

Diplomarbeit

Terminale Sedierung und Schmerztherapie

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der Medizinischen Universität

Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

des LKH –Universitätsklinikum Graz

unter der Anleitung von

Univ. Prof. Dr. Wolfgang Kröll

eingereicht von

Tanja Schreiner

0210213

Leoben, 15. Jänner 2010

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.

Leoben, am

Unterschrift

Danksagung

Folgenden Personen möchte ich meinen Dank aussprechen:

An erster Stelle möchte ich mich bei meinen Eltern Gerhard und Johanna Schreiner und meinem Freund Dr. Christian Schneider bedanken. Durch ihre tatkräftige Hilfe haben sie mir dieses Studium ermöglicht und mich in jeder Weise unterstützt.

Meinen ganz besonderen Dank möchte ich Herrn Univ. Prof. Dr. Wolfgang Kröll für die umsichtige fachliche Betreuung aussprechen. Mit seinem fundierten Wissen stand er mir mit Rat und Tat zur Seite.

ZUSAMMENFASSUNG	1
ABSTRACT	2
1. EINLEITUNG	3
1.1. Sterben im Wandel der Zeit	3
2. PALLIATIVE SEDIERUNG, TERMINALE SEDIERUNG UND STERBEHILFE	5
2.1. Die demographische Entwicklung in Österreich und der EU	5
2.2. Krebsstatistik in Österreich	9
2.3. Terminale Sedierung versus Sterbehilfe	10
2.4. Die palliative Sedierung und ihre Notwendigkeit	12
3. GRUNDRECHT AUF LEBEN ODER RECHT AUF STERBEN? DIE HALTUNG DER CHRISTLICHEN KIRCHEN	13
3.1. Die Einstellung der Kirche zum Leid	13
3.2. Die Einstellung der Kirche zum assistierten Selbstmord	16
3.3. Die Einstellung der Kirche zur Euthanasie	18
4. STERBEN IN WÜRDE	20
4.1. Palliativmedizin	20
4.2. Entwicklung und Stand der Palliativmedizin in Österreich	23
4.3. Wo wird Palliativmedizin praktiziert?	25
4.4. Schmerztherapie und Symptomkontrolle in der Palliativmedizin	27
4.5. Medikamentöse Schmerztherapie	30
4.5.1. Das 3 Stufen Schema der World Health Organisation (WHO)	31
4.5.2. Therapieempfehlungen zur Opioid und Morphingabe	32
4.6. Therapie der Begleitsymptome	33

4.7. Koanalgetika	35
4.8. Die häufigsten Symptome und deren Behandlung	37
4.8.1. Zuordnung der Schmerzen bei Tumorpatienten	38
4.9. Die Terminale Sedierung	40
4.10. Terminale Sedierung aus juristischer Sicht	43
4.11. Ernährungsformen in der Palliativbehandlung – PEG Sonde	46
4.12. Rechtliche Situation in Österreich	48
5. SELBSTBESTIMMUNG AM ENDE EINES LEIDENSWEGES	50
5.1. Patientenverfügung	50
5.2. Sterbetourismus und der Verein Dignitas	54
6. FALLBEISPIELE	58
6.1. Fall 1: Rechtssache Pretty gegen das Vereinigte Königreich	58
6.2. Fall 2: „Kemptener Fall“ - Urteil des Bundesgerichtshofs	61
6.3. Fall 3: Terri Schiavo, ein 15 Jahre dauernder Rechtsstreit	64
6.4. Fall 4: Alexander Nicht	67
6.5. Fall 5: Sterbehilfeprozess Dr. Helmut Wihan	69
6.6. Fall 6: Klagenfurter Sterbehilfeprozess	70
6.7. Fall 7: Britischer TV Sender zeigt den Selbstmord des Craig Ewert	71
7. DISKUSSION	72
8. LITERATURVERZEICHNIS	75

ZUSAMMENFASSUNG

Die gesellschaftlichen Entwicklungen und der medizinische Fortschritt der letzten Jahrzehnte haben einen tiefgreifenden Wandel nach sich gezogen. Es entstand ein Spannungsfeld zwischen der medizinischen Entscheidungsfindung am Lebensende einerseits und dem Gebot der Patientenautonomie andererseits. Der Sterbeprozess wird zunehmend als ein bewusst zu gestaltender, dem eigenen Willen unterworfenen Bestandteil des Lebens gesehen. Aber Ausdruck des eigenen Willens kann auch sein, auf das bewusste Erleben des eigenen Sterbens zu verzichten. Diese Entscheidung fordert die Auseinandersetzung der Gesellschaft mit schwierigen medizinischen, ethischen und juristischen Fragestellungen. Die vorliegende Arbeit beschreibt die Standardmethoden der Palliativmedizin, den Stand der palliativen Versorgung in Österreich und versucht aus medizinischer, ethischer und juristischer Sicht den Begriff der terminalen Sedierung klar von dem Vorwurf der aktiven Sterbehilfe abzugrenzen. Anhand von Fallbeispielen, die für mediale Schlagzeilen gesorgt haben, kommt das Dilemma von Angehörigen, Ärzten und Juristen, dem mutmaßlichen Patientenwillen gerecht zu werden, besonders deutlich zum Ausdruck. Mediziner müssen erkennen, dass ärztlicher Beistand nicht dort endet, wo keine Heilerfolge mehr zu erwarten sind, sondern dass Sterbehilfe „Hilfe im Sterben“ auch durch medikamentöse Intervention eine primäre ärztliche Pflicht darstellt. Die terminale Sedierung sollte als ultima ratio der Leidensminderung am Lebensende Schwerstkranker gegenüber der Alternative des assistierten Suizids als ethisch vorzugswürdig gelten, denn die Praxis des assistierten Suizids, wie er etwa vom Schweizer Verein „Dignitas“ angeboten wird und bizarre Formen wie „Freitodbegleitungen an Autobahnraststätten“ annimmt, ist klar abzulehnen. Die praktische Umsetzung der Sterbebegleitung muss auf das Ziel der Symptomlinderung gerichtet sein, denn Leiden und Schmerz sind schlimmer als der Tod selbst.

