

**Diplomarbeit**

**Gedanken zum Tod in einer säkularen Welt**

**„Der Wille des Patienten ist oberstes Gebot“**

eingereicht von

**Thomas Leitner**

Matrikel- Nr.: 0311327

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor(in) der gesamten Heilkunde**

**(Dr. med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin**

unter der Anleitung von

**Univ. Prof. Dr. Kröll Wolfgang**

Ort, Datum .....

.....

(Unterschrift)

*Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, am .....*

*Unterschrift*

## **Vorwort**

In Zeiten der Finanzkrise und der schwierigen Finanzierung des Gesundheitssystems werden Schattenseiten sicht- und spürbar, die zu Besinnung mahnen. Angesichts der Technisierung und Ressourcenknappheit darf der Patient nicht verobjektiviert werden und die Sicht auf den Menschen als Ganzes verloren gehen. Der Mensch sollte immer im Mittelpunkt des medizinischen Handelns stehen. Eine Sichtweise der Medizin, die Werte wie Würde, Respekt, Vertrauen und Solidarität verkörpert, ist eine der Grundvoraussetzungen, um einen Menschen als Subjekt und nicht als Objekt wahrzunehmen und zu behandeln. Entwicklungen, die zu einer Entfremdung zwischen Arzt und Patient führen, entsprechen nicht der Grundintention des hippokratischen Eides.

Die Wendung der männlichen Form erleichtert die Lesbarkeit, bezieht aber sinngemäß auch immer die weibliche Form mit ein.

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	I
Inhaltsverzeichnis .....	II
Abbildungsverzeichnis .....	IV
1. Zusammenfassung .....	- 1 -
2. Abstract.....	- 2 -
3. Einleitung .....	- 3 -
4. Kasuistik Welby .....	- 4 -
4.1. Amyotrophe Lateralsklerose (ALS): Krankheitsbild .....	- 5 -
4.1.1 Definition.....	- 6 -
4.1.2 Ätiologie .....	- 6 -
4.1.3 Klinik.....	- 6 -
4.1.4 Prognose .....	- 7 -
4.1.5 Differentialdiagnosen .....	- 7 -
4.1.6 Therapie.....	- 7 -
5. Euthanasie – Der gute Tod .....	- 8 -
5.1 Aktive oder direkte Sterbehilfe.....	- 8 -
5.2 Passive Sterbehilfe.....	- 8 -
5.3 Indirekte Sterbehilfe .....	- 9 -
5.4 Assistierter Suizid.....	- 9 -
6. Rechtliche Ausgangslage.....	- 9 -
6.1 Niederländisches/ Belgisches Recht.....	- 9 -
6.2 Österreichisches Recht .....	- 11 -
7. Ethische Prinzipien - Der Wille des Patienten .....	- 13 -
7.1 Wert der menschlichen Person – Würde .....	- 14 -
7.2 Solidarität, Gerechtigkeit, Fairness .....	- 17 -
7.3 Autonomie und Selbstbestimmung.....	- 19 -
7.4 Einwilligung nach Aufklärung („informed consent“) .....	- 20 -
7.5 Wohl des Kranken (beneficence – non- maleficence).....	- 21 -
8. Politisch-ökonomische Betrachtungsweise .....	- 23 -
8.1 Bevölkerungsentwicklung – Demographischer Wandel .....	- 23 -
8.2 Technischer Fortschritt – Begrenzte Ressourcen .....	- 26 -

8.3 Derzeitiger Diskussionsstand der Verteilungskriterien in Österreich .....	- 27 -
9. Manifestation der Selbstbestimmung im österreichischen Recht.....	- 29 -
9.1 Patientenverfügung.....	- 31 -
9.2 Vorsorgevollmacht .....	- 33 -
10. Lebenserhaltende Maßnahmen .....	- 35 -
10.1 Palliative Care .....	- 35 -
10.1.1 Beistand – Fürsorge .....	- 37 -
10.1.2 Terminale Sedierung mit dem Ziel der Leidenserleichterung .....	- 38 -
10.2 Verzicht auf lebenserhaltende Behandlungsmaßnahmen .....	- 39 -
11. Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen .....	- 40 -
11.1 Finnland als Beispiel der Priorisierung .....	- 41 -
12. Persönliche Wertung und Diskussion.....	- 42 -
12.1 Fiktives Ereignis – Autounfall (PVS).....	- 43 -
12.2 Apallisches Syndrom.....	- 44 -
12.2.1 Definitionen.....	- 44 -
12.2.2 Ätiologie .....	- 45 -
12.2.3 Klinik.....	- 45 -
12.2.4 Prognose .....	- 46 -
12.2.5 Differentialdiagnosen .....	- 46 -
12.2.6 Therapie .....	- 47 -
12.3 Persönliche Sichtweise .....	- 47 -
13. Danksagung .....	- 50 -
14. Quellenverzeichnis .....	- 51 -
14.1 Literaturverzeichnis .....	- 51 -
14.2 Internetquellen.....	- 55 -
14.3 Quellen aus Vorträgen.....	- 58 -
15. Abkürzungsverzeichnis .....	- 59 -

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Bevölkerungspyramide in Österreich .....	- 24 -
Abbildung 2: Gesundheitsausgaben Monate vor dem Tod .....	- 25 -

## **1. Zusammenfassung**

Unser Gesundheitssystem steht in Zukunft vor großen Herausforderungen. Faktoren wie die demographische Entwicklung, technologische Änderungen und Fortschritte in der Medizin, gesellschaftlicher Wandel, aber auch die prekäre Finanzlage unseres Sozialsystems werden seine Entwicklung in den kommenden Jahren wesentlich beeinflussen. Im Spannungsfeld zwischen ethisch- moralischen Werten, ökonomischen Vorgaben und derzeit gültigen Rechtsgrundlagen findet derzeit eine zum Teil heftig geführte Diskussion um die Zukunft unseres Gesundheitssystems statt.

Vor diesem Hintergrund wird in dieser Arbeit zunächst die aktuelle allgemeine Lage analysiert und beschrieben. In der Folge werden ausgehend von der Kasuistik Piergiorgio Welby derzeit gängige Lösungsansätze, Strategien und Umsetzungsschritte gesammelt und dargestellt und speziell unter den Aspekten eines christlich- humanistischen Wertehintergrundes und Menschenbildes diskutiert. Der in Wien und Oberösterreich agierenden Vinzenzgruppe, die von der Vorstellung einer „beseelten“ Medizin ausgeht, die den Menschen als Subjekt, als Individuum mit Würde in den Mittelpunkt des medizinischen Handelns stellt, wird kontrovers dazu das neu aufkommende Konzept der „Priorisierung“ am Beispiel Finnland gegenübergestellt. Die aufkommende Industrialisierung und „Objektivierung“ des Gesundheitssystems bietet eine Reihe von ökonomischen Vorteilen, aber auch diverse Fallen, die den humanitären Bereich einer menschenwürdigen Behandlung in Frage stellen. Patienten werden mit Situationen konfrontiert, in denen sie Entscheidungen nicht mehr selbst treffen dürfen, sondern Leistungserbringer dies für sie übernehmen. Gerade in menschlichen Ausnahmesituation wie den letzten Lebenstagen eines Menschen stößt unser Gesundheitssystem an seine Grenzen. Daher wird auf die Problemfelder wie Autonomie und Selbstbestimmung, den Wert der menschlichen Person, soziale Gerechtigkeit und Fairness sowie ökonomische Zwänge speziell eingegangen. Zu jedem dieser Problemfelder werden Schlussfolgerungen gezogen und nachvollziehbare Denkansätze geboten. Ziel dabei ist es, einem Leitbild näher zu kommen, bei dem ethische Grundsätze eines christlich- humanistischen Weltbildes mit ökonomischen Anforderungen in eine sowohl für Medizin, Politik als auch Ökonomie konsensorientierte Balance gebracht werden können.

## **2. Abstract**

In the near future, our system of health care will face severe challenges. Demographic development, technological changes and progress of medical methods, social change, and also the precarious financial situation of our social system will greatly influence the development of that system during the years to come. Conflicting ethical values, economic necessities and the current legal basis lead to a - sometimes violent - discussion concerning the future of our health care system

Against this background, the present general situation is first described and analyzed in this thesis. Next, starting from the case of Piergiorgio Welby, strategies for solutions are collected, described and discussed, in particular from the aspect of a Christian-humanistic set of human values: on the one hand the “Vinzenz”-Group with hospitals in Vienna and Upper Austria which aims for an “ensouled” medicine where the human being as the subject, as an individual with dignity is the center of medical actions - and on the other hand the new concept of “prioritization”, with Finland as an example. The upcoming industrialization and “objectivation” of the system of health care offers several economic advantages but also a number of pitfalls which may prevent a humanitarian medical treatment. Patients find themselves confronted with situations where they are no more allowed to decide for themselves, but where the providers of care decide for them. Particularly in extreme human situations like in the final days of human life, our health care system is at its limits. That is why we go into detail in discussing problems like autonomy and self-determination, the value of the human person, social justice and fairness, and finally, economic constraints. For each of these problems, we draw conclusions and offer plausible approaches. The purpose is to get as close as possible to a concept which combines the ethical principles of a Christian-humanistic view with economic necessities into a balance of medical systems, of politics, and of economy.

### **3. Einleitung**

Die medizinische Entwicklung des letzten Jahrhunderts ist von großen Errungenschaften und technischem Fortschritt gekennzeichnet. In manchen Bereichen wurde die Frage, ob wir als Solidargemeinschaft etwas machen können, von der Frage abgelöst, ob es sinnvoll ist, alles zu tun, was machbar ist. Der rasante Fortschritt der Medizin verhalf uns beispielsweise dazu, Impfungen gegen Viruserkrankungen und wirksame Medikamente gegen Tumorerkrankungen zu entwickeln. Derzeit ist ein medizinischer Standard erreicht, in dem menschliches Leben nicht erst ab der Geburt, sondern nahezu ab der Zeugung der Beobachtung und gegebenenfalls auch der korrigierenden Behandlung zugänglich ist.

Abgesehen vom finanziellen und personalen Aufwand stellen sich gerade auch zu Beginn und am Ende des Lebens ethische Fragen im Rahmen der medizinischen Behandlung, zu einem Zeitpunkt, da sich der Betroffene noch nicht oder möglicherweise nicht mehr äußern kann. Gerade am Ende des Lebens, wo der Mensch oft hilflos und in seiner Würde verletzt erscheint, gibt es innerhalb der europäischen Staatengemeinschaft unterschiedliche Auffassungen, was ethisch vertretbar und gesetzlich erlaubt ist. So kommt es verständlicherweise zu gesellschaftlichen Entwicklungen, die den bisher gültigen ethischen, rechtlichen und ökonomischen Konsens in Frage stellen. Der derzeitige ökonomische Druck im Gesundheitswesen führt dazu, den Stellenwert von Patienten- bzw. Menschenrechten und Werten in bestimmten Situationen in Frage zu stellen und in weiterer Folge einzuschränken. Die Selbstbestimmung jedes Einzelnen stellt ein derartiges Problemfeld dar. Grundsätzlich sollte der Einzelne Subjekt bleiben und alle Möglichkeiten der Selbstbestimmung ausschöpfen können, bevor eine Fremdbestimmung greift. Wenn schon fremdbestimmt, dann aber im Rahmen der rechtlichen, ethischen und politisch-ökonomischen Grundsätze.

In meiner vorliegenden Arbeit möchte ich anhand von Fallbeispielen auf besondere Situationen am Lebensende eingehen und sowohl Problemstellungen, als auch Möglichkeiten, speziell im Umgang mit Sterbenden, aufzeigen. Mein Anliegen ist es zu versuchen den derzeitigen Stand der Diskussion darzustellen und weitere Entwicklungsschritte anzuregen. Wenn man in den letzten Jahren die Berichterstattung der Medien verfolgt hat, so wird deutlich sichtbar, dass das Thema der Sterbehilfe immer

häufiger präsent wird und dass es zahlreiche menschliche Schicksale gibt, die die Unsicherheiten unserer Gesellschaft und unseres Rechtssystems im Umgang mit aktiver und passiver Sterbehilfe aufzeigen. Ich denke dabei an bemitleidenswerte Menschen wie Piergiorgio Welby oder auch Terri Schiavo, die zu einem großen medialen Echo geführt haben. Gerade im christlich- religiösen Italien sorgte der Fall von Piergiorgio Welby für eine Meinungsvielfalt. Aufgrund der Brisanz und auch der Bekanntheit dieses Italieners möchte ich den Fall kurz darstellen und die aufgetretenen Unsicherheiten näher betrachten.

#### **4. Kasuistik Welby<sup>1</sup>**

Die derzeitige Aktualität des Themas Sterbehilfe in unserer Gesellschaft wird am Beispiel des Italieners Piergiorgio Welby - „In Italy, euthanasia is a crime, but this does not mean, it does not exist“<sup>2</sup>- dramatisch veranschaulicht.

Bei P. Welby wurde im 17. Lebensjahr das Krankheitsbild der amyotrophen Lateralsklerose (ALS) diagnostiziert. Er sah sich in seinem weiteren Leben zusehends mit dem Fortschreiten dieser Krankheit konfrontiert. Durch die Lähmung beider Beine konnte er sich nur mehr mit dem Rollstuhl fortbewegen. Die Krankheit breitete sich im Verlauf auf die Atemmuskulatur aus und verursachte eine respiratorische Insuffizienz, die dazu führte, dass er an eine Beatmungsmaschine angeschlossen werden musste.

Des Weiteren musste er künstlich ernährt werden und konnte nur mehr einen Finger bewegen. Seine Lebensfunktionen mussten mit Maschinen aufrechterhalten werden. Ohne die moderne Medizin wäre es ihm nicht mehr möglich gewesen zu überleben „Today, my pathology, muscular dystrophy, is in such advanced state, that I cannot make any movements, and my physical balance has become precarious.“<sup>3</sup>

Die letzten Jahre seines Lebens engagierte er sich politisch, trat der radikalen italienischen Partei und später der Associazione Luca Coscioni bei. Diese Parteien standen vor allem für

---

<sup>1</sup>Vgl. <http://www.muskelschwund.de/index.php?id=1153>, Zugriff am 28.07.08  
bzw. <http://www.faz.net/s/RubDDBDABB9457A437BAA85A49C26FB23A0/Doc~E377030D748784484A2A924515AB20493~ATpl~Ecommon~Scontent.html>, Zugriff am 28.07.08.

<sup>2</sup>Welby: <http://assistedsuicide.org/blog/2006/09/26/piergiorgio-welbys-open-letter-to-the-italian-president-full-text/>, Zugriff am 25.07.08.

<sup>3</sup>ebenda.

die Legalisierung der Sterbehilfe in Italien und die Freiheit der wissenschaftlichen Forschung.

Im April des Jahres 2006, P. Welby war zu diesem Zeitpunkt 60 Jahre alt, verschlechterte sich seine Erkrankung nochmals drastisch. Die Paralyse seines Fingers, mit dem er sich über den Computer noch verständigen konnte, limitierte seine Kommunikation fast vollständig. Er entschloss sich nun, seinem Leben ein Ende zu setzen und verfasste einen Video- Brief an den italienischen Staatspräsidenten Giorgio Napolitano, der im gesamten Land über das Medium Fernsehen verbreitet wurde. Er wollte mit seinem Gesuch die Abschaltung seines Beatmungsgerätes durchsetzen. Im gerichtlichen Verfahren wurde Welby das Recht auf Selbstbestimmung zuerkannt, aber nicht dessen Umsetzung.

Da dieser Fall diverse gesetzliche Lücken aufzeigte, beschloss das Gericht, diesen Fall an das Parlament abzugeben, um eine rechtliche Grundlage zu schaffen. Nach langen innerpolitischen Debatten wurde sein Ansuchen schließlich abgelehnt. „Das Gericht ist Welbys Ersuchen nicht nachgekommen und hat ihn zum Leben verurteilt.“<sup>4</sup>

Welby ließ sich durch diese Entscheidung nicht beirren und kontaktierte den Anästhesisten Mario Riccio, welcher nach einem ausführlichen Gespräch seinem Wunsch nachkam und im Dezember 2006 nach durchgeführter Sedierung das Beatmungsgerät abstellte. Ob diese Handlung moralisch, ethisch und/oder rechtlich als richtig zu bewerten ist, sei dahingestellt. „Prevention of unwanted ventilation is a primary goal of ALS patient care. [...] If a ventilated patient request disconnection, he/she is not asking to be killed, but is withdrawing his/her consent to an invasive medical procedure.“<sup>5</sup> Der später erhobene Mordvorwurf gegen Mario Riccio wurde vom Gericht abgewiesen. Italien versucht nun eine gesetzliche Regelung für derartige Fälle zu erstellen und überlegt auch die Einführung einer Patientenverfügung nach österreichischem Vorbild.

#### **4.1. Amyotrophe Lateralsklerose (ALS): Krankheitsbild**

Als Hintergrundinformation zur Causa Welby soll in kurzen Zügen das Krankheitsbild der amyotrophen Lateralsklerose beschrieben werden.

---

<sup>4</sup>Huainigg: Auf der Seites des Lebens, 41.

<sup>5</sup>Borasio/Voltz : Discontinuation of mechanical ventilation in patients with amyotrophic lateral sclerosis, 721.

#### **4.1.1 Definition**

„Die amyotrophe Lateralsklerose ist eine progressive Erkrankung unklarer Genese, die zu einer Degeneration des 1. und 2. motorischen Neurons des Rückenmarkes führt. Die Degeneration des ersten Neurons äußert sich als spastische Spinalparalyse, die des zweiten je nach Lokalisation als Bulbärparalyse oder spinale Muskelatrophie.“<sup>6</sup>

#### **4.1.2 Ätiologie**

Die Ursache der ALS ist ungeklärt. „Es bestehen jedoch gute Belege dafür, dass glutamatvermittelte Neuronenuntergänge, oxidativer Stress und von freien Radikalen vermittelte Zellschäden, Mitochondriendysfunktion, die Aggregation von Neurofilamenten und Dysfunktion der Transportmechanismen von Neurofilamenten, Apoptose und entzündliche Faktoren bei der Degeneration der Neurone beteiligt sind.“<sup>7</sup>

„Die Krankheit manifestiert sich meist zwischen dem 40. und 65. Lebensjahr und betrifft zu einem Großteil das männliche Geschlecht. Mehr als 90 % treten sporadisch auf und nur ein geringer Anteil ist familiären Ursprungs. Anatomisch zeigt sich ein Untergang der Vorderhornzellen, aber auch eine Degeneration der Pyramidenbahnen, der kortikobulbären Bahnen und der Pyramidenzellen.

#### **4.1.3 Klinik**

Aufgrund dieser Veränderungen kommt es zu charakteristischen Symptomen: Über Monate langsam zunehmende Paresen und Atrophien von Muskelgruppen der Extremitäten, des Rumpfes inklusive der Atemmuskulatur und/ oder von bulbären Muskeln (Zunge, Rachen). Die Patienten leiden oft unter Muskelkrämpfen, Schmerzen oder Faszikulationen. Die Sensibilität, aber auch die Okulomotorik bleiben erhalten. Der Verlauf der ALS ist chronisch-progredient und nicht vorhersehbar.“<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup>Vgl. Masuhr/ Neumann: Neurologie, 230.

