



Selbsthilfe-Set der Suizid-Organisation Exit

ULLSTEIN BILD

Der moderne Tod

Jeder zweite Deutsche kann sich einen Selbstmord vorstellen, wenn er zum Pflegefall wird.

Nun entbrennt eine Debatte um Sterbehilfe. Doch die Forderung nach einem selbstbestimmten Tod birgt die Gefahr, dass sich alte Menschen aus dem Leben gedrängt fühlen.

Die alte Dame sieht zufrieden aus. Das Video im Internet zeigt sie aufrecht in ihrem schwarzen Ledersessel. Sie trägt ein kurzärmeliges geblühtes Nachthemd, auf der Brust liegt ein kariertes Taschentuch. In den dünnen, von Altersflecken übersäten Händen hält sie eine Schale mit Joghurt. Sie löffelt. Ihr feines Gesicht unter dem schlohweißen Haar ist ruhig und entspannt. Sie senkt die Joghurtschale, spricht ein paar Sätze, jetzt wirkt sie fast heiter. Dann löffelt sie weiter.

Am folgenden Morgen ist Maria Heringa tot. Im Herbst vergangenen Jahres stand ihr Stiefsohn Albert in den Niederlanden vor Gericht. 125 Pillen hatte er in den Joghurt gerührt, Schlafmittel, Brechmittel, dazu Malaria-Medikamente von einem Afrika-Aufenthalt. Es war, das belegt das Video, der ausdrückliche Wunsch der 99-Jährigen zu sterben. Maria Heringa war nicht krank, sie war geistig klar, sie litt nicht unter unerträglichen Schmerzen. Sie war nicht einmal bettlägerig, sondern einfach nur alt. Ihre Hausärztin hatte sich deshalb geweigert, Sterbehilfe zu leisten. Doch der Stiefsohn erfüllte ihren Willen.

Der Fall von Maria Heringa hat in den Niederlanden eine neue Debatte über Sterbehilfe ausgelöst. Die einen sehen in ihrem Sterben den idealen Tod, das schöne Ende, selbstbestimmt und ohne Schmerzen. Vor Gericht äußerte sogar der Staatsanwalt Verständnis für den angeklagten Heringa. Die Richter blieben mit ihrem Urteil noch unter der ohnehin milden Bewährungsstrafe, die die Anklage gefordert hatte. Sie sprachen Heringa zwar schuldig – etwas anderes hätte die Rechtslage nicht erlaubt –, verhängten aber keine Strafe.

Die Sterbehilfe-Gegner sehen ihre schlimmsten Befürchtungen bestätigt: Wenn man einmal beginnt, das Tötungsverbot zu lockern, werden sich die Grenzen immer weiter verschieben. Am Ende steht eine Gesellschaft, in der jeder jeden umbringen darf, der irgendwann einen Sterbewunsch äußert. In der es zur Normalität wird, der Großmutter, dem Bruder, der Freundin ins Jenseits zu helfen. „Warum sollte eine lebenssatt, uralte

Frau nicht sterben dürfen, wenn das ihr Wunsch ist?“, argumentieren die einen. „Wehret den Anfängen!“, die anderen.

Auch in Deutschland wird wieder über Sterbehilfe diskutiert, seit führende Unionsvertreter einen neuen Anlauf unternehmen, die organisierte Beihilfe zum Suizid zu verbieten. Die Debatte geht weit über die Politik hinaus. Sie zielt ins Zentrum menschlicher Existenz, wie alle Fragen, die mit Beginn und Ende des Lebens zu tun haben. Was ist ein guter Tod? Wie wollen wir sterben? Wie begegnet die Gesellschaft denen, die nicht mehr leben wollen? Was ist ein würdevoller Tod, was ein lebenswertes Leben? Es gibt keine moralische Verbindlichkeit mehr, keine gültigen Normen, die diese Fragen für den Einzelnen oder die Gesellschaft beantworten.

Seit der Aufklärung wird das religiöse Verbot

der Selbsttötung nicht mehr allgemein

anerkannt. Wer will, darf sich umbringen.

Immer weniger Menschen hierzulande sehen den Tod als ein Lebensende, das von Gott oder vom Schicksal bestimmt wird. Im Zeitalter von Reanimation, künstlicher Beatmung und Peg-Sonde ist nicht mehr eindeutig, was es heißt, eines natürlichen Todes zu sterben. Der medizinische Fortschritt ist Segen und Fluch zugleich. Der Tod geschieht nicht mehr. Er verlangt Entscheidungen, deren ethische Tragweite nicht abzusehen ist.

Der eigene Tod ist die größte narzisstische Kränkung. Auch deshalb entsteht der Wunsch, zumindest den Zeitpunkt selbst zu bestimmen. Wenn er schon unausweichlich ist, wollen wir zumindest über wann, wo und wie entscheiden. Wir bestimmen, ob, wann und wie wir uns fortpflanzen, wir stimmen den Termin für eine Kaiserschnittgeburt mit unserer Agenda ab. Wir bestimmen unser Aussehen, lassen uns Nasen kleiner und Brüste größer operieren. Warum sollten wir nicht den Zeitpunkt selbst bestimmen wollen?

