

Sterben in Würde

Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen

Stellungnahme der Bioethikkommission

9. Februar 2015

Bundeskanzleramt
Geschäftsstelle der Bioethikkommission
Ballhausplatz 2
A – 1014 Wien
Tel.: +43/1/53115-202987
Fax: +43/1/53109-202987
mailto: doris.wolfslehner@bka.gv.at
www.bundeskanzleramt.at/bioethik/
www.bundeskanzleramt.at/bioethics

Inhaltsverzeichnis

1	Präambel	4
2	Fragestellungen und Bezugspunkte	5
2.1	Zum Begriff „Lebensende“	5
2.2	Umstände und Orte des Sterbens	6
2.3	Die Medikalisierung des Lebensendes	6
2.4	Ethische Bezugspunkte	7
2.5	Derzeitiger rechtlicher Rahmen	8
2.6	Medizinethische Leitlinien und Orientierungshilfen.....	11
3	Zielvorstellungen zum Sterben in Würde	13
3.1	Der Wertekanon in einer pluralistischen Gesellschaft.....	13
3.2	Der betroffene Mensch im Mittelpunkt	13
3.2.1	Bedürfnisse und Wünsche am Lebensende	13
3.2.2	Probleme am Lebensende.....	14
3.2.3	Vorsorge und Fürsorge	15
4	Der Tod ist kein Versagen der Medizin	15
4.1	Sterben zulassen	16
4.2	Medizinische Entscheidungen am Lebensende	16
4.2.1	Therapieziel und Indikation	16
4.2.2	Patientenwille	17
4.2.3	Ursachen von unverhältnismäßiger Therapie	17
4.2.4	Therapiezieländerung und Therapielimitierung.....	17
5	Palliation am Lebensende	18
5.1	Wesen und Zielsetzung palliativer Betreuung.....	18
5.2	Bedeutung der Hospizbewegung und Palliativbetreuung	19
5.2.1	Orte der palliativen Versorgung.....	19
5.2.2	Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich.....	19
5.2.3	Qualifizierung in Palliative Care und Hospizarbeit	20

5.3	Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe am Lebensende	20
6	Unklare oder in Diskussion stehende Fragen.....	20
6.1	Palliative Sedierung	20
6.2	Assistierter Suizid	21
6.3	Tötung auf Verlangen	23
7	Empfehlungen der Bioethikkommission	23
7.1	Palliativ- und Hospizdienste.....	23
7.1.1	Recht auf Palliativ- und Hospizbetreuung	23
7.1.2	Ressourcen und Infrastruktur	23
7.1.3	Ausbildung und Forschung	23
7.2	Vorsorge für Entscheidungen am Lebensende (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Sachwalterverfügung u.a.)	24
7.3	Vermeidung von unverhältnismäßigen medizinischen Interventionen	24
7.4	Assistierter Suizid	25
7.5	Abweichendes Votum zum Assistierte Suizid	26
7.6	Tötung auf Verlangung	28
7.7	Sondervotum zur Tötung auf Verlangen	28
7.8	Sondervotum zu einzelnen Punkten der Stellungnahme sowie zur Vermeidung von unverhältnismäßigen medizinischen Interventionen	29
8	Ausgewählte Literatur	31

1 Präambel

Das lange verdrängte Thema Lebensende ist in den letzten beiden Jahrzehnten zunehmend wieder zu einem Gegenstand des öffentlichen Diskurses mit sehr unterschiedlichen Perspektiven geworden. Die Komplexität des Themas und damit verbundener Begrifflichkeiten hat die Bioethikkommission im Jahr 2011 dazu veranlasst, eine einstimmige Empfehlung zur „Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende“ zu veröffentlichen (<http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=46713>). Darin wurde festgehalten, dass abzusehen ist, dass in nächster Zeit eine weitere Bearbeitung erforderlich werden wird. Das vorliegende Dokument geht nun deutlich über die Befassung mit der Terminologie hinaus und beschäftigt sich mit dem Thema des Sterbens in Würde, konkret der Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundener Fragestellungen.

Das Thema Lebensende zieht sich wie ein roter Faden durch die Diskussionen der Kommission. So hat im Juni 2013 in Kooperation mit dem französischen Kulturinstitut, der österreichischen UNESCO-Kommission und dem Dialogforum der Stadt Wien "Wiener Vorlesungen" im Bundeskanzleramt ein Kolloquium zum Thema "Lebensende" stattgefunden. Ausgangspunkt der Veranstaltung war die sich verändernde Einstellung gegenüber dem Tod: Wenn der Tod früher als natürliches Ereignis zum Abschluss eines erfüllten Lebens empfunden wurde, ist dieses Bewusstsein durch die Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin enorm verändert worden. Medizinische Technologien, Organunterstützung, Organersatz sowie die Entwicklungen in der Transplantationsmedizin haben dazu beigetragen, dass das Lebensende keiner eindeutigen Begriffsdefinition im Sinne einer Diagnose unterliegt. In der Folge dieser Entwicklungen ist eine Pluralität von Wertvorstellungen und Wertpräferenzen entstanden, die für die medizinische Ethik eine wichtige und teilweise auch neue Herausforderung darstellt.

Diese internationale öffentliche Veranstaltung diente dazu, von weltanschaulichen und nationalen Wertvorstellungen ausgehend, die aktuelle Haltung zu Lebensende und Tod vergleichend zu diskutieren. Didier Sicard, der vom französischen Staatspräsidenten François Hollande beauftragte frühere Vorsitzende und nunmehriger Ehrenpräsident des französischen Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) stellte seinen Bericht über das "Lebensende" vor.

Nach der turnusmäßigen Neubestellung der Bioethikkommission im März 2014 wurde erneut mit einer Bearbeitung des Themas Lebensende begonnen. Ausgangspunkt war der Auftrag der Bundesregierung an die Kommission, sich mit der Frage eines Grundrechts auf Sterben in Würde zu befassen. Unter der inhaltlichen Führung der zum Thema eingerichteten Arbeitsgruppe wurde im April 2014 dazu ein Arbeitskonzept vorgestellt.

Im Mai 2014 war die Bioethikkommission in Straßburg beim Europarat im Rahmen einer internationalen Konferenz zur Vorstellung des Leitfadens zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende durch die Vorsitzende und das Mitglied Univ.-Prof. Dr. Andreas Valentin vertreten. Prof. Valentin war als österreichischer Experte in die Verfassung des Leitfadens federführend eingebunden.

Am 6. Oktober 2014 fand eine öffentliche Sitzung der Bioethikkommission statt, die auf großes Interesse gestoßen ist. Ziel der Veranstaltung war es, die wichtigsten europäischen Debatten zum Thema Lebensende abzubilden. Gian Domenico Borasio, Professor für Palliativmedizin, Universität Lausanne, referierte über "Selbst bestimmt sterben: Was es bedeutet, was uns daran hindert, wie wir es erreichen können", Christiane Woopen, Vorsitzende des Deutschen Ethikrates und Professorin für Ethik und Theorie der Medizin, Universität Köln, hielt ein Referat zum Thema "Ethische Fragen der Beihilfe zum Suizid", Ines de Beaufort, (Professor of health care ethics and head of the department of medical ethics and philosophy of medicine, Erasmus Medical Centre, Rotterdam, NL) redete zum Thema "Euthanasia in the Netherlands". Im abschließenden Vortrag stellte Andreas Valentin den Leitfaden des Europarates zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende vor.

Die nun vorliegenden Empfehlungen der Bioethikkommission sind das Ergebnis einer sorgfältigen und differenzierten Abwägung der verschiedenen Aspekte dieses Themas. Sie illustrieren einmal mehr, dass die genannten Fragestellungen keine einfachen Antworten auf Basis einer objektiven Wahrheit zulassen. Umso mehr erscheint es notwendig, abseits von allen prinzipiellen Überlegungen stets auch die individuelle Situation des betroffenen Menschen und der ihm nahestehenden Personen in das Zentrum der Überlegungen zu stellen.

2 Fragestellungen und Bezugspunkte

2.1 Zum Begriff „Lebensende“

Eine angemessene Sorge um Menschen am Lebensende setzt ein hinreichendes Verständnis vom Begriff „Lebensende“ voraus. So universell das Lebensende alle Menschen betrifft, so schwierig ist es dennoch, eine allgemein gültige Definition davon auszumachen. Das Lebensende ist eine Phase, deren Beginn oft nur rückblickend zu beschreiben ist, während der Schlusspunkt – der Tod – nach heutigem Verständnis als unumkehrbares Ende der Existenz des menschlichen Individuums mit dem irreversiblen Verlust aller Hirnfunktionen definiert wird. Der Beginn des Lebensendes und der Tod können zeitlich auch fast ident sein (etwa bei einem tödlichen Unfall). Aufgrund der soziodemografischen, epidemiologischen und medizinischen Entwicklungen mehren sich heute jedoch die Verläufe, in denen akute oder chronische Erkrankungen verzögert zum Tod führen („chronisch kritisch krank“) oder eine kontinuierlich fortschreitende Altersschwäche das Lebensende bestimmt.

Das Sterben kann als letzte, terminale Phase des Lebensendes verstanden werden (Lebensende im engeren Sinn). Meist weisen klinische Zeichen auf ein eintretendes Sterben bzw. den baldigen Tod hin, eine präzise Voraussage zum exakten Todeszeitpunkt eines konkreten Menschen ist jedoch auch in diesen Situationen unmöglich.

Die Feststellung, dass ein Mensch an seinem Lebensende angelangt ist bzw. sein Sterbeprozess begonnen hat, ist eine notwendige und erste Voraussetzung dafür, dass eine angemessene und effektive Sorge um diesen Menschen während des Sterbeprozesses geplant und vollzogen werden kann. Entscheidungen über medizinische und palliative Maßnahmen, zur psychosozialen und spirituellen Betreuung des Sterbenden und seiner

Angehörigen können nur getroffen werden, wenn der Eintritt der letzten Lebensphase rechtzeitig erkannt und kommuniziert wurde.

2.2 Umstände und Orte des Sterbens

Die meisten Menschen haben den Wunsch, zu Hause zu sterben. Oft wird auch der Wunsch nach einem raschen Tod am unvermeidlichen Lebensende zum Ausdruck gebracht. Tatsächlich sterben aber fast 70% der Österreicher im Krankenhaus oder im Pflege- bzw. Altenwohnheim. Das Sterben ist nicht nur institutionalisiert, sondern meist ein längerer Prozess.

Laut Statistik Austria sind von den 2013 insgesamt 79.526 Sterbefällen 40.142 Menschen im Krankenhaus verstorben – das entspricht 50,5%. In Pflege- und Altenwohnheimen sind 13.872 (17,4%) verstorben, zu Hause waren es 21.430 (26,9%) und an „sonstigen Orten“ 4.082 (5,1%). Es besteht ein deutlicher Unterschied zwischen den Bundesländern, so sterben in Wien 61,2% in Krankenhäusern, im Bundesland Salzburg sind es 44,6%. In Wien sterben 17,6% zu Hause, im Burgenland sind es 35,7%. In Heimen sterben in Wien 14,5%, in Salzburg 23,3%. Regional unterschiedliche Sozial- und Versorgungsstrukturen dürften für diese Unterschiede die Erklärung liefern. Generell ist in den letzten Jahren ein Rückgang der Zahl der Menschen, die im Krankenhaus sterben, zu verzeichnen. Dies lässt sich durch eine kontinuierliche Zunahme der im Pflegeheim Verstorbenen erklären.