<sup>7</sup><http://www.lateralsklerose.info/diekrankheit/dieursachen/index.php>, Zugriff am 15.09.08.

<sup>8</sup>Vgl. Mumenthaler/Mattle: Kurzlehrbuch Neurologie, 213.

#### **4.1.4 Prognose**

„Statistisch gesehen beträgt die Überlebenszeit bei ALS- Patienten nach Diagnosestellung 3 Jahre. Bei ca. 10 % der Erkrankten verlängert sich diese Zeit auf mehr als 5 und bei 5 % auf mehr als 10 Jahre.“<sup>9</sup>

Da P. Welby wesentlich länger überlebte als es den angegebenen Prognosen entsprach, geht man davon aus, dass Welby nicht direkt an ALS erkrankte, sondern an einer ähnlichen Erkrankung desselben Formenkreises.

#### **4.1.5 Differentialdiagnosen**

Wenn man an die Diagnose ALS denkt, sollte man auch diverse Differentialdiagnosen bedenken, die sich ähnlich in ihrem Krankheitsbild äußern können. „Die Multiple Sklerose zeigt im Gegensatz zur ALS Blasen- oder Sensibilitätsstörungen und einen negativen Liquorbefund. Dabei sind vor allem ein zervikaler Diskusprolaps, eine zervikale Myelopathie und eine Fehlbildung des kraniozervikalen Überganges auszuschließen. Die wesentlich seltenere bulbospinale Muskelatrophie (Kennedy-Syndrom) ist durch einen X-chromosomalen Erbgang mit Krankheitsbeginn in der zweiten bis dritten Lebensdekade und gutartigen Verlauf gekennzeichnet. Neben einer Paraparese der Beine werden häufig auch Lähmungen der Gesichts-, Zungen- und Schlundmuskulatur beobachtet.

Die Abgrenzung der ALS von der motorischen Polyneuropathie und der Poliomyelitis gelingt oft erst nach einer Liquor- und EMG- Untersuchung, da beide Krankheiten ohne Sensibilitätsstörungen einhergehen.“<sup>10</sup>

#### **4.1.6 Therapie**

„Eine Behandlung der ALS ist nur symptomatisch und nicht kausal möglich. Die Gabe des Medikamentes Riluzol, ein Glutamatantagonist, führt zu einer Verlängerung der Überlebenszeit. Eine weitere Option ist die Verabreichung von TRH (Thyreotropin-Releasing-Hormon) oder Pyridostigmin, welche vorübergehend zu einer Besserung der Symptome führen kann. „Da es im Verlauf zu Problemen bei der Nahrungsaufnahme und der Atmung kommt, sind neben einer ausreichenden psychologischen Betreuung und der

---

<sup>9</sup><http://www.lateralsklerose.info/printable/diekrankheit/derverlauf/index.php>, Zugriff am 15.09.08.

<sup>10</sup>Vgl. Masuhr/Neumann: Neurologie, 232.

Durchführung von Bewegungsübungen, Nahrungssonden und auch künstliche Beatmungsgeräte indiziert.“<sup>11</sup>

## **5. Euthanasie – Der gute Tod**

In der gegenwertigen Diskussion über Sterbehilfe finden sich in der Literatur zahlreiche unterschiedliche Begriffsbestimmungen. Um über die einzelnen Arten der Sterbehilfe diskutieren zu können, ist es wichtig, diese vorher zu definieren und zu unterscheiden. „Unter dem Begriff Sterbehilfe kann man jede Maßnahme verstehen, die einem Menschen zu einem rascheren und/oder angenehmeren Tod verhilft. Unter eine solche Begriffsbildung fielen auch gegen den Willen oder doch wider die Interessen des Betroffenen gesetzte Maßnahmen.“<sup>12</sup> „Weiters kann der Begriff ‚Sterbehilfe‘ (Hilfe beim Sterben) im Sinne einer Sterbebegleitung oder eines Sterbebeistandes gedeutet werden.“<sup>13</sup> Dabei ist zu beachten, dass die betroffene Person mit den Maßnahmen einverstanden ist.

### **5.1 Aktive oder direkte Sterbehilfe**

„Die aktive oder direkte Sterbehilfe ist das absichtliche und aktive ärztliche Eingreifen zur Beschleunigung des Todeseintritts auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten oder auch ohne Begehren des Patienten (Euthanasie).“<sup>14</sup> Dabei wird dem Patienten z. B. eine Überdosis eines Medikamentes verabreicht. Der Begriff Euthanasie sollte im deutschen Sprachraum aufgrund der Vorgänge im 3. Reich im medizinischen Kontext nicht mehr als Synonym für „Sterbehilfe“ verwendet werden.

### **5.2 Passive Sterbehilfe**

„Die passive Sterbehilfe beschreibt Fälle, in denen bei einer absehbar tödlich verlaufenden Erkrankung von einer noch möglichen Behandlung abgesehen wird, also potentiell lebensverlängernde Maßnahmen entweder nicht eingeleitet oder beendet werden.“<sup>15</sup> Darunter fällt, dass der behandelnde Arzt das Beatmungsgerät abschaltet, auf künstliche Ernährung verzichtet, Medikamente vorenthält oder den Patienten nicht auf eine

---

<sup>11</sup>Vgl. ebenda, 232 .

<sup>12</sup>Vgl. Kneihns: Intensivmedizin und Sterbehilfe- Grundrechtliche Erwägungen, 66.

<sup>13</sup>Vgl. Pöltner: Grundkurs Medizinethik, 251.

<sup>14</sup>Hospiz Weinsberg: [http://www.hospiz-weinsberg.de/sthi\\_versch\\_info.htm](http://www.hospiz-weinsberg.de/sthi_versch_info.htm), Zugriff am 08.08.08.

<sup>15</sup>Vgl. Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung und Fürsorge, 50.

Intensivstation überweist. Diese Form der Sterbehilfe ist nach österreichischem Recht erlaubt, benötigt allerdings eine Patientenverfügung zur Durchführung.

### **5.3 Indirekte Sterbehilfe**

„Die indirekte Sterbehilfe wird geleistet, wenn tödlich Kranken ärztlich verordnete schmerzlindernde Medikamente verabreicht werden, die als unbeabsichtigte, aber unvermeidbare Nebenfolge den Tod rascher herbeiführen können.“<sup>16</sup> Als Beispiele wären hier Analgetika oder Sedativa zu nennen, welche u.a. in der Behandlung von Krebskranken im Endstadium eingesetzt werden.

### **5.4 Assistierter Suizid**

Unter diesem Begriff versteht man die Beihilfe eines Arztes zum Suizid, indem er der betroffenen Person ein Medikament aushändigt, welches den Tod zur Folge hat. Der Arzt oder Suizidhelfer schafft dabei die Voraussetzungen für den Suizid, unterlässt aber jegliche Hilfeleistung zur Verhinderung des Sterbevorganges. Der Umstand, dass der Arzt einem Patienten ein Medikament verschreibt, das er in Wirklichkeit nicht benötigt, wird allerdings als Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz angesehen.

## **6. Rechtliche Ausgangslage**

Die Rechtsprechung zur Sterbehilfe ist in den einzelnen europäischen Ländern unterschiedlich geregelt. Am weitesten „fortgeschritten“ ist die niederländische Rechtsordnung, die neben der passiven Sterbehilfe auch Teile der aktiven Sterbehilfe erlaubt.

### **6.1 Niederländisches/ Belgisches Recht**

Am 1. April 2001 trat ein Gesetz in Kraft, welches es den Ärzten ermöglicht, Lebensbeendigung auf Verlangen vorzunehmen oder Hilfe bei der Selbsttötung zu leisten. Beide Handlungen gelten als straffrei, wenn sie streng nach den Sorgfaltskriterien ausgeführt wurden und der Tod einer regionalen Kontrollkommission gemeldet wurde.

---

<sup>16</sup>Hospiz Weinsberg: [http://www.hospiz-weinsberg.de/sthi\\_versch\\_info.htm](http://www.hospiz-weinsberg.de/sthi_versch_info.htm), Zugriff am 08.08.08.

„Die in Art. 293 nStGB genannten Sorgfaltskriterien beinhalten, dass der Arzt

- a) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat,
- b) zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist,
- c) den Patienten über dessen Situation und über dessen Aussichten aufgeklärt hat,
- d) gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt,
- e) mindestens einen anderen unabhängigen Arzt zu Rate gezogen hat, der den Patienten untersucht und schriftlich zu den unter den Buchstaben a bis d genannten Sorgfaltskriterien Stellung genommen hat, und
- f) bei der Lebensbeendigung oder bei der Hilfe zur Selbsttötung mit medizinischer Sorgfalt vorgegangen ist.“<sup>17</sup>

Da diese Kriterien für jeden Patienten gelten, muss man sich im Klaren sein, dass auch Minderjährige die Möglichkeit haben, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. „Das Gesetz sieht vor, dass ein Mensch im Alter zwischen 12 und 15 Jahren, der Lebensbeendigung verlangt, die Zustimmung seines gesetzlichen Vormundes, der Eltern, benötigt. Ab dem 16. Lebensjahr werden zwar die Eltern in die Entscheidungsfindung miteinbezogen, deren Zustimmung ist aber nicht zwingend erforderlich.“<sup>18</sup>

Gewährleistet wird die Einhaltung dieser Kriterien durch Kontrollkommissionen, die jeden eingegangenen Fall überprüfen. Die zuständige Kommission besteht aus einem Juristen als Vorsitzenden, einem Arzt und einem Ethiker. Auch das Meldeverfahren der praktizierten Sterbehilfe ist gesetzlich geregelt und folgt einem spezifischen Ablauf. Dabei muss der Arzt den nicht natürlichen Tod beim amtlichen Leichenbeschauer melden. Der Leichenbeschauer untersucht die Leiche, überprüft die Dokumente und meldet dies dem verlängerten Arm der Staatsanwaltschaft, der Kontrollkommission. Dann wird die Leiche freigegeben und bestattet. Dieser gesetzlich vorgeschriebene Ablauf der Durchführung von aktiver Sterbehilfe wirkt sehr schlüssig und transparent, doch gibt es Untersuchungen, die zu denken geben. „Die von der Regierung in Auftrag gegebene Untersuchung unter den

---

<sup>17</sup>Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: <http://www.dgpalliativmedizin.de/pdf/euthanasie.pdf>, Zugriff am 12.10.08.

<sup>18</sup>Vgl. Lunshof: Lebensbeendigung auf Verlangen- Praxis, Hintergründe und Perspektiven in den Niederlanden, 107f.

Ärzten zeigt zwar, dass die Meldebereitschaft von 41 % 1995 auf 54 % 2001 gestiegen ist, bestätigt aber zugleich, dass fast die Hälfte der Euthanasie- Fälle nicht gemeldet wird. Dies wiederum setzt eine wahrheitswidrige Angabe der Todesursache, mithin eine Fälschung des Totenscheines voraus. [...] In 13 % der Euthanasiefälle in den Niederlanden, dessen Euthanasiegesetz über solche Fristen nichts sagt, lag 2001 zwischen Verlangen und Durchführung nur ein Tag, in 50 % nur eine Woche.“<sup>19</sup> Hier drängt sich die Frage auf: Hat hier der Patient selbstbestimmt und willentlich entschieden oder liegt eine Fehlinterpretation des Patientenwillens von Seiten des Arztes vor? Das System scheint nicht so transparent und vor Missbrauch geschützt zu sein, wie viele Befürworter des niederländischen Sterbehilfegesetzes Glauben machen wollen.

Neben den Niederlanden hat Belgien im Jahr 2002 ein Gesetz beschlossen, das Lebensbeendigung auf Verlangen durch Ärzte erlaubt. Auch wenn beide Gesetzesvorlagen ähnlich sind, gibt es in Belgien doch diverse Unterschiede. „Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, dem Patienten die Möglichkeiten der Palliativmedizin aufzuzeigen. Er muss zu Angehörigen des Betroffenen Kontakt aufnehmen, ein Pflegeteam bestellen und mit diesen über die Vorstellungen des Patienten diskutieren. Weiters muss der Wunsch nach Sterbehilfe schriftlich fixiert werden. Wenn der Patient dazu nicht mehr in der Lage ist, kann eine volljährige Person seiner Wahl dies übernehmen. Eine antizipierte Sterbehilferklärung ist ebenfalls möglich. Bedingung hierfür ist, dass der Patient krank ist und nicht, wie lange er noch zu leben hat.“<sup>20</sup>

## **6.2 Österreichisches Recht**

Die österreichische Rechtslage bezüglich Sterbehilfe gesteht dem Patienten und dem Arzt nicht so viele Freiheiten und Möglichkeiten zu wie die in den Niederlanden oder auch Belgien. Die aktive Sterbehilfe ist in Österreich strafrechtlich verboten. „Bei vorsätzlicher Tötung liegen je nach Lage des Falles Mord (§ 75 öStGB), Tötung auf Verlangen (§ 77 öStGB) oder Mitwirkung am Selbstmord (§78 öStGB) vor. Daher ist die aktive Tötung des Schwerstkranken oder die Mitwirkung an der Selbsttötung auch dann verboten, wenn dieser sie ernstlich und eindringlich verlangt.“<sup>21</sup> §110 öStGB, Verbot der eigenmächtigen

---

<sup>19</sup>Spieker: <http://www.kath-info.de/euthanasie.html>, Zugriff am 20.09.08.

<sup>20</sup>Vgl. Simon: Die Praxis der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden und Belgien, 120.

<sup>21</sup>Kopetzki: <http://www.dieuniversitaet-online.at/beitraege/news/sterbehilfe-in-osterreich/10/neste/60.html>, Zugriff am 22.09.08.

Heilbehandlung, gesteht dem Patienten zu, sein Selbstbestimmungsrecht durchzusetzen und Behandlungen zu verweigern, auch wenn die unmittelbare Konsequenz der Tod ist. Der Arzt würde sich strafbar machen, wenn er sich über diesen Willen hinwegsetzen würde. Somit ist auch passive Sterbehilfe erlaubt, da sie wiederum ein Zugeständnis an den Patientenwillen und seine Autonomie ist. Die Patientenverfügung ist eine Möglichkeit, seinen Willen auch schriftlich festzusetzen und zum Beispiel die Ablehnung von Sondenernährung oder von künstlicher Beatmung einzufordern. Das österreichische Recht unterscheidet sich demnach vor allem in der Rechtsauslegung, was aktive Sterbehilfe betrifft.

Es stellt sich die Frage, ob die Regelung in den Niederlanden ein geeignetes Modell für Österreich wäre? Auch wenn viele Ähnlichkeiten bestehen, gibt es doch signifikante Unterschiede in Struktur und Versorgung des Gesundheitswesens. „In den Niederlanden erfolgt eine Trennlinie zwischen Hausärzten und Fachärzten. Hausärzte sind immer als niedergelassene Allgemeinmediziner tätig und arbeiten alleine oder in Gruppenpraxen. Die fachärztliche Versorgung findet nur in Krankenhäusern statt. Dementsprechend gelangt der Patient nur durch eine Überweisung des Hausarztes zum Facharzt. Der Hausarzt ist verantwortlich für die gesamte medizinische Grundversorgung und deckt auch Bereiche wie Gynäkologie oder Kinderheilkunde ab. Das Notarztsystem ist nicht wie in Österreich allgemein und anonym, sondern wird vom Allgemeinmediziner durchgeführt. Da in dieser Versorgungsstruktur der Patient nur von sehr wenigen Ärzten betreut wird, ist das Entstehen eines Vertrauensverhältnisses möglich.“<sup>22</sup>

Da sich das österreichische Gesundheitssystem in einigen Punkten unterscheidet, ist die Durchführung eines Sterbehilfegesetzes wie in den Niederlanden nicht oder nur partiell möglich. Wenn sich Österreich zu einer Ausweitung der Sterbehilfe entscheiden sollte, muss dies auf unser Gesundheitssystem Schritt für Schritt angepasst werden. „Die österreichischen Moralthologen sind gegen die Einführung der aktiven Sterbehilfe in Österreich. Sie stellen ein Plädoyer für eine großzügige Auslegung der ‚passiven Sterbehilfe‘. Grund: Es ist der wirksamste Schutz zur Verhinderung der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Österreich.“<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup>Vgl. Lunshof: Lebensbeendigung auf Verlangen- Praxis, Hintergründe und Perspektiven in den Niederlanden, 101f.

<sup>23</sup>Vgl. Rosenberger, Mitschrift des Vortrages am 24.09.08.

## **7. Ethische Prinzipien - Der Wille des Patienten**

Der Wille einer Person beschreibt die Möglichkeit des Einzelnen, selbstständig und selbst bestimmt Entscheidungen zu treffen und die daraus verwirklichten Ziele umsetzen zu können. Es ist das elementare Recht jedes Menschen über seinen Körper selbst zu bestimmen und nach eigener Entscheidung Eingriffe am Körper zuzulassen oder abzulehnen. „Diesen Freiheitsaspekt schützt der Straftatbestand § 110 öStGB „Eigenmächtige Heilbehandlung“: Jede medizinische Behandlung eines Menschen - mag sie objektiv betrachtet noch so notwendig sein und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt werden - darf bei sonstiger Strafe nur mit der Einwilligung des Patienten durchgeführt werden.“<sup>24</sup> Im rechtlich-medizinischen Kontext ist der Wille vor allem als Einwilligung in medizinische Eingriffe und Behandlungen zu sehen. Ist der Patient nicht mehr einsichts- und urteilsfähig, muss ein Sachwalter hinzugezogen werden oder bei bewusstlosen Patienten der mutmaßliche Wille ermittelt werden.

Gerade wenn es um den Tod und ums Sterben geht, ist die Selbstbestimmung und Autonomie des Einzelnen in Diskussion. Wer eigenständig und nach eigenen Überzeugungen gelebt hat, soll auch die Möglichkeit haben, nach diesen Werten zu sterben. Doch ist es wirklich so einfach? Sehr treffend bringt es folgende Fragestellung auf den Punkt: „Wie willst du gestorben werden?“<sup>25</sup> Im Mittelpunkt aller Überlegungen steht der Wille des Patienten. Daher soll die Betreuung alle körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse einbeziehen. Der Mensch an sich soll zu keiner Zeit in seiner Existenzfähigkeit und seiner Würde in Frage gestellt werden. Diese sollen in die Überlegungen soweit wie möglich einbezogen werden. Dadurch definieren sich die Bedürfnisse des Patienten anders. Wenn man nach bestem Interesse und Wohl des Patienten handelt, stellt sich die Frage: „Wann ist ein Patient zufrieden?“ Er ist dann zufrieden, wenn seine Erwartungen erfüllt sind oder sogar überstiegen werden. Deshalb ist es wichtig, dass die menschliche Zuwendung und das persönliche Gespräch Vorrang vor jeder administrativen Tätigkeit haben und der Patient in seiner Würde wahrgenommen wird.

