

ZEHN ANMERKUNGEN ZUR DEBATTE UM STERBEHILFE

REIMER GRONEMEYER || Warum spitzt sich jetzt die Debatte um Sterbehilfe zu? Warum wird jetzt im Parlament, in den Medien, in den sorgenden Organisationen darüber diskutiert? Weil dies der logische Endpunkt einer Entwicklung ist: Die Menschen haben sich immer radikaler aus allen Bindungen und Traditionen befreit und verstehen sich als Wesen, die alles in ihrem Leben selbst bestimmen können und auch müssen. Notwendigerweise gerät damit sogar das Lebensende in den Blick eines planenden, sein Leben und die Zukunft organisierenden Subjektes, das den Tod nicht mehr als etwas ansehen will, was kommt, sondern als einen kontrollierten, geplanten Schlussakt, in dem nichts dem Zufall überlassen bleiben darf.

ANMERKUNG 1: Im März 2015 verabschiedet die französische Nationalversammlung mit großer Mehrheit ein Sterbehilfegesetz. Es soll ein Recht auf tiefe und kontinuierliche Sedierung verschaffen. Unheilbar kranke Patienten können nun auf eigenen Wunsch in einen Tiefschlaf versetzt werden, bis der Tod eintritt. Mit den Worten „schlafen vor dem Sterben, um nicht zu leiden“ hat der Arzt und frühere Europaminister Jean Leonetti den Grundgedanken des neuen Gesetzes zusammengefasst. Kritiker stellen die Frage: Wird ein Patient in Tiefschlaf versetzt, weil er sterben wird oder wird er in Tiefschlaf versetzt, damit er stirbt? Die terminale Sedierung sei der Einstieg in die aktive Sterbehilfe. Der Gesetzesentwurf sieht keine Rückzugsklausel für Ärzte vor, die sich an der terminalen Sedierung aus Gewissensgründen nicht beteiligen wollen. Mediziner sind verpflichtet, den Willen des Patienten zu respektieren.¹

Ein Blick zurück: Die schweizerische Sterbehilfe-Organisation „Dignitas“ plante im September 2005 in Hannover eine Filiale. Der Generalsekretär Ludwig Minelli wollte mit diesem Schritt in die deutsche Sterbehilfe-Debatte eingreifen. Außerdem sollen Deutsche, die Suizid begehen wollen, beraten werden und es soll ihnen eine Reise in die Schweiz vermittelt werden. Dort organisiert Dignitas ein tödliches Medikament,

mietet einen Sterberaum an und stellt einen Sterbebegleiter. Kosten damals etwa 3.000 Franken. 2005 notiert die Ärzte-Zeitung, dass seit der Gründung des Vereins 450 Menschen diese Dienstleistung in Anspruch nahmen. Im Jahr 2002 assistierte Dignitas auch 59 Ausländern, ein Jahr später waren es 91. Die deutsche Bundesärztekammer kritisierte den Dignitas-Plan scharf.²

2015 sind die Zahlen deutlich gestiegen – der ehemalige Feuilleton-Chef der FAZ Fritz J. Raddatz reist in die Schweiz, um seinem Leben ein Ende zu setzen und trägt so dazu bei, dass die Sterbehilfe ein Stück weit „Normalität“ zu werden im Begriffe ist.

Innerhalb weniger Jahre hat das, was einmal Gänsehaut hervorrief, kaum noch den Status des Außerordentlichen. Vielleicht wird es in Deutschland noch etwas länger dauern, aber irgendetwas, was einem Sterbehilfegesetz nahe ist, wird durchgesetzt werden, die Kräfte, die in diese Richtung drängen, sind stark.

Es ist nicht zufällig, dass diese Debatte jetzt aufkommt, in Europa und in Deutschland. Sie ist der Endpunkt einer Entwicklung, die vor Jahrzehnten begonnen hat. Der Homo modernissimus hat gelernt, sich aus allen Milieus und Traditionen, aus Kirche und Familie und Nachbarschaft und Lokalität zu befreien. Das Pathos

