

DR. MED. MICHAEL PEINTINGER

UNIV. LEKTOR, LEHRBEAUFTRAGTER FÜR MEDIZINETHIK AN DER UNIVERSITÄT WIEN
FACHARZT FÜR ANÄSTHESIE UND OBERARZT AM KRANKENHAUS „GÖTTLICHER HEILAND“
MITARBEITER AM INSTITUT FÜR ETHIK UND RECHT IN DER MEDIZIN DER UNIVERSITÄT WIEN
MITGLIED DER AKADEMIE FÜR ETHIK IN DER MEDIZIN, GÖTTINGEN

Stellungnahme zum Gastkommentar von Univ.Prof. Dr. Martin Salzer in
Clinicum 5/1, S. 62: „Wir brauchen eine Diskussion über Grenzfragen des
Lebens“

Vorausschickend möchte ich feststellen, daß ich Herrn Prof. Salzer für seinen
langjährige Patienteneinsatz und sein Bemühen um menschliche
Betreuungsqualität sehr schätze.

Ebenso möchte ich an dieser Stelle festhalten, daß ich - abseits der Kritik am
Gastkommentar - strikter Gegner jeder Form von aktiver Sterbehilfe bin!

Zum Kommentar:

Wer klare Begriffsbestimmungen einfordert und sie zum Aufhänger für eine
anschließende Befürwortung der Beihilfe zur Selbsttötung benutzen möchte,
muß selbst einschlägige Begriffe auseinanderhalten können.

Wer aktive Euthanasie als „Tötung ohne Zustimmung des Betroffenen“ definiert
(!) (2. Absatz), kann nicht wirklich als informiert gelten.

Wer überdies aktive Euthanasie als „Mord“ bezeichnet (ebenfalls Absatz 2), hat
die zahlreichen einschlägigen Diskussionen und Begriffsbestimmungen der
letzten Jahre schlicht ignoriert.

Der von den Intentionen abhängige Unterschied zwischen den Begriffen „Mord“
und „Tötung“ ist nämlich keineswegs neu, wird von der Rechtslehre seit
Jahrzehnten vertreten, und sollte daher allen damit Befassten umso mehr
geläufig sein.

Die Verkürzung der indirekten Euthanasie auf das Schlagwort „Schmerzmittel
mit Nebenwirkung Lebensverkürzung“ (Absatz 2) blendet wesentlichere
Bereiche der Problematik aus. Überdies stellt es ein Vorurteil dar, das bereits
seit einigen Jahren medizinisch begründbar zurückgewiesen werden konnte.
Darauf immer noch offenbar unreflektiert zurückzugreifen provoziert
zwangsläufig die Frage, ob das Wissen und die Erfahrungen, die nicht zuletzt
dank der Hospizbewegungen, IGSL und ähnlich verdienstvollen Initiativen

gewonnen wurden, nicht auch von jemandem verinnerlicht sein sollten, der als Gastkommentator in derart sensiblen Bereichen tätig ist!

Beim Schlagwort von der „Grauzone ärztlicher Verantwortung“ (ebenfalls Absatz 2) scheint es sich um eine sprachliche Neuschöpfung zu handeln! Es mag rechtliche, ethische, moralische Grauzonen geben, in denen ärztliches Handeln in bewußter Verantwortung stattfinden kann (vgl. Tugend der Epikie!). Wie aber sollte eine Grauzone der Verantwortlichkeit aussehen? Verantwortung ist zu tragen, zu teilen, zu meiden und ähnliches mehr.

Eine Grauzone, also einen nicht klar fassbaren Bereich im Zusammenhang mit einem Faktum, das einem zugeschrieben wird, oder das man von sich aus tragen kann, zu beschreiben, erinnert ein wenig an das Paradoxon des „Bißchen-Schwanger-Seins“!

Die Selbsttötung – unabhängig von allen bedenkenswerten Für und Wider - als Konsequenz einer Verantwortungsethik zu beschreiben, aus der das Recht abgeleitet werden könnte, ein „würdeloses und sinnloses Leben zu beenden“, (Absatz 4) läßt sich bei genauer Kenntnis der Grundlagen dieses Konzeptes von seiner Entstehung an (Jonas) bis heute nicht nachvollziehen!

So sehr ich eine tatsächlich offene Diskussion über alle relevanten Fragen zum Thema Sterbehilfe für unverzichtbar halte, so sehr muß davor gewarnt werden, daß nicht Gastkommentatoren, denen offenbar ein Expertenrang in der Frage zuerkannt wurde, durch unrichtige und irreführende Aussagen diese notwendige Diskussion letztlich behindern!

Wien, 8.6. 2001