---

<sup>24</sup>Fuchs/Reindl: Strafrecht Besonderer Teil I, 75f.

<sup>25</sup>Vgl. Mitschrift Vortrag Greshake am 08.11.08.

„Man muss die Ressourcen dort aktivieren, wo sie auch vorhanden sind: „The Power is in the Patient“. Der Arzt als Experte der Medizin und der Patient als Experte seiner selbst begegnen sich als Partner im Krankheits- oder Sterbeprozess.“<sup>26</sup>

Weiters ist eine Abgrenzung zwischen verwaltetem und selbst bestimmtem Willen zu ziehen. Oft ergeben sich Situationen, in denen der Einzelne nicht mehr entscheidungsfähig ist. Es gilt z. B. durch Bewusstlosigkeit nicht mehr abrufbare individuelle Ressourcen nach bestem Interesse durch andere zu ersetzen und nach dem größtmöglichen Wohl des Patienten zu handeln. Instrumente wie die Patientenverfügung oder auch der mutmaßliche Wille können geeignet sein, um die Autonomie des Patienten aufrechtzuerhalten. „In solchen Fällen muss aufgrund einer sorgfältigen Abwägung aller Umstände des Einzelfalls ermittelt werden, wie der Betroffene in der gegebenen Situation entscheiden würde, wenn er seinen Willen noch kundtun könnte. Dazu muss nach Anhaltspunkten gesucht werden, die seinen Willen erkennen lassen. Diese Anhaltspunkte müssen bewertet und gegeneinander abgewogen werden. Dazu gehören etwa die religiöse oder weltanschauliche Überzeugung, persönliche Wertvorstellungen des Patienten, aber auch frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen.“<sup>27</sup>

### **7.1 Wert der menschlichen Person – Würde**

Wenn man Menschen fragt, wie sie am Lebensende sterben wollen, so erhält man häufig die Antwort: „Ich möchte würdevoll sterben.“ Dabei wird bereits in einem Satz sichtbar, wie vieldeutig und individuell der Begriff Würde zu handhaben ist. Viele Menschen fühlen sich in ihrer Würde wahrgenommen, wenn sie zu Hause und im Beisein der Familie sterben dürfen, andere wollen eine ausreichende Schmerzbehandlung und eine optimale medizinische Versorgung erhalten. Auch wenn wir den Begriff der Würde noch nicht eindeutig definiert haben, so gilt der Standpunkt, dass Menschenwürde jedem Menschen seit Anbeginn seines Lebens zusteht, als allgemein akzeptiert. „Diese Ansicht entwickelte sich mit der Stoa, einer altgriechischen Philosophenschule. Man erkannte damals, dass jeder Person aufgrund ihres Menschseins und ihrer Teilhabe an der Weltvernunft eine allgemeine Würde zuzusprechen ist. Die christliche Theologie vertrat dieselbe Auffassung,

---

<sup>26</sup>Vgl. ebenda Vortrag.

<sup>27</sup>Zierl: Sachwalterrecht, 207

mit dem Unterschied, dass sich die Würde von der Gottesebenbildlichkeit des Menschen ableitet.<sup>28</sup>

In der Neuzeit begründete Immanuel Kant den Begriff der Würde mit dem der Vernunft. „Nach Kant ist der Mensch jenes Wesen, das keinen relativen Wert besitzt, den man nicht in Kategorien des „Preises“ für Waren ausdrücken könne, sondern einen unbedingten Wert hat, die Würde. Den Grund der Würde bildet die Bestimmung des Menschen zum sittlichen Subjektsein, die Anerkennung seiner Freiheit zu verantwortlicher Selbstbestimmung. Die Würde als sittliches Subjekt kommt zum Ausdruck im Verständnis der Freiheit als Autonomie. „Autonomie ist also der Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur.“<sup>29</sup> Kants Autonomiekonzept ist also die Selbstbestimmung des Menschen in Bindung an das allgemeine Prinzip der Sittlichkeit. Die Würde, der zeitlebens seine übergeordnete Stellung zugesprochen wird, erfährt oft in den letzten Momenten des Lebens eine Schwächung.

Die Würde, die jeder Mensch als Wert am Anfang seines Lebens erhält, führt in der heutigen Zeit zu vielen Diskussionen. Unsere Wertegemeinschaft verfügt teilweise nicht mehr über verbindliche ethische Gewissheiten über Ursprung und Sinn menschlicher Existenz. Die Einstellungen zu Tod und Sterben weichen deutlich voneinander ab, weil viele Rituale und Bräuche über die Zeit verloren gegangen sind. Die dadurch entstandene Unsicherheit der einzelnen Person in Sterbesituationen führt zu einer ungewollten, nicht notwendigen Zusatzbelastung. Deshalb sind auch in Krankenhäusern allgemein gültige Wertvorstellungen für Patienten und Personal wichtig.

Vor allem Ordenskrankenhäuser haben sich zum Ziel gesetzt, die Patienten in ihren Werten wahrzunehmen und sie auch nach diesen Vorstellungen zu behandeln. Als Beispiel wären die geistlichen Krankenhäuser der Vinzenzgruppe zu nennen. Die Krankenhäuser der Barmherzigen Schwestern mit Standorten in Linz, Wien und Ried haben es sich zur Aufgabe gemacht, einen Wertekatalog mit sieben Eckpfeilern zu erstellen, der in allen Krankenhäusern der Vinzenzgruppe gelebt werden soll. „Diese Eckpfeiler sind nichts Statisches, sondern etwas Lebendiges, etwas, das den Krankenhausalltag bestimmen soll. Dazu braucht es wiederum das ganz persönliche Engagement von jeder und jedem von

---

<sup>28</sup>Vgl. Helmchen/Kanowski/Lauter: Ethik in der Altersmedizin, 133f.

<sup>29</sup>Wallner: Health care zw. Recht und Ethik, 23.

uns.<sup>30</sup> Das Wertgefüge beruht dabei auf dem christlichen Glauben und wird bestimmt durch das Vorbild von Jesus Christus in seiner Liebe zum Menschen.

„Die christlichen Werte dienen als Basis für die errichteten Eckpfeiler:

- Zuwendung
- Einbeziehen der psychischen und geistig-seelischen Verfassung
- Angebote, die Antwort auf die Not der Zeit sind
- Kultur im Umgang mit Sterbenden und mit dem Tod
- Wertorientiertes Führen
- Entscheidungen auf Basis ethischer Grundlagen
- Verwurzelung in christlicher Wertorientierung

Ich möchte nun als Beispiel auf Eckpfeiler vier „Kultur im Umgang mit Sterbenden und mit dem Tod“ näher eingehen, um die Umsetzung zu erläutern. Die allgemeine Haltung der Krankenhäuser der Vinzenzgruppe besteht darin, bei Menschen in der Sterbephase die Grenzen des Machbaren zu erkennen und anzunehmen. Es sollen einfühlsam geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden und Sensibilität für die Bedürfnisse der Betroffenen aufgebracht werden. Dabei ist es wichtig, nicht nur zu helfen, sondern ihre Situation auch in Würde zu bewältigen. Was ist von diesem Eckpfeiler nach außen sichtbar beziehungsweise transparent? Richtlinien für Ärzte und Mitarbeiter der Pflege sowie Standards für Rahmenbedingungen sollen dem Personal Orientierung für ihr Verhalten geben und einen adäquaten Umgang mit Sterbenden ermöglichen. Dabei erhalten nicht nur die Sterbenden, sondern auch die Mitarbeiter Unterstützung, um in diesen belastenden Situationen Entlastung und Stärkung zu erfahren. Ärzte und Pflegepersonen werden für die Aufgabe der Begleitung im Sterbeprozess geschult und sollen eng mit Psychologen, Psychotherapeuten und Seelsorgern zusammenarbeiten. Rituale unterstützen zusätzlich die Begleitung der Sterbenden und der Angehörigen. Weiters gibt es ein systematisch aufgebautes Know-how für die Begleitung von Kindern als Angehörige von Sterbenden. Es gilt für den Mitarbeiter, sich dieses Wissen anzueignen, um eine optimale menschliche Betreuung zu gewährleisten. Ärzte und Pflegepersonen sind sich bewusst, dass sie nicht mehr einen kurativen, sondern einen palliativen, fürsorglichen und begleitenden Auftrag haben und sie sich an den Leitlinien orientieren sollen. Es wird auf die religiösen

---

<sup>30</sup>Broschüre der Vinzenzgruppe: 7 Eckpfeiler des christlichen Profils der Krankenhäuser der Vinzenzgruppe, 3.

Bedürfnisse der Patienten geachtet, indem Seelsorger in die Begleitung miteinbezogen werden.<sup>31</sup>

„Christliche Werte sind Bestandteil der Qualität der Behandlung und Betreuung der Patienten. Sie machen ‚moderne Medizin mit Seele‘ erst möglich, in dem sie die Nächstenliebe leben, sich am höchsten medizinischen und pflegerischen Niveau orientieren und die individuellen Werte und Bedürfnisse der Patienten respektiert werden.“<sup>32</sup>

## **7.2 Solidarität, Gerechtigkeit, Fairness**

Unsere Gesellschaft und unser soziales Gesundheitssystem sind nach dem Solidaritätsprinzip aufgebaut. „Solidarität bezeichnet das gegenseitige füreinander Eintreten in einer Gemeinschaft und beschreibt einen gesellschaftlichen Zustand, in dem die Beziehungen zwischen den einzelnen Menschen und dem Gemeinwesen gleichermaßen durch Eigenständigkeit und Verantwortung der Individuen und durch Anspruch und Verantwortung des Gemeinwesens gekennzeichnet sind.“<sup>33</sup> Deshalb bedeutet Solidarität auch, Menschen zu helfen, die ohne eigene Schuld in eine Notlage geraten sind. Dieses Füreinander eintreten heißt auch miteinander umzugehen. Das Miteinander kann dabei auch leistungsorientiert beurteilt werden, da gewisse Leistungen erst dann möglich werden, wenn sie in der Gemeinschaft erreicht werden können. Solidarität und Wettbewerb sind also in einem sehr engen Kontext zu sehen. Damit unser Sozialstaat funktionieren kann, benötigt er eine Solidaritätsbereitschaft der Bevölkerung, die auch bei einer Größenzunahme der Gruppe erhalten bleiben muss. So manifestiert sich Solidarität am stärksten in kleinen Gruppen wie z. B. Familien, wenn sich alle Mitglieder persönlich kennen und das Zusammengehörigkeitsgefühl ausgeprägter ist. Somit ergibt sich die Frage der Reichweite von Solidarität. Solidarität findet in unserer Gesellschaft auf mehreren Ebenen statt. Sie tritt in der sozialen Krankenversicherung in Erscheinung. Die Krankenversicherung erhebt einkommensabhängige Versicherungsbeiträge, erlaubt aber beitragsunabhängige Leistungen. Die Gesunden und Jüngeren müssen die Kosten der Kranken mittragen. Doch auch ein sozial finanziertes Gesundheitssystem hat seine Grenzen und beschränkt diverse Gesundheitsdienstleistungen. „Solidarität ist nämlich nicht

---

<sup>31</sup>Vgl. ebenda, 4-38.

<sup>32</sup>Vgl. Fibel der Vinzenzgruppe: Medizin mit Seele, o.S.

<sup>33</sup>Vgl. Universität Hamburg: <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitenDVD/Konzepte/L53/L5375.htm>, Zugriff am 20.09.08.

mit „Vollkasko-Mentalität“, sondern einer fairen Verteilung der Lasten und Nutzen gleichzusetzen.“<sup>34</sup> Außerdem stellt sich die Frage, ob in derart großen Solidargemeinschaften wie dem sozialen Gesundheitssystem mit anonymer Finanzierung solidarische Leistungen überhaupt noch bewusst erlebt werden. Diese daraus resultierende Distanz führt zu der strittigen Debatte, ob eine gut wirtschaftende Krankenversicherung auch für finanzschwache Menschen aufkommen soll. Demgegenüber steht das allgemeine Bewusstsein jedes Menschen, dass Gesundheit und Krankheit oft schicksalsbestimmt sind. Das dadurch entstehende Zusammengehörigkeitsgefühl und die grundsätzliche Anteilnahme jedes Menschen stärkt die Existenz und Reichweite der Solidargemeinschaft. Doch auch wenn man einem Menschen in einer Krankheitssituation hilft und Ressourcen bereitstellt, so sollen diese gerecht verteilt werden und nicht zu einer Diskriminierung führen. Da Menschen in Gruppen sehr oft leistungsorientiert sind und auch die finanziellen Mittel in unserem Gesundheitssystem begrenzt sind, stellt sich automatisch die Frage der Gerechtigkeit.

„Gerechtigkeit - oder allgemeiner Moral - ist die Intuition, die Menschen erfunden haben, um Ungleichheiten des Schicksals auszugleichen. Die Moral regelt gerade, dass man die Vorteile, die einem das Schicksal hat zukommen lassen, nicht gegenüber anderen nutzen darf und dass man Menschen, die unverschuldet in Not geraten sind, helfen soll.“<sup>35</sup>  
„Gerechtigkeit ist ein ethisches Prinzip, um einerseits den Egoismus und die Lust der Selbstverwirklichung zu zügeln und andererseits die Pflicht zu altruistischem Handeln für den einzelnen zu begrenzen und dadurch erträglich zu machen.“<sup>36</sup>

„John Rawl versucht Gerechtigkeit als Fairness begrifflich zu bestimmen, indem er zwei Bedingungen stellt: Faire Chancengleichheit und das so genannte Differenzprinzip. Institutionen, die Ungleichheit bewirken, müssen im Sinne der sozialen Gerechtigkeit durch Vorkehrungen aufgehoben werden, um gleiche Chancen zu garantieren. Wenn zum Beispiel das formale Recht besteht, eine Krankenversicherung abzuschließen, aber viele Menschen dies nicht in Anspruch nehmen können, weil sie obdachlos sind oder nicht lesen können, dann kann ich nicht von fairer Chancengleichheit sprechen.

---

<sup>34</sup>Vgl. Wallner: Ethik im Gesundheitssystem, 157.

<sup>35</sup>Gosepath: Kann das Gut Gesundheit gerecht verteilt werden? 21.

<sup>36</sup>Helmchen/ Kanowski/Lauter: Ethik in der Altersmedizin, 150.

Das Differenzprinzip besagt, dass es trotz bestehender Chancengleichheit zu gesellschaftlichen Ungleichheiten kommt. Diese Ungleichheiten müssen zum Vorteil aller Kooperationspartner gereichen und den in dieser Situation am schlechtesten Gestellten den größten Vorteil bringen.<sup>37</sup>

### **7.3 Autonomie und Selbstbestimmung**

Die durch Kant beschriebene Menschenwürde ist in ihren Ursprüngen mit der Autonomie des Einzelnen verwurzelt. Der Begriff Autonomie stammt aus dem Griechischen und wird in seiner Bedeutung *autos* = selbst und *nomos* = Gesetz als „nach eigenem Gesetz“ und „des sich selbst Grenzen Setzens“ verstanden. Die daraus abzuleitende Selbstbestimmung wird heutzutage häufig von Vernunft und Sittlichkeit geleitet und lässt auch persönliche Interessen, Wünsche und auch Emotionen einfließen.

Das Recht auf Selbstbestimmung gehört unbestritten zur Würde des Menschen, ist aber ethisch begrenzt. „Daher darf das Prinzip der Autonomie nicht verabsolutiert werden, sondern schließt die Verantwortung für sich und andere ein. [...] Es ist nicht nur aus theologischer Sicht, sondern auch philosophisch betrachtet höchst problematisch, die Würde des Menschen an ein abstraktes Autonomiekonzept zu binden, das Individualität mit Autarkie und völliger Unabhängigkeit verwechselt und umgekehrt jede Form der Abhängigkeit, der Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit auf andere als narzisstische Kränkung erlebt.“<sup>38</sup> „Doch auch in diesem Kontext muss darauf hingewiesen werden, dass Autonomie nicht ‚Autarkie‘, also einen selbstgenügsamen Isolationismus, bedeutet, sondern das menschliche Grundvermögen, seinem Leben selbstständig, aber nicht allein, Sinn und Ziel zu geben.“<sup>39</sup>

Insofern stellt sich die Frage, an welchen Werten und Zielen sich die Selbstbestimmung orientiert. Selbstbestimmung ist oft mit moralischen Handlungen verbunden, die nicht nur die Person selbst betreffen, sondern auch Auswirkungen auf die Mitmenschen haben können. Deshalb ist es wichtig, das eigene Handeln verantwortungsvoll nur mit den Zielvorstellungen zu vereinen, die einen Selbst sowie die anderen umfassen. So kann man den individuellen Handlungsspielraum für selbst zu verantwortende Entscheidungen

---

<sup>37</sup>Wallner: Ethik im Gesundheitssystem, 136.

<sup>38</sup>Körtner: Sterben in der modernen Stadt, 16.

<sup>39</sup>Wallner: Health care zw. Recht und Ethik, 252.

bemessen. Dabei ist zum Beispiel beim Arzt-Patientenverhältnis zu beachten, dass Entscheidungen nach bestem Gewissen bei jedem einzelnen Patienten zu treffen sind und der Arzt somit auch gegenüber dem Willen des Patienten autonom ist. Autonomes Handeln des Einzelnen bedeutet zudem, dass nicht nur der Patient, sondern auch der Arzt Verantwortung übernimmt. Der Arzt steht in der Pflicht, den Patienten über Diagnose, Prognose und auch Behandlungsoptionen aufzuklären. Die Verantwortung des Patienten zeigt sich vor allem in seiner Compliance. Das heißt, der Patient ist selbst dafür verantwortlich wie verlässlich er eine akzeptierte medikamentöse Behandlung durchführt.

#### **7.4 Einwilligung nach Aufklärung („informed consent“)**

Zu den Rechten des Patienten gehört auch die Aufklärung. Wenn ein Patient medizinisch behandelt werden soll, so muss er sowohl einwilligungsfähig sein, als auch über die zur Entscheidung stehenden Sachverhalte Bescheid wissen. Man kann von einem Patienten kein medizinisches Fachwissen voraussetzen. So ist es die Aufgabe des Arztes, dem Patienten ausführlich und klar verständlich medizinische Eingriffe oder Behandlungen zu erklären. „Die Aufklärung muss so erfolgen, dass sie der Patient - entsprechend seiner Person und seiner (medizinischen) Vorbildung - verstehen kann.“<sup>40</sup> Das Aufklärungsgespräch zielt darauf ab, dem Patienten den medizinischen Sachverhalt so zu erklären, dass sich für ihn klar die persönliche Bedeutung darstellt und er weiß, welche Entscheidungen er treffen muss. „Dabei ist rechtlich festgelegt, dass die ärztliche Aufklärung Informationen über die Krankheit und ihren Verlauf, Art und Ablauf der geplanten Behandlung und der mit ihr verbundenen Risiken und möglichen Folgen sowie mögliche Behandlungsalternativen beinhaltet.“<sup>41</sup> Bei älteren Menschen kann dies häufig zu einigen Problemen führen. So ist es möglich, dass mehrere Gespräche notwendig sind bis der Sachverhalt verstanden wurde. Patienten, die sich mit den medizinischen Behandlungen befassen und über die Gesamtsituation nachdenken, haben oft weitere Fragen, die ebenfalls beantwortet werden müssen. Dies signalisiert dem Arzt, dass der Patient den medizinischen Sachverhalt verstanden hat. Sollten dem Arzt Zweifel bezüglich Verständnis und Einsichtigkeit entstehen, so kann er den Patienten bitten, die Behandlung und die für ihn daraus folgenden Konsequenzen in eigenen Worten wiederzugeben. Dabei

---

<sup>40</sup>Fuchs/Reindl: Strafrecht Besonderer Teil I, 79.