Seit der Aufklärung wird das religiöse Verbot der Selbsttötung nicht mehr all-

gemein anerkannt. Wer will, darf sich umbringen. Seit dem 19. Jahrhundert ist der Suizidversuch in Deutschland nicht mehr strafbar. In der Schweiz formulierte 2006 das Bundesgericht in Lausanne sogar ein Menschenrecht auf Suizid. Zum Selbstbestimmungsrecht im Sinne der Europäischen Menschenrechtskonvention gehöre „auch das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden“.

Der Tod ist Privatsache, er ist das Allerpersönlichste. Aber er betrifft Staat und Gesellschaft. Denn die meisten Menschen wollen, wenn sie sich das Leben nehmen, von einem Arzt begleitet oder unterstützt werden können. Sie wollen selbstbestimmt sterben, aber die Hilfe anderer annehmen dürfen. In Umfragen spricht sich eine Mehrheit der Befragten

für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe durch Ärzte aus.

„Wenn ich ein Pflegefall werde, bringe ich mich um“ – viele haben diesen oder ähnliche Sätze schon aus dem Mund ihrer Eltern oder Großeltern gehört. Oft ist er ein Hilferuf, aber die Ängste, die dahinterstehen, sind real: der Horror vor einem Pflegeheim, die Angst, ausgeliefert und hilflos zu sein, angewiesen auf die Hilfe anderer. Es ist die Vorstellung, nicht mehr Herr seiner Sinne zu sein, jahrelang vor sich hinzudämmern, auch die Angst vor Krankheit und Schmerzen. Nach einer aktuellen Umfrage von TNS Forschung für den SPIEGEL können sich 55 Prozent der Befragten vorstellen, im Alter aufgrund von Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Demenz ihrem Leben ein Ende zu setzen.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten war zudem der Meinung, dass sich ältere Menschen mehr als bislang gedrängt fühlen, den Freitod zu wählen, um anderen nicht zur Last zu fallen, wenn Sterbehilfe durch Ärzte prinzipiell erlaubt würde. „Mich treibt eine große Sorge um:



Seniorin Heringa bei Suizid, 2010: *Sie war nicht krank, nicht bettlägerig, sie hatte keine Schmerzen, sie wollte einfach sterben*

Wenn es einen so einfachen Weg zur Selbsttötung gibt, entsteht Druck auf schwerstkranke Menschen, ihren Angehörigen am Ende des Lebens nicht zur Last zu fallen“, warnt Ärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery. „Es darf nicht sein, dass Selbsttötung gleichsam als Behandlungsvariante neben anderen angeboten wird“, fordert Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU).

Sterbehilfe ist weit verbreitet in Deutschland. Verzweifelte Angehörige, die Medikamente überdosieren oder weglassen, Pfleger und Ärzte, die dem Sterbewunsch ihrer Patienten nachgeben. Es gibt keine verlässlichen Zahlen, wie viele Menschen in Deutschland mit Unterstützung anderer den Tod suchen und finden, auch weil viele Fälle unentdeckt bleiben – etwa weil in stillem Einverständnis zwischen Ärzten und Angehörigen geschwiegen wird.

Ernst Wiedmann, der seinen richtigen Namen nicht im SPIEGEL lesen will, ist Hausarzt in einer bayerischen Kleinstadt. „Als Arzt bin ich erst mal darauf geeicht, Leben zu retten. Ich möchte heilen“, sagt Wiedmann. Der Tod bedeute Versagen. Doch im Laufe der Zeit sei er in Situationen gekommen, die seine Sichtweise verändert hätten. Er habe Menschen erlebt, die im Pflegeheim jahrelang dahinsie-

chen; oder die brutale Reanimation von Totkranken. „Auch der Tod braucht seinen Raum“, sagt Wiedmann heute.

Wiedmann betreut seine Patienten oft seit Jahrzehnten. Er kennt ihre Lebensgeschichten, ihre Sorgen und ihre Familien. Sie haben ihm anvertraut, unter welchen Umständen sie Schluss machen wollen. Wenn die Menschen dann unter Schmerzen und kaum bei Bewusstsein vor ihm liegen, der baldige Tod ohnehin unabwendbar, will er ihnen helfen. „Und ich

die ist aus guten Grund in Deutschland nicht erlaubt.“ Putz will den Patienten die Möglichkeit zum begleiteten Suizid nicht nehmen, spricht sich aber gegen eine auf Profit angelegte Sterbehilfe aus.

Der Berliner Arzt Uwe-Christian Arnold ist eines der prominentesten Gesichter der Pro-Sterbehilfe-Bewegung und seit Jahren aktiv beim assistierten Suizid. Ob er daran verdient? „Ich frage nie nach Geld“, sagt er. Gleichwohl wird es ihm angeboten – und es fließt auch Geld.

