

# **Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende**

27. Juni 2011

**Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Präambel</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Ethische Prinzipien</b> .....	<b>4</b>
2.1 Schutz des Lebens .....	4
2.2 Anspruch auf Selbstbestimmung.....	4
2.3 Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip.....	5
2.4 Verteilungsgerechtigkeit.....	5
<b>3. Rechtliche Grundsätze für eine medizinische Behandlung</b> .....	<b>6</b>
3.1 Fehlen der medizinischen Indikation .....	6
3.2 Behandlungsabbruch nach dem Willen des Patienten (Vetorecht des Patienten).....	6
<b>4. Medizinische Behandlung</b> .....	<b>8</b>
4.1 Grundlage medizinischer Entscheidungen.....	8
4.2 Therapieziel und Therapiezielmodifikation .....	9
<b>5. Empfehlungen der Bioethikkommission zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende</b> .....	<b>10</b>
Ausgewählte Literatur .....	12

## 1. Präambel

Die rasanten Fortschritte biomedizinischer Wissenschaften und Techniken haben die Handlungsmöglichkeiten von medizinischen Experten und betroffenen Menschen am Lebensende enorm verändert und erweitert. Ebenso sind im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Entwicklungen die organisatorischen und sozialen Rahmenbedingungen des ärztlichen Handelns radikal transformiert worden. Gleichzeitig ist in der Folge dieser Entwicklungen eine Pluralität von Wertvorstellungen und Wertpräferenzen entstanden, die zusammen mit den genannten erweiterten Handlungsmöglichkeiten für die medizinische Ethik wichtige und teilweise auch neue Herausforderungen darstellen.

Im Gegensatz zum Tod, der einen unwiderruflichen und klar definierten Zustand beschreibt, ist das Lebensende ein Prozess, der mit dem Tode endet, *per se* aber im temporären, biologischen und abstrakten Sinn dehnbar ist. Noch unschärfer wird der Begriff im Lichte von medizinischen Technologien mit der Funktion von Organunterstützung oder Organersatz sowie den Entwicklungen in der Transplantationsmedizin. Das Lebensende unterliegt keiner eindeutigen Begriffsdefinition im Sinne einer Diagnose, bietet also keine exakte Grundlage für medizinisches Vorgehen, wodurch der ohnehin schwierige Entscheidungsfindungsprozess noch komplexer wird. Die Gratwanderung zwischen Lebensverlängerung und Sterbensverlängerung reflektiert den immerwährenden Konflikt zwischen medizinischer Machbarkeit und realem Nutzen für den Betroffenen. Die Angst zu versagen und die Sorge um rechtliche Konsequenzen spielen in der Entscheidungsfindung des medizinischen Personals eine nicht unerhebliche Rolle, wenn die bewährten Muster evidenzbasierter Medizin nicht mehr genügend Anhaltspunkte bieten.

Angesichts des wissenschaftlich-technischen Wandels ist es zu einer teilweisen Diskrepanz zwischen ethischer Argumentation, terminologischem Gebrauch der einschlägigen Rechtsmaterie und dem medizinischen Handeln am Lebensende gekommen. Das Sterben erscheint immer weniger als natürliches Ereignis, sondern als ein medizinisch-technisch gestalteter Prozess. Im Sterbeprozess kollidieren oft ärztliche Moralvorstellungen (bzw. die Moralvorstellungen sterbender Menschen und/oder ihrer Angehörigen), ökonomische Zwänge und Vorgaben sowie pharmakologische Verheißungen mit dem Wunsch des Sterbenden und seiner Angehörigen. Um die Verunsicherung bei Arzt und Patient zu verhindern und der Autonomie des Patienten soweit wie möglich gerecht zu werden, sehen wir uns anhand der gegebenen Situation und unter Einbeziehung der internationalen Debatte zu nachfolgenden Erläuterungen und Vorschlägen verpflichtet.

Diese Vorschläge orientieren sich an Werten wie Vertrauen, Respekt und kommunikativer, humaner Verbundenheit, die einen unumstrittenen Ausgangspunkt bilden. Dabei ist sich die Bioethikkommission im Klaren, dass ihre Bemühungen nur ein Schritt zur Verbesserung der

gegenwärtigen Situation sind und aufgrund des dynamischen Wandels in absehbarer Zeit gewiss eine weitere Bearbeitung erforderlich wird.