<sup>41</sup>Vgl. ebenda, 79.

sollte man beachten, dass der Patient für einen einfachen Sachverhalt einwilligungsfähig sein kann, für einen komplizierten jedoch nicht.

Wenn der Patient urteils- und äußerungsfähig ist, kann er die vom Arzt empfohlene Behandlung ablehnen. Doch auch der Arzt kann nicht gezwungen werden, eine ihm nicht vertretbare Maßnahme durchzuführen.

### **7.5 Wohl des Kranken (beneficience – non- maleficience)**

Das Recht jedes Patienten zur Selbstbestimmung erlangt erst seine vollkommene Wertigkeit im Zusammenspiel mit anderen ethischen Handlungsnormen. Menschen, die in Notsituationen gelangen oder unter schweren Krankheiten leiden, sind oft nicht mehr in der Lage, eigenständig über die Notwendigkeit medizinischer Behandlungen zu entscheiden, diese zu beeinflussen oder die Prioritäten richtig einzuschätzen. Dieses Problem, das vor allem die ältere Bevölkerungsschicht betrifft, kann nicht vom Patienten alleine gelöst werden.

Der Patient soll die Gewissheit haben, Entscheidungshilfe und Verantwortung an den Arzt oder die Person seines Vertrauens abgeben zu können. Sobald die als vernünftig und urteilskräftig anzusehende Vertrauensperson die Zusage der Entscheidungsmacht erhält, soll sie im objektiv besten Interesse des Patienten handeln.

Entscheidungen in schwerem Krankheitsstadium führen zu dem Problem, dass das vom Patienten subjektiv empfundene beste Interesse und Wohl sich oft nicht mit dem objektiv besten Interesse des Arztes gleicht. Um hierfür die geeigneten Wege und Ressourcen bereitzustellen, ist es wichtig, das Prinzip der Autonomie und Selbstbestimmung mit Beistand und Fürsorge zu ergänzen. Das Wohlergehen des Patienten soll nicht nur durch objektiv angesehenes bestes Interesse, sondern auch durch Miteinbeziehung der Wünsche, Gefühle und Wertvorstellungen gewährleistet werden. Wenn der Patient einsichtsfähig und bei klarem Verstand ist, kann er nach den Kriterien der Selbstbestimmung eigenständig und somit „subjektiv“ entscheiden. Sollte der Fall eintreten, dass der Patient dazu nicht mehr in der Lage ist, so sind die mutmaßliche individuelle Wertvorstellung und der Wunsch des Patienten zu ermitteln. Erst wenn all diese Möglichkeiten nicht verfügbar sind, sollte man den Arzt als objektives Instrument der Entscheidungsfindung wählen.

Der goldene Weg liegt irgendwo dazwischen. Patienten, die entscheidungsfähig sind, sollten im Konsens mit dem Arzt, der über umfangreiches Fachwissen verfügt, einen gemeinsamen Nenner finden und somit ein für den Patienten zufrieden stellendes Ergebnis erreichen.

Das ärztliche Gebot „salus aegroti suprema lex“, sprich „den Patient zu heilen oder nach bestem Wohl zu fördern“, kann im Widerspruch mit dem ärztlichen Gebot „nil nocere“ stehen. Durch diese Konstellation wird der Arzt gezwungen, die Notwendigkeit und Vorteile unter der Berücksichtigung der individuellen Präferenzen des Patienten einer medizinischen Maßnahme abzuwägen und diese den Risiken und Nachteilen gegenüberzustellen. Die Ergebnisse dieser Urteilsfindung sollen dem Patienten präsentiert werden. Durch die Aufklärung über die Vorteile, Nachteile und mögliche Behandlungsalternativen kann der Patient nach seinen eigenen Präferenzen und Vorstellungen abwägen und Entscheidungen treffen. Wenn ein Arzt zum Beispiel einen moribunden Patienten behandeln soll, der oft schon mehr als zehn Medikamente erhält, stellt sich die Frage von Nutzen und Risiko. Ist es sinnvoll, ein weiteres Medikament zu verordnen, vor allem dann, wenn sich durch die zahlreichen Medikamente Arzneimittelinteraktionen ergeben, die zu Nebenwirkungen führen können?

Arzneimittel auf das Notwendigste zu reduzieren und somit eine ausgeglichene Situation zwischen Nutzen und Risiko zu schaffen, ist anzustreben. Der Umstand, dass Patienten im höheren Alter oft vergesslich sind und verwirrt sein können, kann zu Überforderung, falscher Einnahme und in der Konsequenz zu Komplikationen führen. Wenn sich der Patient dazu nicht mehr in der Lage sieht, sollte ihm ambulante Hilfe zur Verfügung stehen und in Fällen der mentalen Beeinträchtigung der Arzt die Beurteilung vornehmen. Beziehungs- und Betreuungspersonen wie zum Beispiel Familienangehörige können bei der Behandlungsentscheidung nach bestem Interesse mithelfen. Man sollte aber darauf achten, dass Angehörige und Ärzte oft nach „objektivem“ Wohl entscheiden und sich deren Meinung nicht im „subjektiven“ Wohl des Patienten widerspiegeln kann. Die gut gemeinte Fürsorglichkeit von Angehörigen ist aber nicht mit Fremdbestimmung zu verwechseln.

Für einen betroffenen Menschen zu entscheiden ist eine schmale Gratwanderung und führt vor allem in der Sterbehilfe zu vielen medialen und gerichtlichen Auseinandersetzungen.

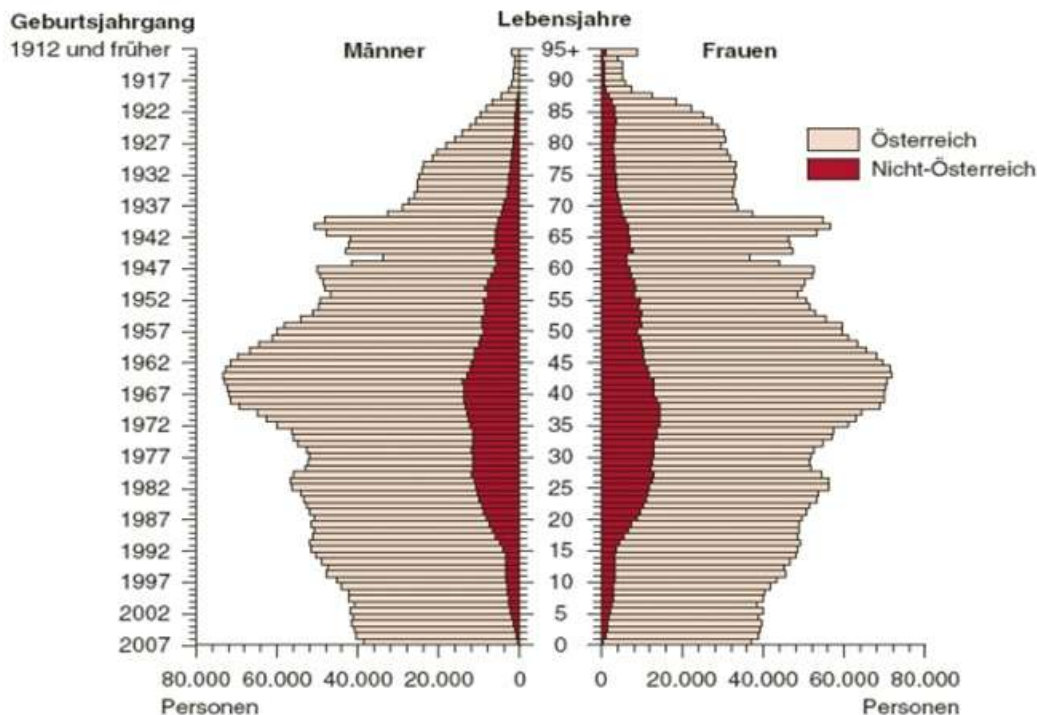
Patienten, die offensichtlich leiden, aufgrund von Mitleid und Fürsorge erlösen zu wollen, kann im Sinne einer Fremdbestimmung und auch nach Handlungen mit dem Hintergrund des Eigeninteressens gedeutet werden und ist somit weder korrekt noch rechtens. Der Arzt soll den Patienten fürsorglich behandeln, ihn aber nicht bevormunden. Die Angst vor den Risiken einer Bevormundung soll aber nicht darin enden, dass der Handlungsrahmen des Arztes einer Gleichgültigkeit verfällt und der Patient auf Berufung der Autonomie und Selbstbestimmung „alleine gelassen“ wird. Eine gesetzliche Regelung und die Erstellung von Leitlinien könnten dem Arzt helfen, moralisch und für ihn als Mensch richtige Entscheidungen zu treffen, sich aber nicht in einer gesetzlichen Grauzone bewegen zu müssen.

## **8. Politisch-ökonomische Betrachtungsweise**

Politisch gesehen ist Gesundheit ein Bereich, welcher in Konkurrenz mit anderen Bereichen wie zum Beispiel Verkehr und Bildung steht. Wenn man die demographische Entwicklung der Bevölkerung, die Möglichkeiten der Medizintechnik und die damit verbundenen Kosten betrachtet, so ist die Finanzierung des Gesundheitswesens in den kommenden Jahren nicht mehr selbstverständlich gegeben. Unvorhergesehene wirtschaftliche Einbrüche, wie die Finanzkrise werden die Situation in den kommenden Jahren noch verschärfen. Was in den letzten Jahrzehnten noch selbstverständlich war, wird in den kommenden Jahren in Frage gestellt werden: „Was kann und will sich unsere Gesellschaft noch leisten?“

### **8.1 Bevölkerungsentwicklung – Demographischer Wandel**

Österreich ist wie viele andere Industrienationen mit der Situation konfrontiert, dass bei sinkender Geburtenrate die Lebenserwartung der Bevölkerung steigt. Das bedeutet, dass nicht die absolute Zahl, sondern der relative Anteil der alten Menschen an der Gesamtbevölkerung zunimmt. Abbildung 1 zeigt den derzeitigen Bevölkerungsstand in Österreich.



Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt am: 19.05.2008.

Abbildung 1: Bevölkerungspyramide in Österreich<sup>42</sup>

Man erkennt deutlich die Zunahme an Menschen in den mittleren Lebensjahren, welches in Zukunft zu einem Ungleichgewicht und zu einer Umkehrung der Alterspyramide führen wird.

V. a. ist die medizinische Entwicklung Voraussetzung für diesen demographischen Wandel in unserer Bevölkerung. Durch Fortschritte in der Geburtshilfe, der Einführung von Impfungen und der Behandlung von Stoffwechselkrankheiten ist das Durchschnittsalter der Bevölkerung gestiegen.

„Laut Statistik Austria liegt die durchschnittliche Lebenserwartung in Österreich bei Frauen bei 82,7 Lebensjahren und bei Männern bei 77,1 Lebensjahren (2006).“<sup>43</sup> Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren, allerdings in verlangsamer Geschwindigkeit, fortsetzen. „Es ist davon auszugehen, dass sich die niedrige Geburtenrate nur minimal verändern wird und wir somit vor dem Problem eines „double aging“ stehen. Das bedeutet:

<sup>42</sup> Statistik Austria: Bevölkerungspyramide,

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_staatsangehoerigkeit\\_geburtsland/028030.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/028030.html), Zugriff am 20.06.08.

<sup>43</sup> Statistik Austria: Lebenserwartung,

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheitszustand/lebenserwartung\\_in\\_gesundheit/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html), Zugriff am 20.06.08

Niedrige Geburtenraten und eine hohe Lebenserwartung führen zwangsläufig zu einer Überalterung unserer Gesellschaft.“<sup>44</sup>

Durch diese Entwicklung ergeben sich zahlreiche Probleme. Es kommt zu einer Verschiebung zwischen den Einnahmen und den Ausgaben im Gesundheitssystem, da immer weniger Erwerbstätige immer mehr Pensionisten versorgen müssen. Eine Regelung, die eine Erhöhung des Pensionseintrittsalters vorsieht, erscheint damit unausweichlich.

Der Umstand, dass Menschen im höheren Alter mehr kosten, kann jedoch nur zum Teil aufrechterhalten werden. Laut einer von Georg Marckmann zitierten Studie von Levinsky u.a. korrelieren die Gesundheitsausgaben nicht primär mit dem Alter, sondern vor allem mit der Nähe zum Tode.<sup>45</sup>

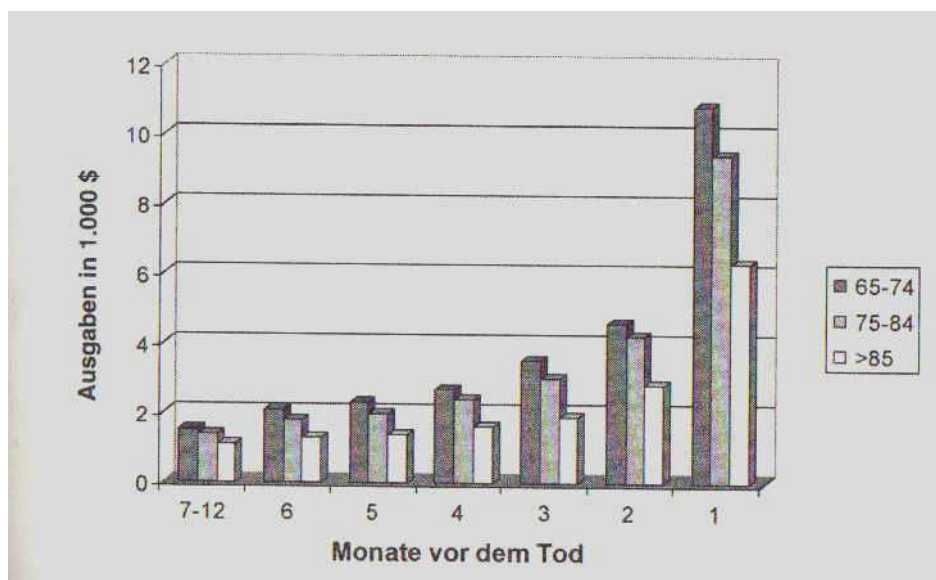


Abbildung 2: Gesundheitsausgaben Monate vor dem Tod<sup>46</sup>

In dieser im Zuge der Studie durchgeführten Analyse stellte sich heraus, dass die Ausgaben im letzten Lebensmonat beträchtlich von den Monaten davor abwichen. Man darf allerdings nicht übersehen, dass sich bei einer großen Anzahl alter Personen, auch die Sterbewahrscheinlichkeit erhöht und sich somit mehr Menschen in der letzten Sterbephase befinden. Die dadurch verursachten gesteigerten durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben im Alter führen zu der diskutierten erhöhten Ausgabensteigerung.

<sup>44</sup> Vgl. Marckmann: Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung, 164

<sup>45</sup> Vgl. Marckmann: <http://www.ev-akademie-boll.de/fileadmin/res/otg/06-08-Marckmann.pdf>, Zugriff am 03.12.08

<sup>46</sup> Graphik: Marckmann: Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung, 166.

Das Konzept, eine altersabhängige Leistungsbegrenzung für gesundheitliche Dienste einzuführen, wird kontrovers diskutiert. Aufgrund der Begründung von Marckmann ist die Einführung einer Altersrationierung nur partiell haltbar. Weiters würde eine altersbezogene Zuteilung von Kassenleistungen schon mit dem Hinweis auf das Diskriminierungsverbot im Grundgesetz abgelehnt werden. Wenn man über Einsparungen in Österreich nachdenkt, wäre die Sinnhaftigkeit medizinischer Anwendungen zu prüfen. Behandlungen mit ungünstigem Kosten-Nutzen-Verhältnis begrenzen.

## **8.2 Technischer Fortschritt – Begrenzte Ressourcen**

Die moderne Medizin wird immer komplexer und damit auch kostenintensiver. Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht neue kostspielige Diagnose- und Therapieverfahren. Die finanziellen Mittel für das Gesundheitssystem sind begrenzt, da nur ein Teil des Bruttosozialproduktes für die Gesundheitsversorgung der Menschen verwendet werden kann. Laut Statistik Austria kam es zu einer Steigerung des BIP für das Gesundheitswesen von 1990 auf 2005 von 8,4 auf 10,3 %.<sup>47</sup>

Die allgemeine Ursache der Verknappung der finanziellen Mittel liegt unter anderem in der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei gleichzeitig begrenzten Ressourcen. Durch die ständige Entwicklung neuer Medikamente und Behandlungsformen wird die Nachfrage der Patienten nach medizinischen Leistungen gesteigert. Dazu kommt, dass viele Menschen durch eine Behandlung nicht geheilt werden, sondern sich „nur“ die Lebensspanne verlängert. Das Problem wird nicht zur Gänze behoben und führt zum Beispiel bei chronischen Erkrankungen zu konstanten Kosten, die das Gesundheitssystem belasten. „Ein Beispiel hierfür wären Menschen, die an insulinpflichtigen Diabetes mellitus erkrankt sind. Diese Menschen benötigen dieses Medikament und müssten ohne Insulin sterben. Eine lebenslange Verabreichung ist notwendig. Die entstehenden Folgeerkrankungen wie diabetische Nephropathie oder diabetisches Gangrän u. ä. führen zu zusätzlichen finanziellen Belastungen. Der Umstand, dass Diabetes in unserer Gesellschaft immer häufiger wird, führt auf lange Sicht zu einer weiteren Belastung des Budgets.“<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup>Statistik Austria: Gesundheitsausgaben, [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html), Zugriff am 20.06.08.

<sup>48</sup>Vgl. Hasselblatt-Dietrich: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=28720>, Zugriff am 18.09.08.

Hier stellt sich nun die Frage, ob und in welchem Ausmaß Ressourcen dem Einzelnen zur Verfügung stehen. Lösungsansätze wie Forcierung der Prävention sind nur bedingt gültig. „Laut Krämer ist Prävention ein Irrweg und erwähnt folgendes Beispiel: So paradox das zunächst klingen mag, aber die Kosten des Gesundheitswesens würden durch ein totales Rauchverbot nicht sinken, sondern langfristig steigen (weil nämlich die Kosten, die in den zusätzlichen Lebensjahren jedes einzelnen Nichtraucher entstünden, die gesparten Ausgaben mehr als aufwiegen würden).“<sup>49</sup>

Ein weiteres Beispiel soll veranschaulichen, dass Prävention auch Erfolg versprechend funktioniert. „Nehmen wir an, ein Patient kommt, hat eine hochgradige Halsschlagader-Verengung und ist gefährdet, an einem Schlaganfall zu erkranken“, sagt der Mediziner. „Wenn ich diese Gefäßverengung beseitige, verursacht das vielleicht Kosten zwischen von [!] 3000 und 3500 Euro. Müsse ein Schlaganfallpatient akut im Krankenhaus behandelt werden und verursache hinterher Pflegekosten, könnten sich die Gesamtkosten auf bis zu 100.000 Euro im Jahr belaufen.“<sup>50</sup> Man sieht an diesen Beispielen die Vielfalt der Möglichkeiten, die uns die moderne Medizin bietet.