Die Vorstellung, von anderen Hilfe annehmen

zu müssen, gilt in der heutigen

Zeit als furchtbares Zeichen der Schwäche.

weiß ja, ich kann sie von ihrem Leid erlösen“, sagt Wiedmann. „Man spritzt dann ein starkes Opiat und nimmt in Kauf, dass es zum Atemstillstand kommt.“

Wiedmann ist bei weitem nicht der einzige Arzt, der unter der Hand nicht nur das Leben, sondern auch den Tod befördert. „Unter Hausärzten ist das durchaus stark verbreitet“, sagt der Anwalt für Medizinrecht Wolfgang Putz aus München. Bei Pflegekräften gebe es aus Mitleid sogar eine gefährliche Tendenz zu solchem Handeln. „Das ist aktive Sterbehilfe, und

Arnold kann aufreizend lässig über sein Lebensthema reden, das ihm schon Anfang der siebziger Jahre während seiner Ausbildung begegnete. Da sagte ihm ein Oberarzt nach einer gescheiterten Operation, er erwarte, dass der Patient am Mittag nicht mehr lebe. „Wie soll ich das verstehen?“, fragte Arnold. Die Antwort: „Fragen Sie die Oberschwester, die weiß Bescheid.“ Um den erhöhten Morphiumverbrauch zu erklären, wurden dann schon mal Ampullen einem anderen Patienten zugeschrieben.

Arnold redet selten darüber, wie vielen Menschen er in den vergangenen 15 Jahren beim Freitod geholfen hat. Nicht jeder ist am Ende noch in der Lage, den letzten Schritt selbst zu gehen. Es waren mehr als 200, und er hat ungefähr tausend Anfragen. „Sehr viel mehr melden sich bei mir, die es dann doch nicht in Anspruch nehmen“, sagt er. Denn das sei die verschwiegene Kehrseite der Sterbehilfe. Viele wollten nur das Gefühl haben, Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Arnolds ältester Kunde wird seit 13 Jahren von ihm betreut, ein Mann mit Multipler Sklerose.

Wenn Arnold vom Sterben spricht, klingt das wie ein Rendezvous mit dem Tod unter medizinischer Aufsicht. Wie bei der Frau mit dem Unterleibskrebs in Hamburg. Am Schluss lud sie ihre Schwester und die vier besten Freundinnen ein. Sie tranken zusammen Rioja, es gab ein Tapas-Buffer, ihre geliebte Musik von Dean Martin. Arnold mixte die Medikamente und stellte sie bereit. Die Freunde hielten ihren Kopf und ihre Hand, als sie im Sessel sitzend den tödlichen Cocktail trank. Arnold musste gehen, schon aus juristischen Gründen, die Angehörigen riefen dann, nachdem sie aufgehört hatte zu atmen, den Notarzt. „Schöner“, beschreibt er diese Sterbehilfe, „geht's nicht.“

„Beim Sterben kann man so viel falsch machen“, sagt er und hält es für ein medizinisches Gebot, sich schon in der Ausbildung damit zu befassen. Diese Haltung hat ihm einen Spitznamen eingebracht: „Facharzt fürs Töten“. Sein Ziel ist es, den Widerstand der Berliner Ärztekammer zu brechen, die ihn mehrfach verklagt hat. Bis heute hat er alle Prozesse gewonnen. Er will, dass sich alle an einem Runden Tisch über das Grenzthema austauschen.

Dafür provoziert er, immer wieder, mit gutdosierten öffentlichen Auftritten. Danach steht dann sein Telefon nicht mehr still. Todkranke melden sich bei ihm, Ärzte, Pfleger, auch Politiker. Der schwerkranke Schweizer Theologe Hans Küng gratulierte ihm nach seinem Auftritt bei Günther Jauch und kündigte an, sein Arzt werde sich mit ihm in Verbindung setzen.

Suizidbeihilfe ist in Deutschland bisher nur in engen Grenzen gesellschaftlich akzeptiert: wenn der Sterbewillige unheilbar krank ist, unter starken Schmerzen leidet und nur noch kurze Zeit zu leben hat. Aktive Sterbehilfe durch Ärzte, wie

Deutsche Regeln

Aktive Sterbehilfe

Absichtliche und aktive Herbeiführung des Todes
verboten

Assistierter Suizid/ Beihilfe zur Selbsttötung

z. B. durch Beschaffung eines tödlichen Mittels
straflos; für Ärzte laut Musterberufsordnung untersagt

Indirekte aktive Sterbehilfe

Linderung durch Schmerzmittel, bei der eine Lebensverkürzung in Kauf genommen wird

straflos

Passive Sterbehilfe/ Sterbenlassen

Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen
straflos bei entsprechendem Patientenwillen

sie in Belgien und den Niederlanden legal ist, war in Deutschland bisher aus historischen Gründen tabu. Das Grauen vor der Euthanasie der Nationalsozialisten wirkte nach. Doch inzwischen – das ergaben jüngste Umfragen – befürworten zwei Drittel der Deutschen aktive Sterbehilfe. Zugleich verschiebt sich die Grenze, aus welchen Gründen Beihilfe zur Selbsttötung akzeptiert wird: Der Verein Sterbehilfe Deutschland des ehemaligen Hamburger Innenministers Roger Kusch unterstützt etwa auch seelisch Kranke bei der Selbsttötung. Wie solle man auch begründen, dass ein Manisch-Depressiver weniger leidet als ein Krebskranker?

