

Gewissheiten und Irritationen

Anmerkungen zur Debatte um »Sterbehilfe« und Autonomie

Stefanie Graefe,
Soziologin an der
Universität Jena

Wo Gewissheiten präsentiert werden und Dinge scheinbar klar liegen, ist in der Regel Vorsicht geboten. Mir scheint es produktiv, mich von vermeintlichen Gewissheiten irritieren zu lassen – auch bei der verbreiteten Rede von »Autonomie am Lebensende«. Wenn wir für diese Phase einen Begriff brauchen, würde ich »Teilhabe« vorschlagen.

Die Rede von der »Autonomie (oder Selbstbestimmung) am Lebensende« verhüllt mehr als sie erklärt.

Gesetzliche BetreuerInnen sind verpflichtet, dafür zu sorgen, dass der in der Patientenverfügung artikulierte Wille der aktuell nicht mehr äußerungsfähigen Betreuten befolgt wird. Dies gilt ausdrücklich auch dann, wenn sich Patienten (noch) nicht im Sterbeprozess befinden. Und auch, wenn gar keine schriftliche Patientenverfügung vorliegt. In diesem Fall müssen Betreuer und Arzt gemäß »mutmaßlichem« Willen der Betreuten entscheiden.

Vor allem aber soll die Vorabklärung den Patienten schützen – vor einer »nicht mehr loslassenden Medizin«, wie es im Bericht der Sachverständigenkommission zur Änderung des Betreuungsrechts hieß. Die Gegenüberstellung »Apparatemedizin« versus »Patientenautonomie« leuchtet unmittelbar ein. Diese Negativvision ist überaus wirkmächtig und legt nahe, bereits in gesunden Tagen festzulegen, was man will, vielmehr nicht mehr will: Reanimation oder lieber nicht? Künstliche Beatmung oder lieber nicht? Ernährungssonde oder lieber nicht? Flüssigkeitszufuhr oder lieber nicht? Autonomie wird hier konzipiert als vertragliche Beziehung zwischen Individuum, Ärzteschaft und Staat. Sie basiert auf der Vorstellung vom Menschen als rationaler Entscheidungsakteur, der aus verschiedenen Optionen die für sich passenden aus- und vor allem abwählt.

Die Frage nach Autonomie berührt eine Grundangst des modernen Menschen: beherrscht und unterworfen zu werden, unfreiwillig von anderen abhängig zu sein. Kaum eine Situation im menschlichen Lebensverlauf scheint so prädestiniert dafür wie das hohe, pflegebedürftige Alter. Weil nun aber Autonomie in unserer Gegenwartsgesellschaft gleichbedeutend ist mit Glück, erscheint ihr Verlust als Inbegriff menschlichen Unglücks.

Die Frage lautet nämlich nicht nur: Mit welchen Gesetzen und Verfügungen kann Autonomie garantiert werden. Sondern auch: Wer definiert, was als Autonomie gilt – und was nicht? Welche Bedingungen brauchen wir, um uns autonom zu fühlen, wie sehr sind wir dabei von Kontexten, Beziehungen, Stimmungslagen abhängig? Wer sagt uns, dass wir das, was wir

heute als unerträgliche Beschneidung unserer Autonomie verstehen, im Prozess des Sterbens auch genau so erleben? Möglicherweise liegen unsere Bedürfnisse dann ganz anders und es geht eher darum, gehalten, begleitet, berührt zu werden. Und darum, Zeit zu haben.

Lösungen für diese Fragen werden über das Instrument der Patientenverfügung weder garantiert noch erreicht. Durch die unbeschränkte Reichweite (auch außerhalb der Sterbephase) wird zudem verhüllt, dass Lebenssituationen wie Demenz oder Wachkoma hier de facto dem Lebensende zugeschlagen, also als vorgezogene Formen des Sterbens definiert werden.

Der Tod wird nicht tabuisiert, sondern kommerzialisiert, fiktionalisiert und individualisiert.

Ein Argumentationsmuster besagt: Weil der Tod in unserer Gesellschaft tabuisiert und verdrängt wird, darf über »selbstbestimmte« Formen des Sterbens nicht gesprochen werden, und deshalb kennt die Medizin keine Grenzen.