### **8.3 Derzeitiger Diskussionsstand der Verteilungskriterien in Österreich**<sup>51</sup>

Zu diesem Thema habe ich ein persönliches Gespräch mit MMag. Kneidinger, Geschäftsführer und Verwaltungsdirektor des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern in Linz, geführt.

In unserem derzeitigen Gesundheitssystem stoßen wir langsam an die Grenzen der Finanzierbarkeit. Das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern bekommt ein Jahresbudget von 120 Millionen Euro, wovon ca. 70 % durch Personalkosten verbraucht werden. Wenn wir nun die einzelnen Abteilungen in ihren Ausgaben vergleichen, so sind es vor allem bestimmte Fälle, die viel Budget in Anspruch nehmen. Als Beispiel sei hier die Onkologie angeführt. Die Abteilung gibt jährlich 4 Millionen Euro nur für Zytostatika in der Tumorbehandlung aus. Seit 2005/2006 haben sich die Kosten um 20 % gesteigert

---

<sup>49</sup>Krämer: Was macht Rationierung unvermeidbar?, 40f.

<sup>50</sup><http://www.3sat.de/mediathek/?obj=9599>, Zugriff am 17.09.08.

<sup>51</sup>Vgl. Mitschrift, Persönliches Gespräch mit MMag. Kneidinger: Geschäftsführer und Verwaltungsdirektor der BHS Linz, Gespräch am 17.09.08.

und erfahren zusätzlich eine jährliche Steigerung von 10 %. Es ist offensichtlich, dass diese Tendenz auf lange Sicht zu einer Verknappung finanzieller Ressourcen führen wird. Als weiteres Beispiel ist das Medikament Lucentis zu erwähnen, welches in der Augenheilkunde zur Behandlung der Makuladegeneration eingesetzt wird. Die Kosten belaufen sich hier auf 300.000 Euro. Diese Ausnahmefälle führen zu einer Belastung des Gesamtsystems und können es auch dementsprechend gefährden. Wie soll eine Finanzierung stattfinden, wenn derartige Fälle zunehmen und die Finanzierung nicht mehr gewährleistet werden kann? Weiters stellt sich die Frage der Verteilungsgerechtigkeit. Mit den Ressourcen, mit denen ich in einem speziellen Fall behandle, könnte ich mehrere andere Menschen behandeln. Hier besteht eine ethische Diskrepanz. Man sollte sich genau überlegen, wo man einspart.

Um die Grenzen des Gesundheitssystems nicht zu überschreiten, bedarf es der Reform des Gesundheitswesens, einer leistungsorientierten Entlohnung und der Finanzierung aus einer Hand. Derzeit finanziert das Land Oberösterreich die Krankenhäuser und die GKK die niedergelassenen Ärzte mit einem Pauschalbetrag für eine jeweilige Leistung.

Weiters sollte man sich von der Vorstellung distanzieren, dass in jedem Krankenhaus alles möglich sein muss. Eine Spezialisierung und vermehrte Zusammenarbeit der Spitäler untereinander würde Kosten bei gleich bleibender Qualität einsparen. Beispiel: Die Herzkatheteruntersuchung sollte nicht auf ein Krankenhaus in der Peripherie ausgeweitet werden. Die Anschaffung eines Gerätes und die Einschulung neuer Mitarbeiter sind enorme Kostenfallen. Die Conclusio ist, dass eine gewisse Grundversorgung und ein bestimmter Qualitätsstandard in jedem Krankenhaus bestehen soll, eine Spezialisierung, die meistens auch eine Teuerung medizinischer Behandlungen bedeutet, aber sparsamer einzusetzen ist.

Ein weiteres Problem vieler Krankenhäuser ist, dass die Pflege in Österreich derzeit nicht finanzierbar scheint und einer genaueren Regelung bedarf. Das Krankenhaus übernimmt manchmal die Funktion eines Pflegeheimes und behält viele Patienten über das

Wochenende in stationärer Pflege. Es liegt nicht beim Krankenhaus, sondern Politik und Gesellschaft sind gefordert, Lösungen in der Pflegedebatte zu finden.

Trotz aller Diskussionen bleibt die Durchführung einer Behandlung immer die Entscheidung des Arztes und nicht des Ökonomen. Der Arzt ist verpflichtet, zum Wohle des Patienten zu handeln, aber unnötige Behandlungen zu unterlassen, um finanziell gesehen das Abteilungsportfolio nicht unnötig zu belasten. Bereits *ein* Arzt, der unvernünftig Ressourcen verteilt, kann das „Gesamtkonzept“ gefährden. Der Arzt muss dem Patienten vermitteln, welche Behandlungen Sinn ergeben und welche unvernünftig sind. Die meisten Patienten akzeptieren die ärztlichen Therapieansätze und die Sinnhaftigkeit der Behandlung.

## **9. Manifestation der Selbstbestimmung im österreichischen Recht**

Die heutige Medizin bietet eine Vielzahl von Handlungsoptionen, die es ermöglichen, bei der Mehrzahl aller Erkrankungen, auch am Lebensende „Therapien“ zu setzen. Dabei stellt sich folgende Frage: Wer ist berechtigt, stellvertretend Entscheidungen zu treffen, wenn der Patient selbst nicht mehr in der Lage dazu ist?

„Wenn ein Kranker infolge beeinträchtigter oder verlorener Einwilligungs- und Kommunikationsfähigkeit nicht mehr eigenverantwortlich über die Durchführung oder Unterlassung einer medizinischen Intervention entscheiden kann, so insbesondere bei schweren, voraussichtlich tödlich verlaufenden Krankheiten bzw. bewusstlosen Patienten, dann bedarf das ärztliche Handeln einer Rechtsgrundlage, die als Ersatz für die fehlende Einwilligungsfähigkeit herangezogen werden kann.“<sup>52</sup> In diesen Situationen muss geklärt werden, welche Entscheidung der Patient für sich getroffen hätte. „Hierzu sind frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Kranken ebenso zu berücksichtigen wie seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen.“<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup>Helmchen/Kanowski/Lauter: Ethik in der Altersmedizin, 266.

<sup>53</sup> Ebenda, 279

Vorsicht ist geboten wegen des Verbots der eigenmächtigen Heilbehandlung, festgesetzt im Strafgesetzbuch §110. Demnach darf kein Patient ohne Einwilligung, ausgenommen bei Gefahr im Verzug, gegen seinen Willen behandelt werden. Der Patient hat sogar das Recht, durch Behandlungsverweigerung den Abbruch einer Therapie durchzusetzen, auch dann, wenn die unmittelbare Konsequenz den Tod bedeutet. Als häufig genanntes und diskutiertes Beispiel wäre hier die Verweigerung einer Bluttransfusion bei den Zeugen Jehovas zu nennen. „§110 erfasst jedenfalls alle Heilbehandlungen im weiteren Sinne, also nicht nur die unmittelbare Therapie, sondern auch diagnostische (z.B. Blutabnahme) und vorbeugende (z.B. Impfungen) Eingriffe, eine kosmetische Behandlung zu Heilzwecken sowie Heilversuche (Anwendung neuer, noch nicht näher erprobter Behandlungsmethoden).“<sup>54</sup>

Neben dem § 110 öStGB ist der § 16 ABGB von großer Bedeutung für die Selbstbestimmung des Einzelnen im rechtlichen Sinne. „Diese Norm besagt, dass der Mensch aufgrund seiner Vernunft ab der Geburt als Person zu betrachten ist und unabhängig von seiner Staats- oder Religionszugehörigkeit individuelle Rechte besitzt. Diese subjektiven Rechte, die in der Existenz als Mensch verwurzelt sind, werden „Persönlichkeitsrechte“ genannt und sind grundsätzlich unzulässig. Diese absoluten Rechte sind in ihrer Reichweite durch die Interessen der Allgemeinheit limitiert, sodass eine Entscheidung immer abgewogen werden sollte. Persönlichkeitsrechte wie das Recht auf Leben, Gesundheit und körperlich-geistige Unversehrtheit werden unter anderem im § 16 angesprochen. Die Möglichkeit eines Kranken im Sinne der Selbstbestimmung eine ärztliche Behandlung zu verweigern ist ebenfalls auf diesen Paragraphen zu beziehen.

Das Recht auf Freiheit ist einerseits als körperliche Bewegungsfreiheit andererseits als Willenbildungsfreiheit zu verstehen. Daraus begründet sich, dass eine eigenmächtige Heilbehandlung durch einen Arzt eine Verletzung des Persönlichkeitsrechtes auf körperliche Unversehrtheit und eine Beeinträchtigung der Willenbildungsfreiheit darstellt.“<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup>Fuchs/Reindl: Strafrecht Besonderer Teil I, 76.

<sup>55</sup>Vgl. Schwimmann: ABGB Praxiskommentar, 67-71.

In Österreich gibt es als vorbeugende rechtliche Möglichkeiten einer Einwilligungsunfähigkeit im Krankheitsfall die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht. Diese werden in den nachfolgenden Kapiteln behandelt.

### **9.1 Patientenverfügung**

„Unter dem Begriff Patientenverfügung versteht man die schriftliche oder mündliche Erklärung eines einsichts- und urteilsfähigen Menschen, dass er in bestimmten, mehr oder weniger konkret bekannten Krankheitssituationen, in Ausnahmefällen auch Unfallsituationen, Behandlungsmaßnahmen ablehnen kann.“<sup>56</sup>

In Österreich ist das Patientenverfügungsgesetz am 01.06.06 in Kraft getreten. „Dabei gilt eine Patientenverfügung als verbindlich, wenn (§ 5 PatVG) der Patient eine umfassende ärztliche Aufklärung einschließlich einer Information über Wesen und Folgen der Maßnahmen für die medizinische Behandlung erhalten hat. Dabei hat der aufklärende Arzt die Vornahme der Aufklärung und das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren und anzugeben.“<sup>57</sup> Um als verbindlich zu gelten ist eine zusätzliche Aufklärung über die Rechtsfolgen beim Notar, Rechtsanwalt oder einer rechtskundigen Person der Patientenrechtsberatung erforderlich. Eine verbindliche Patientenverfügung verliert nach 5 Jahren ihre Verbindlichkeit und kann nach Wiederholung der entsprechenden formalen Schritte erneuert werden. Eine Patientenverfügung verliert ihre Verbindlichkeit und gilt „nur“ mehr als beachtlich, wenn formale Schritte nicht durchgeführt worden oder die Patientenverfügung nicht verlängert wurde. „Es ist zu beachten, dass verbindliche Patientenverfügungen den „erklärten“ und nicht den „mutmaßlichen“ Willen repräsentieren und somit für den Arzt oder auch Stellvertreter des Betroffenen verbindlich sind.“<sup>58</sup>

„Betont werden muss jedoch, dass mit einer Patientenverfügung zwar die Einwilligung in eine Behandlung gewährt oder verweigert werden kann, aber nicht der Erhalt einer bestimmten, medizinisch nicht indizierten Behandlung eingefordert werden kann.“<sup>59</sup>

---

<sup>56</sup>Vgl. Arbeitsgruppe „Sterben und Tod“: [http://wwwuser.gwdg.de/~ukee/pv\\_1998.pdf](http://wwwuser.gwdg.de/~ukee/pv_1998.pdf), Zugriff am 18.8.08.

<sup>57</sup>Vgl. Zierl: Sachwalterrecht, 201.

<sup>58</sup>Vgl. Sträthling/Schmucker: Entscheidungen am Lebensende in der Intensivmedizin, 425.

<sup>59</sup>Jox/Heßler/Borasio: Entscheidungen am Lebensende, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, 732.

Darunter fällt zum Beispiel die Tötung auf Verlangen oder die Beihilfe zum Suizid, d.h. wenn sie gegen einen strafrechtlich relevanten Sachverhalt verstoßen (§ 12 PatVG).

„Unwirksam werden Verfügungen, wenn sie nicht frei und ernstlich erklärt wurden oder durch Irrtum, List, Täuschung oder psychischen oder physischen Zwang veranlasst wurden, ihr Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist oder der Stand der medizinischen Wissenschaft sich im Hinblick auf den Inhalt der Patientenverfügung seit ihrer Errichtung wesentlich geändert hat.“<sup>60</sup> (§ 10 PatVG)

Die Patientenverfügung per se stellt zwar eine Verbesserung der zuvor nicht eindeutig geklärten Rechtslage dar, kann aber dennoch nicht alle Probleme lösen. „Die Patientenverfügung ist laut Duttge keineswegs ein „Königsweg“, sondern eher die Wahl des „geringeren Übels“. Denn der einer jeden Patientenverfügung immanente „Zeitsprung“ wirft nicht etwa nur hinsichtlich der Frage, ob es sich bei dem Erklärten überhaupt um einen „wohlüberlegten“ und noch immer aktuellen Ausdruck patientenseitiger „Autonomie“ handelt, eine Reihe von Zweifelsfragen auf.“<sup>61</sup>

„In persönlicher Hinsicht ließe sich darauf hinweisen, dass die Kontinuität zwischen antizipiertem und aktuellem Willen durch die Krankheit oder Behinderung selbst gestört wird.“<sup>62</sup> Dies bedeutet, dass gesunde Menschen oft eine unterschiedliche Krankheitsvorstellung besitzen und sich ihre Meinung bezüglich Behandlungen etc. im Krankheitsfall ändern kann. Wie kommt es dazu? Einerseits ändern Patienten häufig ihre Meinung und Ansichten, wenn sie sich mit Menschen unterhalten, die ebenfalls unter dieser Krankheit leiden, andererseits lehnen Patienten in einer Verfügung Eingriffe und Behandlungen ablehnen, die sie oft erst verstehen, wenn sie von einer Krankheit betroffen sind.

Im klinischen Alltag stellt eine Patientenverfügung ein transparentes und sinnvolles Instrument der Patientenautonomie dar, in Notfallsituationen jedoch, ist sie aufgrund fehlender Verfügbarkeit und Abrufbarkeit von beschränkter Bedeutung. Ein Lösungsvorschlag von Dieneke van Asselt ist: „Accessibility could be solved with a

---

<sup>60</sup>Vgl. Zierl: Sachwalterrecht, 207.

<sup>61</sup>Duttge: Rechtliche Typenbildung: Aktive und passive, direkte und indirekte Sterbehilfe, 60.

<sup>62</sup>Wallner: Health care zw. Recht und Ethik, 256.

national register, like a register for organ donors, which physicians could or have to consult. In Denmark doctors have a legal obligation to contact the Living-Will Register by telephone.”<sup>63</sup> Aus Gründen des Datenschutzes und der rechtlichen Absicherung ist eine Informationsweitergabe per Telefon zu überdenken. Da es hier um die Entscheidung geht, ein Leben zu erhalten oder zu beenden, sollte ein schriftliches Dokument vorliegen, welches Rechtssicherheit gewährleistet.

## **9.2 Vorsorgevollmacht**

Neben der Patientenverfügung gibt es auch die Möglichkeit der Vorsorgevollmacht als Instrument der Selbstbestimmung und des eigenen Willens des Patienten. Das im österreichischen Gesetz (§ 284ff. ABGB) festgesetzte Rechtsinstrument der Vorsorgevollmacht erlaubt es dem betroffenen Patienten, einen vertrauten Menschen zu bevollmächtigen, ihn im Falle einer Entscheidungs-, Urteils- und Äußerungsunfähigkeit in vertraulichen Angelegenheiten wie Geschäftsfähigkeit zu vertreten. Es ist wichtig, dass der Umfang der Vollmacht hinsichtlich medizinischer Behandlungen und Eingriffe klar abgegrenzt und schriftlich dargelegt wird. „Es ist wichtig hinzuzufügen, dass der Bevollmächtigte nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis oder in einer anderen engen Beziehung zu einer Krankenanstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung stehen darf. Die Vorsorgevollmacht als rechtliches Dokument muss vom Vollmachtgeber eigenhändig geschrieben und unterschrieben werden. Stammt der Inhalt des Textes vom Vollmachtgeber, ist jedoch nicht in eigener Schrift verfasst, so muss er in Gegenwart von drei unbefangenen, eigenberechtigten und sprachkundigen Zeugen darstellen, dass es sich ausdrücklich um seinen eigenen Willen handelt. Fälle schwerer neurologischer Erkrankungen - zum Beispiel, wenn ein Mensch nach einem Verkehrsunfall im Koma liegt und aufgrund einer Kopfverletzung zwar bei Bewusstsein, aber völlig apathisch und unansprechbar ist - werden als nicht rein körperliche Gebrechen verstanden und daher einer Sachwalterbestellung zugänglich gemacht.

Auch körperlich Behinderte können eine Vertrauensperson bevollmächtigen, sich der Wahrnehmung ihrer Angelegenheiten anzunehmen. Dies gilt allerdings nicht, wenn der Betroffene aufgrund einer chronischen oder psychischen Krankheit (z.B. der amyotrophen

---

<sup>63</sup>van Asselt: Advance directives: prerequisites and usefulness, 374.

Lateralsklerose) nicht fähig ist, sich klar zu äußern und jemanden mit der Vorsorgevollmacht zu betrauen.“<sup>64</sup>

Problemfelder wie Verzicht lebenserhaltender Maßnahmen am Lebensende oder auch die Einwilligung in risikoreiche diagnostische oder therapeutische Eingriffe sind Anwendungsgebiete einer Vorsorgevollmacht. Für den Fall, dass ein Patient nicht mehr eigenständig entscheidungs- und/oder urteilsfähig ist, kann der Bevollmächtigte selbst über Durchführung oder Ablehnung einer Behandlung entscheiden. „Der Vollmachtgeber wird gegenüber dem Bevollmächtigten auch ein ganz besonderes Vertrauensverhältnis haben, weil er „seinen“ Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten privatautonom aussucht.“<sup>65</sup> So ist es möglich, dass die stellvertretende Person die Wertvorstellungen und geäußerten Wünsche des Patienten in ihre Überlegungen mit einbezieht. Eine Betrauung einer gesetzlichen Vormundschaft als Entscheidungsträger scheint nur bedingt tauglich, da eine persönliche Vertrauensbeziehung fehlt. „Besteht Gefahr, dass die bevollmächtigte Person nicht im Interesse des Patienten handelt, so sieht das Recht vor, dass die Ärzte und Gerichte subsidiär tätig werden.“<sup>66</sup> Wenn mit dem Patienten nicht ethisch und rechtlich korrekt umgegangen wird, so sollte dem Stellvertreter die Handlungsmacht entzogen werden und an Ärzte oder Gericht übergeben werden.