Wenn man anfangs, aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid zu diskutieren,

warnet Lukas Radbruch, Leiter der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin des Universitätsklinikums Bonn, „dann kommt es immer zu einer schleichenden Aufweichung.“ Wenn man Sterbehilfe erst einmal für die Extremfälle für akzeptabel halte, werde sie früher oder später auch in anderen Fällen gemacht oder zumindest diskutiert. „Die jüngsten Ereignisse in Belgien und Holland zeigen, dass genau das dort passiert“, so Radbruch. „Es gibt eine deutliche Aufweichung der Indikation, es wird über Dinge diskutiert, die früher nicht in Frage gekommen wären.“

Beispiele dafür lassen sich finden. Da ist nicht nur Maria Heringa. In Belgien ließ sich im vergangenen Jahr ein Mann töten, weil er mit seiner Geschlechtsumwandlung nicht zufrieden war. Derselbe Arzt hatte zuvor einem 43-jährigen, tauben Zwillingsspaar Suizidhilfe geleistet, das blind zu werden drohte. Eine Frau von Mitte vierzig ließ sich töten, als sie nach einem Schlaganfall pflegebedürftig geworden war.

In Belgien und den Niederlanden ist die aktive Sterbehilfe für Ärzte erlaubt, in beiden Ländern wurde sie in jüngster Zeit ausgeweitet. So dürfen Ärzte in den Niederlanden seit dem vergangenen Jahr auch todkranke Babys töten, wie die Ärzteorganisation festlegte. In Belgien hat der Senat Mitte Dezember einen Gesetzentwurf vorgelegt, der Sterbehilfe auf Minderjährige ausweiten will.

Die Zahl der Fälle, in denen aktive Sterbehilfe in Anspruch genommen wird, ist seit der Legalisierung in Belgien gestiegen. 2004 waren es noch 349 Fälle, 2012 dagegen 1432. In der Schweiz, wo Sterbehilfevereine besonders aktiv sind,

sank dafür zwar anfangs die Selbstmordrate. Seit 2003 ist sie jedoch weitgehend konstant, während die Zahl der Fälle von assistiertem Suizid von damals 187 auf 431 im Jahr 2011 anstieg.

In welche Richtung die Entwicklung gehen kann, wenn der Lebensschutz aufgeweicht wird, zeigt das Thema Spätabtreibungen. Seit die Abtreibung behinderter Föten straffrei gestellt wurde, werden Schätzungen zufolge 90 Prozent der vorgeburtlich diagnostizierten Kinder mit Down-Syndrom nie geboren. „So was muss es doch heutzutage nicht mehr geben“, bekommen Eltern mit behinderten Kindern zu hören. Sie haben den Eindruck, dass behinderte Kinder unerwünscht sind. Dass die Gesellschaft die Tötung der Föten unterstützt – und zwar nicht nur, weil sie behinderte Kinder für eine Belastung für deren Familie hält. Es geht auch um die Kosten, die der Gesellschaft entstehen.

Auch bei der Sterbehilfe spielt die Haltung der Gesellschaft eine Rolle. Gerade weil es beim Sterben kein objektives Richtig oder Falsch gibt, kann die Haltung des Einzelnen beeinflusst oder manipuliert, der Lebenswille gestärkt oder geschwächt werden. Wie aufrichtig ist ein Todeswunsch, wie endgültig, wie unumstößlich?

„Herr Doktor, können Sie mir nicht eine Spritze geben, damit ich morgen nicht mehr aufwachen muss?“ Diese und ähnliche Sätze klingen eindeutig – und doch sind sie nicht mit einem tatsächlichen Sterbewunsch gleichzusetzen. Das haben Palliativmediziner in Interviews mit Sterbenden herausgefunden. Wer sagt, er wolle sterben, der will nicht unbedingt unmittelbar sterben – fanden die Forscher heraus. „Schwerkranke Menschen, die den Wunsch zu sterben äußern, wünschen sich nicht zwingend den sofortigen Tod, sondern oftmals das Ende einer unerträglichen Situation“, schrei-



Pflegerin Wiegand

Gefühl der Einsamkeit nehmen

ben die Palliativmediziner Friedemann Nauck, Christoph Ostgathe und Lukas Radbruch im „Deutschen Ärzteblatt“.