Das eigene Zuhause wird immer weniger Ort des Sterbens. Dazu tragen veränderte Wohnverhältnisse bei, genauso wie veränderte familiäre Strukturen und schwächere soziale Netzwerke der in einem hohen Lebensalter sterbenden Menschen. Die hohe Lebenserwartung bringt auch ein größeres Risiko, die letzten Jahre des langen Lebens, noch deutlich vor dem Lebensende, funktionell sowohl körperlich, als auch kognitiv so beeinträchtigt zu werden, dass eine institutionelle Langzeitbetreuung notwendig wird. Darüber hinaus wird in der Betreuung Sterbender immer mehr eine hohe Professionalität und Fachkompetenz erwartet. Diese Anforderungen können in einem familiären Umfeld rasch zu einer Überforderung führen.

Der Sterbeort allein sagt noch nichts darüber aus, ob „gut“ oder „schlecht“, in Würde oder würdelos gestorben wird. Auch wenn das Krankenhaus als Sterbeort fortwährend kritisiert wird, gibt es aus der Praxis genauso die Erfahrung, dass engagierte, motivierte und empathische Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Unterstützung adäquater Rahmenbedingungen auch in einem Krankenhaus den Bedürfnissen der betroffenen Menschen am Lebensende und ihrer Angehörigen durchaus Rechnung tragen können. Hingegen kann das Sterben eines alten Menschen in einer verwahrlosten häuslichen Umgebung und in Einsamkeit alles andere als würdevoll sein.

2.3 Die Medikalisierung des Lebensendes

Die Fortschritte der biomedizinischen Wissenschaften haben in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu einem hohen Grad der Medikalisierung des Lebensendes geführt. Das Lebensende wird heute vorrangig als medizinisches Problem beschrieben und behandelt, das Sterben ist häufig ein gestalteter, medizinisch begleiteter Vorgang. Neben den

unumstrittenen Errungenschaften der modernen Schmerz- und Palliativmedizin ergeben sich in den hoch entwickelten Bereichen der Akutmedizin aber auch neue Fragestellungen, wie etwa die Sinnhaftigkeit von Organersatzverfahren bei erkennbar aussichtsloser Prognose in der Intensivmedizin. So ist auch bei schwerstkranken Patienten mit aussichtsloser Prognose der konkrete Zeitpunkt des Sterbens häufig die Folge einer aus medizinischer Begründung getroffenen Entscheidung am Lebensende.

2.4 Ethische Bezugspunkte

Für Entscheidungen, die in der besonderen Situation unheilbar kranker und sterbender Menschen getroffen werden, sollten grundlegende Normen und Werte maßgeblich sein. Diese Normen und Werte werden in Österreich von einem breiten gesellschaftlichen Konsens getragen. Insbesondere folgende Gesichtspunkte sind es, auf die in der Diskussion über den Umgang mit sterbenden Menschen immer wieder Bezug genommen wird und die auch in allen Überlegungen zu berücksichtigen sind: Schutz des Lebens, Anspruch auf Selbstbestimmung, Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip sowie der Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit.

Schutz des Lebens

Der Schutz des Lebens ist ein grundlegendes, unbedingtes ethisches Prinzip, welches im Kontext des Lebensendes konkretisiert werden muss. Eine radikale Auslegung dieses Prinzips würde die volle Ausschöpfung medizinisch-technischer Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung rein biologischer Körperfunktionen nach sich ziehen, unabhängig von den Krankheitsumständen betroffener Menschen, denen dann möglicherweise Sterbensverlängerung und Leidenserfahrung zugemutet werden. Eine Mehrzahl von Menschen würde sich vermutlich mit einer relativen Auslegung dieses Grundprinzips identifizieren: Die grundlegende Pflicht, Leben durch medizinische Interventionen zu erhalten, endet (neben jenen Situationen, in denen ein einsichts- und urteilsfähiger Patient die Lebenserhaltung ablehnt) jedenfalls dann, wenn die Lebenserhaltung gleichzeitig eine Verlängerung des nicht grundsätzlich umkehrbaren Sterbeprozesses bedeutet und damit den Patienten unverhältnismäßigen Belastungen aussetzt, die zu einem erheblichen Leidensdruck des Patienten führen können. Die Vorstellung vom Tod selbst als gelingender Endpunkt eines vollendeten Lebens wird in einer Fülle an Literatur artikuliert und variiert in einer geringen Bandbreite.

Anspruch auf Selbstbestimmung

Das Recht auf Selbstbestimmung in Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen umfasst zwei Aspekte: Jegliche medizinisch indizierte Handlung darf nur dann begonnen oder fortgesetzt werden, wenn der Betroffene zustimmt. Zugleich umfasst die Selbstbestimmung auch das Recht, Hilfsangebote abzulehnen, selbst wenn die Ablehnung aus Sicht der anderen wenig nachvollziehbar erscheint. Der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Patienten setzt die Kenntnis über den Patientenwillen und damit eine intensive Auseinandersetzung und fortwährende Kommunikation mit dem Patienten voraus. Sofern der Patient nicht mehr dazu in der Lage ist, seinen

Willen mitzuteilen, sind Hilfsmittel der antizipierten Willensbekundung (z.B. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht) heranzuziehen und ist zu überprüfen, inwieweit die Behandlung im Einvernehmen mit dem erklärten bzw. mutmaßlichen Patientenwillen erfolgt.

Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip

Menschen, die im Sterben liegen oder unheilbar krank sind, haben in besonderer Weise Anspruch auf die Zuwendung ihrer Mitmenschen und die Solidarität der Gesellschaft, weil sie hilflos und verletzlich sind. Es muss gewährleistet sein, dass unheilbar erkrankte und sterbende Menschen den Schutz genießen, der ihre Rechte als Person garantiert, ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung nach Möglichkeit fördert und ihnen erlaubt, unter würdevollen Umständen zu sterben. Der Auftrag zur Minderung von Leid ist ein wichtiges Element der Fürsorge am Lebensende.

Verteilungsgerechtigkeit

Die Behandlungsentscheidungen am Lebensende sollen sich, solange eine medizinische Indikation gegeben ist, ausschließlich am Wohl des individuellen Patienten und an seinem Willen orientieren. Gleichwohl stehen Forderungen der Verteilungsgerechtigkeit ganz allgemein nicht im Widerspruch zur Achtung individueller Autonomie und Würde und sind sorgfältig mit den Vorstellungen von einem menschenwürdigen Sterben in Einklang zu bringen.

2.5 Derzeitiger rechtlicher Rahmen

Verfassungsrechtliche Ausgangslage

- Der österreichischen Rechtsordnung fehlt zwar eine dem deutschen Grundgesetz entsprechende Bestimmung zum Schutz der Menschenwürde. Die Menschenwürde wurde allerdings vom Verfassungsgerichtshof als „allgemeiner Wertungsgrundsatz“ der österreichischen Rechtsordnung anerkannt, welcher sich z.B. in § 16 ABGB oder in Artikel 1 EU-Grundrechtecharta (GRC) widerspiegelt. Wie in Deutschland muss der Grundsatz des Schutzes der Menschenwürde jedoch in grundrechtlichen Normen konkretisiert werden.
- Das Recht auf Leben ist durch Artikel 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) in Österreich verfassungsrechtlich geschützt. Demnach darf eine „absichtliche Tötung nicht vorgenommen werden“. Umgekehrt kann jedoch aus dieser Bestimmung keine „Pflicht zum Leben“ abgeleitet und insofern keine zwingende Strafbestimmung gegen eine Suizidbeihilfe oder eine Tötung auf Verlangen gerechtfertigt werden. Dies folgt letztlich auch aus dem, in Österreich ebenfalls verfassungsrechtlich geschützten, Recht auf Selbstbestimmung, das in Artikel 8 EMRK normiert ist. Der Wille des Menschen ist für sich genommen Teil seiner Privatsphäre und damit Schutzgegenstand des genannten Grundrechts.
- Aus einer Zusammenschau von Artikel 2 und Artikel 8 EMRK resultiert, dass nur der Grundrechtsträger selbst über das Recht auf Leben disponieren kann. Fehlt ihm

diese Selbstbestimmungsfähigkeit, scheidet ein Verhalten in Richtung Lebensverkürzung und damit letztlich auch eine Entscheidung zum Abbruch medizinisch indizierter lebenserhaltender Maßnahmen aus. Einzige Ausnahme vom Verbot des lebensbeendenden Eingriffs bei selbstbestimmungsunfähigen Patienten ist, dass der Betroffene ein solches Vorgehen vorab auf Basis einer gehörigen, hinreichend konkret auf die nun verwirklichte Situation bezogenen, ärztlichen Aufklärung festgelegt hat. Artikel 8 EMRK enthält eine Pflicht des Staats, aktiv für einen Schutz der geistig-körperlichen Integrität von Menschen einzutreten, denen die Selbstbestimmungsfähigkeit fehlt bzw. die diese verloren haben.

Strafrechtliche Regelung

Grundsatz: Strafbare Lebensbeendigung auch bei Willen des Betroffenen

- Das Leben wird von der österreichischen Strafrechtsordnung als indisponibles Rechtsgut angesehen. Der Rechtsgutsträger kann – im Unterschied etwa zum Rechtsgut der körperlichen Unversehrtheit – nicht darüber verfügen. Infolge dessen besteht im Hinblick auf den Willen des Betroffenen derzeit ein umfassender Lebensschutz, weil nicht nur die wunschgemäße Fremdtötung als „Tötung auf Verlangen“ (§ 77 StGB) strafbar ist, sondern auch die Förderung bzw. Unterstützung von Selbsttötung (§ 78 StGB; Hilfeleistung im Rahmen der Handlungsförderung eines Suizidenten).

Unterlassen oder Beenden medizinischer Maßnahmen am Lebensende

- Entsprechend dem Willen des Betroffenen

Die österreichische Rechtsordnung anerkennt die Möglichkeit eines Patienten, medizinische Behandlungen abzulehnen, selbst wenn dies zu seinem Tod führen wird. Insbesondere durch eine Patientenverfügung (vgl. dazu die Regelungen des Patientenverfügungsgesetzes – PatVG) oder Vorsorgevollmacht (vgl. §§ 284f ff. ABGB) kann vorab eine Erklärung getroffen werden, welche den Arzt in seiner Behandlung begrenzt. Dabei wird je nach Qualität der Erklärung zwischen einer verbindlichen (vgl. §§ 4-7 PatVG) und einer beachtlichen Patientenverfügung (vgl. § 8 PatVG) differenziert. Im Gefolge der Anerkennung von beachtlichen Patientenverfügungen, bei der es weniger auf die Einhaltung formaler Kriterien als vielmehr auf den ermittelbaren Patientenwillen ankommt, gelangt auch der „mutmaßliche Patientenwille“ zu immer stärkerer Bedeutung. Freilich ist dessen Feststellung mitunter schwierig, was zu rechtlichen Graubereichen führen kann. Im Unterschied dazu ist bei einer Vorsorgevollmacht, bei der überhaupt die Entscheidung über medizinische Behandlungen für den Fall künftiger Entscheidungsunfähigkeit auf einen Stellvertreter übertragen wird und dessen Entscheidungen dann im konkreten Fall für den behandelnden Arzt bindend sind, ein hohes Maß an Rechtssicherheit gegeben.