Der Patient hat die Möglichkeit, die Vorsorgevollmacht mit einer Patientenverfügung zu verknüpfen und somit sein Selbstbestimmungsrecht und seine Autonomie zu stärken. Sollte der Fall eintreten, dass keine Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung vorliegt, so sollte eine Entscheidungsfindung im gemeinsamen Konsens aus Angehörigen und Ärzten getroffen werden. Angehörige rechtfertigen ihre Mitsprache durch ihr emotionales und persönliches Vertrauensverhältnis, Ärzte durch ihre fachliche Kompetenz und berufliche Erfahrung. Die getroffenen Handlungen sollen nach bestmöglichem Interesse und zum Wohl des Patienten getroffen werden.

---

<sup>64</sup>Zierl: Sachwalterrecht, 179- 182.

<sup>65</sup>Bernat: Rechte des Patienten, Pflichten des Arztes und Entscheidungen an der Grenze zwischen Leben und Tod – ein österreichischer Diskussionsbeitrag, 125.

<sup>66</sup>Wallner: Health care zw. Ethik und Recht, 258.

## **10. Lebenserhaltende Maßnahmen**

Entscheidungen am Lebensende müssen grundsätzlich mit Bedacht gewählt werden. Das heißt: Es sollten alle Möglichkeiten der „Palliative Care“ im Sinne einer Linderung von physischen, psychischen und sozialen Leiden inklusive vom Sterbenden gewünschten spirituellen Beistand ausgeschöpft sein. Erst wenn all diese Möglichkeiten nicht mehr gegeben sind, steht man vor der Entscheidung des Zeitpunktes eines definitiven Behandlungsverzichtes.

Welche Kriterien können helfen, eine vertretbare Entscheidung bezüglich Verpflichtung zur Lebenserhaltung zu treffen? „Laut Kröll und Gaßmayr können an objektiven Kriterien die Todesnähe, die Unverhältnismäßigkeit von Zweck und Mittel, die Unzumutbarkeit weiterer Behandlungen sowie das allgemeine ärztliche Ermessen herangezogen werden.“<sup>67</sup> Der Arzt soll den Weg kurativer Therapie verlassen, sich nicht dem Irrglauben hingeben, alles tun zu müssen, um das Leben solange wie möglich zu verlängern.

### **10.1 Palliative Care**

Palliative Care ist ein Konzept, welches den Menschen in seiner Ganzheit wahrnimmt. „Es ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“<sup>68</sup>

Das Wort „palliativ“ leitet sich vom lateinischen Substantiv „pallium“ ab und bedeutet in diesem Zusammenhang die Absicht, den leidenden Menschen fürsorglich zu schützen und wie einen Mantel zu „umhüllen“. Durch die Ausweitung medizinischen Wissens wurde eine Spezialisierung auf einzelne Fachbereiche notwendig und sinnvoll. Dadurch ergab sich das Problem, dass der Mensch in seiner Ganzheit als biopsychosoziales Wesen aus dem Blickfeld gerückt ist. Die Palliativmedizin versucht nun der durch fehlende Zuständigkeiten entstandenen Vernachlässigung chronisch Kranker und Sterbender

---

<sup>67</sup>Kröll/Gaßmayr: Rationalisierung oder Rationierung knapper medizinischer Ressourcen?, 18.

<sup>68</sup>WHO 2002: <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10102615/842296/>, Zugriff am 12.12.08.

entgegen zu wirken. Nicht die Lebensverlängerung oder Heilung steht im Vordergrund, sondern die Wünsche, Ziele und Bedürfnisse des Patienten. Palliative Care bietet dem Patienten unterschiedliche Behandlungsformen, respektiert aber auch den freien Willen und die Selbstbestimmung und akzeptiert die Ablehnung ärztlicher Maßnahmen. Um eine umfassende Betreuung gewährleisten zu können, ist neben einem multidisziplinären Team bestehend aus Ärzten, Pflegekräften und Psychologen das familiäre und soziale Umfeld wichtig.

In Österreich wurde im Jahr 2002 die so genannte Familienhospizkarenz eingeführt. „Demnach haben Berufstätige das Recht, sich von ihrem Arbeitgeber für eine Zeit von 3 - 6 Monaten freistellen zu lassen, um einen sterbenden Angehörigen zu pflegen. Allerdings ist die Sterbekarenz bislang nicht finanziert, sodass zwar eine Arbeitsplatzgarantie besteht, jedoch kein Anspruch auf Lohnfortzahlung.“<sup>69</sup> Die Verknüpfung von stationärer und häuslicher Pflege unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten und der Möglichkeiten betreuender Angehöriger ist anzustreben. Die Entscheidung, zu Hause zu bleiben und zu sterben, ist ein indirekt ein Verzicht auf Intensivmedizin und lebenserhaltende Maßnahmen.

„Eine in Deutschland durchgeführte Studie ergab, dass 80 bis 90% der befragten Menschen zu Hause sterben wollen. Die meisten Menschen (50-58 %) sterben im Krankenhaus. Die Tendenz, dass Menschen in Krankenhäusern oder Pflegeheimen sterben, ist steigend und komplementär zu einer Abnahme der Sterbefälle zu Hause.“<sup>70</sup> Diese Entwicklung veranschaulicht uns deutlich, wie wichtig eine umfassende und ethisch-moralische Betreuungseinrichtung im Krankenhaus und auch in Pflegeheimen ist. Hospize und Palliativstationen sollten aufgrund der Umschichtung der Sterbeörtlichkeiten erweitert werden. Eine Zwischenlösung wäre die Stärkung einer ambulanten palliativen Versorgung. „In Deutschland wurde von der Gesundheitsministerin Schmidt ein Konzept vorgestellt: Es werden bundesweit 330 Palliativteams aus spezialisierten Ärzten und Pflegekräften gebildet, die für eine flächendeckende hausärztliche und pflegerische Versorgung zuständig sind. Die Kosten würden sich jährlich auf ca. 250 Millionen belaufen.“<sup>71</sup> Die Frage der Finanzierung blieb allerdings unbeantwortet.

---

<sup>69</sup>Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit: <http://www.bmwa.gv.at/NR/rdonlyres/36B00B8A-0D9E-455B-8320-1AD9E3AD4668/0/Informationsbroschüre.pdf>, Zugriff am 19.8.08.

<sup>70</sup>Vgl. Friedrich: Sterben in Deutschland, 21f.

<sup>71</sup>Palliativnetz Wiesbaden Taunus: [http://www.palliativnetz-wiesbaden.de/pages/aktuell\\_07\\_05.html](http://www.palliativnetz-wiesbaden.de/pages/aktuell_07_05.html), Zugriff am 20.08.08.

**10.1.1 Beistand – Fürsorge**

Viele Menschen am Lebensende sehen sich großer seelischer Belastung ausgeliefert. „Das Sterben ist sicher der totale Angriff auf das innere und äußere Gleichgewicht eines Menschen, auf seine Bedeutung und auf die Wichtigkeit der Rolle, die er im Leben gespielt hat. Es trifft den Menschen im Kern seiner Existenz, seiner Beziehung zu sich selbst und zu anderen.“<sup>72</sup>

Das Wissen, nicht alleine zu sein und jemandem nicht gleichgültig zu sein, kann von sehr hohem Stellenwert für die betroffene Person sein. Oft kann ein außergewöhnliches Medikament nicht das bewirken, was ein Gespräch mit einer anderen Person verbessern kann. In Zeiten der High-Tech-Medizin, die dazu neigt, Menschen zu Objekten zu machen, ist gerade die Individualität einer persönlichen Fürsorge ein wichtiger Aspekt, um die Würde und die menschlichen Werte einer Person zu wahren. „Zur Achtung ihrer Würde gehört es, Sterbende nicht zu infantilisieren, nicht zum Objekt der Sorge zu machen, ihnen vielmehr das Gefühl zu vermitteln, nicht allein gelassen zu sein, ihnen zu verstehen zu geben: Gut, dass es dich gibt.“<sup>73</sup>

Der Beistand und die Fürsorge an sich geben den betroffenen Menschen die Möglichkeit, sich in die Gesellschaft zu reintegrieren. Patienten am Lebensende sollen nicht das Gefühl haben, überflüssig zu sein und der Gesellschaft und dem Umfeld den Gefallen tun zu müssen, ihr Leben vorzeitig durch Sterbehilfe zu beenden. „Wir stehen hier vor einem der alarmierendsten Symptome der „Kultur des Todes“, die vor allem in Wohlstandsgesellschaften um sich greift, die von einem Leistungsdenken gekennzeichnet sind, das die wachsende Zahl alter und geschwächter Menschen als zu belastend und unerträglich erscheinen lässt.“<sup>74</sup> Diese Kultur des Todes wird gedeutet als das Ergebnis von kulturellen, ökonomischen und politischen Strömungen, die eine leistungsorientierte Auffassung der Gesellschaft vertreten. Eine solche Leistungsorientierung zeigt sich vor allem dann als Hindernis für die Wertschätzung eines Menschen, wenn diese aus Gründen wie Krankheit und Gebrechlichkeit keine gesellschaftlich anerkannte Leistung mehr bringen können. Es besteht die Gefahr, dass der Trend dahin gehen könnte, Menschen vorzeitig in den Tod zu drängen, damit sie der Gesellschaft nicht mehr zur Last fallen.

---

<sup>72</sup>Witte: Sterbebegleitung im Krankenhaus, 14.

<sup>73</sup>Pöltner: Grundkurs Medizin-Ethik, 254f.

<sup>74</sup>Papst Johannes Paul II: Evangelium vitae.

Dem Wunsch des Sterbenden, das Leben für seine Sinnerfüllung möglichst lange auszuschöpfen und den Abschied hinauszuschieben, steht die Belastung gegenüber, das Leben unter schweren und belastenden Umständen einer schweren Krankheit zu Ende bringen zu müssen. Diese Situation ist nicht nur für den Sterbenden selbst schwierig, sondern kann auch zu einer gewissen „Hilflosigkeit“ der Angehörigen führen. Sie sehen sich oft nicht in der Lage einzuschätzen, was der Sterbende braucht oder von ihnen erwünscht. Weiters kommen Angehörige häufig in die emotionale Gedankensituation, sich im Verlaufe des Lebens zu wenig um den Sterbenden gekümmert zu haben und wollen dies nun kurz vor dem Tod des geliebten Menschen nachholen. Es besteht die Gefahr, dass sie den Sterbenden „übersorgen“ und alles medizintechnisch Mögliche veranlassen. Diese ausgeprägte Fürsorge ist nur bis zu einem gewissen Grad wünschenswert und sollte nicht in der zwanghaften Erhaltung des Lebens enden.

### **10.1.2 Terminale Sedierung mit dem Ziel der Leidenserleichterung**

„Als terminale Sedierung wird eine gezielte, bis zum Tod anhaltende Ausschaltung des Bewusstseins des Patienten mit sedativ wirkenden Substanzen (Benzodiazepine, Neuroleptika oder Barbiturate) bezeichnet.“<sup>75</sup> Patienten, die sich in ihrer letzten Lebensphase befinden und unter großen Schmerzen leiden, sollten immer die Möglichkeit haben, mit Schmerzmitteln wie zum Beispiel Opioiden behandelt zu werden. Dabei sollte allerdings immer die Verbesserung der Lebenssituation und nicht die Todesbeschleunigung im Vordergrund stehen. Es ist daher wichtig, ein Gleichgewicht zwischen Lebensqualität und Überlebenszeit zu finden. Alles, was über diese Dosis hinausgeht, bewegt sich am Rande zur aktiven Sterbehilfe. „Der Einsatz terminaler Sedierung ist dabei in großem Maße von ambulanten und medizinischen Versorgungsstrukturen, religiösen und kulturellen Haltungen, von konzeptionellen Einstellungen und von der professionellen Erfahrung des Arztes abhängig.“<sup>76</sup>

Ausgangspunkt einer terminalen Sedierung ist vor allem eine wirksame Schmerzbekämpfung. Diese Aufgabe gehört eindeutig zu den ärztlichen Pflichten und ist mit der heutigen modernen Medizin gut durchführbar. „Je näher der Tod bevorsteht und je sinnentleierter sein – etwa von Schmerzen geplagtes - Leben ist, desto eher wird der Arzt

---

<sup>75</sup>Bosshard/de Stoutz/Bär: Eine gesetzliche Regelung des Umgangs mit Opiaten und Sedativa bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende?, 121.

<sup>76</sup>Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: [http://www.dgpalliativmedizin.de/zfp/ZFP%202004-4%20Mueller-Busch%20\(Sterbende%20sedieren\).pdf.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/zfp/ZFP%202004-4%20Mueller-Busch%20(Sterbende%20sedieren).pdf.pdf), Zugriff am 16.12.08.

unter dem Gesichtspunkt der Schadensverhütung einen Behandlungsabbruch verantworten dürfen.“<sup>77</sup> Selbst, wenn die vorgenommene Sedierung eine Lebensverkürzung bewirken würde, ist dies kein Grund, die Schmerzstillung zu unterlassen. „Dies ist gerechtfertigt, wenn (a) die Intention der Schmerzmittelgabe nicht die Tötung der Patientin, sondern die Linderung ihrer Schmerzen ist, diese (b) nicht durch andere Mittel zu erreichen wäre und (c) das Resultat, der Tod, auch ohne Schmerzmittelgabe in absehbarer Zeit eintreten wird.“<sup>78</sup> „Doch „darf man den Sterbenden nicht ohne schwerwiegenden Grund seiner Bewußtseinsklarheit berauben“: die Menschen sollen vor dem herannahenden Tod in der Lage sein, ihren moralischen und familiären Verpflichtungen nachkommen zu können, [...]“<sup>79</sup>

## 10.2 Verzicht auf lebenserhaltende Behandlungsmaßnahmen

„Der Wandel des Behandlungszieles von der kurativen (= heilenden) zur palliativen (= lindernden) Sorge um den kranken Menschen ist fast immer mit einer Entscheidung zum Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen oder zum Abbruch einer bestehenden Therapie verbunden. Der Arzt respektiert dann den Wunsch des Patienten, in Ruhe sterben zu dürfen.“<sup>80</sup>

„Eine lebenserhaltende Maßnahme ist jede Form medizinischer Therapie, ohne die ein Patient in absehbarer Zeit sterben würde. Je nachdem, welche lebenserhaltende Maßnahme nicht mehr fortgeführt wird oder nicht mehr begonnen wird (Beatmung, Dialyse, Antibiotika etc.), können sich unterschiedliche palliativmedizinische, emotionale und moralische Schwierigkeiten ergeben.“<sup>81</sup> Der Zeitpunkt über den Verzicht sollte sich - außer in Ausnahmefällen wie dem apallischen Syndrom - auf die Sterbephase beschränken. Doch wann sprechen wir von Sterbephase? Die Sterbephase per se wird eingeteilt in die Sterbephase im weiteren und im engeren Sinne. „Wenn die Behandlung dem Patienten eine realistische Aussicht auf Lebensführung ermöglicht, nämlich sein eigenes Bewusstsein zu erlangen, andere Menschen bewusst wahrzunehmen und mit ihnen zu interagieren, eine subjektiv zufrieden stellende Lebensführung aufrecht zu erhalten oder das Voranschreiten

<sup>77</sup>Kröll/Gaßmayr: Rationalisierung und Rationierung knapper medizinischer Ressourcen?, 16.

<sup>78</sup>Wallner: Health care zw. Recht und Ethik, 267.

<sup>79</sup>Papst Johannes Paul II: Evangelium vitae.

<sup>80</sup>Gemeinsames Hirtenschreiben: [http://www.kbwn.de/html/sterben\\_in\\_wurde.html](http://www.kbwn.de/html/sterben_in_wurde.html), Zugriff am 14.12.08.

<sup>81</sup>Jox/Heßler/Borasio: Entscheidungen am Lebensende, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, 736.

eines schweren, zum Tode führenden Leidens aufzuhalten, dann spricht man von der Sterbephase im weiteren Sinne. Die Sterbephase im engeren Sinne tritt dann ein, wenn neben den genannten Kriterien die ‚unmittelbare Todesnähe‘ und die medizinische Sinnhaftigkeit erfüllt sind.“<sup>82</sup>

„Die Ärzteschaft steht vor der schwierigen Entscheidung, die Therapiegrenzen vernünftig und im richtigen Zeitpunkt zu wählen. Man muss akzeptieren, dass man das Herannahen des Todes zulässt, wenn seine Zeit gekommen ist. Die Aufgabe des Arztes soll darin bestehen, dem Menschen ein gutes und würdiges Sterben zu ermöglichen. Daraus folgt nicht eine Änderung der Therapie, sondern des Therapiezieles. Wenn der Arzt dies verinnerlicht, wird er den Tod eines Patienten nicht als Niederlage empfinden und sich motivierter mit dem sterbenden Patienten befassen. Es gilt zwei grundsätzliche Dinge zu vermeiden: Erstens sollte man von dem Begriff ‚ein Patient ist austherapiert‘ Abstand nehmen, da ein Patient dies so deuten könnte, als würde nichts mehr für ihn getan werden, sei es Fürsorge oder auch medikamentöse, schmerzlindernde Behandlung. Zweitens ist die Aussage ‚Wenn’s ums Sterben geht, verlässt der Arzt den Patienten‘ als ethisch nicht korrekt einzustufen.“<sup>83</sup>

## **11. Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen**

Dem Staat stehen nur begrenzte finanzielle Mittel, das so genannte Bruttosozialprodukt, zur Verfügung. Dieses Gesamtbudget wird auf unterschiedliche Bereiche verteilt. Natürlich konkurrieren die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung mit anderen Bereichen wie zum Beispiel Bildung und Verkehr. Eine gesamtpolitische Festlegung der einzelnen Ausgabenbereiche ist notwendig. Daraus folgt, dass die Mittel nicht unbegrenzt verfügbar sind. Auf Grund steigender Ausgaben durch erhöhte Nachfrage und technische Fortschritte wird die Finanzierung im Gesundheitssystem immer schwieriger. „Die Medizin ist Opfer ihres eigenen Erfolges geworden“. „In der modernen Medizin gibt es ein „Bedarfsloch“, eine Kluft zwischen theoretisch Machbarem und praktisch Finanzierbarem, [...]“<sup>84</sup>

---

<sup>82</sup>Vgl. Sträthling/Schmucker: Entscheidungen am Lebensende, 430f.

<sup>83</sup>Vgl. Rosenberger, Mitschrift Vortrag 2008.

<sup>84</sup>Krämer: Was macht Rationierung unvermeidbar?, 35.

Der Unterschied zwischen finanzierbarem Angebot und Nachfrage kann entweder durch Aufstockung der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel oder durch Rationalisierung bzw. Rationierung des medizinischen Angebotes verringert werden. Rationalisierung hat eine Effizienzsteigerung durch bessere Verwertung der Ressourcen oder durch Vermeidung von Leerläufen zum Ziel. Rationalisierung als faire Lösung führt nur zu einer bedingten Lösung des Problems, da die Kosten auf diese Weise nicht ausreichend gesenkt werden können. Durch diese Ausgangssituation könnte es sein, dass unser Staat gezwungen wird, zu rationieren. Hierbei wird sich aber nicht auf Dauer die Frage stellen, ob, sondern wie man am besten rationieren sollte?

