

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen

aktuell 2021

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Erika Feyerabend

Autonomie am Lebensende – ein (uneinlösbares) Versprechen?,
Seite 250–267

doi: 10.30433/GWA2021-250

Erika Feyerabend

Autonomie am Lebensende – ein (uneinlösbares) Versprechen?

Der Beitrag stellt die grundlegenden Definitionen über aktive Sterbehilfe, passive Sterbehilfe, indirekte Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid dar und zur Diskussion. Behandelt werden auch philosophische, juristische und medizinische Aspekte der Autonomie am Lebensende. Zur Anregung und zum weiteren Nachdenken sowie zur Bewertung der Debatte um die Sterbehilfe werden Beispiele aus europäischen Nachbarländern ebenso vorgestellt wie aktuelle deutsche Gesetzesentwürfe.

Grundlegende Begriffe

Seit etwa vierzig Jahren ist die aktive Sterbehilfe im Gespräch. Die letzte Tatherrschaft, die Vergabe eines tödlichen Mittels, liegt in diesem Fall bei Ärzt:innen, die das tödliche Mittel per Kanüle verabreichen. Davon unterschieden wird die Beihilfe zum Suizid durch Mediziner:innen oder Sterbehilfeorganisationen. Der letzte Akt, die Einnahme dieses Mittels, liegt beim Suizidwilligen und wird deshalb, vor allem juristisch, als Ausdruck der Willensfreiheit interpretiert. Die Tatherrschaft liegt beim Betroffenen selbst. Daneben wird über die „passiv genannte Sterbehilfe“ gesprochen, die nach langjährigen Debatten hierzulande erlaubt ist. Gemeint sind damit therapeutische Handlungen, auch sogenannte lebenserhaltende Maßnahmen zu unterlassen oder gar nicht erst zu ergreifen, um den Tod von Patienten zuzulassen beziehungsweise zu ermöglichen, wenn dies dem vorab in einer Patientenverfügung niedergelegten Willen – oder dem von Angehörigen oder Betreuer:innen interpretierten „mutmaßlichen“ Willen – entspricht. Dies ist in Deutschland und vielen anderen europäischen Staaten erlaubt. Der vierte verwendete Begriff – auch in vielen Patientenverfügungen – ist die „indirekte“ Sterbehilfe. Gemeint ist damit die verbreitete Vorstellung einer hoch dosierten Schmerzmittel- oder Betäubungsmittelvergabe, die unbeabsichtigt zum Tode führt.

Was so eindeutig, klar und abgrenzbar erscheint, lässt viele Fragen offen: Worin unterscheiden sich eigentlich aktive Sterbehilfe außer in der Tatherrschaft und die Beihilfe

zum Suizid, wenn die Beihilfe auch darin besteht, das tödliche Mittel bereitzustellen? Nur die Sekunde der Einnahme des Mittels unterscheidet beide Prozeduren, die beide den Tod herbeiführen sollen und die Mediziner:innen beziehungsweise Sterbehelfer:innen zuvor organisiert haben. Auch bei der passiv genannten Sterbehilfe ergeben sich Fragen: Es handelt sich faktisch um einen aktiven tödlichen Behandlungsabbruch beziehungsweise um das tödliche Nichteinleiten einer möglichen Behandlung, und zwar außerhalb der Sterbephase. Wie ist ein mutmaßlicher Wille oder eine Willensänderung zu ermitteln? Was sind überhaupt lebenserhaltende Maßnahmen? Die Grenze zwischen indirekt genannter Sterbehilfe und aktiver Sterbehilfe liegt im Motiv, nicht in der Tatherrschaft. Wie ist dieses Motiv zu ermitteln? Palliativmediziner:innen behaupten darüber hinaus, dass eine gute und professionelle Schmerzbehandlung das Leben eher verlängere als verkürze.

Überlegungen jenseits medizinischer Handlungen

Sterben gilt vielfach als tabuisiert und ist doch ein heiß diskutiertes Thema in vielen modernen Gesellschaften. Die Frage ist nicht vor allem, ob über das Sterben geredet wird, sondern wie über das Sterben geredet wird. Hier ist eindeutig, dass in einer stark individualisierten Gesellschaft der Begriff der Autonomie entsprechend interpretiert wird. Sterben gilt als planungsrelevanter Lebensabschnitt durch professionelle Dienstleistung. Eine Kultur der Unverfügbarkeit (Rosa 2020) von existenziellen Lebensabschnitten wie Geburt und Sterben ist im Verschwinden begriffen. Individuelle Planung wird als verantwortliches und gewünschtes Verhalten im öffentlichen Raum zur Sprache gebracht und auch angesichts von allgemeinen Zukunftsängsten und verständlichen Kontrollbedürfnissen individuell so empfunden. Diese gesellschaftliche Stimmung und diese Anleitung für die Auseinandersetzung um das Menschheitsproblem „Sterben“ stehen im Fokus der Überlegungen dieses Beitrags – keinesfalls die moralisch aufgeladene Bewertung des Verhaltens einzelner Bürger:innen. Es geht vielmehr um die alte Frage nach dem „guten Leben“ in seinen sozialen Dimensionen in der Philosophie – eben auch am Lebensende. Über Suizid haben sich viele Philosophen in unterschiedlichen Epochen Gedanken gemacht.

