



ÖÄZ 11 - 10.06.2012

Kommentar - Univ. Prof. Johannes Bonelli

Verwirrung um „Sterbehilfe“

Die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt hat im Juni 2011 „Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende“ vorgelegt. Die herkömmlichen Begriffspaare „aktiv-passiv“ und „direkt-indirekt“ würden für die medizinisch-ethische Beurteilung von Handlungen in der Situation von Sterben und Tod Anlass zu Missverständnissen geben. Das grundsätzliche Bemühen, hier Klarheit zu schaffen, ist zu begrüßen. Als Vorlage verwendete die Bioethikkommission die Stellungnahme des deutschen Nationalen Ethikrates – allerdings nur lückenhaft, was neue Probleme aufwirft.

Die Kommission empfiehlt, die bisher verwendete Terminologie von aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe aufzugeben und folgende Begriffe einzuführen: Sterbebegleitung, Therapie am Lebensende, sterben lassen. Blickt man jedoch auf die Definitionen dieser Begriffe, wie sie von der Bioethikkommission in ihren Empfehlungen dargelegt werden, so findet man gleich am Anfang keinen relevanten Unterschied zwischen den Termini „Sterbebegleitung“ und „Therapie am Lebensende“. Zur Sterbebegleitung heißt es: „Unter den Begriff der Sterbebegleitung fallen Maßnahmen zur Pflege, Betreuung und Behandlung von Sterbenden...“. Zur Therapie am Lebensende: „Zu Therapien am Lebensende zählen alle medizinischen Maßnahmen, einschließlich palliativmedizinischer Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern, das Leben zu verlängern oder Leiden zu mindern.“ Worin sich diese beiden Definitionen unterscheiden, bleibt rätselhaft. Handelt es sich doch in beiden Fällen um eine allgemeine Beschreibung der Palliativmedizin ohne Bezug zur ethischen Kategorie der Sterbehilfe beziehungsweise der Euthanasie.

Wirft man allerdings einen Blick in die Stellungnahme des deutschen Nationalen

Ethikrates von 2006, wird sofort klar, dass die österreichischen Autoren den Kernpunkt der Unterscheidung ausgelassen haben. Dort heißt es nämlich unter dem Begriff „Therapie am Lebensende“: „Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird, sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome nicht möglich ist.“ In der herkömmlichen Terminologie würde dieser Fall unter den Begriff der aktiven indirekten Sterbehilfe fallen, und man sieht schon, dass die Termini „Therapie am Lebensende“ und „Sterbebegleitung“ bereits in nuce unzureichend sind und ohne näheren Kommentar zu Missverständnissen Anlass geben.

Auch der Begriff des „Sterben zulassen“ wird in der Empfehlung undifferenziert behandelt: „Eine unter kurativer Therapiezielsetzung als lebensverlängernd bezeichnete medizinische Maßnahme kann unterlassen werden, wenn der Verlauf der Krankheit eine weitere Behandlung nicht sinnvoll macht.“ Sterben zulassen kann allerdings nicht nur durch ein Unterlassen (Behandlungsverzicht), sondern auch durch ein aktives Tun erfolgen (zum Beispiel Abschalten der Beatmungsmaschine). Diese Verdeutlichung wäre für die ärztliche Praxis geradezu essentiell. Ebenso nicht erfasst wird mit der neuen Begrifflichkeit eine Situation, bei der eine an sich lebensrettende Maßnahme verweigert wird (passive direkte Euthanasie). Genau genommen wird auch die willkürliche Tötung von Menschen (vor allem Kranker, Alter und Behinderter), zum Beispiel durch die Überdosierung eines Medikaments, nicht erfasst.

Fazit: Das Anliegen, die Terminologie im Umgang mit kranken Menschen am Lebensende zu präzisieren, ist berechtigt. Leider ist dies der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt nicht gelungen. Im Gegenteil: Die vorgeschlagenen Begriffe sind vielfach missverständlich. Ganz wesentliche ethische Grenzfälle am Lebensende werden überhaupt nicht erfasst. Die missglückten Formulierungen der Bioethikkommission zeigen auch, dass die herkömmliche Handlungsklassifizierung in aktiv-passiv und direkt-indirekt wohl durchdacht ist und dass man auf sie nicht gänzlich verzichten wird können. Allerdings erscheint es notwendig, diese Begriffe wieder mit Leben zu füllen und ihre praktische Bedeutung für die heutigen Bedürfnisse neu zu präzisieren.

**) Univ. Prof. Dr. Johannes Bonelli ist Direktor von IMABE - Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik in Wien*

© Österreichische Ärztezeitung Nr. 11 / 10.06.2012

© Verlagshaus der Ärzte Gesellschaft mbH, Nibelungengasse 13, A-1010 Wien

by indesign und landwirt.com