Prioritätensetzung ist daher unumgänglich. Prioritäten sind subjektiv auslegbar und deren Reihung von unterschiedlichen Gesichtspunkten wie zum Beispiel von medizinischer, ethischer oder politischer Sicht abhängig. Daraus können sich Fragestellungen ergeben, ob z.B. das Alter als ein mögliches Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung verwendet werden sollte.

Rationierung folgt gewissen Gesetzmäßigkeiten und kann auch unterschiedlich durchgeführt werden. So sprechen wir zum Beispiel von einer expliziten und einer impliziten Rationierung des Gesundheitswesens. Hintergrund der expliziten Form ist die transparente Entscheidung über die Zuteilung knapper Güter und Ressourcen, die im Konsens der Allgemeinheit bzw. Öffentlichkeit getroffen werden. Dem gegenüber steht die implizite Rationierung, die nicht öffentlich durchgeführt wird und bei der der Patient oftmals nicht weiß, dass ihm etwas vorenthalten wird.

### **11.1 Finnland als Beispiel der Priorisierung**

„Der Umstand, dass Priorisierung bereits stattfindet, veranschaulicht das finnische Gesundheitssystem. Dort gibt es keine persönlichen Hausärzte mehr, sondern nur mehr ambulante staatliche Gesundheitszentren. Wenn ein Patient einen Termin bei einem Arzt vereinbaren möchte, wird zu aller erst per Telefon eine Checkliste erstellt. Das Gespräch soll abklären, ob es wirklich nötig ist, eine Krankenschwester oder einen Arzt zu sehen. Wenn der Patient einen Termin hat und zum Arzt kommt, geht der Arzt nach einem Punktesystem vor. Dies bedeutet, dass Patienten erst dann eine Behandlung erhalten, wenn sie eine ausreichende Punktzahl in einem so genannten Score-System erreichen. Bei

Notfällen erfolgt die Primärversorgung und auch die Einschätzung der Notwendigkeit von Behandlungen durch eine Krankenschwester. Da der Arzt eine teurere Ressource ist, versucht man ihn nur mehr gezielt und sparsam einzusetzen. Durch dieses System ist es gelungen, die Kosten erheblich zu senken und Wartezeiten zu minimieren.<sup>85</sup> Dass dieses System verlockend ist, liegt auf der Hand, doch sollte man bedenken, dass derartige Systeme oft erst der Anfang einer Rationierungskaskade sein können, die zu einer Diskriminierung des Einzelnen anhand seines Alters oder seiner Finanzkraft führen. Rationierung ist allgegenwärtig. „Jeder Patientin wird bewusst, was Rationierung jetzt schon bedeutet, wenn sich der behandelnde Arzt nur wenig Zeit für sie nimmt. Das Rationierungsproblem ist damit nicht nur ein Randproblem der Katastrophenmedizin (dort beim so genannten „Triage- Fall“), und auch kein Konstrukt von Gesundheitsökonomien, sondern bereits Alltag.“<sup>86</sup>

## **12. Persönliche Wertung und Diskussion**

Die Geburt, das Leben und der Tod sind in unserer Gesellschaft allgegenwärtig. Der Mensch ist sich seiner Sterblichkeit bewusst, doch scheint Unklarheit darüber zu bestehen, wie die letzte Sterbephase und die Rechte des Einzelnen zu gestalten sind. Wenn man Menschen fragt, wie sie sterben möchten und was für sie ein würdevoller Abschied wäre, so wird die Antwort oft von moralischen und allgemein akzeptierten Ansichten und Werten geprägt. Wenn man sich nicht in der Sterbephase oder am Ende des Lebens befindet, so variieren die Meinungen in vielen Bereichen. Menschen, die sich noch mitten im Leben befinden, entscheiden eher nach dem Wohl des Kranken und nach bestem Interesse. Man versucht sich vorzustellen, wie ein Großteil der Bevölkerung sterben möchte. Doch genau hier ergeben sich einige Diskussionspunkte. Der Mensch wird in seinem ganzen Leben als eigenes Individuum akzeptiert und soll deshalb auch individuell handeln dürfen bzw. behandelt werden. Wenn man sein gesamtes Leben selbst gestalten darf, warum soll dann das Sterben, das Teil des Lebens ist, unter Umständen fremdbestimmt werden? Der Umstand, dass jeder Mensch einzigartig und in seinen Werten unantastbar ist, lässt die Schlussfolgerung zu, dass jeder Mensch aufgrund seiner Erlebnisse und seiner

---

<sup>85</sup>Vgl. 3sat: <http://www.3sat.de/3sat.php?http://www.3sat.de/nano/bstuecke/126192/index.html>, Zugriff am 17.09.08.

<sup>86</sup>Wallner: Ethik im Gesundheitssystem, 246.

Persönlichkeit ganz individuelle Wünsche hat. Deshalb können Leitlinien nur grundsätzliche Entscheidungshilfen für die (Be)handlung am Sterbenden sein.

Auch wenn wir einzigartig sind, so sind wir doch „Gesellschaftsmenschen“, die den Kontakt zu anderen Menschen suchen. Wenn der Einzelne vor Problemsituationen steht, so sucht er oft die Beratung und Meinung eines Mitmenschen. Wenn der Einzelne Sorgen hat und emotional bedürftig ist, so lässt er sich oft von seinen Angehörigen trösten. All das ist selbstverständlich im Leben und sollte auch im Sterben seinen Platz finden. Den Tod als Teil des Lebens zu betrachten, heißt auch, die Wünsche und Wertvorstellungen im bisherigen Leben auf das Sterben zu beziehen. Es stellt nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für deren Angehörige eine „Ausnahmesituation“ dar. Ungewissheit, Hilflosigkeit, Trauer und Anspannung prägen die letzten Tage und Stunden. Es ist wichtig, dass sich Angehörige und Sterbende gegenseitig stärken. Fürsorge, Begleitung und persönliche Gespräche sind für beide Seiten sehr wertvoll und befreiend.

Ein Mensch, der im Koma liegt oder im „persistent vegetative state“ hat keine Möglichkeiten mehr, ein persönliches Gespräch zu führen. Angehörige fühlen sich aus diesem Grund häufig machtlos. Was passiert, wenn nicht mehr der Sterbende selbst seinen Tod bestimmen kann, sondern dies durch seine Angehörigen entschieden werden muss?

### **12.1 Fiktives Ereignis – Autounfall (PVS)**

Annahme: Mein Vater, 63 Jahre alt, wird bei einem Autounfall schwer verletzt. Als die ersten Rettungskräfte an der Unfallstelle eintreffen, ist er bewusstlos und hat einen Atem-Kreislaufstillstand. Er kann nach längeren Reanimationsversuchen erfolgreich wiederbelebt werden und mit stabilem Kreislauf in die nächste Klinik gebracht werden. Dort werden Serienrippenbrüche, ein Thoraxtrauma und eine Leberblutung festgestellt. Das CT des Kopfes zeigt ein Schädelhirntrauma mit Hirnödem. Die Verletzungen können zum Großteil versorgt und kuriert werden, doch die Bewusstlosigkeit bleibt bestehen. Atmung und Herz-Kreislauf funktionieren ohne maschinelle Unterstützung.

Nach einer Woche Koma öffnet er die Augen, kann aber seine Umgebung nicht wahrnehmen und reagiert auch nicht auf äußere Reize wie Schmerz oder Ansprache. Man

beobachtet ein ungezieltes Wandern der Augen sowie Schluck- und Kaubewegungen. Das durchgeführte EEG zeigt einen regelrechten Schlaf-Wach-Rhythmus, der allerdings nicht an Tageszeiten gebunden ist. Es wird die Diagnose des apallischen Syndroms gestellt.

Nach 4 Wochen hat sich nichts am Zustandsbild verändert und die Ärzte sprechen nun vom sogenannten „persistent vegetative state“. Aufgrund der traumatischen Ätiologie wird die Hoffnung einer Remission noch nicht aufgegeben, denn bis zu 50% der Betroffenen erwachen spätestens im 1. Jahr nach Diagnosestellung. Um eine genauere Prognose zu erstellen, wird ein MRT des Schädels gemacht. Dieses zeigt eine Schädigung des Corpus callosum, ein Umstand, der die Prognose deutlich verschlechtert. Man kann sagen, dass mein Vater mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr in den Wachheitszustand zurückkehren wird. Mein Vater ist somit nicht mehr selbst einsichts-, urteils- und äußerungsfähig und muss auch durch eine Magensonde künstlich ernährt werden. Da keine Patientenverfügung besteht, muss vom mutmaßlichen Willen meines Vaters ausgegangen werden.

## **12.2 Apallisches Syndrom<sup>87</sup>**

### **12.2.1 Definitionen**

„Der Begriff des apallischen Syndroms wurde erstmals von E. Kretschmer im Jahre 1940 beschrieben. In der Literatur finden sich zahlreiche Begriffe, die als Synonyme zum Ausdruck apallisches Syndrom gelten. Man spricht im Deutschen auch vom sogenannten Wachkoma oder Coma vigile.“<sup>88</sup> „Versuche, die englische Bezeichnung „vegetative state“ einzudeutschen, führen zu unglücklichen Formulierungen wie „vegetativer Status“. Deshalb wurde von einer direkten Übersetzung Abstand genommen.

Unter „vegetative state“ versteht man einen Zustand von Patienten mit schwerer Hirnschädigung, bei denen vegetative Funktionen (Schlaf-Wach-Zyklus, autonome Funktionen, Kontrolle einschließlich der Atmung) vorhanden sind, aber das Bewusstsein einschließlich aller kognitiver Funktionen sowie Emotionen nach Meinung mancher Autoren ausgeschaltet sind. Dabei ergibt sich der Unsicherheitsfaktor, dass der Grad des

---

<sup>87</sup>Vgl. Haupt et al.: „Acute Vegetative State“ und „Persistent Vegetative State“: Klinische, biochemische, elektrophysiologische und bildgebende Befunde, 462-474.

<sup>88</sup>Vgl. Masuhr/Neumann: Neurologie, 114.

Bewusstseins bei diesen nicht zur Kommunikation fähigen Patienten nicht ergründet werden kann und deshalb unterstellt werden muss, dass ein bestimmter Grad an Bewusstsein erhalten sein kann.

Wenn der Zustand der „Bewusstlosigkeit“ länger anhält, spricht man auch vom so genannten „persistent vegetative state“. Dieser gilt als bestätigt, wenn er 1 Monat nach einer akuten traumatischen oder nicht-traumatischen Hirnschädigung nachweisbar ist oder mehr als 1 Monat bei Patienten mit degenerativer oder metabolischer Erkrankung oder Entwicklungsstörungen anhält. Von einem irreversiblen Zustandsbild spricht man, wenn die Bedingungen des so genannten „permanent vegetative state“ (PVS) erfüllt sind. Die Diagnose ist nicht mit absoluter Sicherheit zu stellen. In Großbritannien zum Beispiel wird eine Mindestdauer von 12 Monaten vorausgesetzt, im Falle einer hypoxischen Hirnschädigung nur 6 Monate. Ab welchem Zeitpunkt man von einem irreversiblen apallischen Syndrom sprechen kann, ist nicht nur abhängig von der Zeitdauer, sondern auch von dessen Ätiologie. Es wurden trotz allem nach längeren Zeiträumen partielle Rückbildungen beobachtet, die allerdings von stark ausgeprägten neurologischen Begleiterscheinungen und Ausfällen begleitet wurden.

### **12.2.2 Ätiologie**

„Das apallische Syndrom ist auf eine Zerstörung der subkortikalen weißen Substanz, eine ausgedehnte bilaterale Thalamusläsion oder eine obere Hirnstammschädigung unter Aussparung der Hirnstammareale für die Kontrolle der Atmung und autonomen Aktivität zurückzuführen. Zu den häufigsten Ursachen gehören das traumatische Hirnödem mit Mittelhirnsyndrom, eine zerebrale Hypoxie nach Atemstillstand oder Aspiration und eine ischämische Hirnschädigung nach Herz- Kreislaufstillstand, seltener eine Enzephalitis, metabolische Hirnschädigung oder ein fortgeschrittenes Stadium der Creutzfeld- Jakob-Krankheit.“<sup>89</sup> Somit sind die Verbindungen der Großhirnrinde zur äußeren Welt abgetrennt und der Patient verfügt nur mehr über „Grundfunktionen“.

### **12.2.3 Klinik**

Symptome des „persistent vegetative state“ (PVS) äußern sich durch ein zyklisches, aber irreguläres Schlaf- Wach- Muster, bei dem keine Zeichen von Selbstwahrnehmung oder Reaktion auf externe Reize (akustisch, taktil etc.) vorhanden sind. Der Patient öffnet die

---

<sup>89</sup>Vgl. ebenda, 116.

Augen, fixiert aber keine Gegenstände oder Menschen in der Umgebung. Man beobachtet häufig ein Bulbuswandern, was einem Außenstehenden das Gefühl vermitteln kann, dass der Patient bei Bewusstsein ist. Neben den nur teilweise erhaltenen Hirnnerven- oder Spinalnervenreflexen haben die betroffenen Patienten oft eine Blasen- und Mastdarminkontinenz.

#### **12.2.4 Prognose**

„Auch die Chancen aus dem Wachkoma wieder zu erwachen, sind abhängig von der Ätiologie. 52% aller Erwachsenen und 62% aller Kinder, die sich in einem apallischen Syndrom aufgrund einer traumatischen zerebralen Läsion befunden haben, erlangen ihr Bewusstsein innerhalb eines Jahres wieder, wobei die Bewusstseins-erlangung vor allem in den ersten 6 Monaten erfolgt. [...] Beruht das apallische Syndrom hingegen auf einer nichttraumatischen zerebralen Läsion, so erwachen nur noch 15 % der Erwachsenen und 13 % der Kinder, und dies auch nur in den ersten 3 Monaten. Wird nach der akuten Krankheitsphase ein stabiler Allgemeinzustand erreicht, beträgt die durchschnittliche Überlebenszeit im apallischen Syndrom zwei bis fünf Jahre.“<sup>90</sup>

Ist die Diagnose apallisches Syndrom gestellt, versucht man die Prognose der Krankheit einzuschätzen. Neben der bereits erwähnten Abhängigkeit der Prognose von der Ätiologie und der Dauer des apallischen Syndroms, ist auch der Faktor des Alters zu nennen. „Age is another important variable in the determination of outcome. The recovery potential of woman age 80 and woman age 20 following severe head trauma are vastly different, with a better chance of recovery for the younger woman.“<sup>91</sup>

Neben diesen klinischen Verlaufskriterien eignet sich auch die apparative Diagnostik, um Hinweise auf die Prognose zu erhalten. So korrelieren zum Beispiel Läsionen im Corpus callosum und im dorsolateralen Hirnstamm im MRT mit einer schlechten Prognose.“

#### **12.2.5 Differentialdiagnosen**

Nicht nur die Klassifizierung des apallischen Syndroms, sondern auch die Abgrenzung und Unterscheidung zu ähnlichen Krankheitsbildern ist von Bedeutung. So ist es wichtig, das

---

<sup>90</sup>Nagel: Passive Euthanasie, 19f.

<sup>91</sup>Celesia 1997, S. 225.

Koma und das Locked-in-Syndrom getrennt zu betrachten. „Eine Abgrenzung zum Koma kann durchaus problematisch sein, da auch tief komatöse Patienten über Empfindsamkeit und über die Fähigkeit zur individuellen rhythmischen Zeitgestaltung verfügen. Eine vorhandene Wahrnehmung wie z. B. eine Erhöhung der Herzfrequenz bei Stimmen von Angehörigen wird ebenfalls beobachtet.“<sup>92</sup>

Dem gegenüber steht das Locked-in-Syndrom. „Locked-in syndrome is a state where consciousness and cognition are retained to a variable degree but movements and verbal communication are impossible because of severe paralysis. The patients are able to move their eyes and communication can be established via blinks or eye movements.“<sup>93</sup>

### **12.2.6 Therapie**

Daraus folgt wie schwierig es ist, Prognosen und Wahrscheinlichkeiten aufzustellen. Die Konsequenz für die Fortführung oder Beendigung intensivmedizinischer Maßnahmen wie Dialyse, Antibiotikabehandlung oder Reanimation bei kardio-pulmonalen Komplikationen ist von diesen Prognosemustern abhängig. Eine individuelle Bewertung von Fall zu Fall ist trotz der Richtlinien unerlässlich.

## **12.3 Persönliche Sichtweise**

Durch mein Medizinstudium bin ich schon mehrmals mit dem Sterben von Patienten konfrontiert worden. Dabei habe ich Betroffenheit und Mitgefühl empfunden. Es gehört aber zum Beruf des Arztes, mit diesen Situationen kompetent umzugehen und sie aus einer gewissen Distanz zu sehen. Je länger man einen Menschen kennt und je mehr Kontakt man zu ihm pflegt, desto inniger werden die Bindung und damit auch die Angst vor Verlust. Ganz besonders trifft dies bei Kindern, Partnern, Geschwistern oder Eltern zu. In meiner Herkunftsfamilie durfte ich erleben, dass der Tod und das Sterben kein Tabu waren, sondern offen angesprochen wurden. Ich wuchs in einem Familienverband auf, in dem Eltern, Großeltern mütterlicherseits und Onkel in einem Haus bestehend aus drei Wohneinheiten lebten. Aufgrund dieser Situation hatte und hat Familienleben eine große Bedeutung für mich. Da das Familienleben sehr harmonisch war, war es ein großer Wunsch der Großeltern, zu Hause in vertrauter Umgebung sterben zu können. Dabei war

---

<sup>92</sup>Vgl. Nagel: Passive Euthanasie, 17.

<sup>93</sup>Vgl. Celesia: Persistent Vegetative State: Clinical and Ethical Issues, 223.

es meiner Großmutter ein besonderes Anliegen, dass die Erfüllung ihres Wunsches nicht „über die Kräfte der Familie gehen sollte“, ganz besonders dann, wenn sie nicht mehr bei klarem Verstand sein sollte. Ihr Wunschbild zum Alter bzw. Sterben hat sie in dem Satz formuliert: „Ich möchte mich wie eine Pflanze nach der Reife und der Zeit der Frucht ganz natürlich einziehen können.“ Meine Großmutter sprach immer wieder darüber, dass sie keine künstlichen lebensverlängernden Maßnahmen möchte und einen natürlichen Tod in ihrem vertrauten Lebensumfeld bevorzuge. Diese Art zu sterben ermöglichte sie auch ihrem Ehemann vier Jahre bevor sie selbst kurz vor ihrem neunzigsten Geburtstag nach mehreren kleinen Schlaganfällen verstarb. Meine Familie kümmerte sich liebevoll um meine Großmutter und erfüllte durch persönlichen Einsatz ihren Wunsch zu Hause zu sterben. Die Zeiten der Pflege und Betreuung waren anstrengend, jedoch auch ein Geschenk für uns alle, den Weg gemeinsam zu Ende gegangen zu sein.