Schätzungsweise zehn Prozent der Deutschen haben eine Patientenverfügung, die aufzeigt, welche Behandlungen sie am Ende nicht mehr wollen. Die Ärzte müssen dann herausfinden, aus welchen Gründen ein Mensch nach Sterbehilfe verlangt. Aus Angst vor Schmerzen? Oder aus Angst, anderen zur Last zu fallen? Die Vorstellung, Hilfe annehmen zu müssen, gelte in der heutigen Zeit als furchtbares Zeichen von Schwäche, sagt der Palliativmediziner Radbruch. „Ich bin doch nur eine Last“ oder „ich möchte meinen Angehörigen nicht zur Last fallen“ sei einer der am häufigsten genannten Gründe für den Sterbewunsch, erzählt er. „Ich finde, das ist ein lausiger Grund, um dann eine Handlung daraus abzuleiten.“

Angehörige und Verwandte zeigten in der schwierigen Situation oft viel mehr Stärke, als der sterbende Mensch sich vorzustellen mag. „Sie sind belastet und empfinden das auch so, aber sie nehmen das in Kauf. Es fällt Menschen offensichtlich leichter, Hilfe zu leisten, als sie anzunehmen“, sagt Radbruch. Der Ruf nach aktiver Sterbehilfe sei häufig in Wahrheit ein Hilfeschrei. „Der Patient will, dass man ihn ernst nimmt, aber er will durchaus hören, welche Alternativen es zur Sterbehilfe gibt, etwa eine gute Symptomkontrolle und eine Sedierung am Lebensende.“

In solchen Gesprächen zeigt Radbruch andere Möglichkeiten auf: Aktive Sterbehilfe sei zwar nicht möglich, aber man könne auf alle Therapiemaßnahmen verzichten. „Dann sage ich: Wir können damit anfangen, dass wir die Infusion, die da bei Ihnen am Bett hängt, jetzt abmachen“, berichtet Radbruch. „Und dann ist mir mehr als einmal passiert, dass der Patient sagt: ‚Nö, die lassen Sie mal ruhig laufen.‘“

Dass jetzt in Deutschland wieder über Sterbehilfe diskutiert wird, ist auch Franz Müntefering zu verdanken. Der SPD-Politiker hat das Thema Pflege und Alter zu seinem zentralen Anliegen gemacht. Zu Jahresbeginn veröffentlichte er in der „Süddeutschen Zeitung“ ein flammendes Plädoyer gegen Sterbehilfe: „Zu helfen und sich helfen zu lassen, darum geht's. Nicht um die eleganteste Abschiedszereemonie auf Knopfdruck.“ Der Artikel ist eine empörte Replik auf die Forderung des ehemaligen MDR-Intendanten Udo Reiter, aktive Sterbehilfe zu legalisieren.

„Ich möchte nicht als Pflegefall enden, der von anderen gewaschen, frisiert und abgeputzt wird. Ich möchte mir nicht den Nahrungersatz mit Kanülen oben einfüllen und die Exkremente mit Gummihandschuhen unten wieder herausholen lassen. Ich möchte nicht vertrotteln und als freundlicher oder böartiger Idiot vor mich hindämmern“, hatte Reiter geschrie-

ben. In seiner Antwort wehrt sich Müntefering gegen die Heroisierung der Selbsttötung und den Missbrauch des Würde-Begriffs: „Die Würde des Menschen hat nichts damit zu tun, ob er sich selbst den Hintern abputzen kann.“

Kurz danach, in einem seiner ersten Interviews im neuen Amt, forderte Gesundheitsminister Gröhe, „dass wir jede geschäftsmäßige Hilfe zur Selbsttötung unter Strafe stellen“. Der Vorstoß richtet sich gegen Sterbehilfevereine wie „Digni-

tas“ oder „Sterbehilfe Deutschland“. Die Selbsttötung dürfe nicht verklart werden, findet der bekennende Protestant Gröhe. „Das stellt die Schutzwürdigkeit des Lebens in Frage und tangiert damit unsere Werteordnung insgesamt.“

Die Union ist sich bei dem Thema weitgehend einig. Unterstützt wird Gröhe von Fraktionschef Volker Kauder, der eine breite öffentliche Debatte anstrebt. „Das Thema Sterbehilfe bewegt die Menschen sehr“, sagt er. „Viele sind hin- und hergerissen, weil sie Angst vor einem qualvollen Tod haben und nicht jeder über die Möglichkeiten der Palliativmedizin Bescheid weiß. Die Menschen spüren aber auch, welche Gefahren von einer organisierten Sterbehilfe für den Schutz des Lebens ausgehen.“ Michael Brand koordiniert das Thema für die Unionsfraktion. „Uns geht es darum, statt Hilfe zum Sterben die Hilfe zum Leben zu stärken“, sagt er. Ähnlich sieht das CDU-Generalsekretär Peter Tauber. „Wir dürfen nicht so weit kommen, dass manche Leute den Tod der Oma nach der eigenen Urlaubsplanung ausrichten. Solche Fälle in anderen Ländern sind belegt“, warnt er.