Die Bioethikkommission hat sich in diesem Papier nicht mit aktiver Sterbehilfe und Fragen in Bezug auf Sterbetourismus befasst.

## 2. Ethische Prinzipien

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 sind in der Menschenwürde und in den Menschenrechten verankert, unter den Mitgliedern der Bioethikkommission unstrittig und finden auch in der Gesellschaft breiten Konsens. Insbesondere folgende Gesichtspunkte sind es, auf die in der Diskussion über 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.

### 2.1 Schutz des Lebens

Der Schutz des Lebens ist ein grundlegendes ethisches Prinzip, dessen besonderer Stellenwert in den Augen fast aller Menschen unantastbar ist. Gerade die universelle Gültigkeit dieses Prinzips auf der einen Seite und die Bandbreite der möglichen Auslegungen bzw. praktischen Umsetzungen auf der anderen Seite bergen insbesondere im Kontext mit Sterben und unheilbarer Krankheit ein hohes Konfliktpotential. Eine radikale Auslegung dieses Prinzips würde die volle Ausschöpfung medizinisch-technischer Möglichkeiten nach sich ziehen, unabhängig von den Lebensumständen betroffener Menschen, denen dann möglicherweise sinnlose Sterbensverlängerung und Leidenserfahrung zugemutet werden. Eine Mehrzahl von Menschen würde sich vermutlich mit einer relativen Auslegung dieses Grundprinzips identifizieren: Abweichungen von der Forderung nach absolutem Schutz des Lebens sind möglich, wenn Lebensverlängerung gleichzeitig eine Verlängerung nicht mehr hinzunehmenden Leidens oder eines eingetretenen Sterbeprozesses bedeutet. Die Vorstellung vom Tod selbst als gelingender Endpunkt eines vollendeten Lebens wird in einer Fülle an Literatur artikuliert und variiert in einer geringen Bandbreite.

### 2.2 Anspruch auf Selbstbestimmung

Selbstbestimmung kann als Instrument, welches uns ermöglicht, Wünsche und Bedürfnisse zu erfüllen bzw. Schaden abzuwenden, angesehen werden. Das Recht auf Selbstbestimmung wird vor allem in Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen sowohl in der Rechtsprechung als auch in der medizinischen Praxis als wesentlich erachtet. Jegliche medizinische Handlung darf nur dann vorgenommen 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. Umso mehr sollte dieses Grundprinzip im Umgang mit unheilbar kranken und sterbenden Menschen hochgehalten werden. Kenntnis über den Patientenwillen setzt naturgemäß eine intensive Auseinandersetzung und fortwährende Kommunikation mit dem Patienten voraus. Oft ist aber gerade in der kritischen Situation am Lebensende der Patientenwille, bedingt durch körperliche, geistige oder auch nur allgemeine Schwäche und Energieverlust, nicht unmittelbar zu erheben. Dem Anspruch des Sterbenden auf Selbstbestimmung, auch wenn er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, kann das medizinische und pflegerische Personal nur dann gerecht werden, wenn sämtliche medizinische Handlungen im Einvernehmen mit dem mutmaßlichen Patientenwillen gesetzt werden.

Die Achtung des Patientenwillens ist aber nicht geboten, wenn ein Patient Maßnahmen verlangt, die unwirksam oder unzweckmäßig sind oder mit der persönlichen Gewissenshaltung des Arztes, mit der ärztlichen Standesordnung oder dem geltenden Recht nicht vereinbar sind.

## **2.3 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 ärztlicher Fürsorge am Lebensende.

## **2.4 Verteilungsgerechtigkeit**

Wenn das Leben und das Sterben nicht mehr als natürliches Ereignis, sondern als künstlich zu generierende und gestaltbare Zeiträume verstanden werden, determinieren nicht nur medizinisch-technische Entscheidungen, sondern auch wirtschaftliche Rahmenbedingungen die Dauer des Lebens. Die entsprechenden Problemstellungen werden gegenwärtig unter dem Stichwort Allokation im Gesundheitswesen, also der Frage nach einer gerechten Verteilung begrenzter Ressourcen, diskutiert.