Durch die genannten Instrumente der Willenserklärung besteht in gewisser Weise auch eine Möglichkeit, im Ergebnis über das Rechtsgut Leben disponieren zu

können. Dies entspricht letztlich auch der Strafrechtsordnung selbst, weil der Arzt in solchen Fällen nicht behandeln kann, ohne das Delikt der eigenmächtigen Heilbehandlung (§ 110 StGB) zu verwirklichen. Diese Strafnorm unterstützt somit den Grundsatz der Selbstbestimmung des Menschen in dem Sinne, dass ein Verbot zur Behandlung nicht nur bei fehlender Einwilligung des Patienten existiert, sondern erst recht bei seinem ausdrücklichen „Behandlungsveto“.

- Bei nicht ermittelbarem Willen des Betroffenen

Trotz der dem Patientenwillen eingeräumten Bedeutsamkeit gibt es zahlreiche Fälle, in denen sich kein Patientenwille ermitteln lässt. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie mit der Zurücknahme von Behandlungsmaßnahmen, die letztlich zum Tod führen, rechtlich umzugehen ist. Einigkeit besteht dahingehend, dass nur eine Rechtspflicht auf medizinisch sinnvolle Handlungen besteht. Folglich gibt es keine Pflicht zur weiteren Behandlung, wenn nach professionellem Ermessen der Sterbeprozess zwar noch nicht begonnen hat, aber unabwendbar erscheint, und vor diesem Hintergrund eine medizinische Maßnahme nicht mehr indiziert ist, mag durch sie der Tod auch noch für eine gewisse Zeit hinausgezögert werden können. Formal können auch durch solche Verhaltensweisen Tatbestände der allgemeinen Tötungsdelikte (§§ 75 ff. StGB) erfüllt werden, weil diese (Fremd-)Tötungsdelikte offen formuliert sind, sodass es letztlich nur auf die kausale Herbeiführung des Todes zu einem bestimmten Zeitpunkt ankommt. Dass der Tod bevorstand und ein Mensch kurz darauf ohnehin verstorben wäre, ist strafrechtlich grundsätzlich ohne Relevanz. Es gibt in der Strafrechtswissenschaft aber seit Jahrzehnten zu Recht Tendenzen, die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen bei einem bereits begonnenen oder auch nahe bevorstehenden Sterbeprozess aus dem Fokus der Strafbarkeit herauszunehmen, und zwar im Wesentlichen über den Gedanken der sozialen Adäquanz (d.h. der breiten gesellschaftlichen Akzeptanz) des gesetzten Verhaltens, gerade auch vor dem Hintergrund, dass in solchen Fällen der Beginn oder die Fortsetzung der Behandlung unverhältnismäßig sein würde. Nichts desto trotz besteht hier ein sehr breiter Argumentationsspielraum für die Herausnahme von Verhaltensweisen aus dem Bereich der Strafbarkeit im Einzelfall, der zum Teil auch zu einer erheblichen Unsicherheit im Behandlungsteam führt, die immer wieder eine „Übertherapie“ verursacht, um sich keinesfalls auch nur dem Anschein einer allfälligen strafrechtlichen Relevanz des eigenen Verhaltens auszusetzen.

Offene Fragestellungen auf Verfassungsebene

- Das Recht auf Selbstbestimmung des Menschen ist generell aus Gründen des Artikel 8 Abs. 2 EMRK einschränkbar. Es ist folglich denkbar, eine Strafbestimmung gegen Tötung auf Verlangen oder Suizidbeihilfe unter dem Titel des „Schutzes der Moral“ vorzusehen, um generell das Tabu der Fremdtötung oder Beihilfe zur Selbsttötung durch eine derartige Strafbestimmung zu verteidigen. Der Staat muss dies aus verfassungsrechtlicher Sicht aber nicht tun. Im Gegenteil, solange und soweit es um den ernsthaften Todeswunsch einer selbstbestimmungsfähigen Person geht, wäre es auch mit der derzeitigen Verfassungsrechtslage vereinbar, eine

Straffreiheit für Tötung auf Verlangen oder Suizidbeihilfe vorzusehen. Aus der EMRK lässt sich somit kein zwingender rechtlicher Handlungsbedarf ableiten. Dies zeigt sich nicht zuletzt daran, dass die meisten Mitgliedsstaaten des Europarats sowohl die Tötung auf Verlangen als auch die Suizidbeihilfe gesetzlich verboten haben, einige Mitgliedsstaaten nur die Tötung auf Verlangen (z.B. Deutschland), andere Mitgliedsstaaten weder das eine noch das andere (z.B. die Niederlande). Die Frage liegt innerhalb des Ermessensspielraums des nationalen Gesetzgebers.

Offene Fragestellungen auf Ebene des Strafrechts

- Keine Möglichkeit für Rechtssicherheit im Vorfeld einer Entscheidung mit Bezug auf den „mutmaßlichen Patientenwillen“: Das Abstellen auf den mutmaßlichen Patientenwillen oder auch die Herausnahme einer Therapiereduktion aus dem Bereich der Strafbarkeit über den Gedanken der Sozialadäquanz eines Verhaltens führt zu rechtlichen Grauzonen. Das Finden einer angemessenen Behandlungsentscheidung unter Beachtung des „mutmaßlichen Patientenwillens“ bedeutet letztlich eine Verantwortungsübertragung an das medizinische Personal, mit der Gefahr einer allfälligen nachprüfenden Kontrolle durch die Strafverfolgungsbehörden, wenn eine „Fehlbeurteilung“ im Raum steht. Es besteht derzeit faktisch keine Möglichkeit, sich im Vorfeld bei der Entscheidungsfindung entsprechend abzusichern, nachdem die höchstrichterliche (zivilrechtliche) Judikatur eine Einbindung des PflEGschaftsgerichts – wenn der Sachwalter seinerseits vom Gericht wissen will, was im Interesse des Wohls eines besachwalteten Patienten liegt – in diesem Punkt verneint hat.
- Keine Möglichkeit für Rechtssicherheit im Vorfeld einer Entscheidung mit Bezug auf „nicht (mehr) indizierte“ lebenserhaltende Maßnahmen: Die professionelle Beurteilung der Frage, wie lange und wie umfassend lebenserhaltende Maßnahmen indiziert sind, sieht sich ebenfalls einer allfälligen nachprüfenden Kontrolle durch die Strafverfolgungsbehörden ausgesetzt. Eine womöglich vorliegende Fehlbeurteilung der Indikation wird hierbei von ärztlichen Gutachtern untersucht. Derzeit gibt es kein rechtlich sicheres Verfahren zur Indikationsstellung, dessen Einhaltung gegenüber Gutachtern oder Strafverfolgungsbehörden zu einer gleichsam „Anklagesperre“ führen würde. Medizinethische Leitlinien und Orientierungshilfen versuchen, dieses Manko auszugleichen, jedoch ohne jegliche Bindungswirkung für die Strafverfolgungsbehörden.

2.6 Medizinethische Leitlinien und Orientierungshilfen

In den letzten Jahren wurden etliche Orientierungshilfen für die Analyse und Entscheidungsfindung im Kontext der medizinischen Behandlung am Lebensende veröffentlicht. Beispielhaft kann ein Konsensuspapier der intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs mit folgenden Kernaussagen angeführt werden, die auch auf andere medizinische Bereiche übertragbar sind:

- *Begrenzung nicht mehr begründbarer Therapien:* „Eine nicht mehr begründbare Therapie ist ethisch nicht vertretbar und kann eine Körperverletzung darstellen, sofern dadurch irreversible Abläufe nur verlängert werden.“ Eine intensivmedizinische Therapie wird als nicht mehr begründbar angesehen, wenn sie einen „irreversiblen Sterbeprozess lediglich verlängern würde und nicht mehr durch die Aussicht auf die Wiederherstellung autonomer Lebensfunktionen gerechtfertigt werden kann.“
- *Gleichwertigkeit von Verzicht und Beendigung:* „Ein primärer Therapieverzicht und ein sekundärer Therapieabbruch unterliegen [...] denselben medizinischen und ethischen Beurteilungen.“ Alle Gründe, die einen Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen rechtfertigen, legitimieren auch ihren Abbruch.
- *Typische Situationen für eine Begrenzung von oder einen Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen:* „Progredientes Multiorganversagen unter maximaler intensivmedizinischer Therapie ohne Aussicht auf kausalen therapeutischen Angriffspunkt; Terminales Versagen eines vitalen Organs ohne Aussicht auf Transplantation oder dauerhaften adäquaten Organersatz; Lebensbedrohliche interkurrente Erkrankung/Komplikation oder vollkommener Verlust autonomer Lebensfunktionen nach schwerster irreversibler zerebraler Schädigung; Terminales Stadium einer therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren chronischen oder malignen Erkrankung.“
- *Begrenzte Aufnahme auf Intensivstationen:* „Es ist [...] keinesfalls zu begründen, dass Patienten, denen nicht mehr geholfen werden kann, auf die Intensivstation verlegt werden, dass Patienten zum Sterben aufgenommen werden. [...] Die geplante Aufnahme an eine Intensivstation ist an das Vorhandensein einer potentiell positiven Prognose für das Weiterleben gebunden.“
- *Palliative Care auf Intensivstationen:* „Sobald einem lebensbedrohten Patienten intensivmedizinisch nicht mehr geholfen werden kann, hat die Sorge darum, dem Patienten ein Sterben in Würde zu ermöglichen, oberste Priorität. [...] Auf jeder Ebene des Therapierückzugs muss die Würde des Patienten und seine Freiheit von Angst, Schmerz und Atemnot im Vordergrund stehen. [...] Auch nach einem Therapierückzug muss eine umfassende ärztliche und pflegerische Betreuung des Patienten aufrechterhalten werden.“
- *Reevaluierung von Entscheidungen:* „Die Frage nach den Zielen intensivmedizinischer Maßnahmen und deren Erreichbarkeit ist im Behandlungsprozess stets neu zu überprüfen. [...] Gefällte Entscheidungen sollten nie unumstößlich sein, wenn sich die Situation ändert, eine überraschende Besserung des Zustands eingetreten ist, dann müssen Entscheidungen revidiert, modifiziert oder zurückgenommen werden.“
- *Gleichwertigkeit der zu entscheidenden Maßnahmen:* „[Es] sollte bewusst sein, dass scheinbar ‚einfache‘ Maßnahmen, wie die Beendigung einer antibiotischen Therapie

gleich zu bewerten sind, wie die Beendigung einer Organunterstützung, wie z.B. die Beendigung einer Beatmung.“

3 Zielvorstellungen zum Sterben in Würde

3.1 Der Wertekanon in einer pluralistischen Gesellschaft

Es besteht in der österreichischen Gesellschaft ein Konsens darüber, dass für alle Menschen ein gutes bzw. würdevolles Lebensende und Sterben erstrebenswert ist. Dieser vordergründige Konsens ist allerdings mit inhaltlichen Problemen behaftet. Die inhaltliche Bestimmung der Attribute „gut“ und „würdevoll“ ist in einer pluralistischen Gesellschaft nicht einheitlich. So wird beispielhaft der Begriff „Würde“ sowohl von strikten Gegnern der Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe als auch von überzeugten Befürwortern dieser Handlungen als Legitimationsbegriff verwendet. Somit müssen die Attribute „gut“ und „würdevoll“ für die ethische Beurteilung von Fragen am Lebensende zumindest problematisiert werden.