Doch hinter der Ankündigung Gröhes könnte auch strategisches Kalkül stehen. Für die Union ist es ein Identitätsthema, mit dem sie ihre konservative Klientel binden kann, die sich in der Merkel-CDU sonst kaum noch heimisch fühlt.

Schon bei den Koalitionsverhandlungen war Sterbehilfe nach Angaben von SPD-Fraktionschef Thomas Oppermann „ein Riesenthema für die Union“. Im Koalitionsvertrag verständigte man sich nur auf einen Satz: „Zu einer humanen Gesellschaft gehört das Sterben in Würde.“

Aber die Koalitionspartner kamen überein, das Thema im Bundestag nicht parteipolitisch zu behandeln. Für die geplante Abstimmung soll der Fraktionszwang aufgehoben werden, jeder Abgeordnete soll nach seinem Gewissen entscheiden können. „Wir wollen eine klare Mehrheit im Bundestag erreichen, über die Union hinaus“, sagt Julia Klöckner, die stellvertretende CDU-Vorsitzende.

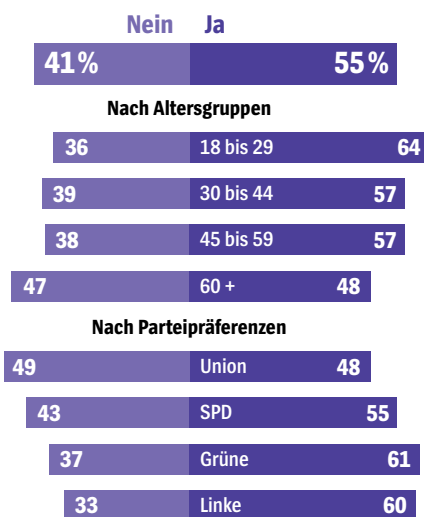
Doch das könnte schwierig werden. Denn in der SPD rechnet man damit, dass es drei oder sogar vier verschiedene Anträge im Bundestag geben wird. „Es wird mehr als drei Positionen geben“, vermutet der Mediziner und Fraktionsvize Karl Lauterbach, der zusammen mit Eva Högl und Carola Reimann das Thema für die Sozialdemokraten koordiniert. Dass dann ausgerechnet der konservativste eine Mehrheit bekommt, ist nicht wahrscheinlich.

Die Spanne reiche von einem grundsätzlichen Verbot bis hin zur Legalisierung von organisierter Sterbehilfe. Fraktionschef Oppermann etwa tendiert grundsätzlich zu einer eher liberalen Haltung. „Das ist eine höchstpersönliche Ent-

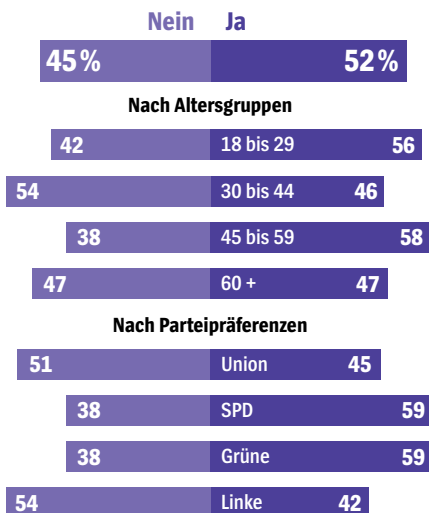
SPIEGEL-UMFRAGE

Freitod

„Können Sie sich vorstellen, im Alter aufgrund von schwerer Krankheit, langer Pflegebedürftigkeit oder Demenz Ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen?“



„Glauben Sie, bei einer prinzipiellen Freigabe der Sterbehilfe durch Ärzte könnten sich Schwerkranke, Pflegebedürftige oder ältere Menschen mehr als bisher zum Freitod gedrängt fühlen, um anderen nicht zur Last zu fallen?“



TNS Forschung vom 22. bis 23. Januar; 1000 Befragte ab 18 Jahren; Angaben in Prozent; an 100 fehlende Prozent: „Weiß nicht“/keine Angabe



„Es darf nicht sein, dass Selbsttötung gleichsam als Behandlungsvariante neben anderen angeboten wird.“

Hermann Gröhe



„Zu helfen und sich helfen zu lassen, darum geht's. Nicht um die eleganteste Abschiedszeremonie auf Knopfdruck.“

Franz Müntefering



„Wir können nur regeln, was nicht sein darf – nämlich aggressive Werbung und Kommerzialisierung.“

Thomas Oppermann

scheidung“, sagt er. Mit Gesetzen und Paragraphen, so glaubt er, sei die finale Phase des Lebens nur schwer zu regeln. „Gesetzlich können wir nur regeln, was nicht sein darf – nämlich aggressive Werbung und Kommerzialisierung.“

