

Wien, 9.9.2014

Stellungnahme  
Enquetekommission „Würde am Ende des Lebens“

*Lebenshilfe statt Tötungslogik: Für eine neue Kultur des Beistands*

**Euthanasie oder Sterbehilfe: eine Sprachverschleierung**

Euthanasie-Befürworter sprechen ungern von Euthanasie. Sie bezeichnen die beabsichtigte und gezielte Tötung eines Menschen euphemistisch lieber als „Sterbehilfe“. Zwei Rechtfertigungsgründe stehen dabei im Vordergrund: einerseits Motive der Barmherzigkeit und des Mitleids, etwa um jemandem „unnötiges Leiden“ oder ein „nicht mehr sinnvolles Leben“ zu ersparen – oder aber die Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht, wonach jeder sich frei und autonom zum Suizid entscheiden soll. Beide Begründungen zeigen eine offenbar gezielt betriebene Sprachverwirrung, die zu einer semantischen Veredelung führen soll. Auch die Verwendung des Wortes „Sterbehilfe“ für vorsätzliche Tötung kommt einer gefährlichen Sprachverschleierung gleich mit dem Ziel, Euthanasie gesellschaftsfähig zu machen.

Einige europäische Länder wie Belgien, die Niederlande und die Schweiz, haben bereits vor Augen geführt, wo diese Reise gesellschaftspolitisch endet: das Recht einer „Tötung auf Verlangen“ auch für Kinder in Belgien; in den Niederlanden dürfen Ärzte inzwischen auch Demente, Depressive und Neugeborene töten - 30 ambulante Todesteams und eine Lebensende-Klinik haben sich dort zusätzlich auf „aktive Sterbehilfe“ spezialisiert. Und in der Schweiz gibt es nun auch das Angebot eines „Altersfreitods“ für Pensionisten, die zwar an keiner lebensbedrohlichen Krankheit leiden, aber genug vom Leben haben. Der Sterbehilfe-Verein Exit will sich ab sofort gezielt um diese wachsende Klientel kümmern.

Jeder Mensch hofft auf ein menschenwürdiges Sterben. Doch ist der vorzeitige Tod als Dienstleistung für alle - Junge und Alte, Kranke oder lebensmüde Gesunde, ausgeführt von staatlich geprüften Fachleuten – jene Zukunft des Sterbens, die wir uns wünschen? Echtes Mitleid zeigt sich nicht darin, den Leidenden zu beseitigen, sondern sein Leid zu lindern. Die Aufgabe des Arztes ist nicht Sterbehilfe im Sinne von Tötung, sondern Lebenshilfe im Sinne von Schmerzlinderung und Beistand.

**Die Freigabe der Euthanasie ist ein Druckmittel auf Schwächere**

Wer meint, ein Verbot der Euthanasie schränke die Autonomie des Individuums ein oder würde gar Ärzte zu einer Lebensverlängerung um jeden Preis zwingen, operiert mit einem wirklichkeitsfremden Autonomiebegriff bei Schwerkranken. Selbstverständlich gibt es einen ethisch und medizinisch berechtigten Behandlungsverzicht (wenn die Behandlung nutzlos ist, also keine Chance auf Heilung noch auf Lebensverlängerung besteht), oder das Abbrechen einer sinnlosen Therapie, die Möglichkeit, Sterben zuzulassen oder schmerzstillenden Medikamente zu verabreichen, die als Nebenwirkung den Eintritt des Todes unter Umständen beschleunigen können. Gegen die direkte, also gezielte und absichtliche Tötung von Patienten zu sein, heißt nicht, einer Lebensverlängerung um jeden Preis das Wort zu reden. Das können in Palliativ Care geschulte Mediziner und Pflegekräfte aus der Praxis nur bestätigen.

Ist aber das Tabu der Tötung auf Verlangen einmal gebrochen, ist der Schritt zu einer gesellschaftlichen Normalität, die schließlich in eine soziale Pflicht mutiert, nicht weit.