Die inhaltliche Bestimmung des „guten“ bzw. „würdevollen“ Lebensendes und Sterbens muss in einer pluralistischen Gesellschaft offen für verschiedene Lebenskonzepte sein. Ein weitgehender gesellschaftlicher Konsens besteht dahingehend, dass bedürfnis- und bedarfsgerechte palliative Angebote ein notwendiger Bestandteil und damit eine allgemeine Verantwortung gegenüber Menschen am Lebensende und im Sterben sind. Daraus ergibt sich ein klarer Auftrag an die Gesellschaft.

3.2 Der betroffene Mensch im Mittelpunkt

Auf einer individuellen pragmatischen Ebene streben Menschen, wenn sie von einem „würdevollen Sterben“ sprechen, im Allgemeinen nach einer effektiven Symptomlinderung physischer Beeinträchtigungen (Schmerz, Atemnot, Übelkeit etc.), nach einer verantwortungsbewussten Indikationsstellung medizinischer und pflegerischer Maßnahmen, nach einer achtsamen Einbeziehung in die Entscheidungsprozesse, nach selbst gestaltbaren sozialen Beziehungen und nach Bewältigungshilfen für existenzielle Krisen. Insofern kann man sehr wohl von einer weit verbreiteten gemeinsamen Vorstellung vom guten bzw. würdevollen Lebensende und Sterben sprechen. Wesentliche Elemente dieser Zielvorstellungen werden von der Palliativ- und Hospizbewegung aufgegriffen und operationalisiert.

3.2.1 Bedürfnisse und Wünsche am Lebensende

Die Bedürfnisse und Wünsche von Menschen am Lebensende betreffen physische, psychische, soziale und spirituelle Dimensionen:

- **Physische Dimension:** Die meisten Menschen haben das Bedürfnis, dass ihre basalen Körperfunktionen und ein gewisses Maß an Mobilität so lange und so weit wie möglich aufrecht erhalten werden. Dies kann als Wunsch nach leiblicher Autonomie verstanden werden. Umgekehrt ist es Menschen generell ein großes Bedürfnis, dass physische Belastungen am Lebensende so gut es geht gelindert

werden. Dies betrifft v.a. Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Mattigkeit und Schwäche.

- Psychische Dimension: Ein zentrales Bedürfnis von Menschen am Lebensende besteht heute in der Aufrechterhaltung ihrer Selbstkontrolle. Die Möglichkeit, selbst über die großen und kleinen Dinge des Lebensvollzugs (mit) zu bestimmen, kann in diesem Sinn als wichtiger Wert für den Pflege- und Betreuungsprozess am Lebensende angesehen werden. Umgekehrt verursachen Kontrollverlust, (Phasen der) Bewusstlosigkeit, somatische Symptome (z.B. Delir) Stress und Angst, die es zu lindern gilt.
- Soziale Dimension: Menschen am Lebensende haben oftmals das Bedürfnis, ihre sozialen Beziehungen weiterhin zu pflegen bzw. zu einem Abschluss zu bringen. Zur sozialen Dimension des Menschseins zählt darüber hinaus die Aufrechterhaltung der persönlichen Selbstachtung, welche in einer Situation der körperlichen und kognitiven Verletzlichkeit besonders gefährdet sein kann. Umgekehrt gilt es, soziale Marginalisierung und Isolation von Menschen am Lebensende zu vermeiden.
- Spirituelle Dimension: Angesichts des Lebensendes ist es vielen Menschen ein Bedürfnis, ihrem Umfeld ein persönliches Vermächtnis zu hinterlassen, ihre wichtigen Angelegenheiten zu regeln, mit nahestehenden Menschen offene Dinge zu klären, ihnen Wichtiges zu vermitteln. Umgekehrt empfinden es Menschen am Lebensende mitunter als Belastung, wenn es keine Möglichkeit gibt, Sinn- und Existenzfragen adäquat aufzufangen.

3.2.2 Probleme am Lebensende

Probleme am Lebensende betreffen zum einen die personale Ebene der Sterbenden und ihres sozialen Umfelds, zum anderen die strukturelle Ebene der Sorge um die Betroffenen:

- Auf personaler Ebene sind die Sterbenden und die ihnen nahestehenden Personen oftmals mit jenen Problemen konfrontiert, die im vorangegangenen Abschnitt als physische, psychische, soziale und spirituelle Belastungen erwähnt wurden. So erschweren beispielsweise Kommunikationsdefizite zwischen dem Behandlungsteam und dem Patienten oder im Behandlungsteam selbst die angemessene Betreuung am Lebensende. Für zahlreiche dieser Herausforderungen hat die Palliative Care entsprechende Angebote der Linderung entwickelt. Dessen ungeachtet bleibt das Lebensende und das Sterben eine Aufgabe, deren Probleme im konkreten Fall niemals vollständig „wegoptimiert“ werden können.
- Auf struktureller Ebene ist die Sorge um Menschen am Lebensende mit zahlreichen systemischen Problemen konfrontiert: Zum einen ist das Vorhaben, die Palliativ- und Hospizversorgung bedarfsgerecht aufzubauen und zu finanzieren nach wie vor nicht hinreichend umgesetzt. Zum zweiten sind aufgrund der Versorgungsdefizite für Menschen am Lebensende immer wieder Transfers von Sterbenden zwischen ihrem Zuhause oder dem Pflegeheim und dem Akutkrankenhaus zu beobachten, welche für die Sterbenden und ihre Angehörigen eine unnötige Belastung darstellen. Zum dritten

fehlt es an einer hinreichenden institutionalisierten Qualitätssicherung für den Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung in den Regelversorgungseinrichtungen, v.a. was die Ergebnisqualität betrifft.

3.2.3 Vorsorge und Fürsorge

Die Vorsorge für Entscheidungen am Lebensende steht angesichts der Unausweichlichkeit dieser Situation in der Verantwortung jedes Menschen. Das Recht sieht hierfür mehrere Instrumente vor, die dabei helfen sollen: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Sachwalterverfügung.

Wie sich in den Jahren seit der gesetzlichen Konkretisierung dieser Hilfsmittel zeigte, werden die Instrumente in der Bevölkerung nur rudimentär wahrgenommen. Teilweise mag dies an pragmatischen Faktoren liegen: Die inhaltliche Qualität von Patientenverfügungen reicht oftmals nicht dazu aus, eine situationsbezogene konkrete Willensäußerung des Patienten zu erkennen; dies mitunter trotz ärztlicher und rechtlicher Aufklärung bei der Errichtung. Im medizinischen Alltag wird die mangelhafte zentrale Überprüfbarkeit des Vorhandenseins einer Vorausverfügung beklagt. Bei der Errichtung selbst sind (für die verbindliche Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht) hohe formale Hürden zu nehmen, die mit entsprechenden Kosten verbunden sind.

Die pragmatischen Probleme sollten jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Vorsorge für Entscheidungen des eigenen Lebensendes häufig viel grundlegender an der mangelhaften Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit den damit verbundenen Fragen scheitert. Eine bloße „technische“ Verbesserung der formalen Rahmenbedingungen für die Hilfsinstrumente wird deshalb keine wesentliche Änderung in der Anwendung bringen. Zur Förderung der Vorsorge bedarf es komplexerer Initiativen der Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung, unter den Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe und in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Solche (national forcierten und lokal verankerten) „Advance Care Planning“-Programme konnten international bereits eine verstärkte Vorsorge für das eigene Lebensende bewirken.

4 Der Tod ist kein Versagen der Medizin

Die ungeheuren Fortschritte der modernen Medizin haben nicht nur die Heilung oder Linderung vieler Erkrankungen möglich gemacht, sondern vielfach auch Erwartungen geweckt, die in einer konkreten Situation am Lebensende zu Unverständnis, Enttäuschung und Vertrauensverlust in die Medizin führen können. Die Verheißungen der modernen Medizin scheinen plötzlich nicht mehr gültig zu sein, die unaufhebbare Begrenzung jeder menschlichen Existenz wird zur nicht mehr möglich erscheinenden Niederlage der Medizin. Eine am Menschen ausgerichtete Medizin wird jedoch erst möglich, wenn der Tod nicht als Versagen der Medizin, sondern als mit dem menschlichen Leben verbundene Konsequenz akzeptiert werden kann.

4.1 Sterben zulassen

Sobald das medizinisch Machbare nicht mehr mit einem Nutzen für den Patienten, sondern lediglich einer Verlängerung des irreversibel ablaufenden Sterbeprozesses einhergeht, ist der Moment gekommen, in dem das Paradigma der Priorität des (biologischen) Lebens relativiert worden ist. Vielmehr tritt das Prinzip des „primum nihil nocere“ (Nichtschadensprinzip) in den Vordergrund, dem mit dem Einsatz nutzloser oder nutzlos gewordener Maßnahmen und der damit verbundenen Verlängerung der Sterbephase widersprochen werden würde. Eine unter kurativer Therapiezielsetzung als „lebensverlängernd“ bezeichnete medizinische Maßnahme muss daher unterlassen werden, wenn der Verlauf der Krankheit eine weitere Behandlung nicht sinnvoll macht und/oder der Sterbeprozess dadurch verlängert wird. Das trifft auch auf den Fall zu, in welchem der Patient die Behandlung nicht mehr autorisiert, selbst wenn sie vom Behandlungsteam als „sinnvoll“ erachtet würde. In dieser Situation des „Sterben Zulassens“ ist dennoch eine palliativmedizinische Betreuung und palliative Unterstützung des Patienten immer erforderlich, sofern der Patient es wünscht.

4.2 Medizinische Entscheidungen am Lebensende

Am Lebensende stellen sich häufig in vielfacher Weise Fragen, die einer medizinischen Entscheidung bedürfen. Bereits die Deskription des Lebensendes erfordert das Erkennen klinischer Anzeichen, die unter Berücksichtigung medizinischen Wissens und ärztlicher sowie pflegerischer Erfahrung auf einen Prozess hinweisen, der innerhalb von Tagen oder Wochen zum Tode führt. Darüber hinaus stellen sich Fragen zur Begrenzung oder zum Absetzen kurativ ausgerichteter Maßnahmen ebenso wie zur Festlegung palliativer Ziele und Maßnahmen. Es erweist sich als unumstritten, dass diesen Entscheidungen immer und vorrangig fachliche Kriterien zugrunde liegen müssen. Eine medizinische Indikation vorausgesetzt, ist als zweites Kriterium für eine Entscheidung der Patientenwille zu nennen.