Eine Imagination vom „guten“ Tod, der geschieht oder jemanden ereilt, ist heute verblasst. Das selbst entschiedene Ableben ist vorherrschend – also die Wahl von Ort, Zeit und den planbaren Umständen. In diesem Zusammenhang stehen auch die aktuellen Debatten um die Beihilfe zur Selbsttötung und Sterbehilfe. Der Hagener Philosophieprofessor Thomas Sören Hoffmann erinnert in dem Buch „Was heißt: In Würde sterben?“ daran, dass die Frage, ob man sich selbst den Tod geben können soll, eine lange, kontroverse Geschichte hat (Hoffmann 2015). Hoffmann identifiziert aber in modernen Gesellschaften bedeutsame Veränderungen. Für Platon beispielsweise hatten die „Götter uns auf die Wacht gestellt, von der sich niemand nach eigenem Gutdünken entfernen kann“ – und nur die „Unvernünftigen“ verlassen ihren Posten. Andere Vertreter der griechischen Philosophie wie Hegesias sahen in der Selbsttötung die Möglichkeit, einer zu erwartenden negativen Lebensbilanz zu entgehen. Allerdings sollen sich zu viele seiner Schüler diese Empfehlung zu eigen gemacht haben. Hegesias soll zum öffentlichen Ärgernis und aus Alexandria vertrieben worden sein. Philosophen wie Søren Kierkegaard sahen im Suizid keinen Akt der Selbstbehauptung, sondern ein Verzweifeln an sich selbst und der Welt, aus der nur gelingende Kommunikation retten kann. Karl Jaspers machte eine „Verstrickung aus unendlichen Motiven“ aus, und Jean Améry interpretierte ihn als Ausdruck radikaler, individueller Freiheit – dann aber durchaus gegen geltendes Recht und Moral. Wie immer auch die Urteile ausfielen: Es ging ausschließlich um den Tod, den sich jemand eigenhändig und einsam gab. Selbstverhältnis und Selbstwahrnehmung bei dieser Existenzvernichtung waren von Belang, die Bedeutung dieses Todes für jemanden höchstpersönlich. Krankheit oder äußere Umstände erzwingen nichts, sie könnten lediglich Anlass sein, an der Möglichkeit zu zweifeln, ein Selbstverhältnis dazu aufzubauen. Zum Suizid (be)raten oder zureden, ihn geräuschlos gesellschaftlich organisieren und gesetzlich ordnen, das hatte keinen Platz in vergangenen Denkhorizonten. Hoffmann konstatiert angesichts dieser Lage: „Es ist ein Tod in den gesellschaftlichen Mechanismen, der niemals ‚in sich‘ und auch nur ‚für mich‘, sondern ‚für etwas‘ gut ist. Der ‚eigene‘ Tod ist es trotz mancher anderslautender Redensarten jedenfalls nicht – eher ist es die äußerste aller Entfremdungen.“ Der epochenspezifische Bruch, der in der heutigen Gesellschaft aufzufinden ist, ist der entscheidende Unterschied zwischen einem einsamen, herbeigesehnten oder auch verworfenen Suizid und Suizidbeihilfe als moderne Dienstleistung.

Aktueller Stand in der deutschen Rechtsprechung

In Deutschland wird um die Beihilfe zum Suizid als Dienstleistung mit Rechtsanspruch gerungen. Aktive Sterbehilfe gilt als derzeit politisch und juristisch nicht durchsetzbar und als klar abgrenzbar von der Dienstleistung Suizid. Die Selbsttötung ohne Beihilfe durch Dritte ist und bleibt nicht strafbar. Es gibt viele Bemühungen die eher als „spontane Suizide“ bezeichneten zu verhindern, also jene ohne professionelle Beratung und Dienstleistung. Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention spricht von offiziell etwas unter 10.000 Suiziden pro Jahr und 100.000 Suizidversuchen (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention 2021a).

Lange war die Beihilfe zum Suizid als Dienstleistung in einer rechtlichen Grauzone angesiedelt – gesetzlich nicht verboten, aber über ärztliche Ethik nicht befürwortet. Es gab die Möglichkeit, mit dem Betäubungsmittelgesetz in Konflikt zu geraten, das eine Gabe von Betäubungsmitteln für den Suizid nicht vorsieht, oder der unterlassenen Hilfeleistung beschuldigt zu werden als garantenpflichtige(r) Angehörige(r) und als Mediziner:innen. Das hat sich mit der strafrechtlichen Regelung des Paragraphen 217 insofern geändert, dass Beihilfe zum Suizid unter Strafe gestellt wurde, sofern es sich um eine „geschäftsmäßige“ – interpretiert als eine auf Wiederholung angelegte – Beihilfe handelt. Rechtliche Regelungsversuche für und auch gegen die Beihilfe zum Suizid hat es seit den 1970er Jahren gegeben. Anlass für die Debatte, die dann im Jahr 2015 in den Paragraphen 217 StGB mündete, waren unter anderem die Aktivitäten von Roger Kusch und seinem Sterbehilfeverein, der zum Teil gegen erhebliche Honorare bis zu 7.000 Euro Beihilfe leistete (Sterbehilfe e.V. 2021). Wer eine Art Premium-Mitgliedschaft für 7.000 Euro wählte, dessen Suizidhilfe-Antrag wurde und wird sofort geprüft, wer nur 2.000 Euro überwiesen hat, muss(te) ein Jahr warten. Nach eigenen Angaben hat Roger Kusch und sein Sterbehilfeverein nach dem Spruch des Bundesverfassungsgerichts für 65 Mitglieder Beihilfe zum Suizid geleistet (Keller 2020). Diese Praxis wollten einige Parlamentarier verhindern, andere eine strafrechtlich sichere Basis dafür schaffen.