des modernen Menschen lautet: Ich entscheide über alles allein – über meinen Beruf, meine Beziehung, meine Ziele, meine Moral. Das bedeutet eine ungeheure neue Freiheit und zugleich eine ungeheure neue Orientierungslosigkeit. Dieser Leitgedanke des modernen Menschen führt aber zwangsläufig dazu, dass er auch sein Lebensende planend in den Griff zu bekommen versucht. Die Patientenverfügung ist der erkennbar erste Schritt in Richtung einer Projektierung des Lebensendes. Das neue französische Gesetz sieht auch vor, dass Patientenverfügungen zentral gespeichert werden, Ärzte sollen gezwungen werden, sich über die Patientenverfügungen ihrer Klienten im Zentralregister zu informieren. Aus der individuellen Verfügung, die aus Sorge entsteht, wird ein Sterbemodul, das zentral verwaltet wird. Wer keine Patientenverfügung hat, das kann man prognostizieren, wird über kurz oder lang als Deserteur oder Dissident angesehen werden. Als verantwortungslos wahrscheinlich auch.

ANMERKUNG 2: Dignitas heißt Würde. Es ist zunächst die Verlüderung festzuhalten, die darin besteht, dass ein vereinsmäßig organisierter Selbstmord – bei dem noch nicht einmal der Verdacht auszuschließen ist, dass finanzielle Interessen im Spiel sind – sich des Begriffes der *Würde* bedient.³ Dignitas will ein würdevolles Sterben ermöglichen. Was aber hat das, was die Organisation Dignitas betreibt, mit Würde zu tun? Dignitas non moritur, heißt es im Mittelalter: Die Würde kann nicht sterben, weil sie zur Vollkommenheit der Schöpfung gehört und den Menschen wegen seiner Gottebenbildlichkeit auszeichnet.⁴ Würde ist „am Menschen“ eben mehr als sein Bein oder seine blauen Augen, sie ist nicht verfügbar, ist kein anthropologisches Ausstattungsstück und kann darum auch nicht von „Dignitas“ gesichert werden.⁵ Kurz: Bei der „Dignitas“ aus der Schweiz ist die Möglichkeit der Würde schon im Ansatz verspielt, weil sie eine bezahlte Dienstleistung anbietet.

ANMERKUNG 3: Euthanasie ist heute üblich. Die „Verkürzung der Lebensdauer als nicht angestrebter Nebeneffekt der Schmerzlindeung“ ist – fast kann man sagen – alltägliche medizi-

nische Praxis und sie ist wohl meistens gerechtfertigt – aber sie ist unfraglich Euthanasie.⁶ Da für die meisten Menschen heute Schmerzvermeidung die wichtigste Erwartung an Palliative Care ist, gehört diese „Nebeneffekt-Euthanasie“ eben zu dem heute Üblichen.⁷ Die Praxis wird offensichtlich auch da geübt, wo katholisch-christliche Normen die palliative Praxis bestimmen.

ANMERKUNG 4: Warum also nicht gleich staatlich legalisierte Euthanasie, wie sie sich in den Niederlanden und Belgien findet? Wenn Euthanasie ohnehin üblich ist, ist es dann nicht besser, sie aus der Grauzone herauszuholen und sie damit in einen kontrollierten Prozess zu überführen, der Mediziner bei schwierigen Gewissensentscheidungen anleitet, unterstützt und legitimiert? Wenn heute schon von *qualitätskontrollierter Sterbebegleitung* gesprochen wird, warum dann nicht auch – als alternatives Angebot – eine *qualitätskontrollierte Sterbehilfe*? Die quantitativen Dimensionen wären erheblich: Rechnet man die niederländische Praxis auf die europäische Bevölkerung hoch, dann würde man es jährlich mit 230.000 Fällen von legalisierter Euthanasie zu tun haben, davon geschähen 60.000 ohne Einwilligung.⁸ Befürworter einer legalisierten Euthanasie behaupten – wahrscheinlich zu Recht – dass die „Nebeneffekts-Euthanasie“ erheblich höhere Zahlen präsentieren würde, wenn sie nicht in der Grauzone verdeckt bliebe. Hat nicht die Grauzonen-Euthanasie die staatlichen und christlichen Normen längst aus den Angeln gehoben und geht es eigentlich um die Anerkennung eines ohnehin nicht mehr zu revidierenden Faktums?