4.2.1 Therapieziel und Indikation

Die Indikation stellt ein auf naturwissenschaftlicher Basis erstelltes Urteil über die Wirksamkeit und Verhältnismäßigkeit einer Behandlungsmaßnahme im Hinblick auf ein definiertes Therapieziel dar. Dabei werden Nutzenpotenzial und Risiken bzw. Belastungen einer Behandlungsmaßnahme und ihrer Alternativen miteinander abgewogen. Neben der wissenschaftlichen Basis ist die ärztliche Erfahrung und die damit verbundene Gesamtsicht einer Situation eine wesentliche Komponente in der Erstellung einer Indikation.

Allgemein gelten im Hinblick auf die Indikation folgende Grundsätze: Behandlungen, die indiziert sind, sollen dem Patienten empfohlen werden. Lehnt er sie ab, sind sie zu unterlassen. Behandlungen, die nicht (mehr) indiziert sind, sollen unterbleiben bzw. reduziert oder beendet werden, selbst, wenn der Patient sie weiterhin wünscht. Behandlungen, deren Indikation fraglich ist, sollen besonders im Zusammenhang mit dem Patientenwillen geprüft werden. Diese Grundsätze der Indikation gelten auch für lebenserhaltende Maßnahmen. Wenn eine lebenserhaltende Maßnahme von vornherein nicht indiziert ist, ist es gerechtfertigt, auf sie zu verzichten, d.h. nicht mit ihr zu beginnen. Wenn sich im Laufe einer Behandlung herausstellt, dass eine lebenserhaltende Maßnahme nicht mehr indiziert ist, so

ist es gerechtfertigt, sie zu reduzieren bzw. zu beenden. Daraus ergibt sich die ethische Gleichwertigkeit von primärem Verzicht und sekundärer Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen.

4.2.2 Patientenwille

Sowohl für die Therapiezielplanung als auch die darauf basierende Indikationsstellung ist die Einbeziehung des Patientenwillens notwendig, da nur dieser Aufschluss darüber geben kann, welche Therapieziele erstrebenswert sind und welche Risiken bzw. Belastungen in Kauf genommen werden sollen, um diese Ziele zu erreichen. Es gibt jedoch kein Recht auf medizinisch nicht begründbare Maßnahmen.

4.2.3 Ursachen von unverhältnismäßiger Therapie

Der Grundsatz, wonach eine nicht (mehr) indizierte Behandlung oder eine Behandlung, die der Patient ablehnt, nicht durchgeführt werden darf, ist klar und unumstritten. Aus unterschiedlichen Gründen kommt es dennoch zu Fällen von unverhältnismäßiger Therapie. Dabei werden diagnostische, therapeutische oder pflegerische Interventionen gesetzt, deren Nutzen für den konkreten Patienten äußerst fragwürdig sind und die unter Umständen mit Belastungen für den Patienten einhergehen, die problematisch sind. Die Ursachen für solche unverhältnismäßigen Behandlungen sind komplex und umfassen unter anderem folgende Aspekte:

- Therapeutischer Ehrgeiz
- (Begründete und unbegründete) Angst vor rechtlichen Konsequenzen
- Logik der Leistungsabrechnung im Krankenhaus
- Mangelhafte Kommunikation im Behandlungsteam
- Mangelhafte Kommunikation mit dem Patienten
- Wunsch von Angehörigen
- Wunsch des Patienten

Eine unverhältnismäßige Therapie steht insbesondere mit den ethischen Prinzipien des Nichtschadens und der Gerechtigkeit in Konflikt.

4.2.4 Therapiezieländerung und Therapielimitierung

Jede Behandlung muss ein definiertes Therapieziel verfolgen. Erst auf dessen Grundlage lässt sich die Indikation einer Behandlungsmaßnahme beurteilen. Grundsätzlich werden Therapieziele auf dem Kontinuum von kurativ zu rein palliativ definiert. Therapieziele können sich im Laufe eines Behandlungsprozesses mehrmals ändern bzw. adaptiert werden. Dabei ist stets eine Übereinstimmung zwischen fachlich Möglichem und vom Patienten als erstrebenswert bzw. zu vermeiden Angesehenem herzustellen.

Wenn am Lebensende von einer „Therapiezieländerung“ die Rede ist, so ist in der Regel die bewusste, unter Umständen stufenweise vollzogene, Abkehr von einer kurativen Behandlung zu einer vornehmlich oder ausschließlich palliativen Sorge ausgedrückt. Eine solche Therapiezieländerung kann dahingehend verstanden werden, dass mit ihr dem Patienten der Beginn des Lebensendes zugeschrieben wird. Je besser es gelingt, mit dem Patienten

gemeinsam zu ergründen, welche Vorstellungen er vom Lebensende und Sterben hat, desto treffsicherer wird die Begleitung und Betreuung sein.

Eine Therapiezieländerung in Richtung „Sterben zulassen“ (ohne dass damit determiniert wäre, ob, wann und wie ein Mensch stirbt) wird oftmals im Weg einer Therapielimitierung vollzogen: Dabei werden bestehende Behandlungsmaßnahmen auf bestehendem Niveau fortgesetzt, es wird allerdings vereinbart, sie bei einer weiteren Verschlechterung des Patienten nicht zu steigern bzw. keine zusätzlichen Interventionen zu setzen, die dem Therapieziel widersprechen würden. Ein solches Vorgehen des „Nicht-Eskalierens“ wird von vielen Beteiligten besser mitgetragen als ein kompletter Rückzug von bestehenden lebenserhaltenden Behandlungsmaßnahmen.

Sowohl bei einer Therapiezieländerung in Richtung „Sterben zulassen“ als auch bei deren Umsetzung durch eine Therapielimitierung oder einen Therapierückzug sind immer nur kurativ ausgerichtete Behandlungsmaßnahmen betroffen. Dagegen sind palliative Maßnahmen stets fortzusetzen, soweit sie vom Patientenwillen mitgetragen sind. In diesem Sinn ist die Rede von einem „Therapieabbruch“ in ihrer Pauschalität irreführend, da niemals die gesamte Therapie abgebrochen wird.

5 Palliation am Lebensende

5.1 Wesen und Zielsetzung palliativer Betreuung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die umfassende palliative Versorgung am Lebensende – die Palliative Care - als einen Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten (und ihrer Angehörigen), welche mit komplexen Problemen konfrontiert sind, die mit lebensbedrohlichen Erkrankungen einhergehen, die weit fortgeschritten sowie unheilbar sind. Sie umfasst die palliativmedizinische Behandlung und Gesamtbetreuung zum Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitiges Erkennen, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie von anderen Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Palliativversorgung ist in ihrem Ansatz multiprofessionell und interdisziplinär. Sie umfasst den Patienten, die Familie und deren Umfeld in verschiedenen Lebenskontexten (zu Hause, im Pflegeheim, im Akutkrankenhaus). Palliative Care soll nicht nur unmittelbar am Ende des Lebens stattfinden. Jede ärztliche und pflegerische Intervention sollte auch eine palliative Dimension berücksichtigen.

Palliative Care bejaht das Leben, sie sieht das Sterben als letztendlich normalen Prozess, den es zwar nicht zu beschleunigen, aber auch nicht zu behindern, zu verzögern gilt. Die optimale Lebensqualität gilt es bis zum Tod zu fördern und zu erhalten.

5.2 Bedeutung der Hospizbewegung und Palliativbetreuung

5.2.1 Orte der palliativen Versorgung

Die Mitglieder des Europarats haben sich 2003 verpflichtet, rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen zu schaffen, um adäquate Palliative Care für alle Menschen, die eine solche benötigen, rechtzeitig, ohne unnötigen bürokratischen Aufwand zu ermöglichen – und das in einem Rahmen, welcher den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen entspricht.

Es geht um ein Kontinuum der palliativen Betreuungsmöglichkeiten zwischen Angeboten der Primärversorgung bis zu spezialisierten Versorgungsstrukturen, die sich ausschließlich der Palliative Care widmen. Palliative Care kann als ein palliativer Betreuungsansatz in Strukturen aller medizinischen Fachrichtungen oder als Leistung dafür spezialisierter Strukturen angeboten werden.

Der überwiegende Anteil der Palliativversorgung wird durch nicht spezialisierte Versorgungsangebote geleistet. Diese müssen einen direkten, einfachen Zugang zu fachlicher Beratung und Unterstützung durch Spezialisten haben.

5.2.2 Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) hat 2004 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit das Konzept einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung erstellt, welches 2014 aktualisiert wurde. Ausgehend von einer palliativen Grundversorgung in den bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens soll gemäß ÖBIG-Konzept die palliative Betreuung entsprechend dem individuellen Bedarf abgestuft durch spezialisierte Versorgungsangebote erfolgen.

Das Versorgungsangebot von Palliative Care und Hospiz sollte sich an alle Menschen, die es brauchen richten, auch wenn sie nicht in einer spezialisierten Struktur betreut werden, auf die sich die mediale und politische Aufmerksamkeit in Österreich vorrangig richtet. Dies stellt ein Problem im Sinne einer gewissen Verteilungsgerechtigkeit dar, die insbesondere Menschen, die an nicht onkologischen oder einigen neuromuskulären Erkrankungen sterben, betrifft, wie die meisten alten und hochbetagten Menschen, die in erster Linie in Krankenhäusern und Pflegeheimen oder auch zuhause sterben. Die Situation hochbetagter Menschen, die sich ja naturgemäß viel näher ihrem Lebensende befinden als alle anderen Bevölkerungsgruppen, wird zusätzlich durch den Mangel an (der demografischen Entwicklung entsprechend ausreichend dimensionierten) geriatrisch qualifizierten Versorgungsstrukturen benachteiligt.

Die im November 2014 aktualisierte Publikation des Konzeptes für die „Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung“ für Erwachsene gibt den Umsetzungsgrad der einzelnen Versorgungsangebote in Österreich an. Es gibt diesbezüglich große regionale Unterschiede. Der größte Fehlbedarf besteht im Bereich der stationären Hospize im Langzeitbetreuungssektor.

Die Umsetzung einer spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene steht in Österreich noch in den Anfängen.

5.2.3 Qualifizierung in Palliative Care und Hospizarbeit

Die Mitglieder des betreuenden interdisziplinären und multiprofessionellen Teams in der spezialisierten Versorgung haben eine Reihe von Angeboten abgestufter multiprofessioneller Weiterbildungs- und Vertiefungslehrgänge zur Verfügung – verpflichtende Basislehrgänge bis zu Master-Studiengängen für Palliative Care.

5.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe am Lebensende

Eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe wird über den Weg der Verabreichung definiert und ist nur mittels medizinischer Maßnahmen wie dem Legen eines intravenösen Zugangs, einer Ernährungssonde oder die subkutane Flüssigkeitsgabe möglich. Diese medizinische Intervention bedarf einer ärztlich begründeten Indikation und der Einwilligung des informierten Patienten bzw. des Vertretungs- (Entscheidungs-) bevollmächtigten (unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens des Patienten). In der terminalen Phase des Lebens und bei begonnenem Sterbeprozess ist eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr nicht nur ohne Nutzen für den betroffenen Patienten, sondern kann zu einer Verstärkung von leidvollen Symptomen (wie Atemnot und Schmerzen) führen. Aufgrund der Forschungsergebnisse ist daher, auch in der Palliativmedizin, eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe am Lebensende in der Regel nicht indiziert, da sie weder zu einer Lebensverlängerung noch zu einer Symptomlinderung führen. Davon abzugrenzen ist die Gabe von Flüssigkeit und Nahrung bei Patienten, die noch in der Lage sind, zu essen und zu trinken und dies auch wollen, sowie die palliative Symptombehandlung bei Mundtrockenheit (Befeuchtung der Mundschleimhaut).