Der Wortlaut des mehrheitlich beschlossenen Strafrechtsparagraphen führte zu Verfassungsbeschwerden von Sterbehilfeverbänden, Rechtsanwält:innen und auch

einigen Palliativmediziner:innen sowie Suizidwilligen. Das Bundesverfassungsgericht hat diesen Einsprüchen zum Teil stattgegeben. Ärzt:innen oder auch Sterbehilfebände sollen diese Dienstleistung auch wiederholt durchführen dürfen. Die Begründung der Verfassungsrichter:innen dazu lautet: „Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren“ (Bundesverfassungsgericht 2020). Die Leitsätze der Verfassungsrichter:innen betonen, dass das Vorliegen einer schweren Erkrankung nicht zwingend ist, ebenso wenig wie das Alter. Jeder Mensch hat zu jedem Zeitpunkt des Lebens, unabhängig von Alter und Krankheit, das Recht auf eine solche Beihilfe. „Das Recht des zur freien Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähigen Menschen, sich das Leben zu nehmen, ist vom Gewährleistungsgehalt des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Artikel 2 Absatz 1 i.V.m. Artikel 1 Absatz 1 Grundgesetz) umfasst.“ Der Zusatz, dass „der Staat dafür Sorge zu tragen hat, dass der Entschluss, (...) tatsächlich auf einem freien Willen beruht“, und der „assistierte Suizid in der Gesellschaft“ sich nicht als „normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt“, wird als begründete Aufgabe des Gesetzgebers angesehen. Weiterhin führen die Verfassungsrichter:innen aus: Die Dauerhaftigkeit sei ein Kriterium, um „die Ernsthaftigkeit eines Suizidwunsches nachzuvollziehen und sicherzustellen, dass er nicht etwa auf einer vorübergehenden Lebenskrise beruht“.

Nach Ansicht „sachkundiger Dritter“ bilden gerade psychische Erkrankungen eine erhebliche Gefahr für die freie Suizidentscheidung. Ihren Ausführungen zufolge liegen nach weltweit durchgeführten empirischen Untersuchungen in rund 90 Prozent der tödlichen Suizidhandlungen psychische Störungen vor. Auch die Gefahr einer gesellschaftlichen Normalisierung der Suizidhilfe „insbesondere für alte und kranke Menschen“ wird gesehen – „nicht zuletzt angesichts steigenden Kostendrucks in den Pflege- und Gesundheitssystemen“. „Ebenso darf es der Gesetzgeber als Gefahr einer Normalisierung der Suizidhilfe ansehen, dass Personen durch ihr gesellschaftliches und familiäres Umfeld in die Situation gebracht werden können, sich gegen ihren Willen mit der Frage der Selbsttötung auseinandersetzen zu müssen und mit Verweis auf Nützlichkeiten unter Erwartungsdruck zu geraten.“

Das wirft viele Fragen auf:

- Was ist unter diesen gesellschaftlichen Umständen „selbstbestimmtes Sterben“?
- Welche strafrechtlichen Regeln können die „selbstbestimmte Verfügung über das eigene Leben als unmittelbarer Ausdruck der Menschenwürde innewohnenden Idee autonomer Persönlichkeitsentfaltung“ sicherstellen, völlig unabhängig von den sozialen Umständen des Lebens?
- Wer stellt überhaupt die „freie Willensfähigkeit“ fest?
- Können psychisch Kranke, Menschen mit Depressionen, mit Psychosen oder mit geistiger Behinderung die Dienstleistung Suizidbeihilfe nicht in Anspruch nehmen oder jene, die oft begleitend zu einer Krebserkrankung depressive Phasen durchmachen?
- Wie wird die „Willensfähigkeit“ oder „Willensfreiheit“ jener eingeschätzt, die aufgrund von Altersbeschwerden oder des Todes des Lebenspartners oder der Lebenspartnerin traurig und verzweifelt sind?
- Wer kann die „Ernsthaftigkeit“ und „Dauerhaftigkeit“ eines Suizidwunsches in welchem vorgeschriebenen Zeitraum als gegeben beurteilen?
- Existiert die Figur des rein rational entscheidenden Menschen, der sein Leben bilanziert und zum Ergebnis kommt: Es erwartet mich nichts mehr, ich möchte deshalb einen „Bilanzsuizid“?

In kritischer Absicht stellte sich aus Sicht des Palliativmediziners Professor Andreas Lübbe die Frage: „Worin besteht eigentlich der Unterschied zwischen einer ärztlichen Beihilfe zum Suizid als eine Art rechtlich beanspruchbare Dienstleistung und der sogenannten aktiven Sterbehilfe?“ (Lübbe 2021). Zurecht stellt sich die Gesellschaft für Suizidprävention folgende Fragen: „Eine Legalisierung des assistierten Suizids hat Einfluss auf die Wahrnehmung des Menschen hinsichtlich seines Daseins. Wir müssen uns die Frage stellen: was macht die Legalisierung des ärztlich assistierten Suizides und der bereits jetzt zu bemerkenden Forderung nach der Tötung auf Verlangen mit jedem einzelnen Menschen, mit der Gesellschaft? Wir müssen diskutieren, was es mit den älteren Menschen macht, die zwar im Rahmen ihres Berufslebens viel geleistet haben, aber nun klar von der Gesellschaft signalisiert bekommen: Du wirst nicht mehr gebraucht. Die erfahren, dass sie von ihrer Familie nicht mehr versorgt werden können, da die Kinder und Enkel irgendwo auf der Welt leben. Die in den Medien hören, wie

prekär die Situation in den Pflegeeinrichtungen ist, dass es nicht genügend Pflegekräfte gibt. [...] Es ist kaum vorstellbar, dass hier mit der Schaffung der Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids nicht ein Gedanke und damit (un)bewusster Druck entsteht, den Angehörigen und der Gesellschaft nicht mehr länger zur Last zu fallen. [...]?“ (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention 2021b). Darüber hinaus lässt sich thematisieren, ob die passiv genannte Sterbehilfe beziehungsweise der Diskurs über Patientenverfügungen, Ratgeberliteratur und entsprechende Beratungsangebote (Behandlung im Voraus planen) nicht eine Vorstellung des „selbstbestimmten Sterbens“ gebahnt hat, die nun auch in Form der Beihilfe zum Suizid legitimiert wird oder möglicherweise in absehbarer Zeit auch in Form der aktiv genannten Sterbehilfe droht?

