tübinger Literaturwissenschaftler Walter Jens. Er war nicht nur Autor und Kritiker, sondern auch politisch engagiert. Ab Anfang der Achtzigerjahre setzte er sich gegen den Nato-Doppelbeschluss ein und demonstrierte gemeinsam mit anderen bekannten Schriftstellern und Theologen an der „Prominentenblockade“ vor dem Depot in Mutlangen gegen die Stationierung von Pershing-Raketen. Jahrelang hatte er auch die aktive Sterbehilfe propagiert. In einem seiner Texte begründete er das unter anderem damit, dass er „nicht als ein dem Gespött preisgegebenes Etwas sterben und der Nachwelt als zuckendes Muskelbündel in Erinnerung bleiben“ wolle. Er habe für dieses Recht nicht nur leidenschaftlich, sondern teilweise sogar erbost mit Politikern und anderen Intellektuellen gestritten, erinnert sich sein Sohn, der Journalist Tilman Jens.

Doch nachdem Walter Jens mit Anfang 80 an Demenz erkrankt ist, kommt alles anders. Nach und nach verfällt der einst so scharfsinnige und wortgewaltige Intellektuelle in geistige Umnachtung, ist häufig unruhig, verzweifelt, aggressiv – und greift sogar seine Frau Inge mitunter tödlich an. Immer wieder bittet er um Hilfe, will nicht mehr leben. Irgendwann ist sich die Familie sicher, dass sie ihr einst gegebenes Versprechen einlösen muss: ihn, wenn es so weit ist, mit der Hilfe eines befreundeten Arztes von seinem Leiden zu erlösen.

Zwei Tage nach Neujahr 2007, so scheint es, ist der Zeitpunkt gekommen. Schweren Herzens bereitet die Familie alles vor. Dann aber sagt Walter Jens den entscheidenden Satz: „Aber schön ist es doch.“ Das war eine unglaubliche Szene, berichtet der Sohn Tilman Jens in seinem Buch über den demenzkranken Vater, insbesondere da sie sich zu einem Zeitpunkt abspielte, zu dem er sich sicher war, den Wunsch des Vaters zu sterben aktiv zu unterstützen, indem er den Arzt um die entsprechenden Maßnahmen bittet. Zwei Jahre später spricht Walter Jens nur noch ein paar Worte wie: „Bitte, bitte hilf mir.“ Aber auch: „Ich will nicht sterben.“ Und: „Nicht totmachen, bitte nicht totmachen.“ Walter Jens stirbt im Juni 2013.

Ist es nicht legitim, aus Rücksicht auf meine Angehörigen zu sagen: Ich will nicht, dass ihr euch für mich aufopfert, wenn es ohnehin keine Aussicht auf Besserung gibt?

Die Erfahrungen aus Ländern, in denen ärztlich assistierter Suizid seit mehreren Jahren erlaubt ist, zeigen, dass solche Überlegungen tatsächlich ein maßgeblicher Antrieb für den Wunsch kranker oder alter Menschen nach Sterbehilfe sind. Das heißt: Es geht gar nicht primär um das, was einige Ärzte und Juristen derzeit in Deutschland als Argument für die explizite gesetzliche Legalisierung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid vorbringen, nämlich um den Patienten selbst und darum, sein Leiden zu verkürzen, wenn es für ihn unerträglich geworden ist.

Beihilfe zur Selbsttötung ist in Deutschland straffrei. Was würde sich durch eine Legalisierung der ärztlichen Sterbehilfe ändern?

Wie man im US-Bundesstaat Oregon sehen kann, wo ärztliche Beihilfe zum Suizid seit 1997 erlaubt ist, oder in den Niederlanden, wo Ärzte sogar aktive Sterbehilfe leisten dürfen, können sich Normen und Werte einer Gesellschaft durch eine gesetzliche Zulassung radikal verschieben. Auch wenn das häufig leise und unauffällig geschieht. Dadurch, dass ein anderes Klima in der Gesellschaft herrscht, wächst der Erwartungsdruck.

Was bedeutet das konkret?

Nehmen Sie zum Beispiel an, es geht um eine ältere Dame, die schon viele Jahre im Heim ist, sich immer schlechter bewegen kann und zunehmend über Schmerzen klagt. Mit der Zeit wächst da vielleicht schon bei dem einen oder anderen Angehörigen der Gedanke, dass es jetzt doch eigentlich an der Zeit wäre ... Solche Erwartungen aus dem Umfeld bleiben zwar in der Regel unausgesprochen. Aber oft sind sie für die Betroffenen durchaus spürbar. Wenn man dann in einer sehr verletzlichen Situation Beihilfe zum Suizid anbietet, macht man als Arzt eine Tür auf. Und nicht nur das. An diesem Punkt kommen wir auch ganz schnell in eine Rationierungsdebatte.

Inwiefern?

Weil der Arzt entscheiden muss, ob und wann er das tödliche Medikament verschreibt. Mit dem Rezept bestätigt er, dass dieses Leben nicht mehr wert ist, gelebt zu werden. Unklar ist, nach welchen Kriterien das gehen soll. Wie lange im Voraus darf ein Arzt das tödliche Mittel verordnen? Wie lange soll man einen Wachkoma-Patienten mithilfe von Infusionen und Magensonde am Leben erhalten? Einen Monat? Ein Vierteljahr? Jahrelang? Da kommen unweigerlich Aspekte mit ins Spiel wie die Frage, was es zum Beispiel kosten würde, einen Patienten mithilfe von viel Physiotherapie wieder beweglicher zu machen oder noch einmal eine andere Form der Schmerztherapie auszuprobieren. Daran zeigt sich, dass es in der aktuellen Debatte um Sterbehilfe auch um wirtschaftliche Interessen geht. Und zwar viel mehr, als ►

die meisten Menschen ahnen. Tatsächlich ist sie Ausdruck eines allgemeinen Trends zur Entsolidarisierung der Gesellschaft und zur Individualisierung von Verantwortung.

