

Sterbehilfe: Angst und Schmerzen nehmen, aber nicht das Leben

ÖKZ 10/2020: Eine große Frage des Lebens

Der Staat soll sich nicht in das Sterben einmischen, jeder soll darüber selbst bestimmen dürfen. So lautet das Hauptargument der Befürworter der Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen. Sie haben recht: Selbstbestimmung ist Ausdruck der Würde des Menschen, Autonomie ein hohes Gut. Keiner will sich von anderen vorschreiben lassen, wie er zu leben hat. Doch das ist nur die halbe Wahrheit.

Die andere Hälfte ist weniger schön. Menschen, die sich mit Tötungsgedanken befassen, leben nicht auf einer seligen Insel der Autonomie. Im Gegenteil: Wer schwer krank, einsam oder gebrechlich ist, befindet sich in einer höchst verletzlichen Phase seines Lebens. Ärzte und Pflegende erleben das tagtäglich. Verlusterfahrungen, die Angst oder auch die Tatsache, anderen zur Last zu fallen, kann Betroffene in eine Sackgasse tiefer Isolation und Hoffnungslosigkeit treiben.

Wenn in solchen Phasen die Option zur Tötung als Lösung im Raum steht, wächst der Druck, dass sie das alles ihrer Umgebung jederzeit ersparen könnten. Entsolidarisierung geht schneller als man denkt. In Kanada gibt es bereits Berechnungen, wieviel Geld sich durch aktive Sterbehilfe einsparen lässt. In den Niederlanden sterben täglich 15 Menschen durch „Euthanasie“, wie sie dort unverblümt genannt wird. Inzwischen ist sie auch für Kinder und psychische Kranke erlaubt. Und jetzt wird gerade die Letzte-Wille-Pille für gesunde, aber lebenssatte Senioren ab 75 Jahren diskutiert. Der holländische Medizinethiker Theo Boer musste 4000 Euthanasiefälle kontrollieren. Er hält das System für gescheitert.

Auch Zahlen aus der Schweiz belegen einen beunruhigenden Anstieg von Selbsttötungen, wo der Staat die Hand zum Suizid reicht. Das sollte uns ein Warnsignal sein. In den Benelux-Staaten geben Ärzte zu, ihre Patienten getötet zu haben – auch ohne deren Wunsch. Hier sind Machtstrukturen wirksam, die es klar zu benennen gilt.

Bei Patienten kann der Satz fallen: „Ich will nicht mehr.“ Oder „Lasst mich lieber sterben.“ Das kann man gut nachfühlen. Selbstbestimmung ist möglich: Jeder kann Behandlungen ablehnen, auch wenn dies sein Sterben beschleunigt oder zu seinem Tod führt. Bleiben wir aber präzise: Sterben zu wollen ist nicht dasselbe wie: „Töte mich!“ Töten ist keine Therapieoption. Es gibt ein Recht darauf, dass Sterben nicht unnötig verlängert wird, und die dringende Pflicht, dass Ärzte im Bereich der Palliative Care flächendeckend ausgebildet werden. Aber es gibt kein Recht auf Tötung. Auch die Österreichische Ärztekammer hat hier klare Position bezogen. Aufgabe des Staates ist es nicht, Tötungswünsche zu regeln, sondern Menschen in verletzlichen Lebensphasen zu schützen.

Vielleicht sollten wir dem Wort Sterbehilfe seinen ursprünglichen Sinn wiedergeben. „Hilfe beim Sterben“ braucht jeder Mensch: Begleiten, Angst und Schmerzen nehmen – aber nicht das Leben. ::

**Mag. Susanne Kummer, Ethikerin, IMABE, Wien
via E-Mail**

Fokussierter Schutz ist sinnvoll

ÖKZ 11/2020: Gefährlicher Denkfehler

Mit großem Interesse lese ich soeben die neue ÖKZ!

Aus meiner Sicht irrt der Redakteur in der Interpretation der von mehr als 50 führenden Epidemiologen aus führenden Universitäten geforderten „Focused Protection“, wenn er meint, diese wäre „im Prinzip gleichbedeutend mit dem Streben nach Herdenimmunität“: „Fokussierter Schutz“ ist nicht gleichzusetzen mit „Herdenimmunität“. Das Prinzip des fokussierten Schutzes wird beispielsweise ganz im Sinne der Autoren der *Great Barrington Declaration* von der österreichischen Bundesregierung in der aktuellen 479. *COVID-19-Notmaßnahmenverordnung* im Paragraphen „§ 10. Alten-, Pflege- und Behindertenheime“ verfolgt. Hier wird ein Betreten von Altenheimen zwar grundsätzlich gestattet, jedoch nur, wenn zuvor bestimmte fokussierte Schutzmaßnahmen erfüllt werden. Dies ist sinnvoll und begrüßenswert.

Auch die in dem Kommentar aufgestellte Behauptung, dass es „auch bei jüngeren Menschen zu vielen Todesfällen“ kommt, ist zumindest auf Österreich bezogen faktisch falsch. Hier verweise ich auf einen Beitrag in der aktuellen ÖAZ 24/20, S.52ff, in der ao. Univ.-Prof. Reinhard Würzner, MedUni Innsbruck, zitiert wird: „Kinder, Schwangere, Jugendliche und junge Erwachsene: keine Todesfälle in Österreich“ (im Unterschied zu Influenza).

Der fokussierte Schutz der Risikogruppe, welche mittlerweile epidemiologisch sehr gut charakterisiert ist, ist daher sinnvoll und notwendig. Inwieweit „harte Lockdowns“, die eine Schließung von Kindergärten und Volksschulen beinhalten, wogegen sich die Autoren der *Great Barrington Declaration* ja explizit aussprechen, sinnvoll sind, wird zurzeit auch in Österreich heftig sowohl von Experten als auch allen Oppositionsparteien diskutiert und in Frage gestellt.

Sollten, wider Erwarten, aktuelle Impfstoffentwicklungen scheitern, Impfstoffe von der Bevölkerung nicht breit akzeptiert werden und keine wirksamen Therapien zur Behandlung von COVID-19 zur Verfügung stehen, gilt, was Univ.-Prof. Franz Allerberger, AGES, angemerkt hat: „Es (SARS-CoV-2) wird uns nicht mehr verlassen und wir müssen lernen, damit zu leben.“ Die Ausbildung einer Herdenimmunität sowie das bessere Verständnis der schon vorhandenen Kreuzimmunität aus früheren Coronavirus-Infektionen werden dann entscheidend sein.

Ich denke, dass gerade die Fachpresse in Österreich eine besondere Verpflichtung hat, eine evidenzbasierte und offene Debatte zu dieser Thematik nicht nur zu führen, sondern auch zu unterstützen. ::

**Dr. Martin Spatz MBA
via E-Mail**