Erste juristische Alternativvorschläge

In der nächsten Legislaturperiode wird es abschließende Debatten über einen neu zu formulierenden Paragraphen 217 geben. Bislang liegen drei Vorschläge zur möglichen Regelung der Suizidhilfe vor, die jeweils von Abgeordneten verschiedener Fraktionen getragen werden. Als vierten Vorschlag legte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen „Diskussionsentwurf“ vor.

Der Gesetzentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr (FDP), Dr. Karl Lauterbach (SPD), Dr. Petra Sitte (Die Linke), Swen Schulz (SPD) und Otto Fricke (FDP) beinhaltet notwendig angenommene Konditionen, um Beihilfe zum Suizid zu erlauben, ohne dabei mit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts in Konflikt zu geraten: „Menschen, die sehnlichst sterben möchten“ und „im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte“ und älter als 18 Jahre sind, sollen Zugang zu Medikamenten der Selbsttötung haben, und jene, die „dieser vulnerablen Gruppe helfen möchten“, sollen Rechtssicherheit erhalten. Staatlich finanzierte, wohnortnahe Beratungsstellen prüfen den freien Willen, „unbeeinflusst von akuten psychischen Störungen“, dessen „Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit“ sowie den Ausschluss „unzulässiger Einflussnahmen oder Druck“ und klären über Folgen und Handlungsalternativen zum Suizid auf. „Die Beratung ist ergebnisoffen zu führen und soll nicht bevormunden.“ Als Beratungsstellen können auch Einrichtungen freier Träger sowie Ärzt:innen anerkannt werden. Besonders die Ärzt:innen verfügten oft über ein „lange gewachsenes Vertrauensverhältnis“ und über die Kompetenz dazu,

das „Vorliegen eines autonom gebildeten freien Willens und eine Verschreibung von Medikamenten zur Selbsttötung“ zu erkennen. Die Beratung darf nicht länger als acht Wochen zurückliegen (Helling-Plahr 2021).

Der Regelungsvorschlag von Renate Künast und Katja Keul (beide Bündnis90/Die Grünen) unterscheidet sich im Wesentlichen vom interfraktionellen Gesetzentwurf darin, „ob die Betroffenen ihren Tod wegen einer schweren Krankheit anstreben oder aus anderen Gründen. Im ersteren Fall soll der Ärzteschaft bei der Prüfung, ob das Hilfsmittel zur Verfügung gestellt wird, eine entscheidende Rolle zukommen, während im letzteren Fall höhere Anforderungen (Dokumentation der Dauerhaftigkeit eines selbstbestimmten Entschlusses) errichtet werden und der Ärzteschaft keine zentrale Rolle zugewiesen wird“. Es ist eine Gesetzesentwurfsskizze „zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben“, das nicht über das Strafrecht regelt. Bestehen auch nur geringe Zweifel an einer freien Willensbildung, so ist zusätzlich ein Gutachten einzuholen, das geeignet ist, diese Bedenken zu überprüfen. Auch Minderjährigen solle der Zugang zu tödlichen Mitteln ermöglicht werden, sofern ein spezielles Gutachten eingeholt wurde. Zwischen der Bescheinigung und der Verschreibung sollen mindestens zwei Wochen liegen (Künast 2021).

Ziel des Diskussionsentwurfs aus dem Bundesgesundheitsministerium ist es, einerseits das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen zu schützen und andererseits auch sein Leben. Grundsätzlich soll dies durch ein strafrechtliches Verbot der Hilfe zur Selbsttötung gelingen. In Ausnahmefällen soll diese Suizidbeihilfe straflos bleiben, wenn ein abgestuftes Schutzkonzept eingehalten wird. Einflussnahme oder Druck durch Dritte soll ebenfalls ausgeschlossen werden, und auch andere, dem Betroffenen nahestehende Personen sollen generell von der Strafdrohung ausgenommen werden. Öffentlich geförderte Beratungsstellen sollen hinreichend lange vor dem beabsichtigten Suizid ergebnisoffen beraten und andere Wege aufzeigen. Zwei Ärzt:innen, von denen eine(r) eine Ausbildung für Psychiatrie und Psychotherapie haben muss, müssen den „freien und selbstbestimmten Entschluss zum Suizid“ feststellen und dürfen nicht an der Selbsttötung beteiligt sein (Bundesministerium für Gesundheit 2021).

Der Diskussionsentwurf des BMG deckt sich in einigen Ansätzen mit den Eckpunkten für eine Neuregelung der Suizidbeihilfe von Ansgar Heveling (CDU) und dem früheren Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) sowie anderen Parlamentarier:innen aus verschiedenen Parteien, wird im Deutschen Ärzteblatt berichtet (Deutsches Ärzteblatt 2021). Damit die Suizidbeihilfe nicht unmöglich wird, soll sie nur unter sehr bestimmten Voraussetzungen legal sein. Dazu bedürfe es des Schutzes besonders vulnerabler Gruppen und einer Beratung, die Hilfe zum Leben aufzeige.

Auch die einflussreiche Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina hat Empfehlungen veröffentlicht, an denen sich der Gesetzgeber orientieren könnte (Nationale Akademie der Wissenschaften 2021). Grundsätzlich sollte nur der „autonom gebildete Suizidwillen“ von Volljährigen anerkannt werden, die keine psychischen Erkrankungen haben. Durch ärztliche Expertise sei auch sicherzustellen, dass äußerer Druck nicht beeinflussend wirkt. Eine hochwertige und ergebnisoffene Beratung solle dieses „Ideal“ gewährleisten. Liegt ein besonderer Leidensdruck vor, dann könne von der Vorgabe „Volljährigkeit“ und einer „angemessenen“ Wartezeit zwischen Beratung und Beihilfe abgesehen werden. Kommerzielle Angebote und Werbung sollten verboten, das ärztliche Berufsrecht und das Betäubungsmittelgesetz entsprechend angepasst werden.