ANMERKUNG 5: Zunächst muss der Unterschied zwischen der Nebeneffekts-Euthanasie und der schweizerischen, niederländischen und belgischen Praxis festgehalten werden. Der Übergang vom akzeptierten Nebeneffekt zur organisierten Dienstleistung schließt mehr ein als wir uns heute vorstellen können. Erstens wird mit der aktiven Sterbehilfe eine bedeutende normative Schwelle überschritten, zweitens muss ihr zwangsläufig der Aufbau einer auf Sterbehilfe ausgerichteten Dienstleistungsindustrie folgen. Um es zuzuspitzen: Für die Real-

sierung von Best Practice in Pflegeheimen wird heute bereits offen auf die Vorbilder Aldi, Obi und Castorama verwiesen nach dem Muster: exzellente Produkte bei niedrigen Preisen.⁹

Es steht in der anhebenden europäischen Euthanasiedebatte nicht mehr und nicht weniger zur Debatte als eine *Industrialisierung des Sterbens*, die Kontingenz in eine beherrschbare Struktur umwandeln will. Dass aus dem Gewordenen das Gemachte werden soll, das ist ein Grundzug – um nicht zu sagen: eine Zwangs-idee – der modernen Gesellschaften. Sie wird heute besonders am Anfang und am Ende des Lebens virulent: Ebenso wie am Anfang des Lebens immer deutlicher die Produktion des Menschen auf der Agenda steht, so will sich am Ende des Lebens eine kontrollierte Entsorgung durchsetzen.¹⁰ Der Mensch wird auf diese Weise in einen Produktionszyklus nach industriellem Muster eingebettet. Die Identifikation und Aus-sortierung von behindertem Leben, die durch Pränataldiagnostik möglich geworden ist, findet ihre symbolische Entsprechung in der Sterbehilfe-Debatte, die im Grunde auf eine Definition zielt, die unterscheidbar machen will, was lebenswertes und lebensunwertes Leben ist. Im Grund drängt dann alles darauf, Kriterien zu entwickeln, die jenseits der Wahrnehmungen des Subjektes objektive Voraussetzungen für die Möglichkeit und „Bewilligung“ von Euthanasie schafft. Dies ist an der niederländischen und belgischen Gesetzgebung zu studieren.

ANMERKUNG 6: Eine Industrialisierung des Sterbens bringt notwendigerweise die Geldfrage auf den Tisch. Es ist ohnehin unübersehbar, dass in einem alternden Europa mit einer großen Zahl von Schwerstkranken, Sterbenden und Gestorbenen dieser Bereich finanziell hochinteressant wird. Das Geschäft mit dem Sterben hat auf der Ebene privater Unternehmerinitiative Zukunft. Es hat aber auch Folgen für Administration und Politik. Die Gesundheitsetats sind überlastet und die Idee, an den besonders teuren und zugleich hilflosen Alten zu sparen, muss naheliegen. Palliative Care, die als Alternative zum Sterbewunsch und zur Sterbehilfe auf den Weg kommt, wird schon hier und da als Sparmodell angepriesen. So schreibt der Erlanger Bioethiker Jochen Vollmann: „Die zah-

lenmäßige Zunahme von alleinstehenden und älter werdenden Menschen in einer dynamischen, individualisierten und werteppluralistischen Gesellschaft macht eine rechtzeitige Entscheidungsfindung und Planung für den Fall von Krankheit und Sterben erforderlich [...]. Vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen im Gesundheitswesen wird auch eine medizinisch und ethisch begründete Prioritätensetzung zwischen kurativer und palliativer Medizin unvermeidbar sein. Angesichts hoher Krankenhausbehandlungskosten am Lebensende wird insbesondere bei hochbetagten Patienten zu entscheiden sein, ob diese Ressourcen nicht besser in eine gemeindenahere palliative Medizin investiert werden sollen.“¹¹ Was hier auf Palliative Care bezogen wird, kann unschwer auf den Bereich Euthanasie übertragen werden – und Ansätze dazu gibt es schon.

ANMERKUNG 7: Die ethischen Dilemmata, die aus den Fortschritten der Medizin erwachsen, treten besonders am Lebensende hervor. Was soll mit komatösen Patienten geschehen? Wie viel kurative Medizin ist sinnvoll und human? Soll die anstehende Rationierung von medizinischen Leistungen und Angeboten vom Alter oder von Geld abhängig gemacht werden? Wird es eine Budgetierung am Lebensende geben, die jedem im Rahmen einer festgesetzten Summe die begrenzte Wahl von Behandlungen ermöglicht? Setzt die Fallpauschalenregelung am Ende des Lebens eine versteckte Euthanasie in Gang?