Die Ernährung gegen den Willen des einwilligungsfähigen bzw. urteilsfähigen Patienten („Zwangsernährung“) ist unzulässig.

6 Unklare oder in Diskussion stehende Fragen

6.1 Palliative Sedierung

Eine Sedierung wird durchgeführt, um das Bewusstsein des Patienten stufenweise einzutrüben (vom „Dämmer Schlaf“ bis zur tiefen Narkose). Eine solche Intervention kann – zusätzlich zu Maßnahmen der Schmerzbekämpfung – angezeigt sein, wenn nicht kurierbare Symptome einen Patienten belasten und schädigen (z.B. Atemnot).

Die symptomlindernde Sedierung ist ein etabliertes Verfahren der Palliative Care, für welches es internationale Standards gibt. Die Tiefe und Dauer dieser „palliativen Sedierung“ richtet sich nach dem Leidensdruck des konkreten Patienten, der dieser Intervention nach entsprechender Aufklärung genauso zustimmen muss wie anderen medizinischen Behandlungen. In vielen Fällen kann eine zeitweise, nicht tiefe Sedierung dazu beitragen, dass die belastenden Symptome effektiv gelindert werden und der Patient dadurch entlastet wird.

In manchen Fällen kann es angesichts der starken Symptome und des Leidensdrucks aber auch notwendig sein, eine anhaltende, tiefe Sedierung zu erwägen. Dabei wird der Patient unter Umständen bis zu seinem Tod in einen kontinuierlichen Tiefschlaf versetzt, der – wie bei jeder Sedierung – überwacht wird. Diese Form der Sedierung wirft die Frage auf, inwieweit zwischen der anhaltenden, tiefen Sedierung und einer Tötung (auf Verlangen) ethisch relevante Unterschiede bestehen. Hierzu lassen sich folgende Argumente anführen:

- Die Sedierung verfolgt das Ziel einer begleitenden Symptomlinderung. Im Unterschied zur Tötung (auf Verlangen) hat sie ihr Ziel nicht dann erreicht, wenn der Patient tot ist, sondern, wenn die für ihn belastenden Symptome effektiv gelindert sind. Dies wird durch eine stufenweise, monitierte Verabreichung der Sedativa erreicht (im Unterschied zu einer möglichst schnell zum Tod führenden Medikation).
- Die Verkürzung der Restlebenszeit ist damit nicht das Ziel, sondern allenfalls eine in Kauf genommene, nicht zu umgehende Nebenwirkung der Sedierung. In der Realität zeigt sich in diesem Zusammenhang, dass eine fachgerechte Sedierung die Restlebenszeit nicht verkürzt, sondern (im Vergleich zu nicht-sedierten Patienten) tendenziell verlängert, da sedierte Patienten einen verminderten physischen und psychischen Stress haben.

Wenngleich also eine Differenzierung zwischen palliativer Sedierung und Tötung (auf Verlangen) argumentativ möglich ist, braucht es die Orientierung an und Einhaltung von entsprechenden fachlichen Standards, um die Unterscheidung auch praktisch plausibel zu machen.

6.2 Assistierter Suizid

Unter „Suizid“ versteht die WHO einen Akt der vorsätzlichen Selbsttötung. Die ethischen Diskussionen zum Suizid haben im Wesentlichen zwei Lebenskontexte: Zum einen handelt es sich um Situationen, in denen sich Menschen ohne lebensbedrohliche Erkrankung das Leben nehmen, z.B. aus Verzweiflung über ihre finanzielle Verschuldung oder über eine Trennung von einem Partner. Diese „Suizide in der Mitte des Lebens“ werden durchwegs als Unglücksfälle beurteilt, die es durch Suizidprävention zu vermeiden gilt. Zum anderen begehen Menschen Suizide angesichts einer schweren Erkrankung, mit ihrem dadurch bedingten Lebensende vor Augen. Die ethischen Debatten zum assistierten Suizid haben diesen Lebenskontext im Fokus. Dabei gibt es insofern einen gesellschaftlichen Konsens, als auch in diesen Situationen Angebote der Suizidprävention zur Verfügung stehen müssen, um den Betroffenen Alternativen zu einer Selbsttötung aufzuzeigen. In diesem Zusammenhang wird die Palliative Care als suizidpräventive Option angesehen, der ein grundsätzlicher Vorrang vor Suizidbeihilfe zukommt. Der ethische Dissens entsteht dort, wo Menschen trotz palliativer Angebote ihre Suizidabsicht nicht ändern und bei der Selbsttötung Unterstützung verlangen.

Unter „Suizidbeihilfe“ wird die Beteiligung eines Dritten an der Selbsttötung eines Menschen verstanden. Die Beteiligung kann vielfältige Formen annehmen: Zum einen kann die Suizidbeihilfe darin bestehen, jemanden zur Selbsttötung zu verleiten, wobei der Suizident die Selbsttötung dann ohne weitere Mitwirkung eines Dritten ausführt. Zum anderen umfasst

die Suizidbeihilfe verschiedene Arten der Mitwirkung (z.B. Beschaffung und Vorbereitung einer tödlichen Substanz oder auch Unterstützung eines Suizidwilligen bei dessen Reise in ein Land, in dem die Beihilfe zur Selbsttötung straffrei ist). In den Fokus der Suizidbeihilfe gerät somit alles, was den Willen eines Suizidenten im Hinblick auf sein Vorhaben bestärkt bzw. seine Handlung in sonstiger Weise fördert.

Die Mitwirkung am Suizid ist in den meisten Ländern der EU explizit verboten, so auch in Österreich. In einigen Ländern (z.B. Schweiz, Luxemburg, Niederlande) ist die Suizidbeihilfe unter bestimmten Voraussetzungen straffrei, in anderen Ländern (v.a. Deutschland) derzeit überhaupt nicht gesetzlich normiert und daher auch ohne Voraussetzungen straffrei.

Die moderne rechtsethische Diskussion um den Umgang mit der Suizidbeihilfe reicht bis in die 1960er-Jahre zurück und beinhaltet folgende grundlegende ethisch relevante Fragestellungen:

- Wie ist der Suizid an sich ethisch und rechtlich zu beurteilen?
- Wie sind der Suizid und die Mitwirkung daran am Maßstab der Selbstbestimmung des Suizidwilligen und des Mitwirkenden ethisch und rechtlich zu beurteilen?
- Wie ist die Mitwirkung am Suizid von der Tötung auf Verlangen abzugrenzen?

Hinsichtlich aller dieser Fragestellungen herrscht in der österreichischen Gesellschaft ein grundsätzlicher Dissens: Zum einen wird mit dem Suizid moralisch teilweise ein Unrechtsgehalt verbunden, was sich nicht zuletzt im Strafrecht ausdrückt: Dort ist zwar der (gescheiterte) Suizidversuch nicht mehr strafbar, wohl aber die Mitwirkung am „Selbstmord“. Für diese moralische Beurteilung wurden und werden religiöse und säkular-weltanschauliche Argumente angeführt. Eine solche Argumentation ist in einer pluralistischen Gesellschaft jedoch nicht selbstredend. Daher wird in den (internationalen) Debatten zum anderen untersucht, welche Auswirkungen eine Legalisierung der Suizidbeihilfe haben kann: auf die Häufigkeit der Praxis, auf vulnerable Personengruppen (z.B. Menschen mit Depressionen, Menschen in sozialen Notlagen), auf Alternativangebote (v.a. der Palliative Care) sowie auf Angehörige und Ärzte. Nur wenn und insoweit eine rechtliche Regelung der Suizidbeihilfe diesen Prüfmaßstäben, für die es einen weitgehenden Konsens gibt, genügt, kann von einer ethisch gerechtfertigten Vorgehensweise entsprechend einem öffentlichen Vernunftgebrauch gesprochen werden.

Auf Basis dieser grundsätzlichen ethischen Fragen stellen sich solche nach Reaktionsmöglichkeiten auf gesetzlicher und vollziehender Ebene. Im internationalen Vergleich finden sich hierzu vielfältige Modelle: weit gehende strafgesetzliche Verbote (z.B. Österreich); strafgesetzliche Nichtregelung (z.B. Deutschland); Straffreistellung bei Fehlen bestimmter verpöner Motive (z.B. Schweiz) oder mehrerer Voraussetzungen und Sorgfaltskriterien (z.B. Niederlande); Verzicht auf Strafverfolgung bei Erfüllung bestimmter Bedingungen (z.B. England). In jedem Fall kann nur dann von einer rechtsethisch wohl begründeten Option gesprochen werden, wenn die zuvor angesprochenen grundlegenden ethischen Fragen hinreichend diskutiert und beantwortet wurden, da sie die Bedingung für eine verantwortungsbewusste legislative Entscheidung darstellen.

6.3 Tötung auf Verlangen

Unter „Tötung auf Verlangen“ versteht man eine Handlung, mit der ein Dritter jemanden auf dessen Wunsch hin tötet. Im Unterschied zur Suizidbeihilfe setzt dabei derjenige, der zu Tode kommt, nicht selbst die unmittelbare Tötungshandlung, sodass es sich begrifflich um eine Fremdtötung handelt. Das Verlangen desjenigen, der getötet werden möchte, muss freiwillig, ernst gemeint und eindringlich sein, um nach dem österreichischen Rechtsverständnis die Handlung als Tötung „auf Verlangen“ zu qualifizieren.

7 Empfehlungen der Bioethikkommission

7.1 Palliativ- und Hospizdienste

Die Bioethikkommission sieht einen dringenden Bedarf für die Stärkung der Palliativ- und Hospizdienste in folgender Hinsicht:

7.1.1 Recht auf Palliativ- und Hospizbetreuung

- Ein Rechtsanspruch auf Palliativ- und Hospizversorgung soll bundesweit sichergestellt werden.

7.1.2 Ressourcen und Infrastruktur

- Die Palliativ- und Hospizversorgung muss entsprechend den bereits vorhandenen Konzepten und Strukturplänen bundesweit flächendeckend ausgebaut werden, um den erwähnten Rechtsanspruch auch durchsetzen zu können. Der Zugang zu Palliative Care am Lebensende darf nicht vom Wohnort oder den finanziellen Möglichkeiten des Betroffenen abhängig sein.
- Die Zuständigkeiten für die Realisierung und die nachhaltige Finanzierung der Hospiz- und Palliativstrukturen in allen Settings müssen geklärt werden. Ebenso sollte eine einheitliche Regelfinanzierung für alle Leistungen der abgestuften, multiprofessionellen, mobilen und stationären Hospiz- und Palliativversorgung sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche vereinbart und gesichert werden.