Der Deutsche Ärztetag hat im Mai des Jahres 2021 seine berufsrechtlichen Regeln bereits dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts angepasst und die Beihilfe seitens der Ärzteschaft erlaubt. Die Musterberufsordnung wird entsprechend verändert. Dieser Beschluss soll aber nicht als Signal verstanden werden, dass die Ärzteschaft nun Beihilfe zum Suizid leiste, was immer noch als „nichtärztlich“ gilt. Es werde lediglich Rechtssicherheit geschaffen – ärztliches Handeln bleibe lebensorientiert (Haserück und Richter-Kuhlmann 2021).

Die internationale Entwicklung: Die Niederlande

In den Niederlanden ist Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid als erstem Land in Europa seit dem Jahr 2002 rechtlich zulässig und wird bislang recht undramatisch gesellschaftlich praktiziert. Seit Ende der 1960er Jahre wurde über „Euthanasie“ in dem Nachbarland diskutiert.

Die positiven Stellungnahmen der reformierten Kirche, der niederländischen Ärztevereinigung (KNMG) – wenn auch zunächst zögerlich – machten die Patiententötung zu einer expertengestützten Position. Trotz strafrechtlichem Verbot der Tötung durch Ärzt:innen wurden diese Taten vor Gericht nicht geahndet. Möglich war dies durch die speziell niederländische juristische Konstruktion des „gedocht“ (Geduldetsein). Im Rahmen dieser Urteile entstanden die sogenannten „Sorgfaltskriterien“, die bis heute Bestandteil des Gesetzes sind. Besonders die Medienberichterstattung thematisiert die Euthanasie meist positiv als Möglichkeit, die „Autonomie des Einzelnen“ zu stärken – gegen die kritisierte „Herrschaft“ der Ärzt:innen. Diese gesellschaftlich geschaffene Stimmung mobilisierte bürgerschaftliches Engagement zum Beispiel in der sehr bedeutenden Niederländischen Vereinigung für freiwillige Euthanasie (NVVE). Diese langjährige Euthanasiepraxis und die angesprochene gesellschaftliche Stimmung führten im Jahr 2002 zum Inkrafttreten des Gesetzes über aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid. Besonders Hausärzt:innen klagen seither darüber, dass Patient:innen nicht um Euthanasie bitten würden, sondern sie als Rechtsanspruch verstehen. Rein empirisch sind mit dem Gesetz die Anzahl der Patient:innentötungen angestiegen.

Wenn sogenannte Sorgfaltskriterien erfüllt wurden, gilt eine Euthanasie wie auch eine Suizidbeihilfe als straffrei. Das bedeutet: Wenn eine Ärzt:in überzeugt ist, dass die Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert wurde, keine Aussicht auf Besserung besteht und die Patient:in „unerträglich“ leidet, diese über die Situation und medizinische Prognose aufgeklärt wurde, es ärztlicherseits keine andere annehmbare Lösung gibt, mindestens eine unabhängige Mediziner:in zurate gezogen und die Lebensbeendigung fachgerecht durchgeführt wurde, gilt die Beihilfe als straffrei. Die tötende Mediziner:in sollte eine unnatürliche Todesursache an eine der zuständigen fünf Kontrollkommissionen melden, die nach vollzogener Tat die Erfüllung dieser Sorgfaltskriterien prüft. Lediglich bei vier der insgesamt 6.361 in dem Berichtsjahr 2019 gemeldeten Fälle von Lebensbeendigung auf Verlangen kamen die Kontrollkommissionen zu dem Schluss, dass eine oder mehrere der im Sterbehilfegesetz niedergelegten Sorgfaltskriterien nicht eingehalten wurden (Euthanasiekommission 2019).

Die Entwicklung in den Niederlanden ist für die bundesdeutsche Situation lehrreich. Von anfänglichen Einzelfällen sind seit dem Inkrafttreten des Gesetzes mit 1.882 Fällen (2002) kontinuierliche Steigerungen der Euthanasiepraxis auf 6.361 Fälle (2019) zu verzeichnen. Die Beihilfe zum Suizid ist im Nachbarland relativ selten. Laut Euthanasiebericht waren es 245 Fälle im Jahr 2019. Die Ausweitung auf Situationen, in denen behinderte Neugeborene, demenziell veränderte und psychisch kranke Menschen euthanasiert wurden, ist ebenfalls zu verzeichnen. Auch die Kulmination von Altersbeschwerden werden zunehmend als tötungsrelevant akzeptiert. Diese eigentlich verbotene Praxis hat besonders mit der Gründung der Lebensbeendigungskliniken zugenommen. Das sind mobile Teams, die seit dem Jahr 2012 zu den Patient:innen fahren, die getötet werden wollen. Anders als die Hausärzt:innen kennen sie die Kranken nicht und haben nichts anderes anzubieten als den tödlichen Cocktail (Euthanasiekommission 2019). Einige Krankenkassen, beispielsweise „Menzis“, vergüten diese Dienstleistung.

Theo Boer ist Professor für Gesundheitsethik an der Protestantisch-theologischen Universität in Groningen und Mitglied des niederländischen Gesundheitsrats. Von 2005 bis 2014 war er Mitglied einer staatlichen Prüfungskommission für aktive Sterbehilfe und untersuchte die von Ärzt:innen akzeptierten Anfragen zur Euthanasie. Einige seiner Ergebnisse aus 3.500 Berichten zeigen: Manchmal war der Druck seitens des Patienten und seiner Angehörigen so immens, dass die Frage aufkommt, wie frei der Doktor noch in seinen Entscheidungen ist. In 60 Prozent der untersuchten Fälle war es der Verlust von „Autonomie“ selbst, der den Euthanasiewunsch begründete, etwa nicht mehr selbst in das Badezimmer zu gelangen oder an das Haus gebunden zu sein. „Selbst total abhängig zu sein von anderen, passte nicht zur Person, die er gewöhnlich war“, schrieb ein Arzt über einen ehemaligen Co-Direktor einer großen Firma. Für andere war es nicht tragbar, sich nur als „Objekt der Pflege“ zu fühlen. In 55 Fällen waren es ehemalige Krankenschwestern, die nicht gepflegt werden wollten. Andere wollten die Euthanasie, weil sie litten – auch unter Angst, dem Verlust an Körperfunktionen, Sinnlosigkeit und Einsamkeit oder darunter, dass die Kinder sie in diesem Zustand ablehnen könnten. In einem von zehn Berichten war es die Qualität der Pflege, die zur Nachfrage führte. Einige Menschen lebten in totaler sozialer Isolation und wussten nicht, wie sie zu einer