ANMERKUNG 8: Die Anwälte der Euthanasie dekorieren sich mit dem Anspruch auf Humanität (z. B. „Gesellschaft für humanes Sterben“). Dem Einzelnen, der diesen Anspruch erhebt, soll er nicht bestritten werden. Aber es ist kaum zu übersehen, dass sich die immer deutlicher hörbare Debatte in gesamtgesellschaftliche Entwicklungen fügt, die bedacht sein wollen. Eine radikale Markt-, Konkurrenz- und Leistungsgesellschaft sieht sich immer nachdrücklicher mit einer wachsenden Zahl von Hochaltrigen konfrontiert, die – legt man die Kriterien dieser Geldgesellschaft zugrunde – hinderlich und systemwidrig sind. Die Hochaltrigen, die Pflegebedürftigen repräsentieren alles, was diese

Gesellschaft nicht sein will. Insofern stellt sich die Humanitätsfrage nicht zuerst als die Frage nach der Abschaltbarkeit dieser Menschen, sondern im europäischen Kontext wird sich in den nächsten Jahrzehnten die Frage vor allem so stellen: Wie geht diese europäische Gesellschaft mit ihren Schwächsten um? Die Lösung, die sich da – gegen den Willen der Kirchen – abzeichnet, dürfte auf eine Wahlmöglichkeit hinauslaufen: Palliative Care oder Euthanasie. Der Weg zur Euthanasie wird sich dabei nicht als äußerer Zwang gestalten, sondern als ein Weg, bei dem die Individuen den gesellschaftlichen Imperativ in sich hineinverlegen, und so den Wunsch nach Euthanasie als den eigenen begreifen.

ANMERKUNG 9: Das 21. Jahrhundert antwortet auf die Todesängste der Menschen nicht mehr mit Philosophie, auch kaum noch mit Religion, sondern zuerst mit *Versorgung*. Die Institutionalisierung des Sterbens und des Todes, die sich vor unseren Augen entwickelt, kann auch begriffen werden als der Versuch, die Schrecken des Todes zeitgemäß zu domestizieren. Unfraglich befinden wir uns inmitten eines Prozesses der Säkularisierung und Medikalisierung von Sterben und Tod. Das Seufzen der Kreatur gilt nicht mehr der Furcht vor der Waage, auf der die Seele nach dem Tode als zu leicht befunden werden könnte, sondern das Seufzen der Kreatur gilt der Angst vor Schmerzen, der Atemnot, der Inkontinenz, der nicht gewünschten Lebensverlängerung, der Intensivmedizin. „Dignitas“ steht für die Tendenz, der kontrollierten Abwicklung des Lebens einen neuen Baustein hinzuzufügen: die Sicherheit eines problemlosen Abgangs. Wir hatten gesagt, dass organisierte Euthanasie wesentlich industrielle Vorzüge aufweist. Man muss hinzufügen: Sie hat auch Züge einer auf die Absicherung und Versicherung von Lebensbedingungen fixierten Gesellschaft – sie ist die Vollendung eines „Rund-um-sorglos-Paketes“, das Versicherungen heute anbieten.

ANMERKUNG 10: Warum sollen wir sie nicht abschalten? In einer radikalisierten Waren- und Wachstumsgesellschaft ist die Frage nicht mehr ohne weiteres zu beantworten, warum hinfälli-

ge Alte am Leben erhalten werden sollen. Je deutlicher christliche und aufklärerische Fundamente wegbrechen, desto heikler werden ethische Fragen. Aus welchen Quellen sollen sie beantwortet werden? Kann der säkulare Staat moralische Ressourcen aus sich heraus entwickeln?¹² Noch scheint es einen gesicherten europäischen Konsens darüber zu geben, dass „nutzlos“ gewordene Menschen nicht entsorgt werden. Ist dieser Konsens den christlichen und aufklärerischen Resten in den europäischen Gesellschaften zu danken? Die Euthanasiefrage ist nicht nur eine praktische oder juristische oder medizinische Frage. Sie ist zuerst eine ethische Frage in einer Lebenswelt, der die Grundlagen ihrer Ethik weitgehend abhanden gekommen sind. Vielleicht ist die Euthanasiedebatte auch mit der Chance verbunden, die Bindung an abendländische Traditionen als unaufgebbar wahrzunehmen, weil sonst einer Pseudo-Ethik der Nützlichkeit nichts mehr entgegenzusetzen ist. Und eine Orientierung an der Nützlichkeit hat über kurz oder lang einer industrialisierten Euthanasie nichts mehr entgegenzusetzen.¹³

|| PROF. DR. REIMER GRONEMEYER

Institut für Soziologie der Justus-Liebig-Universität Gießen

ANMERKUNGEN

¹ faz.net vom 19.3.2015.