Woran machen Sie das fest?

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich das Arzt-Patienten-Verhältnis stark verändert. Früher war das eine sehr paternalistische Beziehung. Der Arzt hatte das Wissen, er war die fachliche Autorität und hat entschieden, was für den Patienten am besten ist. Heute ist das Verhältnis sehr viel partnerschaftlicher. Der Arzt mit seiner Expertise berät den Patienten, und beide entscheiden dann gemeinsam, was die richtige Therapie oder Vorgehensweise ist.

Das ist aber doch positiv.

Ja, das finde ich auch gut und wichtig. Ich glaube aber, dass der Wunsch nach Selbstbestimmung heute in einigen Bereichen überschießend ist. Denn es ist natürlich schön, von einem partnerschaftlichen Verhältnis zu sprechen. Dennoch bleibt diese Beziehung immer asymmetrisch. Patienten haben zum einen nicht die gleiche Expertise wie Mediziner. Zum anderen ist ein Mensch, der schwer krank ist, in einer sehr verletzbaren Situation. Da kommen elementare Gefühle wie Angst, Hoffnung, Verzweiflung ins Spiel. Seit einigen Jahren kommt noch ein anderer Faktor dazu. Der Patient wird heute sehr stark als Kunde behandelt. Das ist auch ein Resultat der erheblichen Ökonomisierung der Medizin.

Woran ist das Ihrer Meinung nach erkennbar?

Das können Sie in vielen Bereichen beobachten. Zum Beispiel bei dem jüngsten Vorstoß der beiden US-Unternehmen Apple und Facebook, die ihren weiblichen Mitarbeitern nun anbieten, sich Eizellen auf Kosten der Firma entnehmen und für eine spätere Schwangerschaft tiefgekühlt einlagern zu lassen. Oder aber bei den zahlreichen diagnostischen Tests, die einem beim Arztbesuch mitunter regelrecht aufgedrängt werden und deren medizinischer Nutzen oft sehr fraglich ist. Die Muster und Strukturen, die dahinter erkennbar sind, ähneln sich.

Welche Muster meinen Sie?

Das Gemeinsame bei vielen dieser Angebote ist, dass einzelne Gesellschaftsgruppen Entwicklungen vorantreiben, von denen sie selbst – als nicht Betroffene – profitieren. Also zum Beispiel die Hersteller von Früherkennungstests, Reproduktionsmediziner, die an der Entnahme von Eizellen verdienen, oder Arbeitgeber, die die Leistungsfähigkeit der Frauen, die bei ihnen arbeiten, in einer bestimmten Zeit erhalten wollen. Die Logik, die dahintersteht, wiederholt sich: Wer die Möglichkeiten des technischen Fortschritts versäumt, ist selbst an den Konsequenzen schuld. Sei es, dass er die Krebsfrüherkennung nicht nutzt und dann an einem Tumor erkrankt. Sei es, dass eine Schwangere keine vorgeburt-

lichen Tests machen lässt und dann ein Kind mit Down-Syndrom zur Welt bringt. Sei es, dass eine junge Frau sich keine Eizellen entnehmen lässt und dann mit 40 oder 45 Jahren nicht mehr schwanger werden kann. Und bei all dem schwingt als stille Anforderung mit, dass der Betroffene dann doch bitte nicht noch der Gesellschaft zur Last fallen soll. Dabei finden mitunter nicht nur gravierende Eingriffe in die Intim- und Privatsphäre statt. Die Betroffenen werden auch getäuscht, in dem man ihnen wichtige Informationen vorenthält.

Das müssen Sie genauer erklären.

Beim Einfrieren von Eizellen etwa wird Frauen vorgegaukelt, dass sie ihren Kinderwunsch verschieben und derweil weiter auf der Karriereleiter hochklettern können. Da ist die Rede von der Gleichstellung der Geschlechter, und es wird so getan, als hätte man sich damit eine Versicherung fürs Leben erworben. Aber da traut man der Technik zu viel zu. Was häufig nicht erwähnt wird, ist die Tatsache, dass das sogenannte Social Freezing keine natürliche Schwangerschaft ermöglicht und dass die Entnahme von Eizellen mit erheblichen Belastungen verbunden ist. Die Frau muss dafür hormonell stimuliert werden, was hohe gesundheitliche Risiken birgt. Hinzu kommt, dass die Entnahme der Eizellen zu Narben und Entzündungen führen kann, die ihre Fruchtbarkeit beeinträchtigen. Und das ist noch nicht alles. Wenn diese Frau später ein Kind möchte und dafür auf ihre eigenen, tiefgefrorenen Eizellen zurückgreifen will, setzt das immer eine Reagenzglas-Befruchtung voraus. Die größte Täuschung betrifft allerdings den Ausgang der ganzen Transaktion. Das Konservieren der Eizellen garantiert nämlich keineswegs die Geburt eines gesunden Babys. Nach heutigen Kenntnissen liegt die Erfolgsrate bei maximal 15 bis 20 Prozent. Ähnliches gilt für viele vermeintliche Früherkennungs- oder Vorsorge-Tests, die oft nicht das halten, was sich die Betroffenen davon versprechen. Daran sieht man: Selbstbestimmung ist etwas sehr Janusköpfiges. ■

Buch-Tipp

Gerbert van Loenen: Das ist doch kein Leben mehr! Warum aktive Sterbehilfe zu Fremdbestimmung führt. Mabuse-Verlag, 2014; 250 Seiten; 19,90 Euro