Dabei ist zu beachten, dass berechnete ökonomische Überlegungen im Sinne eines effizienten Einsatzes vorhandener Ressourcen auf der Ebene der Makroallokation stets auch einen Einfluss auf die konkrete Zuteilung auf der Ebene der Mikroallokation, also auf die konkrete Behandlungssituation haben werden. Es ist daher abzulehnen, dass Entscheidungen zum Vorenthalt medizinisch sinnvoller Maßnahmen unter Verweis auf allgemeine wirtschaftliche Faktoren auf die individuelle Ebene von behandelndem Arzt und Patient übertragen werden. Die Behandlungsentscheidungen am Lebensende werden sich hier, solange eine medizinische Indikation gegeben ist, ausschließlich am Wohl des individuellen Patienten und an seinem Willen orientieren. Gleichwohl stehen Forderungen der Verteilungsgerechtigkeit ganz allge-

mein nicht im Widerspruch zur Achtung individueller Autonomie und Würde und sind sorgfältig mit den Vorstellungen von einem menschenwürdigen Sterben in Einklang zu bringen.

### 3. Rechtliche Grundsätze für eine medizinische Behandlung

Die rechtlichen Voraussetzungen für die Durchführung einer medizinischen Maßnahme bestehen in der vorhandenen Indikation und der Einwilligung durch den einsichts- und urteilsfähigen Patienten. Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist dann gegeben, wenn der Patient Grund und Bedeutung einer Behandlung einsehen und nach dieser Einsicht seinen Willen und seine Erwartungen bestimmen kann. Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit hängt von den Umständen des Einzelfalles ab, zu denen auch z.B. die Schwere des Eingriffs zählt<sup>1</sup>, und obliegt grundsätzlich dem behandelnden Arzt.

#### 3.1 Fehlen der medizinischen Indikation

Neben der Einwilligung ist die medizinische Indikation entscheidend für die Durchführung oder Unterlassung (Nichtaufnahme) einer medizinischen Behandlung.<sup>2</sup> Eine medizinische Indikation ist aus rechtlicher Sicht nicht mehr gegeben, wenn die Behandlung mangels Wirksamkeit nicht mehr erfolgversprechend bzw. aussichtslos ist. In diesen Fällen entfällt eine mögliche Behandlungspflicht des Arztes. Dies trifft oft bei sterbenden Patienten zu, bei denen durch etwaige medizinische Maßnahmen (Medikamente, chirurgische Eingriffe, Interventionen wie z.B. das Setzen von PEG Sonden<sup>3</sup>, die Verwendung von Geräten zu Organersatz oder -unterstützung) das Leben – aber auch das Sterben – des Patienten verlängert werden soll. Dies gilt auch für andere Patienten, bei denen die Belastung einer möglichen Behandlung den zu erwartenden Vorteil überwiegt. In solchen Situationen trifft den Arzt keine Verpflichtung, eine nicht indizierte Maßnahme zu setzen.

#### 3.2 Behandlungsabbruch nach dem Willen des Patienten (Vetorecht des Patienten)

Eine medizinische Maßnahme ist ohne Einwilligung oder gegen den Willen des Patienten, auch wenn sie *lege artis* durchgeführt wurde, grundsätzlich rechtswidrig. Ist der Patient

---

<sup>1</sup> Kletečka, A. (2010). Einwilligung. In: Aigner, G.; Kletečka, A.; Kletečka-Pulker, M.; Memmer, M. (Hrsg) (2010). *Handbuch Medizinrecht in der Praxis*. Kapitel I:131ff.

<sup>2</sup> Kopetzki, C. (2000). Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens, Landesbericht Österreich. In: Taupitz, J. (Hrsg) (2000). *Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim* 2000:9f.

<sup>3</sup> PEG Sonden sind Magensonden, die zur Ernährung des Patienten gelegt werden.

einsichts- und urteilsfähig, entscheidet er über die Zulässigkeit einer medizinischen Behandlung. Dieser Grundsatz des "informed consent" ist nicht nur verfassungs- und völkerrechtlich (Art 8 EMRK) sowie gemeinschaftsrechtlich (Art 3 Abs 2 EU-Grundrechtscharta) abgesichert, sondern auch strafrechtlich geregelt. Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, macht sich nach § 110 StGB strafbar. Lediglich wenn Gefahr im Verzug vorliegt, kann die Einwilligung entfallen. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird aber nicht nur strafrechtlich, sondern auch zivilrechtlich geschützt.