Die Bundesärztekammer, oberste Standesorganisation der Mediziner in Deutschland, unterstützt Gröhes Vorstoß. „Wir begrüßen es, dass der Bundesgesundheitsminister die organisierte Sterbehilfe verbieten will“, sagt Ärztepräsident Montgomery. Den Sterbehilfe-Vereinen, die für ihre Dienstleistung sogar Werbung trieben, müsse „das Handwerk gelegt werden“. Für die Mediziner selbst würde sich durch den Vorstoß der Union vermutlich wenig ändern. Sie arbeiten in einem Raum juristischer Dialektik: Nach dem Strafbuch ist die ärztliche Beihilfe zum Suizid nicht verboten. Das Berufsrecht indes droht mit Berufsverbot. Allerdings spielt das in der Praxis keine Rolle. Montgomery kann sich an keinen Fall erinnern, in dem es in den vergangenen Jahren zum Entzug der Approbation gekommen wäre.

Der Ausbau der Palliativmedizin und des Hospizwesens erscheint vielen Gegnern der Sterbehilfe als Ausweg, um Schwerkranken eine Alternative aufzuzeigen. Mit Schmerztherapie, sagt Montgomery, könne die Medizin heute für ein menschenwürdiges Lebensende sorgen – und auch die Angst vor dem Ersticken nehmen, die viele Sterbende quäle, so Montgomery.

„Wir müssen die Palliativversorgung und die Hospizarbeit weiter ausbauen“, sagt Gröhe. Da sei er als Gesundheitsminister gefragt: „Wir haben in den

letzten Jahren bereits wichtige Fortschritte gemacht, etwa im Hinblick auf die finanzielle Situation der Hospize, den Einsatz von Schmerzmitteln und die medizinische Ausbildung in der Palliativmedizin.“

Die professionelle und liebevolle Begleitung der Sterbenden hat sich in Deutschland erst langsam entwickelt. „Die Deutschen haben immer auf Maximalmedizin und Hightech gesetzt, da sind wir führend“, sagt Ärztepräsident Montgomery. „Es fällt uns schwer, von dieser Apparatedizin auf adäquate Menschlichkeit umzuschalten, wenn das Leben eines Patienten wirklich unweigerlich zu Ende geht.“

Erst in den achtziger Jahren erreichte die Hospizbewegung auch Deutschland – und wurde argwöhnisch beäugt. „Damals gab es das eigentlich nicht nachvollziehbare Vorurteil, dass Hospize Häuser seien, in die die Sterbenden abgeschoben würden“, sagt Benno Bolze, Geschäftsführer des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands. „Heute wissen viele Menschen, dass es Häuser für das Leben sind – nur eben für das Leben am Ende des Weges.“ Inzwischen gibt es Wartelisten, und die Palliativmedizin ist zum Pflichtfach des Medizinstudiums aufgestiegen.

Längst kennt das Gesundheitssystem auch für das Sterben Paragraphen und Abrechnungsziffern. Seit 1997 zahlen die gesetzlichen Krankenkassen für die professionelle Begleitung in den letzten Lebenstagen. Die Förderung verdoppelte die Zahl der stationären Hospize in Deutschland annähernd: In den vergangenen zehn Jahren stieg sie von 111 (im Jahr 2004) auf inzwischen 200. Die Zahl

der an Krankenhäuser angeschlossenen Palliativstationen kletterte von 95 auf 231. Und zwischen Flensburger Förde und Bodensee kümmern sich inzwischen auch Ehrenamtliche in rund 1500 ambulanten Hospizdiensten um die Sterbenden.

Rita Wiegand begleitet als Palliative-Care-Fachkraft schwerstkranken Menschen auf dem letzten Weg. Die 60-Jährige ist zusätzlich ehrenamtlich im Vorstand des Hospizkreises Haar im Umland von München aktiv und arbeitet wöchentlich an drei Tagen als „Beauftragte für Palliative Care und Ethik“ in einem Seniorenheim. Wiegand unterstützt ihre Patienten beim Ausfüllen von Patientenverfügungen, überprüft die Schmerzmedikation Todkranker und gibt im Notfall Rat per Handy an verzweifelte Angehörige.

„Als ich vor 13 Jahren mit der Hospizarbeit begann, war vieles noch anders. Damals wäre es undenkbar gewesen, offen zu sagen: Die künstliche Ernährung unterlassen wir, weil wir das Leiden nur verlängern würden. Heute können wir das“, sagt Wiegand. Zu Beginn einer Begleitung führt Wiegand Gespräche mit den Betroffenen oder deren Angehörigen, wenn die Kranken selbst dazu nicht mehr in der Lage sind. Eine Frage lautet: „Gibt es Situationen, in denen Sie sagen würden, dann möchte ich nicht mehr leben?“ Nicht selten hört Wiegand dann: „Ja, die jetzige.“ Viele alte Menschen kommen sich nutzlos vor. Das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit, hat Wiegand festgestellt, gehe so weit, dass mancher Pflegebedürftige klagt, er wolle den Kindern nicht auf der Tasche liegen.