Eine besondere Erfahrung für mich war auch, dass sowohl mein Großvater als auch meine Großmutter nach dem Ableben nicht sofort durch die Bestattung abgeholt wurden, sondern noch viele Stunden Zeit war, um in Ruhe Abschied nehmen zu können.

Durch diese Konfrontation mit dem Tod führte ich immer wieder Gespräche mit meinen Eltern, besonders mit meinem Vater, und lernte seine Sichtweisen und Glaubensvorstellungen besser kennen. Mein Vater ist von christlichen Wertvorstellungen geprägt, sehr tolerant und weltoffen. Sterben und Tod gelten für ihn als Teil und Vollendung des gottgewollten Lebens. Diese Erfahrungen haben mich geprägt und sensibilisiert und haben auch dazu beigetragen, dass ich im Rahmen meiner Diplomarbeit das Thema „Der Wille des Patienten ist oberstes Gebot“ gewählt habe.

Um meine Sichtweise zu konkretisieren, habe ich den unter Punkt 12.1 dargestellten fiktiven Fall gewählt, in dem ich folgendermaßen vorgehen würde: Wichtig wäre es mir in dieser schwierigen Situation einerseits umfangreiche zusätzliche medizinische Information und Aufklärung zu erhalten und andererseits das Gespräch mit meiner Familie zu suchen. In den gemeinsamen Gesprächen sammelten wir Bemerkungen, Aussprüche und formulierte Wünsche meines Vaters, um gemeinsam seinen mutmaßlichen Willen für diese Situation zu erkunden. Erinnerungen an Gespräche werden belebt, in denen mein Vater formulierte, dass er das Leben „als Gabe Gottes und nicht als Selbstbesitz“ verstehe und die Gabe der Bewusstseinsfähigkeit für ihn wichtiger ist als die körperliche Unversehrtheit.

Denn nur durch die Bewusstseinsfähigkeit ist es aus seiner Sicht möglich, die Gaben Gottes als Aufgaben anzunehmen, bei deren Erfüllung Sinn und Freude erfahren werden können. Ohne Bewusstsein ist Beziehung weder zu Gott noch zum Mitmenschen oder zu sich selbst möglich. Leben müsse jedoch in jeder Form geachtet werden, da wir nicht wissen können, welche Prozesse auf unbewusster Ebene vor sich gehen. Auch die Menschen im Umfeld eines Sterbenden wachsen an der großen Herausforderung, diesen in seinem letzten Lebensabschnitt zu begleiten.

Das Leben soll aber in dieser Situation nicht „unnötigerweise“ verlängert werden. Medizinische Experimente, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nur mehr das körperliche Leiden verlängern, sollen unterlassen werden. Auch bei unheilbar Erkrankten ist die bestmögliche Betreuung für den „bewusstlosen“ Patienten anzustreben.

Angesichts meiner Erfahrungen mit meinem Vater und meiner eigenen inneren Werthaltung komme ich im fiktiven Fall zu der Entscheidung, das Leben meines Vaters nicht durch künstliche Methoden zu verlängern und auf die Fortführung der künstlichen Ernährung zu verzichten. Um diese Entscheidung wirken zu lassen und nochmals zu überdenken, warte ich mit meiner Familie noch einige Tage zu, um dann endgültig in der Entscheidung sicher zu sein. Nach Rücksprache mit einem Palliativmediziner entscheide ich, ob es sinnvoll ist, meinen Vater für die verbleibenden Tage nach Hause zu holen oder ob eine bessere Begleitung im Krankenhaus möglich ist. Da für mich die Würde des Menschen nicht mit dem Verlust des Bewusstseins endet, würde ich mich zu meinem Vater ans Bett setzen, ihm unsere Entscheidung erklären und um seinen Segen bitten...

### **13. Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt Herrn Univ.- Prof. Dr. med. univ. Wolfgang Kröll, der über die fachliche Betreuung meiner Diplomarbeit hinaus es verstanden hat, meine Motivation auch in schwierigen Phasen aufzubauen. Er erwies sich gerade bei strittigen Problemstellungen als äußerst kompetenter weiterführender Ansprechpartner und Wegweiser bei meiner Recherchenarbeit.

Weiters möchte ich mich bei Herrn MMag. Walter Kneidinger, Geschäftsführer und Verwaltungsdirektor der Barmherzigen Schwestern Linz, für das persönliche Gespräch und die gehaltvolle Diskussion bedanken, die es ermöglicht haben, Probleme der Krankenhausverwaltung und das richtungsweisende Wertgefüge der Vinzenzgruppe in meine Arbeit zu integrieren.

Recht herzlich möchte ich mich auch bei meinen Eltern Herrn Dr. Günther Leitner und Frau Ingrid bedanken, die es mir durch ihre finanzielle Unterstützung ermöglicht haben, meinen beruflichen Traum zu erfüllen. Sie haben die Durchführung meiner Diplomarbeit mit regem Interesse verfolgt und wirkten als starke Motivatoren durch die Diskussion einzelner Fragestellungen.

## 14. Quellenverzeichnis

### 14.1 Literaturverzeichnis

- Bernat, E. (2001): Rechte des Patienten, Pflichten des Arztes und Entscheidungen an der Grenze zwischen Leben und Tod – ein österreichischer Diskussionsbeitrag. In: Wienke, A./Lippert, H.-D. (Hrsg.): *Der Wille des Menschen zwischen Leben und Sterben – Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Ausgewählte medizinrechtliche Aspekte.* Berlin, Springer 2001, S. 119–137.
- Borasio, G. D./ Voltz, R. (1998): Discontinuation of mechanical ventilation in patients with amyotrophic lateral sclerosis. In: *Journal of Neurology*, Volume 245, Number 11, 1998, Springer-Verlag, München, S. 717-722
- Bossard, G./ De Stoutz, N./ Bär, W. (2006): Eine gesetzliche Regulierung des Umganges mit Opiaten und Sedativa bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende? In: *Ethik in der Medizin*, Volume 18, Number 2, Springer Verlag Berlin Heidelberg 2006, S. 120-132
- Broschüre der Vinzenzgruppe unter Projektleitung von Kinast R.(o.J.): 7 Eckpfeiler des christlichen Profils der Krankenhäuser der Vinzenzgruppe. Salzkammergut Media, Gmunden
- Celesia, G.G. (1997): Persistent Vegetative State: Clinical and Ethical Issues. In: *Theoretical Medicine Bioethics*, Volume 18, Number 3, Springer Netherlands 1997, S. 221-236
- Duttge, G. (2005/06): Rechtliche Typenbildung: Aktive und passive, direkte und indirekte Sterbehilfe. In: Kettler et al. (2005/06) *Selbstbestimmung am Lebensende. Ringvorlesung im Wintersemester*, Universitätsverlag Göttingen, Göttingen 2005/06, S. 36-68
- Fibel der Vinzenzgruppe (o.J.): *Medizin mit Seele – Der Weg der Werte*

- Friedrich, H. (2005/06): Sterben in Deutschland. In: Kettler et al. (2005/06) Selbstbestimmung am Lebensende. Ringvorlesung im Wintersemester, Universitätsverlag Göttingen, Göttingen 2005/06, S. 9-35
- Fuchs, H./Reindl, S. (2003): Strafrecht – Besonderer Teil I. Springer-Verlag Wien New York, Wien 2003
- Gosepath, S. (2007): Kann das Gut Gesundheit gerecht verteilt werden? In: Gesundheit für alle- wie lange noch? – Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Vorträge der Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2006. Berlin 2006, S. 19-34
- Haupt, W. F. et al. (2003): „Acute Vegetative State“ und „Persistent Vegetative State“: Klinische, biochemische, elektrophysiologische und bildgebende Befunde. In: Intensivmedizin und Notfallmedizin, Ausgabe 08/03, Springer Verlag, S. 462-474
- Helmchen, H./Kanowski, S./Lauter, H. (2006): Ethik in der Altersmedizin. Grundriss Gerontologie, Band 22, W. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2006
- Huainigg, F.- J. (2006): Auf der Seite des Lebens. Die Presse (Wien), 23.12.2006, S. 41
- Jox, R. J./Heßler, H.-J./ Borasio, G.D. (2008): Entscheidungen am Lebensende, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. In: Der Nervenarzt, Volume 79, Nummer 6. Springer Medizin-Verlag, Berlin Heidelberg 2008, S. 729-739
- Kneihs, B. (1999): Intensivmedizin und Sterbehilfe – Grundrechtliche Erwägungen. In: Bernat, E./ Kröll, W. (Hrsg.): Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik. Recht der Medizin, Band 7, Manz Verlag, Wien 1999, S. 64-81

- Körtner, U. H. J. (2003): Sterben in der modernen Stadt – Gesellschaftliche, kulturelle und religiöse Rahmenbedingungen von Palliative Care. Vortrag beim 2. Symposium Herausforderung Palliative Care „Institutionen und Strukturen, die Zuversicht vermitteln?“, Evangelische Fachhochschule Freiburg in Kooperation mit dem IFF Wien und dem Hospiz Stuttgart 2003
- Krämer, W. (2007): Was macht Rationierung unvermeidbar? In: Vorträge der Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2006. Gesundheit für alle - wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Berlin 2006, S. 35-44
- Kröll, W./ Gaßmayr, S. (1999): Rationalisierung und Rationierung knapper medizinischer Ressourcen? In: Bernat, E., Kröll, W. (Hrsg.): Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik. Recht der Medizin, Band 7, Manz Verlag, Wien 1999, S. 9-19
- Lunshof, J. E. (2005): Lebensbeendigung auf Verlangen – Praxis, Hintergründe und Perspektiven in den Niederlanden. In: Thiele, F. (Hrsg.): aktive und passive Sterbehilfe – medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte. Wilhelm Fink-Verlag, München, S. 99-115
- Marckmann, G. (2006): Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung. In: Schöne-Seifert, B. et al.: Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, Mentis-Verlag, Paderborn 2006, S.163-182
- Masuhr, K. F./Neumann, M. (2005): Neurologie. Thieme- Verlag Duale Reihe, 5. Aufl. Stuttgart 2005.
- Mumenthaler, M./Mattle, H. (2006): Kurzlehrbuch Neurologie. Thieme-Verlag. Stuttgart 2006.
- Nagel M. (2002): Passive Euthanasie, Probleme beim Behandlungsabbruch bei Patienten mit apallischem Syndrom. Recht und Medizin, Band 53, Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main.

- Nationaler Ethikrat Berlin (2006): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende – Stellungnahme. Berlin 2006
- Papst Johannes Paul. II (2005): Evangelium vitae. Kapitel III, 64
- Pöltner, G. (2002): Grundkurs Medizin-Ethik. Facultas-Verlag. Wien 2002
- Schwimman (Hrsg.) (1992): ABGB Praxiskommentar. Band 1 §1-284 ABGB und Nebengesetze, Verlag Orac, 2.Aufl.
- Simon, A. (2005/06): Die Praxis der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden und Belgien. In: Kettler et al. (2005/06) Selbstbestimmung am Lebensende. Ringvorlesung im Wintersemester, Universitätsverlag Göttingen, Göttingen 2005/06, S. 115-123
- Sträthling, M./Schmucker, P. (2005): Entscheidungen am Lebensende, Teil III: Die Bedeutung des Willens des Patienten und die ärztliche Moderation der Entscheidungsfindung. Georg Thieme-Verlag Stuttgart New York 2005, S. 423-442
- Van Asselt, D. (2006): Advance directives: prerequisites und usefulness. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Volume 39, Number 6. Steinkopff-Verlag, o.O. 2006, S. 371-375
- Wallner J. (2004): Ethik im Gesundheitssystem. Facultas-Verlag, Wien 2004
- Wallner, J. (2007): Health care zwischen Recht und Ethik. Facultas-Verlag, Wien 2007
- Witte, J. (2000): Sterbebegleitung im Krankenhaus. In: Akademie für Ethik in der Medizin e.V. Göttingen, Städtisches Klinikum Braunschweig, Medizinische Klinik II, Patientenforum Medizinische Ethik: Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen. Braunschweig 2000, S. 14-20

- Zierl, P. (2007): Sachwalterrecht – Kurzkomentar. LexisNexis-Verlag ARD Orac, Wien 2007

## 14.2 Internetquellen

- Arbeitsgruppe „Sterben und Tod“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (1998): Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht – Eine Handreichung für Ärzte und Pflegende.  
[http://wwwuser.gwdg.de/~ukee/pv\\_1998.pdf](http://wwwuser.gwdg.de/~ukee/pv_1998.pdf), Zugriff am 18.8.08.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (o.J.): Familienhospizkarenz. Informationen zur Familienhospizkarenz.  
<http://www.bmwa.gv.at/NR/rdonlyres/36B00B8A-0D9E-455B-8320-1AD9E3AD4668/0/Informationsbroschüre.pdf>, Zugriff am 19.8.08.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (o.J.): Niederlande - Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung.  
<http://www.dgpalliativmedizin.de/pdf/euthanasie.pdf>, Zugriff am 12.10.08.
- Gemeinsames Hirtenschreiben der Bischöfe von Freiburg, Basel und Strasbourg (o.J.): „Die Herausforderung des Sterbens annehmen“  
[http://www.kbwn.de/html/sterben\\_in\\_wurde.html](http://www.kbwn.de/html/sterben_in_wurde.html), Zugriff am 14.12.08.
- Hasselblatt-Diedrich, I. (2001): Medizinbetrieb: Ärzte im Konflikt zwischen Ethik und Ökonomie. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=28720>, Zugriff am 18.09.08.
- Hospiz Weinsberg (2001): [http://www.hospiz-weinsberg.de/sthi\\_versch\\_info.htm](http://www.hospiz-weinsberg.de/sthi_versch_info.htm), Zugriff am 08.08.08.

- Kopetzki, C. (2005): Sterbehilfe in Österreich – Interview.  
<http://www.dieuniversitaet-online.at/beitraege/news/sterbehilfe-in-osterreich/10/neste/60.html>, Zugriff am 22.09.08.
- Marckmann G. (2006): Therapieverzicht am Lebensende aus Kostengründen? Eine ethische Analyse. Online- Texte der Evangelischen Akademie Bad Boll.  
<http://www.ev-akademie-boll.de/fileadmin/res/otg/06-08-Marckmann.pdf>, Zugriff am 03.12.08
- Müller-Busch, H. C. (2004): Sterbende sedieren? Sedation in end-of-life care – ethical aspects. [http://www.dgpalliativmedizin.de/zfp/ZFP%202004-4%20Mueller-Busch%20\(Sterbende%20sedieren\).pdf.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/zfp/ZFP%202004-4%20Mueller-Busch%20(Sterbende%20sedieren).pdf.pdf), Zugriff am 16.12.08.
- PalliativNetz Wiesbaden Taunus, Nolte T. (2007):  
[http://www.palliativnetz-wiesbaden.de/pages/aktuell\\_07\\_05.html](http://www.palliativnetz-wiesbaden.de/pages/aktuell_07_05.html), Zugriff am 20.08.08.
- Spieker, M. (2005): Euthanasie – ein Bruch in der europäischen Rechtskultur.  
<http://www.kath-info.de/euthanasie.html>, Zugriff am 20.09.08.
- Statistik Austria (2008): Lebenserwartung  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung\\_in\\_gesundheit/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html), Zugriff am 20.06.08.
- Statistik Austria (2008): Bevölkerungspyramide  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_staatsangehoerigkeit\\_geburtsland/028030.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/028030.html), Zugriff am 20.06.08
- Statistik Austria (2008): Gesundheitsausgaben,  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html), Zugriff am 20.06.08.

- Universität Hamburg (o.J.): Solidarität.  
<http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitenDVD/Konzepte/L53/L5375.htm>, Zugriff am 20.09.08.
- Welby, P. (2006): Piergiorgio Welby's letter to the Italian President.  
<http://assistedsuicide.org/blog/2006/09/26/piergiorgio-welbys-open-letter-to-the-italian-president-full-text/>, Zugriff am 25.07.08.
- WHO 2002: <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10102615/842296/>, Zugriff am 12.12.08.
- 3sat Fernsehdokumentation (2008): „Priorisierung“: Behandlung nur nach Punktekatalog  
<http://www.3sat.de/3sat.php?http://www.3sat.de/nano/bstuecke/126192/index.html>, Zugriff am 17.09.08.
- 3sat Fernsehdokumentation (2008): Krankheiten früh vermeiden und zugleich Kosten sparen <http://www.3sat.de/mediathek/?obj=9599>, Zugriff am 17.09.08.
- o.V. (2006): Sterbehilfe beendet Todesdrama von Piergiorgio Welby.  
<http://www.muskelschwund.de/index.php?id=1153>, Zugriff am 28.07.08.
- o.V. (2006): Piergiorgio Welby hat sein Ziel erreicht.  
<http://www.faz.net/s/RubDDBDABB9457A437BAA85A49C26FB23A0/Doc~E377030D748784484A2A924515AB20493~ATpl~Ecommon~Scontent.htm>, Zugriff 28.07.08.
- o.V. o.J.: Amyotrophe Lateralsklerose- Die Ursachen.  
<http://www.lateralsklerose.info/diekrankheit/dieursachen/index.php>, Zugriff am 15.09.08.
- o.V. o.J.: Amyotrophe Lateralsklerose- Der Verlauf.

<http://www.lateralsklerose.info/printable/diekrankheit/derverlauf/index.php>, Zugriff am 15.09.08

### **14.3 Quellen aus Vorträgen**

- Greshake, G. (2008): Mitsterben mit Christus als Tod des Todes – Vortrag am 08.11.09 um 9 Uhr im Rahmen des Symposiums „endlich-ewig“ Vom Umgang mit Tod und Transzendenz. Festsaal der Landesgalerie Linz
- MMag. Kneidinger, W. (2008) Geschäftsführer und Verwaltungsdirektor der BHS: Persönliches Interview: Verteilungskriterien in Österreich. Gespräch am 17.09.08.
- Rosenberger, M. (2008): Sterbehilfe: aus Sicht christlicher Ethik – Vortrag am 24.09.08 um 19 Uhr, Klinikum Griesßkirchen.

## **15. Abkürzungsverzeichnis**

Abb.	Abbildung
ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
ALS	amyotrophe Lateralsklerose
Art.	Artikel
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CT	Computertomographie
EEG	Elektroenzephalogramm
EMG	Elektromyogramm
Etc.	et cetera
ff.	fortfolgende
GKK	Gebietskrankenkasse
Lt.	laut
MRT	Magnetresonanztomographie
nlStGB	niederländisches Strafgesetzbuch
öStGB	österreichisches Strafgesetzbuch
P.	Piergiorgio
PatVG	Patientenverfügungsgesetz
PVS	persistently vegetative state
TRH	Thyreotropin-Releasing-Hormon
u. a.	unter anderem
u. ä.	und ähnliches
v. a.	vor allem
z.B.	zum Beispiel
zw.	zwischen