Kranke, schwache oder vulnerable Menschen fühlen sich in unserer dominierenden Leistungsgesellschaft ohnehin schon häufig als „Last“ für die anderen. Nun wächst der gesellschaftliche Druck: Die Kosten an Kraft, Zeit und Geld, die ihr Zustand verursacht, sind plötzlich abhängig von ihrem freien Willen. Der Gedanke, dass sie das alles ja den anderen jederzeit ersparen könnten, schwingt stillschweigend mit oder wird anhand ökonomischer Kosten-Nutzen-Rechnungen illustriert. Der Pflegebedürftige gerät unter einen Rechtfertigungsdruck, aber auch ein Gesundheitssystem, das sich diese Pflege noch leistet. Wer möchte unter solchen Umständen weiterleben? Aus dem Recht auf den „begleiteten Selbstmord“ wird so eine Pflicht zum „sozialverträglichen Frühableben“.

Laut einer aktuellen Umfrage der Medizinischen Universität Graz und des IFES-Institut hat die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe im Sinne der Euthanasie oder Beihilfe zum Suizid in Österreich stark abgenommen. Waren es 2010 noch 67 Prozent der Österreicher, die sich eine Tötung eines Patienten auf dessen Wunsch oder die Beihilfe zum Suizid vorstellen konnten, so ging diese Zahl 2014 auf 47 Prozent zurück.

Wer meint, es müsse jeder Generation demokratiepolitisch selbst überlassen werden, ob sie Tötung auf Verlangen erlaube oder nicht, argumentiert gefährlich. Der Schutz des Lebens ist ein vorpolitisches Recht. Es steht also über der Demokratie, deshalb kann man darüber auch nicht abstimmen.

### **Die Heroisierung des selbstbestimmten Todes**

In den allermeisten Fällen ist der Todeswunsch eines Patienten Ausdruck und Symptom einer schweren psychischen Krise. Von Freiheit und Selbstbestimmung in einer solchen Situation kann da keine Rede mehr sein. Erwin Ringel, bekannter österreichischer Psychiater und Suizidforscher, hat Selbstmörder generell als nicht zurechnungsfähig erachtet. Die Überhöhung der Autonomie und die Heroisierung des selbstbestimmten Todes übersieht die existenziell soziale Dimension des Menschen: seine fundamentale Angewiesenheit auf andere, sein Eingebundensein in Gemeinschaft. Suizid ist nicht bloß Privatsache. Kein Mensch wird für sich allein geboren, kein Mensch lebt für sich allein – und kein Mensch stirbt für sich allein. Es ist die moralische Bankrotterklärung einer Kultur, die ihre Kompetenz im Umgang mit Leidenden verloren hat und im Rückzugsgefecht die legale Tötung als Befreiung feiert. Selbst jener, die besonders vulnerabel und schutzbedürftig sind. Das Angebot des assistierten Selbstmords wäre der infamste Ausweg, den die Gesellschaft sich ausdenken kann, um sich der Solidarität mit den Schwächsten zu entziehen.

### **Todeswunsch aus ärztlicher Sicht und die Rolle der Medien**

Ein Suizidgefährdeter will gar nicht dem Leben, sondern vielmehr dem Leiden entrinnen. Er oder sie will nicht *nicht* leben, sondern anders leben. Studien zeigen, dass das Hauptmotiv für den Todeswunsch nicht körperlicher Schmerz ist, sondern psychischen Belastungen wie Depression, Hoffnungslosigkeit und Angst. Die Antwort auf Depressionen und Hoffnungslosigkeit kann aber nicht Tötung sein, sondern ruft nach medizinischer Hilfe, Beratung und Beistand. Der Todeswunsch ist häufig ein Hilfeschrei - und nicht die Forderung nach einem „kostenlosen Todesstoß“ (Axel W. Bauer). In einer Situation, wo gerade viele ältere Menschen vereinsamen, den sogenannten „Altersfreitod“ als Option anzubieten, halten Kritiker in der Schweiz für zynisch; diese werfe ein „düsteres Bild auf die Humanität unserer Gesellschaft“ (Ruth Baumann-Hölzle).

Während das Sterben weitgehend ein Tabuthema ist, berichten Medien geradezu euphorisch von einem „würdevollen“ und selbstbestimmten Tod, wenn Prominente heute Beihilfe zum Selbstmord in Anspruch nehmen. Studien belegen klar, dass dies bei gefährdeten Menschen einen Nachahmungseffekt auslösen kann (sog. „Werther-Effekt“). Die WHO hat deshalb 2008 eigene Richtlinien unter dem Titel: *Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals* zur Darstellung von Suizid in Medien erlassen. Sie fordert darin Medienschaffende auf, sowohl eine „Sensationssprache“ als auch „normalisierende

Darstellung von Selbstmord als Lösung für Probleme" zu vermeiden, ebenso eine „prominente Platzierung von Geschichten über Selbstmord“ sowie eine „explizite Beschreibung der verwendeten Methode“.