Rita Wiegand versucht mit ihrem Engagement den kranken, oft alleingelasse-

nen Menschen, das Gefühl der Einsamkeit zu nehmen. „Es reicht nicht, aktive Sterbehilfe zu verbieten“, sagt sie. Die Konsequenz aus einem Verbot der aktiven Sterbehilfe müsse sein, dass sich die Gesellschaft stärker um ihre Alten und Kranken kümmert.



In der vergangenen Woche fand in Sitzungszimmer N207 im Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Berlin eine lange geplante Sitzung zum Thema Sterbehilfe statt. Die Teilnehmer hatte man im Vorfeld um strikte Vertraulichkeit gebeten. Es ging um „heikle Fragen“.

Als Erstes ergriff Abteilungsleiter Bert Persson das Wort, Leiter der Projektgruppe des Ministeriums, die sich mit der sozialpolitischen Dimension des letzten Lebensabschnitts beschäftigt. Persson holte weit aus, sprach über das demografische Problem, die Belastungen für die junge Generation, die explodierenden Pflegekosten. „Wir müssen“, sagte Persson, „die Probleme zusammen mit den Alten lösen, nicht gegen sie.“ Dann stellte er die Vorschläge seiner Projektgruppe vor.

Sie will vor allem an den Gemeinschaftssinn der älteren Generation appellieren. Den Senioren müsse klargemacht werden, welche Opfer sie der Gesellschaft abverlangen. Man müsse, forderte Persson, die Einstellung zum Tod verändern. Natürlich nicht sofort nach der Pensionierung, sondern erst, „wenn die Kräfte abnehmen und die Alterskrankheiten einsetzen“.

Unterstützt wurde Persson von Caspar Storm, Professor am Institut für medizinische Ethik. Er forderte in seinem kurzen Vortrag eine „neue Lebens- und Todesethik“. Widerspruch gab es nach Angaben von Teilnehmern kaum. Man beschloss zu prüfen, wie eine Telefon-Hotline eingerichtet werden kann, die Sterbewillige an entsprechende Organisationen vermittelt. Perssons Fazit ist eindeutig: „Wir brauchen schnell mehr Tote.“

Das Treffen im Berliner Arbeitsministerium hat es nie gegeben. Tatort war eine Theaterbühne. Das 1978 erschienene Buch „Der moderne Tod“ des schwedischen Autors Carl-Henning Wijkmark hatte vor neun Jahren Hans Magnus Enzensberger neu entdeckt. Er nannte es eine „skandalöse Prognose über die Zukunft der sogenannten Sterbehilfe“.

NICOLA ABÉ, JÖRG BLECH,
MARKUS DEGGERICH, CHRISTIANE HOFFMANN,
ANNA KISTNER, HORAND KNAUP,
PETER MÜLLER, CORNELIA SCHMERGAL



Video: Palliativmediziner Lukas Radbruch über Sterbehilfe

spiegel.de/app62014sterbehilfe
oder in der App DER SPIEGEL



Medizinerin Woopen

„Kultur des Lebens pflegen“

Die Vorsitzende des Deutschen Ethikrats Christiane Woopen, 51, über ihre Erfahrung mit lebensmüden Patienten und die Frage, ob der Mensch seinen Tod selbst bestimmen darf

SPIEGEL: Frau Woopen, Sie haben als Ärztin in der Gynäkologie gearbeitet. Hat Sie jemals eine kranke Patientin mit dem Wunsch konfrontiert, ihr beim Sterben zu helfen?

Woopen: Ich hatte eine Patientin mit Eierstockkrebs. Sie wurde lange chemotherapeutisch behandelt. Irgendwann war klar, dass sie sterben würde. Sie bat mich dann, ihr zum Tod zu verhelfen.

SPIEGEL: Hatte die Frau eine konkrete Vorstellung, wie sie sterben wollte?

Woopen: Es changierte. Mal sprach sie von Giftspritze, mal davon, dass ich ihr etwas hinstellen solle, das sie schlucken könne. Das zeigt auch schon, welche Ambivalenz in einer solchen Situation steckt. Der Arzt

muss herausfinden, warum der Patient diesen Todeswunsch hat. Wovor hat er Angst?

SPIEGEL: Sie sind gläubige Katholikin und haben auch Philosophie studiert. Hat der Sterbenswunsch dieser Patientin Ihr Wertegerüst in Frage gestellt?

Woopen: Es hat mich vor allem als Mensch berührt, mit Philosophie oder Glauben hatte das weniger zu tun. Es erschreckt, wenn man so explizit mit einem Todeswunsch konfrontiert wird. Das ist ein archaisches Erschrecken vor der existentiellen Endgültigkeit.

SPIEGEL: Wie ging es weiter mit Ihnen und der Patientin?

Woopen: Ich habe sehr genau hingehört, was sie bewegt. So entstand ein inniges