angemessenen Pflege kommen konnten. Einige litten unter zu viel Behandlung. Ein Doktor schrieb: „Alles in allem erhielt der Patient dreimal Chemotherapie. Es gab keinen Effekt, außer dass nur ruiniert wurde, was an seinem Wohlergehen noch blieb.“ Ein Patient lebte zu Hause, und eine Pflegekraft kam zweimal am Tag zu dem inkontinenten Patienten, oder ein anderer Patient sah in zwei Wochen mehr als zwanzig verschiedene Pflegekräfte. Eine 69-jährige Frau bekam viele sedierende Medikamente und wollte in ein Programm zur Reduzierung solcher Medikamente, wurde aber abgelehnt, verlor darüber hinaus Kontakt zu ihren beiden Söhnen, und die Tochter besuchte sie einmal pro Woche, um ihr Lebensmittel zu bringen. Als sie nach Jahren der Wartezeit nicht in ein Heim kam, verlor sie die Hoffnung, und das war nicht mehr akzeptabel für sie (Boer 2014).

Verfolgt man die Geschichte der Euthanasie in diesem Nachbarland, so ist festzustellen: Einige Ärzt:innen, Theolog:innen, Mediziner:innen und auch Vertreter:innen der NVVE waren bis in die 1980er Jahre der Auffassung, nur „freiwillige Euthanasie“ solle zugelassen werden mit Verweis auf Manipulationsmöglichkeiten. Einige Vertreter:innen dieser Berufsstände waren schon zu Beginn der Debatte dafür, auch andere Lebenssituationen (Demenz, Koma, psychische Erkrankungen, Altersbeschwerden) zuzulassen, also auch „unfreiwillige“ Tötungen (van Loenen 2014). Es ist in den Niederlanden bereits Praxis, bei kulminierenden Altersbeschwerden demenziell veränderte Menschen mit einer entsprechend formulierten Patientenverfügung straffrei zu töten. Schon neun Jahre nach dem Gesetz zur Lebensbeendigung kam eine weitere Debatte auf: „Die Letzte-Wille-Pille für Menschen über 70 Jahre.“ Ein Anteil von 70 Prozent der Bevölkerung, so das Ergebnis einer Umfrage, befürwortet dieses Vorhaben. Ein Beispiel für Deutschland? – das fragten in der Süddeutschen Zeitung Journalist:innen bereits im Jahr 2010 (Ahlemeier und Pfauth 2010).

Internationale Entwicklung: Europa

Die Länder Belgien, Luxemburg und aktuell auch Spanien, wo vor Kurzem die aktive Sterbehilfe zugelassen wurde, sind dem niederländischen Modell gefolgt. In Österreich hat das Verfassungsgericht die Beihilfe zum Suizid ebenfalls für zulässig erklärt. Damit ist Österreich nun in der gleichen Lage wie die Bundesrepublik. In der Schweiz gibt es

ebenfalls schon lange die Beihilfe als ein reguläres Angebot von Sterbehilfeverbänden und einen entsprechenden Sterbehilfetourismus. Aktiv genannte Sterbehilfe ist dort weiterhin verboten. Die Zahl der assistierten Suizide hat sich in der Schweiz mit 1.176 Fällen im Jahr 2018 gegenüber dem Jahr 2010 mehr als verdreifacht. Im Vergleich zum Vorjahr betrug der Anstieg 17 Prozent. Die Zahlen betreffen ausschließlich Personen, die in der Schweiz wohnhaft sind. Damit macht „Selbsttötung mithilfe von Dritten“ als Todesursache im Jahr 2018 bereits einen Anteil von 1,8 Prozent aller Todesfälle in der Schweiz aus (Imabe 2020). Der Sterbehilfetourismus wird vor allem über den Verein Dignitas organisiert, der gleich nach dem Urteil des BVerfG ankündigte, nun auch wieder in Deutschland aktiv zu werden. Nach eigenen Angaben haben zwischen den Jahren 1999 und 2020 insgesamt 1.406 deutsche Bürger:innen über die Organisation Dignitas ihr Leben beendet (Dignitas 2020).

In Belgien ist wie auch in den Niederlanden die Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid (EAS = Euthanasie Assisted Suicide) seit dem Jahr 2002 erlaubt. Die Zahl der Fälle ist seither auch in Belgien angestiegen – von 24 (2002) auf 2.656 Fälle (2019). Das Kontrollsystem, das vor Missbrauch bei Tötung auf Verlangen und assistiertem Suizid schützen sollte, sei de facto gescheitert, urteilt ein Forscherteam um den Public-Health-Experten und Ethiker Kaspar Raus von der Universität Gent (Raus 2021). Die Autoren geben dafür drei Gründe an: Erstens wurde der Anwendungsbereich des Euthanasiegesetzes vom Jahr 2002 immer weiter ausgedehnt. Laut Gesetz ist EAS nur bei schweren, unheilbaren und unerträglichen Krankheiten zugelassen. Inzwischen akzeptiert man jedoch auch Lebensmüdigkeit als Grund, obwohl das nicht legal ist; oder die Ärzt:innen geben Polypathologie als multiple, im Alter auftretende Beschwerden wie Seh- und Hörverluste, Schwäche, Müdigkeit etc. an. Im Jahr 2019 wiesen bereits 17,3 Prozent aller gemeldeten Euthanasie-Fälle in Belgien die Indikation Polypathologie auf. In 47 Prozent dieser Fälle waren die Senioren nicht im terminalen Stadium. Zweitens haben die nach Vorschrift zu konsultierenden zwei unabhängigen Mediziner:innen nur beschränkte Kompetenzen. Letztlich entscheide die behandelnde Ärzt:in. Drittens üben die Autoren scharfe Kritik an der staatlichen Kontrollkommission zur Einhaltung der Gesetze und Schutzkriterien. Tatsächlich wurde bis jetzt ein einziger Fall der Staatsanwaltschaft weitergeleitet. Die Kritik kommt nicht von ungefähr. Mehrere