Das ist auch alles nicht ganz falsch. Im großen historischen Maßstab kam es im Übergang zur Moderne tatsächlich zu einer Privatisierung von Sterberiten. Es wird in der Regel nicht mehr öffentlich getrauert, gestorben wird vor allem im Krankenhaus. Stellt man die historische Linse jedoch etwas schärfer, wird die Sache mit dem verdrängten Tod weniger eindeutig. Der Soziologe Alois Hahn etwa verweist auf die alltägliche exzessive mediale Inszenierung des Todes. Zwar gebe es keine »verbindlichen Sinngebungen« bezogen auf den Tod mehr, dafür aber Sinngebungen religiöser und therapeutischer Art in großer Fülle. Man denke etwa an so genannte alternative Bestattungsunternehmen, die persönlich passende, frei gestaltbare Begräbniserlebnisse anbieten. Soziologen sehen darin ein Element der Individualisierung und Pluralisierung. Zumindest für die Kulturindustrie lässt sich feststellen: Death sells – mindestens genauso wie Sex. Sterbehilfevereine wie Dignitas oder Exit verdienen auch an den von ihnen angebotenen Dienstleistungen. In einer Gesellschaft, die darüber debattiert, ob »selbstbestimmtes Sterben« nicht nur einklagbar, sondern auch käuflich zu erwerben sein soll, kann von Tabu keine Rede sein.

Tipps zum Weiterlesen

Stefanie Graefe setzt sich seit vielen Jahren wissenschaftlich mit dem »Autonomie«-Begriff auseinander. Ihre Doktorarbeit erschien 2008 unter dem Titel *Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe* als Buch im Campus-Verlag. 2012 schrieb Graefe über *Autonomie und Teilhabe. Eckpunkte emanzipatorischer Altersforschung*. Dieser Aufsatz steht auf den Seiten 249–260 des Sammelbands *Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung*, herausgegeben von Susanne Kümpers und Josefine Heusinger.

Die Behauptung einer gefährlichen Überversorgung blendet aus, dass in den Kliniken und Pflegeheimen neben der medizinischen längst die betriebswirtschaftliche »Vernunft« regiert. Rationalisierungs- und Ökonomisierungsprozesse führen zu Phänomenen der Unterversorgung bzw. Rationierung. Was medizinisch oder pflegerisch geboten ist, kann buchhalterisch zum Problem werden. Patientenverfügungen und Angebote der Suizidbeihilfe oder der »Tötung auf Verlangen« scheinen diesen gesellschaftlich produzierten Widerspruch für alle Beteiligten entschärfen zu können – erst recht dann, wenn sie zur kassenfinanzierten Behandlungsoption werden.

Die Verantwortung für den Umgang mit Alter, Demenz, Gebrechlichkeit, Sterben und Tod wird der »vorausschauenden Vernunft« der Einzelnen aufgebürdet. Die Debatte um die Pflege wird davon weitgehend losgelöst geführt. Dabei hängt das eng zusammen. Auch individuelle Vorstellungen davon, was uns am Lebensende blüht oder droht, verändern sich. Wer sich ausrechnet, im Pflegefall auf keine hochwertige, das heißt auch: gut bezahlte und abgesicherte Pflegeleistung zählen zu können, empfindet die Möglichkeit, das eigene Ableben qua präventiver Verfügung oder ärztlicher bzw. kommerzieller Sterbehilfedienstleistung zu beschleunigen, womöglich als Entlastung. Umgekehrt erscheint das »selbstbestimmte Sterben« als letzter Akt des autonomen Subjekts, das sich gegen Gesellschaft, Staat und Biomedizin behauptet.

»Neue Altersdiskurse verschärfen soziale Problemlagen.

Die erfreuliche Tatsache der – in den reichen industrialisierten Ländern – gestiegenen absoluten und gesunden Lebenserwartung wird schon seit längerem in doppelter Weise diskutiert: als Bedrohung und als Chance. Bedrohungsszenarien finden in Schlagwörtern wie »Vergreisung« oder »Altenrepublik« ihren Niederschlag. Von Chancen spricht andererseits die Bundesregierung unter dem Schlagwort »Wirtschaftsfaktor Alter«. Gesellschaftliche Vorstellungen vom Leben im Alter sollen erneuert und »ältere Menschen ermutigt werden, ihre Fähigkeiten selbstbestimmt in die Gesellschaft einzubringen« (so das Bundesfamilienministerium) – etwa in Form ehrenamtlichen Engagements oder aktiver lebenslanger Gesundheitsprävention (zwecks Kostensenkung). Demgegenüber scheinen die pflegebedürftigen, institutionalisiert wohnenden und/oder demenzkranken Hochaltrigen einer gänzlich anderen Gruppe von Alten anzugehören. Unter der Hand wird so die Gruppe der Älteren zweigeteilt: in die, die (noch) aktiviert werden können, und die, die (nur noch) versorgt werden müssen.