7.1.3 Ausbildung und Forschung

- Universitäre und außeruniversitäre Lehre und Forschung in Palliative Care sollen als ein Schwerpunkt priorisiert und ausreichend finanziell dotiert werden. Diese Schwerpunktsetzung soll sich zumindest in den Leistungsvereinbarungen zwischen Wissenschaftsministerium und Universitäten, in den Akkreditierungen von Lehrkrankenhäusern und in der Dotierung von Forschungsförderungseinrichtungen niederschlagen.
- In jeder ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Ausbildung sollen die grundlegenden Kenntnisse und Fähigkeiten in Palliative Care verpflichtend erworben werden. Den internationalen Beispielen folgend sollte im Rahmen dieser abgestuften

Ausbildung die Schaffung einer medizinischen Weiterbildung „Palliativmedizin“ den Stellenwert dieses Themas im Kanon der Medizinfächer stärken und die Versorgung der Menschen signifikant verbessern.

7.2 Vorsorge für Entscheidungen am Lebensende (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Sachwalterverfügung u.a.)

Die Vorsorge für (medizinische) Entscheidungen am Lebensende soll durch folgende Initiativen gefördert werden:

- Die formalen und finanziellen Hürden für die Errichtung von (verbindlichen) Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten sollen gesenkt werden.
- Für die ärztliche und juristische Aufklärung zur Errichtung einer (verbindlichen) Patientenverfügung sollen Qualitätsstandards und Qualifikationsnachweise definiert und überprüft werden.
- Das Verantwortungsbewusstsein für die Vorsorge soll in der Bevölkerung durch ein nationales Programm nach internationalen Vorbildern des Advance Care Planning gestärkt werden.

7.3 Vermeidung von unverhältnismäßigen medizinischen Interventionen

Medizinische Interventionen, die keinen Nutzen für einen Patienten erbringen oder deren Belastung für den Patienten größer ist als ein eventueller Nutzen und die am Lebensende zu einer Verlängerung des Sterbeprozesses führen können, sind weder aus ethischer noch aus medizinischer Sicht zu rechtfertigen, da sie unverhältnismäßig sind. Die rechtlichen Bedingungen für komplexe Entscheidungen am Lebensende sollten diesem Umstand in einer Weise Rechnung tragen, dass sorgfältig abgewogene Entscheidungen ohne Furcht vor einer etwaigen Strafverfolgung getroffen werden können. Dazu sind die zwei folgenden Punkte von besonderer Bedeutung.

Die veraltete und nicht mehr ausreichend klare Terminologie der „aktiven und passiven Sterbehilfe“ bedarf einer Aktualisierung entsprechend den Empfehlungen der Bioethikkommission zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Dies soll im Besonderen in den juristischen und medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildungen berücksichtigt werden.

Um das Vertrauen und damit eine ausreichende Rechtssicherheit in Fällen der Limitierung oder Beendigung nicht mehr gerechtfertigter medizinischer Maßnahmen zu gewährleisten, sollten diese Situationen unter folgenden Bedingungen aus dem Bereich der Strafbarkeit (§§ 75 ff. StGB) herausgenommen werden:

- Die Therapieentscheidung muss auf Basis eines nachvollziehbaren, begründeten und der individuellen Situation entsprechenden Entscheidungsfindungsprozesses erfolgen.

- Der Entscheidungsfindungsprozess hat sich an ethischen Standards und Leitlinien zu orientieren, wie sie international und national von Berufs- und Fachgesellschaften (z.B. Intensivmedizinische Gesellschaften Österreichs), akademischen Ethikeinrichtungen (z.B. Hastings Center) und supranationalen Institutionen (z.B. Europarat) entwickelt und publiziert werden.

Die entsprechend dokumentierte Einhaltung des Entscheidungsprozesses sollte zu keiner Strafverfolgung führen, sofern kein grober Missbrauch dieses Entscheidungsprozesses evident erscheint. Die Einhaltung von klaren Richtlinien sollte somit eine Vertrauensvermutung bewirken, die grundsätzlich einer Verfolgung durch die Strafjustiz entgegensteht (vgl. Legitimation durch Verfahren). Die dadurch mittelbar verbesserte Rechtssicherheit für die (be-)handelnden Mediziner wird wesentlich dazu beitragen, eine Übertherapie aus Angst vor einer allfälligen Strafverfolgung zu vermeiden.

7.4 Assistierter Suizid

Die Weite der österreichischen Regelung zur „Mitwirkung am Selbstmord“ (§ 78 StGB), die als gleichwertige Begehungsformen das Verleiten zum Suizid sowie die Hilfeleistung beim Suizid durch Tun und Unterlassen für strafbar erklärt, stellt auch Angehörige, nahestehende Personen und Ärzte unter Strafe, die aus Loyalität gegenüber der suizidwilligen Person eine Unterstützung leisten und kann damit zu erheblichen Gewissenskonflikten führen. Es wird daher eine Reform des § 78 StGB empfohlen, die sowohl dem Prinzip der Aufrechterhaltung der sozialen Norm der Suizidprävention, als auch dem Schutz vor Fremdbestimmung vulnerabler Personen Rechnung trägt, jedoch ebenso eine individuelle Hilfe in Ausnahmefällen zulässt. Das Prinzip der Suizidprävention muss auch für schwer kranke Menschen betont werden. Nicht zuletzt unter diesem Aspekt kommt der Palliativmedizin eine entscheidende Bedeutung vor.

Kriterien für die Reform des § 78 StGB sollte zum einen eine differenzierte Behandlung von Verleitung zum Suizid und Hilfeleistung beim Suizid sein. Die Verleitung zum Suizid sollte weiter unter Strafe stehen, um zu gewährleisten, dass vulnerable Menschen keinem Druck ausgesetzt werden können. Es erscheint aber angebracht, für Angehörige und persönlich nahe stehende Personen eine Strafflosigkeit vorzusehen, wenn sie einer an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidenden Person beim Suizid Hilfe leisten, sofern die Beweggründe der Hilfe auch für einen mit den rechtlich geschützten Werten verbundenen Menschen (vgl § 10 StGB) verständlich sind.

Darüber hinaus sollte die Hilfeleistung durch Ärzte beim Suizid in bestimmten Fällen entkriminalisiert werden, um es letztlich dem Patienten zu ermöglichen, offen mit dem Arzt über seine Situation zu sprechen, ohne gleich fürchten zu müssen, aufgrund akuter Selbstgefährdung zwangsweise untergebracht zu werden. Diese straffreie Hilfeleistung beim Suizid sollte in allen Fällen auf volljährige und einwilligungsfähige Personen begrenzt sein und deren ernsthaftes Verlangen erfordern. Um diese zu garantieren, ist eine ausreichende Aufklärung und eine angemessene Überlegungsfrist zwischen Aufklärung und Entscheidung nötig. Weiters sollte auch hier die straffreie Unterstützung beim Suizid auf Patienten begrenzt sein, die an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter

Lebenserwartung leiden. Da das Gewissen des behandelnden Arztes zu respektieren ist, darf kein Arzt zur Hilfeleistung bei der Selbsttötung verpflichtet sein. Andererseits darf er jedoch wegen einer Hilfeleistung auch nicht in welcher Art auch immer benachteiligt werden.

Votum wird unterstützt von:

Dr. Christiane Druml

Univ.-Prof. Dr. Markus Hengstschläger

Univ.-Prof. Dr.h.c. Dr. Peter Kampits

Univ.-Prof. Dr. Alois Birklbauer

Assoc. Prof. Dr. Diana Bonderman

Dr. Andrea Bronner

Univ.-Prof. Dr. Christian Egarter

OA Dr. Thomas Frühwald

Dr. Ludwig Kaspar

Prim. Univ.-Prof. Dr. Meinhard Kneussl

Univ.-Prof. Dr. Ursula Köller, MPH

Univ.-Prof. Dr. Arnold Pollak

Prof. Dr. Barbara Prainsack, FRSA

Dr. Anna Sporrer

Prim. Univ.-Prof. Dr. Andreas Valentin, MBA

Univ.-Prof. Dr. Ina Wagner

7.5 Abweichendes Votum zum Assistierte Suizid

In der Debatte um die ethische Beurteilung der Suizidbeihilfe besteht zunächst ein weitgehender Konsens in Hinblick auf zwei Prinzipien: Die Suizidprävention muss auch für schwer kranke Menschen die soziale Norm darstellen. Vulnerable Personen (z.B. chronisch Kranke, sozial Schwache, Alleinstehende) müssen vor Fremdbestimmung geschützt werden. Palliative Care kann zur Verwirklichung beider Prinzipien beitragen und muss daher gefördert werden.

Dennoch kann es zu Situationen kommen, in denen ein Mensch nach Suizidbeihilfe verlangt. Das ernsthafte und eindringliche Verlangen eines Menschen nach Suizidbeihilfe angesichts einer terminal verlaufenden Krankheit ohne Heilungschance – wie auch die möglicherweise daraus entspringende Tat – entzieht sich zunächst einer eindeutigen ethischen Beurteilung von außen. Bei Angehörigen oder betreuenden Ärzten der suizidwilligen Person kann ein solcher Suizidwunsch zu gravierenden Gewissenskonflikten führen, nicht zuletzt aufgrund von Unkenntnis der geltenden Rechtslage bzw. irrtümlicher Annahme einer Strafbarkeit. Eine solche Gewissensnot ist in der ethischen und rechtlichen Urteilsbildung in Fällen von Suizidbeihilfe bei Angehörigen und bei Ärzten zu berücksichtigen.

Für die Frage, inwieweit die derzeitige österreichische Rechtsordnung bei einem Fall von verlangter Suizidbeihilfe eine solche Gewissensnot in Rechnung stellt, genügt es nicht, bloß § 78 StGB in den Blick zu nehmen. Die Beurteilung, ob überhaupt ein rechtswidriges Verhalten vorliegt, ob es gegebenenfalls schuldhaft ist und inwieweit durch ein

Nichteinschreiten eine Garantenpflicht verletzt wird, sind allesamt Fragen, die schon jetzt beim Vorwurf einer Suizidbeihilfe anhand der Kriterien des Allgemeinen Teils des StGB zu prüfen sind. Sie bieten die Möglichkeit, die Gewissensnot in der konkreten Lage angemessen zu berücksichtigen und so dem besonderen Fall einer Suizidbeihilfe durch Angehörige oder Ärzte in bestimmten Fällen gerecht zu werden.

Eine Abänderung des § 78 StGB durch Ausnahmetatbestände, die zu einer Straffreiheit der Suizidbeihilfe in bestimmten Fällen führen sollen, sieht sich dagegen mit mehreren schwerwiegenden Problemen konfrontiert: Die Begriffe der Ausnahmetatbestände weisen notgedrungen Randunschärfen auf (z.B. „begrenzte Lebenserwartung“). Eine Ex-ante-Überprüfung, ob die Ausnahmetatbestände vorliegen, bräuchte auch für den Fall einer Suizidbeihilfe unter Angehörigen ein ärztliches Zeugnis. Jede Suizidbeihilfe wäre weiterhin einer Ex-post-Überprüfung durch die Strafverfolgungsbehörden zugänglich, welche nach einer Anzeige zu beurteilen hätten, ob die Ausnahmetatbestände und Sorgfaltskriterien im konkreten Fall erfüllt wären.