Kommissionsmitglieder haben das Gremium aus Protest wegen mangelnder Transparenz und Kohärenz bereits verlassen. Schätzungen zufolge wird nur einer von drei Euthanasie-Fällen in Belgien offiziell gemeldet.

Was heißt „in Würde sterben“?

„Würde“ ist ein inflationär gebrauchter und dehnbare Begriff. Er ist keinesfalls klar definiert. „Würde ist kein Zustand, sondern eine soziale Beziehung, die nicht das leiseste Schwanken im Gleichgewicht zwischen der Selbstachtung und der durch andere erfahrene Bestätigung zulässt“, schrieb der Schweizer Kulturanthropologe David Le Breton vor Jahren (Le Breton 2003). Das könnte ein schönes Argument für die Hospizbewegung und die palliative Medizin sein, die den Ausweg aus dem „Dilemma des Lebensendes“ in der Sterbebegleitung sieht und auf ein „würdiges Leben“ vor dem Tod hin orientiert ist. Aber auch in diesem Feld dominiert der „Dienstleistungsgedanke“, der die Professionalisierung aller möglichen Unterstützungen anstrebt und die Vorstellung verbreitet, dass das Sterben auf diesem Wege mehr oder weniger „problemlos“ seinen Schrecken verliert. Möglicherweise stimmt aber auch das nicht. Für uns Heutige ist der große Schrecken des Sterbens die „Angst vor dem Kontrollverlust“. Das ist verständlich. Die „Unverfügbarkeit“ des Todes – und auch anderer Lebensumstände – ist in heutigen Gesellschaften das, was kaum noch denkbar ist. Vielleicht müssen wir uns diesem Gedanken der „Unverfügbarkeit“ annähern, um mit dem Problem der Endlichkeit zurechtzukommen – und selbst das ist nicht sicher. Auch der Begriff der „Autonomie“ kann kritisch reflektiert werden. Denn „[d]er Umgang mit dem eigenen Leben wird (...) nicht nur von den Regulierungen durch allgemeine oder gesellschaftliche Wertvorstellung und Leidbilder losgelöst, er wird auch zur hoch-individuellen, einsamen biografischen Entscheidung, der gesellschaftliche Rahmen wird ausgeblendet.“ „Der terminierte, minutiös geplante und fachkundig assistierte Freitod wird zum Kulminationspunkt ultimativer Selbstverfügung erhoben, der sich persönlichkeitsstimmig und nahtlos fügt in die große neoliberale Erzählung der Selbstverantwortung des Einzelnen angesichts des demographischen Wandels, des Pflegenotstandes und der Mittelknappheit im Gesundheitswesen“, schrieb die Philosophieprofessorin Karin Michel (Michel 2021).

Nachdenken allein hilft nicht. Es muss sich auch materiell etwas ändern. Zwei Stichworte dazu lauten: Hospiz und Palliativmedizin. Ersteres muss verlässlich finanziert und sowohl ambulant als auch stationär vorgehalten werden. Die Palliativmedizin sollte ihren Fokus von der Krebserkrankung auch auf andere schwierige Krankheitssituationen erweitern. Das Wissen über palliative Medizin gehört in die Fläche und nicht nur in spezialisierte Bereiche der Medizin. Bevor die hiesige Gesellschaft mit Beratungsstellen für die Beihilfe zum Suizid überzogen wird, sind Beratungsangebote der Suizid-Prävention auszubauen und anzubieten. Ein flankierendes Gesetz zur Suizidprävention wäre diesem Gedanken sehr dienlich. Das hat die Gesellschaft für Suizidprävention in ihrer Stellungnahme zum Bundesverfassungsgericht mit gutem Grund deutlich formuliert. Die sprechende Medizin sollte vertrauensvolle, therapeutische Beziehungen anbieten können, ausreichend Zeit haben und finanziert werden, um unter anderem auch Wünsche nach Suizid oder Tötung auf Verlangen besprechen zu können. Patienten, die Beweg- und Hintergründe für den Wunsch nach einem assistierten Tod klären können, fühlten sich oft von der unmittelbaren Notwendigkeit todbringender Handlungen befreit. Darauf weist auch eine Gruppe von deutschen und britischen Psychiatern in der Juni-Ausgabe des Deutschen Ärzteblatts hin (Lindner 2021). Die Versorgung pflegebedürftiger, alter, kranker und behinderter Menschen muss mehr ermöglichen als die rein körperliche Versorgung im Minutentakt. Es geht auch um menschliche Beziehungen, um Zuspruch und Begegnung auf Augenhöhe. Das sollten wir alle im Umgang mit Menschen lernen, die nicht mehr allein ihren Alltag bewältigen können und dem kurz währenden Ideal des leistungsfähigen Menschen nicht mehr entsprechen. Das ist lehrreich. Der Gründungsgedanke der Hospizbewegung lautete: Das Sterben in die Mitte der Gesellschaft holen. Damit war nicht gemeint, dass sich nur noch Expert:innen und Spezialist:innen mit der Endlichkeit beschäftigen. Damit werden sicher nicht alle Todessehnsüchte bewältigt und aus der Welt geschafft. Und schwierig werden Entscheidungssituationen am Lebensende bleiben, insbesondere in einer hoch technisierten Medizin. Das müssen sie auch, um nicht folgenden Versuchungen und vorgeprägten Selbstverständlichkeiten zu erliegen:

- Gestalten nur noch als Vorabplanen zu verstehen,
- gewissenhaftes Urteilen und persönliche Verantwortung im Berufsalltag durch Formulare und Dokumentationen zu ersetzen oder Gesetze zu erhoffen, die Rechtssicherheit bieten (vor allem für die Behandler:innen),
- Sterben als Managementaufgabe zu banalisieren, zu formalisieren und aus unser aller „Schicksal“ ein „Machsal“ zu machen, mit Entscheidungen aller Art bis zur Beihilfe zum Suizid oder Sterbehilfe.