Es ist nicht erforderlich, dass der Patient Gründe für die Ablehnung angibt. Er kann auch lebensnotwendige Maßnahmen verweigern. Dies bedeutet im Ergebnis, dass der Patient ein uneingeschränktes Vetorecht hat. Dieses Selbstbestimmungsrecht umfasst nicht nur die Entscheidung über medizinische Behandlungen im engeren Sinn, sondern auch die Entscheidung über eine lebenserhaltende „Basisversorgung“ einschließlich der künstlichen Ernährung. Die Ausführungen zur Selbstbestimmung im medizinischen Bereich zeigen ganz deutlich, dass der Gesetzgeber dem Patientenselbstbestimmungsrecht den Vorrang vor einer möglichen Fürsorgepflicht eingeräumt hat.<sup>4</sup>

Wie schon oben dargelegt, kann lediglich in medizinischen Notfallsituationen eine lebensrettende Maßnahme ohne Willen des Patienten erfolgen. Dies ist aber auch nur dann zulässig, wenn nicht genügend Zeit ist, um einen möglichen gesetzlichen Vertreter des Patienten zu kontaktieren bzw. einen gesetzlichen Vertreter zu beantragen.

Hat der Patient allerdings bereits rechtswirksam die Behandlung verweigert, darf auch in einer lebensbedrohlichen Situation nicht gegen den Willen des Patienten entschieden werden. Die antizipierte Weigerung kann in unterschiedlicher Form vorliegen. Einerseits kann es sein, dass der Patient vielleicht kurz vor der lebensbedrohlichen Situation bereits eine aktuelle Ablehnung ausgesprochen hat. Andererseits kann es auch vorkommen, dass der Patient die gesetzlichen Möglichkeiten genutzt hat, um eine antizipierte Behandlungsablehnung festzulegen, z.B. in Form einer verbindlichen Patientenverfügung oder eines Vorsorgebevollmächtigten.<sup>5</sup>

Liegt keine ausdrückliche Willensäußerung des Patienten zur eigenen Behandlung bzw. zum Behandlungsabbruch im Falle einer schweren Erkrankung am Ende des Lebens vor oder hat der Patient keine rechtliche Vorsorge getroffen, ist für die weitere ärztliche Behandlung der mutmaßliche Wille des Patienten maßgebend.<sup>6</sup> Für die Einschätzung des mutmaßlichen Willens sind primär mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten entscheidend. Auf Wertvorstellungen der Gesellschaft oder anderer Personen kommt es nicht an. Ist jedoch

---

<sup>4</sup> Siehe dazu ausführlich Kopetzki, C. (2007). Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten. *iFamZ* 4:197.; Bernat, E. (2009). Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei einwilligungsunfähigen Patienten. *JBl* 129.

<sup>5</sup> Siehe näher mwN Kletečka-Pulker, M. (2009) Instrumente und Grenzen der Selbstbestimmung des Patienten. In: Körtner, U; Müller, S; Kletečka-Pulker, M.; Inthorn, J; (Hrsg) (2009). Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett .

<sup>6</sup> Vgl dazu OGH 7.7.2008, 6 Ob 286/07p, Zak 2008/571, 332; Bernat, E. (1995). Behandlungsabbruch und (mutmaßlicher) Patientenwille. *RdM* 51.

(auch) der mutmaßliche Wille des Patienten nicht feststellbar, ist im Zweifel der Wille, durch die indizierte medizinische Behandlung weiterzuleben ("in dubio pro vita") anzunehmen. Dies ergibt sich schon aus dem normalen ärztlichen Heilauftrag.

Nach überwiegender Auffassung<sup>7</sup> stellt die mutmaßliche Einwilligung in eine Heilbehandlung einen (ungeschriebenen) Rechtfertigungsgrund dar. Dieser liegt dann vor, wenn der handlungsunfähige Patient aufgrund der Umstände und bei Würdigung seiner Interessenslage die Zustimmung gegeben hätte.

Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass nach der herrschenden Auffassung das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen unter den angeführten Voraussetzungen zulässig bzw. sogar rechtlich geboten ist, sei es, dass solche gar nicht begonnen oder nicht fortgesetzt werden. Entscheidend für Tun und Unterlassen ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Die Straflosigkeit ergibt sich dabei aus § 110 StGB, wonach eine Heilbehandlung nur mit Zustimmung des Patienten zulässig ist. Lehnt ein Patient hingegen die Heilbehandlung klar ab, darf diese auch nicht vorgenommen werden, und zwar selbst dann nicht, wenn davon auszugehen ist, dass der Patient ohne Behandlung stirbt. Durch § 110 StGB entfällt daher bei der Ablehnung einer medizinischen Behandlung durch den Patienten die Pflicht wie auch das Recht des Arztes, den Patienten zu behandeln.<sup>8</sup>

## 4. Medizinische Behandlung

### 4.1 Grundlage medizinischer Entscheidungen

Die Kaskade medizinischer Entscheidungen, die im Laufe der Betreuung von Patienten getroffen wird, sollte in die Festsetzung einer Therapiestrategie münden. Üblicherweise wird die Indikation zur Einleitung bzw. zum Vorenthalten einer Behandlung unter Abwägung von Nutzen, Risiko und Belastung gestellt.

Moderne evidenzbasierte Medizin bekennt sich zur quantitativen Erfassung von Nutzen, Risiko und Belastung, und etablierte Fachgesellschaften gründen ihre Empfehlungen auf Daten aus großangelegten, meist multinational durchgeführten klinischen Studien. Der wissenschaftliche faktenbasierte Zugang der modernen Medizin stößt aber in der Betreuung realer Patienten häufig auf seine Grenzen. Verschiebungen des Verhältnisses zwischen Nutzen, Risiko und Belastung in die eine oder die andere Richtung sind in der Praxis multifaktoriell begründet. Betagte multimorbide Patienten stellen ein wachsendes Kollektiv dar, sind aber in klinischen

---

<sup>7</sup> Vgl OGH 7. 7. 2008, 6 Ob 286/07p, RdM 2008/119, 155 mwN.

<sup>8</sup> OGH 7. 7. 2008, 6 Ob 286/07p, RdM 2008/119; Vgl dazu ausführlich Kopetzki, C. (2010). Abbruch lebenserhaltender Sondenernährung auf Grundlage des Patientenwillens auch bei „aktivem Tun“ nicht strafbar, RdM 2010/91 mwN; Kopetzki, C. (2007). Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten. *iFamZ* 2007:197.; ebenso deutscher BGH BGHSt 40, 275 ("Kemptener Fall").

Studien noch zu wenig untersucht. Oft sind invasive Eingriffe oder aufwendige Therapien bei dieser Patientengruppe mit einem höheren Risiko behaftet.

Ähnlich verhält es sich mit geschlechtsspezifischen Verschiebungen im Nutzen-Risiko-Verhältnis, wie dies erst kürzlich als relevantes Problem erkannt wurde und als wissenschaftliche Fragestellung in klinische Studien Eingang gefunden hat. Die Unschärfe im Nutzen-Risiko-Verhältnis erwächst aber nicht nur aus biologischen Unterschieden der individuellen Patienten. Ein nicht zu unterschätzender Aspekt ist der rasante medizinische Fortschritt. Innovative Technologien finden im Rahmen von Heilversuchen vor Klärung der Datenlage klinische Anwendung. Darüber hinaus werden neue Behandlungen meist an Expertenzentren, die über profunde Kenntnisse auf einem bestimmten Fachgebiet der Medizin verfügen, getestet. Veröffentlichte Ergebnisse sind daher nur für diese repräsentativ, in weniger erfahrenen Zentren sind Abweichungen von publizierten Daten durchaus möglich. Die Summe der genannten Faktoren macht eine individuelle Entscheidungsfindung in konkreten Situationen oft zu einer Herausforderung, selbst wenn die Diagnose eindeutig ist.

## 4.2 Therapieziel und Therapiezielmodifikation

Die Vergegenwärtigung eines realistisch erscheinenden Therapieziels kann die Entscheidungsfindung im therapeutischen Vorgehen um ein Wesentliches erleichtern. Prinzipiell können je nach Diagnose und Krankheitsstadium die Therapieziele unterschiedlich sein und von Heilung über Prognoseverbesserung, Lebensverlängerung, Verbesserung der Lebensqualität und Palliation bis hin zu einem „ein würdiges Sterben zulassen“ reichen.