Idealerweise wollen die Alten selbst, was sie wollen sollen: Sie bringen sich eigenverantwortlich dafür ein, die Folgekosten des demographischen Wandels abzumildern. Seltener werden die ungleichen Lebensbedingungen älterer Menschen zum Thema. Dabei ist bekannt, dass die durchschnittliche Lebenserwartung zwischen den höchsten und niedrigsten Einkommensgruppen fast zehn Jahre beträgt. Was nichts anderes bedeutet, als dass die Bezieher niedriger Einkommen den Reichen die Rente finanzieren.

»Teilhabe« als Begriff dafür, wie wir leben wollen – in allen Lebensphasen.

Im sechsten Altenbericht der Bundesregierung von 2010 geht es auch darum, den »gesellschaftlichen Wert von Hochaltrigkeit« zu erkennen. Pflegebedürftige und auch Sterbende müssten als Menschen wahrgenommen werden, »die uns etwas zu bieten haben«. Bemerkenswert ist, dass hier nicht etwa vom Umgang mit Pflegebedürftigkeit als gesellschaftliche Aufgabe die Rede ist, sondern vom gesellschaftlichen (ideellen? wirtschaftlichen?) »Wert« der letzten Lebensphase. Offen bleibt, wie ein solcher »Wert« zu bestimmen ist und wer festlegt, wie »wertvoll« ein Leben zum Beispiel mit Demenz ist.

Ich würde lieber über die Bedingungen sprechen, unter denen alte, pflegebedürftige und demenziell veränderte Menschen in dieser Gesellschaft leben und diejenigen, die sie pflegen, arbeiten. Wenn wir einen Begriff dafür brauchen, würde ich den der »Teilhabe« vorschlagen.

Während Autonomie – ob nun als Eigenverantwortung, Selbstbestimmung oder Unabhängigkeit gefasst – immer einen rationalen, entscheidungsfähigen Akteur voraussetzt (und damit all jene, deren Entscheidungsfähigkeit fraglich geworden ist, zunächst logisch ausschließt), braucht der Begriff der Teilhabe keine solche Definition des Subjekts. Bezogen zum Beispiel auf verwirrte Alte eröffnet er die Möglichkeit, ihre alltäglichen Teilhabeformen (Kommunikation, Bedürfnisse, Aktivitäten) zu untersuchen und zu fördern – ganz unabhängig davon, ob die Betroffenen noch in der Lage sind, über sich und ihren Alltag zu »bestimmen«. Hier liegt in Bezug auf Pflegebedürftigkeit und Hochaltrigkeit sicherlich die größte Schwäche des Autonomiekonzeptes: Wird es an die Rationalität des Subjekts gekoppelt, wirkt die Fremdbestimmung nicht mehr »rational« agierender Menschen weniger problematisch.

Die zentrale Irritation, die die aktuelle »Sterbehilfe«-Debatte auslöst, ist die Ablenkung von diesen Fragen – und ihre Überführung in eine Frage individueller Entscheidungsoptionen und ärztlicher oder kommerzieller Dienstleistungen, oder kurz: von Angebot und Nachfrage. Das halte ich für ein Problem.

Suizidbeihilfe auf der politischen Agenda

Mitte 2015 soll der Bundestag entscheiden, ob ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung von PatientInnen per Gesetz legitimiert werden soll oder nicht. Der interne Zeitplan sieht vor, dass in der ersten März-Woche die 1. Lesung mehrerer Gesetzentwürfe im Parlament stattfinden soll, voraussichtlich Ende März sollen dann Fachleute in einer Anhörung Stellung nehmen. Bisher liegt offiziell aber noch kein einziger Gesetzentwurf vor – trotz monatelanger Diskussionen in Talkshows und Medien, wobei neben Pro-»Sterbehilfe«-Propagandisten (Siehe BIOSKOP Nr. 67) auch diverse PolitikerInnen mit unterschiedlichen Positionen zu Wort kamen. Am 13. November dann der demonstrative Höhepunkt im Bundestag: Angesetzt war eine 4-stündige Debatte, ungewöhnlich lang für parlamentarische Verhältnisse. Einig waren sich im Prinzip alle RednerInnen, dass mehr für den Ausbau von Hospizen und Palliativmedizin getan werden müsse. Kontroversen gab es zur Suizidbeihilfe, auch unter Parteifreunden. Beispiel CDU: Während Christdemokrat Peter Hintze ärztlich unterstützte Selbsttötungen gesetzlich absichern möchte, ist Hermann Gröhe dagegen. Der Bundesgesundheitsminister will zudem, wie auch CDU/CSU-Fraktionschef Volker Kauder, dass organisierte Suizidhilfe unter Strafe gestellt wird. Zu hören sind aus Berlin aber auch einzelne Stimmen, die organisierte Unterstützung von Selbsttötungen in Ordnung finden – zum Beispiel Renate Künast von den Grünen.