Wichtig bleibt die Erkenntnis, dass Tod und Sterben nicht ihren Schrecken verlieren werden, auch dann nicht, wenn die Dienstleistungen, die Planungen, die Kontrolle und damit das Management dieser existenziellen Situationen dies versprechen. Zudem wird ein gefährlicher Entscheidungsraum eröffnet, der sich gesundheitsökonomisch ausdeuten lässt und das gesellschaftliche Zusammenleben tangiert.

Literatur

- Ahlemeier, M. und Pfauth, S. (2010). Leben oder Tod. In: Süddeutsche Zeitung vom 29. März 2010.
- Boer, T. A. (2014). Euthanasia, Ethics and Theology: A Dutch Perspective. In: RES 6 (2/2014). S. 197–214.
- Bundesministerium für Gesundheit (2021). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/S/Suizidhilfe_Gesetz_Arbeitsentwurf.pdf (Download am 15. Juli 2021).
- Bundesverfassungsgericht (2020). https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html (Download am 10. Juli 2021).
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (2021a). Suizidalität. Online unter <https://www.suizidprophylaxe.de/suizidalitaet1/allgemeine-informationen/> (Download am 15. Juli 2021).
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (2021b). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention DGS Teil I. Online unter https://www.suizidprophylaxe.de/files/2021_Initiative%20Suizidpraeventionsgesetz_Teil_I.pdf (Download am 15. Juli 2021).
- Deutsches Ärzteblatt (2021). Online unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/122894/Weitere-uebergreifende-Initiative-fuer-Neuregelung-zur-Sterbehilfe>
- Dignitas (2020). Online unter <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2020.pdf> (Download am 16. Juli 2021).
- Euthanasiekommission (2019). Jahresbericht 2019. Online unter <https://www.euthanasiecommissie.nl/detoetsingscommissies/uitspraken/jaarverslagen/2019/april/17/index>
- Haserück, A. und Richter-Kuhlmann, E. (2021). Ärztliche Suizidassistenz: Berufsrechtliches Verbot entfällt. Online unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/219138/Aerztliche-Suizidassistenz-Berufsrechtliches-Verbot-entfaellt> (Download am 16. Juli 2021).
- Helling-Plahr, K. (2021). Online unter https://www.helling-plahr.de/files/dateien/210129%20Interfraktioneller%20Entwurf%20eines%20Gesetzes%20zu%20Regelungen%20der%20Suizidhilfe_final.pdf (Download am 15. Juli 2021).

- Hoffmann, T. S. (2015). Das gute Sterben und der Primat des Lebens. In: Hoffmann, T. S. und Knaup, M. (Hrsg.). Was heißt in Würde sterben. Wiesbaden. S. 267–294.
- Imabe (2020). Online unter <https://www.imabe.org/bioethikaktuell/einzelansicht/schweizer-statistik-zahl-der-beihilfe-zum-suizid-bei-schweizern-hat-sich-seit-2010-verdreifacht> (Download am 15. Juli 2021).
- Keller, M. (2020). Jeder hat das Recht auf Hilfe beim Suizid, egal, ob jung oder alt, gesund oder krank. Das sagt das Bundesverfassungsgericht. In: Die Zeit (Dossier), Ausgabe vom 3. Dezember 2020.
- Künast, R. (2021). Online unter https://www.renate-kuenast.de/images/Gesetzentwurf_Sterbehilfe_Stand_28.01.2021_final_002.pdf (Download am 15. Juli 2021).
- Le Breton, D. (2003). Schmerzen. Eine Kulturgeschichte. Zürich und Berlin. S. 37.
- Lindner, R., Goldblatt, M., Briggs, S. und Teising, M. (2021). Todeswünsche am Ende des Lebens: Häufig ambivalent. Online unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/219234/Todeswuensche-am-Ende-des-Lebens-Haeufig-ambivalent>
- Lübbe, A. (2021). Wer sind wir und was wird aus uns, wenn Ärzte beim Suizid assistieren? Wer dafür ist, dass Ärzte beim Suizid assistieren, redet der Tötung auf Verlangen das Wort. In: Praxis Palliativ Care 50/21. S. 28–33.
- Michel, K. (2021). Autonomie = Selbstbestimmung? In: BioSkop 94, Juni 2021. S. 14–15.
- Nationale Akademie der Wissenschaften (2021). Online unter https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2021_Diskussionspapier_Neuregelung_des_assistierten_Suizids.pdf (Download am 2. September 2021).
- Raus, K. (2021). Euthanasia in Belgium: Shortcomings of the Law and Its Application and of the Monitoring of Practice. In: Journal of Medicine and Philosophy 46, 1. S. 80–107.
- Rosa, H. (2020). Unverfügbarkeit. Berlin.
- Sterbehilfe e.V. (2021). <https://www.sterbehilfe.de/mitglied-werden/> (Download am 15. Juli 2021).
- van Loenen, G. (2014). Das ist doch kein Leben mehr! Warum aktive Sterbehilfe zu Fremdbestimmung führt. Frankfurt am Main.