Der abgestufte Einsatz von Therapien und Therapiekombinationen zur Erreichung konkreter Therapieziele ist aus der modernen wissenschaftlich orientierten Medizin nicht mehr wegzudenken. Dabei wird eine exakt definierte Verbesserung krankheits- bzw. prognoserelevanter Kenngrößen als Therapieziel postuliert. Wird ein Therapieziel nicht in der gewünschten Zeit erreicht, besteht die Empfehlung, eine Änderung bzw. Anpassung der therapeutischen Strategie vorzunehmen, vorausgesetzt, das Therapieziel bleibt bestehen. In der klinischen Praxis führt das unreflektierte Festhalten an Therapiezielen zu stetiger Therapieeskalation, auch wenn das vorgegebene Ziel wiederholt verfehlt wird. Der Begriff Therapieeskalation ist weit gefasst und beschreibt neben der einfachen Dosissteigerung eine Umstellung auf potentere Medikamente, die Kombination von Medikamenten mit unterschiedlichen biologischen Wirkungsweisen sowie den Einsatz apparativ-assistiver Technologien. Jegliche Therapieanpassung sollte unter dem Aspekt einer Nutzen-Risiko-Belastungsabwägung vorgenommen werden. Überwiegen das Risiko und die Belastung, die mit zunehmender Aggressivität und Invasivität einer Behandlung steigen, den zu erwartenden therapeutischen Nutzen, sollte eine Therapiezieländerung angestrebt werden. Die praktische Umsetzung dieser so einfach erscheinenden theoretischen Überlegungen gestaltet sich oft schwierig und stellt eine der größten Herausforderungen an die moderne Medizin dar.

Am Lebensende, wenn das Ziel einer Heilung oder deutlichen Lebensverlängerung unerreichbar wird, sind krankheitsspezifische therapeutische Interventionen oder allgemeine lebensverlängernde Maßnahmen zwecklos und führen unweigerlich zu Leidensverlängerung. Breiter

Konsens besteht darüber, dass am Lebensende anstelle lebensverlängernder Maßnahmen andere Therapieziele in den Vordergrund rücken sollten.

Wichtig ist die Unterscheidung zwischen dem umfassenden Therapieziel und den Effekten einzelner medizinischer Maßnahmen. Maßnahmen, die dem Therapieziel nicht mehr dienen, bzw. medizinische Einzelmaßnahmen, die nicht mehr indiziert sind, sollten reduziert oder beendet werden. Hingegen bekommen Aufgaben wie Schmerzlinderung, psychologische Begleitung und Symptombehandlung einen neuen Stellenwert.

## 5. Empfehlungen der Bioethikkommission zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende

In der juristischen Lehre und Judikatur wird traditionell zwischen aktiver und passiver, direkter und indirekter Sterbehilfe unterschieden. Diese Begriffe sind allerdings nicht mehr zeitgemäß. Der Vorgang einer Therapiezieländerung mit einer Priorisierung palliativer Maßnahmen wird jedenfalls mit diesen juristischen Begriffen nur unzureichend abgebildet und ungerechtfertigt negativ konnotiert.

Die Bioethikkommission empfiehlt daher, in Anlehnung an die Stellungnahme des Deutschen Nationalen Ethikrates<sup>9</sup>, die bisher verwendete Terminologie von aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe aufzugeben und die folgenden Begriffe einzuführen:

- *Sterbebegleitung*: Unter den Begriff der Sterbebegleitung fallen Maßnahmen zur Pflege, Betreuung und Behandlung von Symptomen von Sterbenden.<sup>10</sup> Dazu gehören die körperliche Pflege, das Stillen von Bedürfnissen, wie Hunger- und Durstgefühlen, das Mindern von Übelkeit, Angst und Atemnot, aber auch menschliche Zuwendung und Beistand. Für die Durchführung dieser Maßnahmen ist die Einwilligung des Patienten notwendig.
- *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 mildern.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Deutscher Nationaler Ethikrat (2006). Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Internet: [http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme\\_Selbstbestimmung\\_und\\_Fuersorge\\_am\\_Lebensende.pdf](http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf) (Zugriff: 31.5.2011).

<sup>10</sup> Gemäß § 5 A Z 9 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) sind die Träger von Krankenanstalten durch die Landesgesetzgebung verpflichtet, dass ein würdevolles Sterben sichergestellt ist und Vertrauenspersonen Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können. Entsprechende Regelungen finden sich in den einzelnen Krankenanstaltengesetzen der Länder.