Eine Änderung des § 78 StGB, die einfach bestimmte Ausnahmetatbestände einfügt, ohne gleichzeitig all diese Folgeprobleme in den Blick zu nehmen, würde damit dem ethischen Kernanliegen, nämlich Angehörige und Ärzte in einer gegebenenfalls vorhandenen Gewissensnot zu entlasten – nicht gerecht werden. Nach wie vor würden diese in rechtliche Verfahren verwickelt, wenn das Vorliegen der Ausnahmetatbestände auch ernsthaft geprüft werden soll. Im Gegenteil signalisiert eine Straffreistellung der Suizidbeihilfe auf gesetzlicher (d.h. allgemein-abstrakter) Ebene, dass es sich bei der Suizidbeihilfe um einen Normalfall der Sterbebegleitung handelt. Die gesellschaftlichen Wirkungen eines solchen Signals sind bislang nicht ausreichend analysiert worden (vgl. dazu die offenen Fragen aus Abschnitt 6.3 der Stellungnahme).

Es wird daher empfohlen, keine Abänderung des § 78 StGB vorzunehmen.

Vor dem Hintergrund etwaiger Gewissensnot könnten als ein differenzierteres, kontextsensitiveres und mit weniger Problemen belastetes rechtliches Instrumentarium seitens des Justizministeriums bindende Richtlinien für die Strafverfolgungsbehörden entwickelt werden, in denen eine ethisch fundierte Prüfung konkreter Vorwürfe von Suizidbeihilfe vorgegeben wird (vgl. dazu die „Policy for Prosecutors in respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide“ des englischen Crown Prosecution Service, 2014, insbes. Pkt. 43 ff.). Dies würde die Rechtssicherheit im bestehenden Gesetzesrahmen deutlich erhöhen und könnte den komplexen Fallkonstellationen leichter gerecht werden als allgemeine Gesetzesbestimmungen.

Es wird daher empfohlen, die Entwicklung von verbindlichen Richtlinien für die Strafverfolgungsbehörden in Fällen des Verdachts auf Suizidbeihilfe zu prüfen.

Abweichendes Votum wird unterstützt von:

Univ.-Prof. DDr. Matthias Beck

Univ.-Prof. Dr. Lukas Kenner

Dr. Maria Kletecka-Pulker

Univ.-Prof. Dr. Johannes Gobertus Meran, MA

Dr. Stephanie Merckens
Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp
Dr. Klaus Voget
Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner, MBA

7.6 Tötung auf Verlangung

Die Tötung auf Verlangen nach § 77 StGB unterscheidet sich von § 78 StGB in dem Sinne, dass hier eine Tötung durch fremde Hand vorliegt. Unter ethischen Gesichtspunkten ist eine gegenüber dem assistierten Suizid differenzierte Regelung sachgerecht. Daher wird die Beibehaltung der Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen entsprechend den derzeit geltenden gesetzlichen Regelungen empfohlen. Damit sollen vulnerable Gruppen auch mit den Mitteln des Strafrechts hinreichend geschützt werden.

7.7 Sondervotum zur Tötung auf Verlangen

Da der Unterschied zwischen Tun und Unterlassen aus ethischer Perspektive eine Grauzone aufreißt, innerhalb derer für alle Betroffenen schwerste Gewissenskonflikte entstehen können, sollten die Kriterien für die Reform des assistierten Suizids (§ 78 StGB) auch auf die Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB) übertragen werden. Insofern erscheint es angebracht, für Angehörige und persönlich nahe stehende Personen eine Strafflosigkeit vorzusehen, wenn sie eine Tötung auf Verlangen gegenüber einer an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidenden Person vornehmen.

Darüber hinaus sollte eine Tötung auf Verlangen durch Ärzte in bestimmten Fällen entkriminalisiert werden. Eine straffreie Tötung auf Verlangen sollte auf volljährige und einwilligungsfähige Personen begrenzt sein und deren ernsthaftes Verlangen erfordern. Um dieses zu garantieren, ist eine ausreichende Aufklärung und eine angemessene Überlegungsfrist zwischen Aufklärung und Entscheidung nötig. Die straffreie Tötung auf Verlangen sollte weiters auf Patienten begrenzt sein, die an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung oder an einer unheilbaren, nach eigenem Ermessen untragbaren Erkrankung leiden. Da das Gewissen des behandelnden Arztes zu respektieren ist, darf kein Arzt zur Tötung auf Verlangen verpflichtet sein. Andererseits darf er jedoch wegen einer Tötung auf Verlangen auch nicht in welcher Art auch immer benachteiligt werden.

Sondervotum wird unterstützt von:

Univ.-Prof. Dr.h.c. Dr. Peter Kampits

7.8 Sondervotum zu einzelnen Punkten der Stellungnahme sowie zur Vermeidung von unverhältnismäßigen medizinischen Interventionen

Überwiegend werden die allgemeinen Ausführungen der Stellungnahme mitgetragen und begrüßt. Da allerdings in wenigen, aber wichtigen Punkten keine konsensuale Formulierung gefunden werden konnte, werden diese wie folgt in einem Sondervotum angeführt:

In der laufenden Debatte um Fragen am Lebensende ist es essentiell zu unterscheiden, dass die meisten Fällen, in denen der Wunsch nach einem Lebensende geäußert wird, nicht gleichgesetzt werden können mit einer tatsächlichen Absicht, sich das Leben nehmen zu wollen. Es wird nicht bestritten, dass es Situationen gibt, in denen jemand frei und selbstbestimmt die Absicht hat (und diese auch umsetzt), sich das Leben zu nehmen. In der überwältigenden Zahl der Fälle wollen aber Menschen, die ein Lebensende herbeisehnen, ihren Leidensdruck artikulieren und kommunizieren und eine Verbesserung ihrer Lebenssituation erreichen.

Die Unterscheidung von Suiziden "aus der Mitte des Lebens", die als Unglücksfälle bewertet werden, von Suiziden bei lebensbedrohlicher Erkrankung ist abzulehnen. Hier wird betont, dass jeder Suizid – egal ob mit oder ohne schwerer Erkrankung – ein tragischer Schlusstrich ist und deutlich macht, dass es – wem auch immer – nicht gelungen ist, eine alternative Lebensperspektive für den Betroffenen zu entwickeln. Es sollte daher immer und egal in welcher Situation gesellschaftliche Aufgabe sein, Suizide zu vermeiden. Eine unterschwellige Unterscheidung in "Unglücksfälle mitten im Leben" und "nachvollziehbare Fälle am Ende des Lebens" ist irreführend. Ebenso abgelehnt wird auch eine behauptete Vorrangstellung der Suizidprävention zur Suizidbeihilfe, weil diese beiden Begriffe nicht in einem Verhältnis zu einander gesehen werden, sondern glaubwürdige Suizidprävention die Option der Suizidbeihilfe ausschließt.

Grundsätzlich wird die Absicht der Empfehlung 7.3 unterstützt, dass unverhältnismäßige medizinische Interventionen vermieden werden sollen. Auch die Verdeutlichung der Begriffe „Sterbebegleitung“, „Therapie am Lebensende“ und „Sterben zulassen“ wird begrüßt, allerdings wird festgehalten, dass diese Begriffe sich zwar überschneiden, aber nicht deckungsgleich sind mit den bisherigen Begriffen der passiven und aktiven Sterbehilfe. Während „Sterbebegleitung“, „Therapie am Lebensende“ und „Sterben zulassen“ allesamt Prozesse beschreiben, die strafrechtlich nicht relevant sind – und in diesem Zusammenhang auch bekannter gemacht werden müssen – umfassen die Begriffe der passiven und aktiven Sterbehilfe auch Handlungen bzw. Unterlassungen die durchaus unter das geltende Verbot der Tötung auf Verlangen bzw. der Beihilfe zum Selbstmord fallen und daher Unrechtscharakter haben.

Bezweifelt wird weiters die Erfolgsaussicht der Empfehlung unter Punkt 7.3.2, da grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass die Strafverfolgungsbehörden sich bei der Prüfung, ob eine medizinische Indikation für eine Aufrechterhaltung von medizinischen Maßnahmen gegeben ist, immer an ethischen Standards und Leitlinien orientieren, wie sie international und national von Berufs- und Fachgesellschaften etc. entwickelt und publiziert werden. Insofern besteht schon heute eine gewisse Legitimation durch Verfahren bzw. durch

die Einhaltung von Entscheidungsprozessen, die durch von den einschlägigen Fachgesellschaften gemeinsam publizierten Leitlinien noch unterstützt werden kann. Eine besondere Vertrauensvermutung bzw. Herausnahme aus der Strafbarkeit wird daher nicht als notwendig erachtet.

Sondervotum wird unterstützt von:

Univ.-Prof. Dr. Lukas Kenner

Univ.-Prof. Dr. Johannes Gobertus Meran, MA

Dr. Stephanie Merckens

Dr. Klaus Voget

8 Ausgewählte Literatur

Berlinger N, Jennings B, Wolf SM. The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care Near the End of Life. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2013.

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. 2011. Abrufbar unter: <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=46713>

Bundesärztekammer [DE]. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Ärztebl. 2011 Feb 18;108(7):A-346-348.

Ellershaw J, Wilkinson S, editors. Care of the dying: A pathway to excellence. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.

Europarat, Ausschuss für Bioethik. Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende. Straßburg 2014. Abrufbar unter: http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/09_End%20of%20Life/Guide/Guide%20FDV%20deutsch.pdf

In der Schmitt J, Marckmann G. Sackgasse Patientenverfügung: Neue Wege mit Advance Care Planning am Beispiel von beizeiten begleiten®. Z med Ethik. 2013;59(3):229-243.

Intensivmedizinische Gesellschaften Österreichs. Konsensuspapier der intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs: Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und –beendigung an Intensivstationen. Wien Klin Wochenschr 2004;116:763-767

Janssens U, Burchardi H, Duttge G et al. Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. Anaesthesist 2013;62:47-52

Jox RJ. Sterben lassen: Über Entscheidungen am Ende des Lebens. Hamburg: Edition Körber Stiftung; 2011.

Lipp V, Brauer D. Behandlungsbegrenzung und „Futility“ aus rechtlicher Sicht. Z Palliativmed. 2013;14(3):121-126.

Kompanje EJ, Piers RD, Benoit DD. Causes and consequences of disproportionate care in intensive care medicine. Curr Opin Crit Care 2013;19(6):630-635.

Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. Am J Respir Crit Care Med 2008;177(8):912-927.

Oehmichen F, PE Ballmer PE, Druml C, et al. Ethische und rechtliche Gesichtspunkte der Künstlichen Ernährung. Aktuel Ernährungsmed. 2013; 38: 112-117.

Pasman HR, Onwuteaka-Philipsen BD, Kriegsman DM et al. Discomfort in nursing home patients with severe dementia in whom artificial nutrition and hydration is forgone. Arch Intern Med. 2005 Aug 8-22;165(15):1729-35.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Intensivmedizinische Massnahmen. Basel 2013. Abrufbar unter: <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>

Sterckx S, Raus K, Mortier F, editors. Continuous Sedation at the End of Life: Ethical, Clinical and Legal Perspectives. Cambridge: Cambridge University Press; 2013.

Vyjeyanthi S. Periyakoil. Do Unto Others: Doctors' Personal End-of-Life Resuscitation Preferences and Their Attitudes toward Advance Directives. PLoS One. 2014;9(5):e98246. doi: 10.1371/journal.pone.0098246. eCollection 2014.