### **Ärzte haben keinen Auftrag als Tötungsgehilfen**

Was soll aus einer Gesellschaft werden, in der Gesetze von Internisten, Palliativmedizinern oder Kinderärzten verlangen, Menschen zu töten? Dieser Vertrauensbruch ist durch nichts wettzumachen. Da hilft es auch nichts, von wenigen und streng durch Ärzte und Psychologen oder gar Ethiker geprüften gesetzlichen Ausnahmefällen zu sprechen. Es geht um ein Todesurteil. Wäre das etwa ein Argument für die Einführung der Todesstrafe – der Hinweis, es käme ohnehin nur einmal im Jahr zu einer Exekution?

Aus standesethischer Sicht ist für den Mediziner klar: Die ärztliche Unterstützung einer Selbsttötung ist nicht nur eine individuelle Angelegenheit, sondern trifft die gesamte Ärzteschaft. Niemals kann es Aufgabe des Arztes sein, den Tod als professionelle Dienstleistung anzubieten. Aus dem Recht auf Selbstbestimmung darf kein Recht auf Selbsttötung abgeleitet werden und schon gar nicht das Recht bzw. die Pflicht des Arztes zur Tötung seiner Patienten.

Die Identität des eigenen Berufsethos lassen sich Ärzte sicher nicht von außen aufoktroieren, wie die Stellungnahmen der Österreichischen Palliativgesellschaft, der Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin u.a. zeigen. Es wäre zu fragen, wie eine andere Berufsgruppe (z. B. die Polizei oder das Militär) reagieren würde, wenn man von ihnen verlangen würde, Selbstmordwillige zu exekutieren.

In Ländern mit Euthanasie-Tradition fühlen sich Ärzte außerdem zunehmend selbst als Herren über Leben und Tod, die Schwelle zur Tötungshürde sinkt: In einer von der niederländischen Regierung in Auftrag gegebene Studie gaben Ärzte an, in 25% der Fälle aktive Euthanasie bei Patienten geleistet zu haben, die gar nicht darum gebeten hatten. Sie begründeten dies mit ihrer subjektiven Einschätzung einer „zu geringen Lebensqualität“ oder „unerträglichem Leiden“ des Patienten. Hier bahnt sich eine Herrschaft von Menschen über Menschen an, die letztlich das Vertrauen zwischen Arzt und Patient, zwischen Patienten und Angehörigen, Eltern und Kindern zerrüttet.

### **Ein klarer Auftrag: Palliativ Care, Hospiz und Kultur des Beistands**

Der Auftrag ist klar: Was wir brauchen, ist eine neue Kultur des Sterbens und der Leidensbewältigung. Diese Kultur kann nicht darin bestehen, den Tod als professionelle Dienstleistung einzufordern. Hier schlägt die Sterbekultur in eine Kultur des Todes um. Dass die Debatte um die Legalisierung des Tötens auf Verlangen ausgerechnet dann geführt wird, wenn Österreich nach Ansicht von Experten noch nicht einmal seine Hausaufgaben in Sachen Palliativversorgung erfüllt hat, sorgt für Kritik. So müsste hierzulande erst einmal der Plan zur abgestuften Palliativ- und Hospizversorgung von 2004 umgesetzt werden. Während schon relativ viele Palliativbetten vorhanden sind, fehlt es noch an der mobilen Betreuung, hieß es bei der im April 2014 vom Dachverband Hospiz (DVHÖ) und von der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) veranstalteten Enquete in Wien.

Eine Verankerung des Verbots von Tötung auf Verlangen in der österreichischen Verfassung ist kein Muss, aber es wäre angesichts der erschreckenden Entwicklung einer eiskalten inneren Tötungslogik, die bereits in anderen europäischen Ländern um sich greift, ein deutliches Signal.

Wir brauchen eine Kultur des Beistands – und keine Unkultur der Entsorgung.

Mag. Susanne Kummer  
Geschäftsführerin  
IMABE - Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik

*Eingelangt am 9. September 2014*