<sup>11</sup> Stellungnahme des deutschen Nationalen Ethikrates: Nationaler Ethikrat (2006). Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Internet:

- *Sterben zulassen*: Eine unter kurativer Therapiezielsetzung als lebensverlängernd bezeichnete medizinische Maßnahme kann 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. Dennoch ist Begleitung und Unterstützung des Patienten immer erforderlich, sofern der Patient es wünscht.

Grundsätzlich sollten von diesen oben angeführten Behandlungssituationen die Mitwirkung am Selbstmord sowie die Tötung auf Verlangen, die gemäß der geltenden österreichischen Rechtslage strafbare Handlungen sind, unterschieden werden. Mitwirkung am Selbstmord liegt vor, wenn jemand einen anderen dazu verleitet sich selbst zu töten oder ihm dazu Hilfe leistet. Tötung auf Verlangen, wenn jemand einen anderen auf dessen ernstliches und einklagliches Verlangen tötet.

## Ausgewählte Literatur

- Bernat, E. (1995). Behandlungsabbruch und (mutmaßlicher) Patientenwille. *RdM* 51-61.
- Bernat, E. (2009). Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei einwilligungsunfähigen Patienten. *JBI* 129-32.
- Intensivmedizinische Gesellschaften Österreichs (2004). Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs: Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen. *Wiener klinische Wochenschrift* 116(21-22):763-7.
- Kletečka, A. (2010). Einwilligung. In: Aigner, G.; Kletečka, A.; Kletečka-Pulker, M.; Memmer, M. (Hrsg) (2010). Handbuch Medizinrecht in der Praxis. Kapitel I:131ff.
- Kletečka-Pulker, M. (2009). Instrumente und Grenzen der Selbstbestimmung des Patienten. In: Körtner, U; Müller, S; Kletečka-Pulker, M.; Inthorn, J; (Hrsg) (2009). Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Verlag Springer Wien/NewYork.
- Kopetzki, C. (2000). Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens, Landesbericht Österreich. In: Taupitz, J. (Hrsg) (2000). Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens. *Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim* 2000:9f.
- Kopetzki, C. (2007). Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten. *iFamZ* 4:197-204.
- Kopetzki, C. (2010). Abbruch lebenserhaltender Sondenernährung auf Grundlage des Patientenwillens auch bei „aktivem Tun“ nicht strafbar. *RdM* 91.
- Körtner, U.; Kopetzki, C; Kletečka-Pulker, M.; Inthorn, J. (2009). Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG). Internet:  
[http://www.univie.ac.at/ierm/php/cms/uploads/Projekte/Projekt%20PatVG/IERM%20Endbericht%20PatVG\\_Dez%202009.pdf](http://www.univie.ac.at/ierm/php/cms/uploads/Projekte/Projekt%20PatVG/IERM%20Endbericht%20PatVG_Dez%202009.pdf) (Zugriff 22.6.2011).
- Körtner, U. (2008). Sterben in Würde. Ethik am Lebensende im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorgepflicht. *iFamZ* 3:129-31.
- Kröll, W.; Schaupp, W. (2010). Eluana Englaro – Wachkoma und Behandlungsabbruch. Medizinische – ethische – rechtliche Aspekte. *Schriftenreihe RdM Band 31*. Manz Verlag, Wien.
- Nationaler Ethikrat (2006). Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Internet: [http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme\\_Selbstbestimmung\\_und\\_Fuersorge\\_am\\_Lebensende.pdf](http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf) (Zugriff: 31.5.2011).
- Ohnsorge, K.; Rehmann-Sutter C. (2010). Menschen, die sterben möchten. Empirische Studien in der Palliativmedizin und ihre ethischen Implikationen. In: Hilt, A.; Jordan, I.; Frewer, A.

(Hrsg.). Endlichkeit, Medizin und Unsterblichkeit. Geschichte – Theorie – Ethik. Franz Steiner Verlag, Stuttgart.

Valentin, A. (2006). Therapiebegrenzung oder -abbruch: Das Prinzip des „primum nihil nocere“. *Wiener klinische Wochenschrift* 118(11-12):309-11.

Wallner, J. (2008). Die richtigen Worte für medizinische Entscheidungen am Lebensende finden. *Wiener klinische Wochenschrift* 120(21-22):647-54.

Wiedermann, C.J.; Druml, C. (2008). End-of-life decisions in Austria's intensive care units. *Intensive Care Med.* 34(6):1142-4.