

Die Sache mit der Autonomie

■ Das aktuell BVerfG-Urteil zur Suizidbeihilfe stärkt die Selbstbestimmung – Die Politologin und Medizinethikerin Prof. Ingrid Schneider sieht darin auch den Ausdruck eines Trends zur Entsolidarisierung

Stärkt das jüngste Urteil zur Sterbehilfe die Autonomie des Einzelnen? Die Politologin Ingrid Schneider hat Zweifel. Sie befasst sich seit Jahren mit Technikfolgenabschätzung sowie mit Recht und Ethik der modernen Medizin und war als Sachverständige für viele politische Gremien wie den Bundestag, das EU-Parlament und den Österreichischen Nationalrat tätig. Ein Gespräch über Würde, Rechte und die eigentlichen Ängste der Patienten.

EPPENDORFER: Frau Schneider, vor kurzem hat das Bundesverfassungsgericht das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in Deutschland für nichtig erklärt. Ist das Recht, sich selbst zu töten und dabei Angebote von Dritten in Anspruch zu nehmen, ein „Akt autonomer Selbstbestimmung“ und ein „letzter Ausdruck von Würde“, wie es die Richter formuliert haben?

INGRID SCHNEIDER: Natürlich haben Selbstbestimmung und die Freiheit, über das eigene Leben zu entscheiden, einen hohen Wert. Den achte ich auch hoch. Aber das, was da im Namen der Autonomie der Betroffenen betrieben wird, bedeutet zum Teil alles andere als Selbstbestimmung.

EPPENDORFER: Wie meinen Sie das?

SCHNEIDER: 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. Aus meiner Sicht hat das Bundesverfassungsgericht mit seinem Urteil eine Schneise in eine sehr problematische Richtung geschlagen.

EPPENDORFER: Woran machen Sie das fest?

SCHNEIDER: Bisher war die Beihilfe zur Selbsttötung die Ultima Ratio, also der letzte Lösungsweg, wenn zuvor alle sonstigen Lösungsvorschläge verworfen wurden. Es ging um schwerkranke Menschen ohne Aussicht auf Heilung, denen ein qualvoller Tod droht. Jetzt aber haben die Richter die Tür ganz weit für die Beihilfe zum Suizid aufgestoßen. Sie haben das Selbstbestimmungsrecht ganz hoch und den Lebensschutz sehr niedrig angesetzt. Auch die Reichweite der Suizidbeihilfe ist viel größer als vorher. Die Richter haben betont, dass der Rechtsanspruch in jeder Phase des Lebens besteht, unabhängig vom Zustand des Betroffenen, gleich ob man jung oder alt, unheilbar krank oder einfach total verzweifelt ist. Das ist ein absoluter Umbruch. Auch ein junger Erwachsener mit Liebeskummer und fehlendem Ausbildungsplatz könnte jetzt Suizidbeihilfe beanspruchen.

EPPENDORFER: Vielleicht entspricht aber genau das dem Wunsch vieler Menschen. Umfragen zeigen, dass ein Großteil der Deutschen für Sterbehilfe ist.

SCHNEIDER: Bestimmte Arten von Sterbehilfe sind hierzulande ja schon längst erlaubt oder zumindest straffrei. Passive Sterbehilfe zum Beispiel wie der Verzicht auf lebensverlängernde

Maßnahmen ist möglich, sofern eine gültige Willenserklärung in Form einer Patientenverfügung vorliegt. Auch indirekte Sterbehilfe ist zulässig. Wenn also ein Arzt etwa längere Zeit Morphium zur Schmerzlinderung verabreicht, was dazu führen kann, dass sich die Lebensdauer verkürzt. Wenn es

dass genau das ein häufiges Motiv für assistierten Suizid ist. Womöglich wird das Angebot der Suizidbeihilfe jedoch als stille Aufforderung verstanden, dass der Betroffene doch bitte nicht der Gesellschaft zur Last fallen soll. Daran sieht man: Selbstbestimmung ist etwas sehr Janusköpfiges.

wären bei der aktiven Sterbehilfe angekommen.

EPPENDORFER: Was wäre denn so schlimm an der aktiven Sterbehilfe?

SCHNEIDER: Wie man im US-Bundesstaat Oregon sehen kann, wo ärztliche Beihilfe zum Suizid seit 1997 erlaubt ist, oder in den Niederlanden,

scheiden muss, ob und wann er das tödliche Medikament verschreibt. Mit einem Gutachten und dem Rezept bestätigt er gewissermaßen, dass dieses Leben nicht mehr wert ist, gelebt zu werden. Unklar ist, nach welchen Kriterien das beurteilt werden soll. Ist der Sterbewunsch echt oder vor allem ein Hilfeschrei? Wie lange im Voraus darf ein Arzt das tödliche Mittel verordnen? Unweigerlich kommen wohl auch Aspekte mit ins Spiel wie die Frage, was es zum Beispiel kosten würde, ein sehr teures neues Medikament auszuprobieren, einen Patienten mithilfe von viel Physiotherapie wieder beweglicher zu machen oder noch einmal eine andere Form der Schmerztherapie zu versuchen. Daran zeigt sich, dass es in der Debatte um Sterbehilfe auch um wirtschaftliche Interessen geht. Und zwar wohl mehr, als die meisten Menschen ahnen. Tatsächlich ist sie Ausdruck eines allgemeinen Trends zur Entsolidarisierung der Gesellschaft und zur Individualisierung von Verantwortung.

EPPENDORFER: Das müssen Sie genauer erklären.