² Ärzte-Zeitung vom 27.9.2005.

³ Vgl. den Bericht der Frankfurter Rundschau vom 30.9.2005. Danach sollen an Dignitas erhebliche Summen für assistierte Suizide gezahlt worden sein. Wie bedrohlich nahe die Vergeldlichung des Sterbens rückt, zeigt sich auch an der Bemerkung von Minelli, dass eine Reduzierung der Zahl fehlgeschlagener Suizide die Gesundheitskosten um bis zu 20 Milliarden Euro senken könne.

⁴ Vgl. Artikel „Würde“ in: Historisches Wörterbuch der Philosophie, hrsg. von Joachim Ritter u. a., Band 12, Basel 2004.

⁵ Der Begriff der „Würde“ durchläuft seit dem 18. Jahrhundert eine Wandlung von einem Begriff, der „Äußeres“ bezeichnet, zu einem Begriff der „Innerlichkeit“: Benennt Würde bis dahin eher einen „Stand“, so wird Würde seit dem 18. Jahrhundert

zunehmend zu einem Begriff, der einen habitus beschreibt. Nie aber kann „Würde“ zu einer Art anthropologischer Ausstattung werden, wie es die Debatte um Sterbehilfe bisweilen nahe legt; vgl. dazu den Artikel „Würde“ in: Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm, Band 30, Leipzig 1960; vgl. auch Bohl, Jürgen R. E.: Von der Würde des Designer-Hirns, in: Heilkunst, Ethos und die Evidenz der Basis, hrsg. von Peter-Alexander Möller, Frankfurt a. M. 2002, S. 25 ff., sowie Pleschberger, Sabine: „Bloß nicht zur Last fallen!“ Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen, Freiburg i. B. 2005.

- ⁶ Vgl. dazu den Artikel „Euthanasie“, in: Historisches Wörterbuch der Philosophie, hrsg. von Joachim Ritter u. a., Band 2, Basel 1972.
- ⁷ Die Debatte um die Schmerzfrage im Bereich Palliative Care arbeitet allerdings mit Scheinselbstverständlichkeiten, bei denen die Geschichtlichkeit des Schmerzbegriffes systematisch übersehen wird; vgl. dazu Illich, Ivan: Zur Geschichte der Verkörperung und der Enteignung des Schmerzes, Amsterdam 1988 und Heller, Andreas: Der Schmerz hat viele Gesichter oder: Was ist eigentlich „total pain“?, 7. Leitbildforum, 4.11.2004.
- ⁸ So eine Berechnung von Husebø, Stein: Dignity for the weakest old, Vortrag auf einem workshop in Wien, 2.-4.4.2004.
- ⁹ Vortrag von Baumgartner, Urs: Aldi – Obi – Carrefour: Low Price with Quality, Vortrag am 22.9.2005 auf dem E.D.E.-Kongress in Ljubljana (E.D.E. ist die Vereinigung der Leiter von Alten- und Pflegeheimen in Europa).
- ¹⁰ „Wir stellen fest, dass der Uterus ein dunkler und gefährlicher Ort ist, eine Region voller Gefahren. Es muss unser Wunsch sein, dass unsere potenziellen Kinder sich an einem Ort befinden, wo sie sich so gut wie möglich überwachen und beschützen lassen können“, sagt der Harvard-Professor Joseph Fletcher; vgl. zur Kritik der Reproduktionsmedizin Gorz, André: Wissen, Wert und Kapital. Zur Kritik der Wissensökonomie, Zürich 2004.
- ¹¹ Zit. BioSkop 21/2003, S. 3.
- ¹² Vgl. dazu die Debatte zwischen Kardinal Ratzinger und dem Philosophen Habermas: Habermas, Jürgen / Ratzinger, Joseph: Dialektik der Säkularisierung, Freiburg 2005.
- ¹³ Vgl. Spaemann, Robert: Sind alle Menschen Personen? Über neue philosophische Rechtfertigungen der Lebensvernichtung, in: Tüchtig oder tot. Die Entsorgung des Leidens, hrsg. von Jürgen-Peter Stössel, Freiburg 1991, S. 133-147.