SCHNEIDER: 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.

EPPENDORFER: Das ist aber doch positiv.

SCHNEIDER: Ja, das finde ich auch gut und wichtig. Ich glaube aber, dass der Wunsch nach Selbstbestimmung heute in einigen Bereichen überschneidend 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 verletzlichen Situation. Da kommen elementare Gefühle wie Angst, Hoffnung, Einsamkeit ins Spiel. Wenn Beihilfe zum Suizid eine Art Dienstleistung wird, die von Ärzten angeboten und erbracht werden kann, dann ändert sich fundamental das ärztliche Selbstverständnis, das bisher der Fürsorge und dem Lebensschutz verpflichtet ist. Seit einigen Jahren kommt noch ein anderer Faktor dazu. Der Patient wird heute sehr stark als Kunde behandelt. Das ist auch ein Resultat der Ökonomisierung der Medizin.

EPPENDORFER: Woran ist das Ihrer Meinung nach erkennbar?

SCHNEIDER: Das können Sie in vielen Bereichen beobachten. Zum Beispiel bei den zahlreichen diagnostischen Tests, die einem beim Arztbesuch mitunter regelrecht aufgedrängt werden und deren medizinischer Nutzen oft fraglich ist. Oder bei den Erstattungsregeln in Krankenhäusern. Es gibt eine Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen. Das Verfassungsgericht hat zwar den Kostendruck im Gesundheitssystem angesprochen, aber letztlich in seinem Urteil die Individualethik vor die Sozialethik gestellt.

Dem Gesetzgeber ist jetzt aufgetragen, zum „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ Regelungen zu treffen, damit es nicht zu eklatanten Fehlentwicklungen kommt. Welche Zulassungsbedingungen soll es für Sterbehilfevereine geben? Wie soll die Begutachtung geregelt werden? Wie verhindert man ein Abgleiten in die aktive Sterbehilfe? **Cornelia Stolze**



Walter Jens 2005 bei einer Rede vor der Akademie der Künste.

Foto: Etan J. Tal

„Nicht totmachen, bitte nicht totmachen!“

■ Walter Jens: Am Ende kam es dann doch alles anders

E hatte sich zeit seines Lebens vehement für die aktive Sterbehilfe eingesetzt: der 1923 geborene Literaturwissenschaftler Walter Jens. Er wolle „nicht als ein dem Gespött preisgegebenes Etwas sterben und der Nachwelt als zuckendes Muskelbündel in Erinnerung bleiben“, so seine Begründung. Für dieses Recht habe er leidenschaftlich, teilweise sogar erbost gestritten, berichtet sein Sohn Tilman Jens. Doch nachdem Walter Jens mit Anfang 80 an Demenz erkrankt ist, kommt alles

anders. Nach und nach verfällt er in geistige Ummachtung, ist oft unruhig, verzweifelt, aggressiv, greift mitunter sogar seine Frau Inge tätlich 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: ihm mit Hilfe eines befreundeten Arztes Suizidbeihilfe zu leisten. Zwei Tage nach Neujahr 2007, scheint es, ist der Zeitpunkt gekommen. Schwere Herzens bereitet die Familie alles vor. Doch dann

sagt Walter Jens den entscheidenden Satz: „Aber schön ist es doch.“ Das war eine unglaubliche Szene, erinnert sich Tilman Jens, insbesondere da sie sich zu einem Zeitpunkt abspielte, zu dem er sich sicher war, dass es der größte Wunsch seines Vaters war zu sterben.

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.

aber darum geht, geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung in Auftrag zu geben, stellen sich noch einmal andere Fragen. Es geht um das Selbstverständnis und Ethos von Ärzten, für die bisher Suizidbeihilfe nicht zu ihren Aufgaben gehört. Und um die Zulassung von kommerziellen Sterbehilfevereinen.

EPPENDORFER: Vielen Patienten geht es gar nicht nur um körperliche Qualen. Sie fürchten, durch eine Krankheit nicht mehr sie selbst zu sein. Sie wollen nicht in einen „würdelosen“ Zustand geraten.

SCHNEIDER: Diese Sorge ist verständlich. Die Frage ist aber, ob es wirklich menschenwürdig 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 um die Sorge, 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. Tatsächlich bestätigt das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil,

Wer darüber hinaus möchte, dass Sterbehilfe auch bei Menschen mit Demenz oder im Zustand des Wachkomas erlaubt sein soll, ist schon bei der nächsten Stufe angelangt. Das heißt: Nicht mehr der Betroffene selbst, sondern Dritte entscheiden über dessen Leben, nach seinem vorab erklärten mutmaßlichen Willen. In der Regel sind das die Angehörigen oder der behandelnde Arzt. Dann wäre dann wirklich der Dammbbruch passiert, und wir



Ingrid Schneider ist Professorin für Politikwissenschaft an der Universität Hamburg und arbeitet im Fachbereich Informatik/Ethik in der Informationstechnologie. Foto: privat

wo Ärzte sogar aktive Sterbehilfe leisten dürfen, können sich Normen und Werte einer Gesellschaft durch eine gesetzliche Zulassung radikal verschoben. Auch wenn das häufig leise und unauffällig geschieht. Dadurch, dass ein anderes Klima in der Gesellschaft herrscht, wächst der Erwartungsdruck.

EPPENDORFER: Wo und wie äußert sich ein solcher Druck?

SCHNEIDER: 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 Rationalisierungsdebatte.

EPPENDORFER: Inwiefern?

SCHNEIDER: Weil der Arzt ent-