Schlüsselwörter

Terminale Sedierung • Palliative Sedierung • Patientenautonomie • Palliativmedizin • Sterbehilfe • Assistierter Selbstmord • Ethik

ABSTRACT

Developments of society and progress of medicine during the last decades have caused a deep change. A field of tension between medical decision at the end of life on the one hand, and the necessity of patients' autonomy on the other hand, has occurred. The process of dying is considered- more and more- as a part of life, created consciously and subject to the personal will. But it can also be an expression of your personal will to renounce on the determined experience of your death. This decision demands society's analysis of difficult medical, ethical and legal questions. The work presented describes standard methods of palliative care in Austria and tries to draw a clear dividing line between the term of terminal sedation and the accusation of active euthanasia, from a medical, ethical and legal point of view. Examples in the headlines of media express the dilemma of relatives, doctors and lawyers dealing with the patients' wilfulness, very clearly. Doctors must recognize that medical care doesn't end where success of healing can't be expected, but that euthanasia," help during the process of dying", so to speak, represents a primary medical duty, even by medical intervention. The terminal sedation should be understood as "ultima ratio" of pains' reduction at the end of life of extremely ill people against the alternative of assisted suicide from an ethical point of view, because the way assisted suicide as practised and offered by the Swiss association Dignitas "accompanied suicide at motorway motels", have to be refused definitely. The practical fact of accompanying death has to be directed towards the decrease of symptoms, because suffering and pain are more serious than death itself.

Key words:

Terminal sedation • Palliative sedation • Patients' autonomy • Palliative medicine • Euthanasia • Assisted suicide • Ethics

1. EINLEITUNG

1.1 Sterben im Wandel der Zeit

Im Verlauf der Geschichte hat sich die Einstellung der Gesellschaft und der Menschen in Bezug auf Sterben und Tod gravierend geändert. Frühere Generationen wurden mit Sterben und Tod unmittelbar und unweigerlich konfrontiert. Das Lebensende wurde als selbstverständlicher und integraler Bestandteil menschlicher Existenz akzeptiert. Die Entwicklung hin zur Verdrängung dieser Tatsache hat mehrere Gründe.

Zum Einen leben wir in einer hochzivilisierten und technologisierten Welt, in der alles machbar erscheint, der Fortschritt in der modernen Medizin scheint unaufhaltbar, für viele entsteht der Eindruck als wäre die Verlängerung des Lebens ad Infinitum möglich. Zum Anderen fehlt der direkte Kontakt zu Menschen die sich am Ende ihres Lebens- oder auch Leidensweges befinden. Alte, unheilbar Kranke und auch sterbende Menschen werden in Einrichtungen abgeschoben um möglichst nicht mit diesen Themen konfrontiert zu werden. Solchen Extremsituationen setzt man sich nicht gerne aus, da der einzelne unweigerlich mit dem eigenen Lebensende konfrontiert würde. Hier finden Mechanismen der Verdrängung statt, um nicht mit der eigenen Endlichkeit konfrontiert zu werden. Gerade die Struktur der Großfamilie, in der mehrere Personen unterschiedlicher Generationen unter einem Dach lebten, finden wir heute nur noch vereinzelt und dann vor allem im ländlichen Raum. Im sozialen Gefüge der Großfamilie, in dem Leben und Sterben durch Geburt und Tod allgegenwärtig war, fiel es leichter durch die Begleitung naher Angehöriger den unvermeidlichen Tod zu akzeptieren.

In der Antike liefert vor allem Epikur in seinem Brief an Menoikeus einen bezeichnenden Eindruck der damaligen Geisteshaltung: „Der Tod geht uns nichts an. Denn solange wir existieren, ist der Tod nicht da, und wenn der Tod da ist, existieren wir nicht mehr.“¹ Im Mittelalter steht das Thema Sterben im Spannungsfeld der katholischen Kirche. Einerseits wird der Tod als Erlösung gesehen, das ewige Leben als Ziel eines nach katholischen Maßstäben vorbildlich gelebten Lebens, andererseits als Eintritt in die ewige Verdammnis bei sündhaftem Lebenswandel. Mit Beginn der Industrialisierung und der Etablierung von ersten Spitälern begann ein Prozess deren Problematik uns heute in vollem Umfang deutlich wird. Der Sterbenskranke wird in dafür vorgesehene Einrichtungen „abgeschoben“, gestorben wird

¹ Brief an Menoikeus Abs.125 in: Epikur-Biographie im 10. Buch der ca. 220 n. Chr. entstandenen antiken Philosophiegeschichte "Leben und Lehren berühmter Philosophen" von Diogenes Laertios; Ü: Olof Gigon

1. EINLEITUNG

heute anonym, zwischen Essensausgabe und Visite, oftmals ohne dass nahe Angehörige Abschied nehmen können.

In den letzten Jahrzehnten gab es durchaus eine Entwicklung, die noch viel stärker ausgebaut werden sollte, nämlich die Etablierung von Palliativzentren. Diese Einrichtungen ermöglichen es Patienten, die austherapiert sind, unter würdigen Bedingungen ihrem Lebensende entgegenzugehen, dort findet Sterbebegleitung durch besonders geschultes Personal statt, das in der Lage ist, den Sterbenden unnötige Leiden durch adäquate Schmerztherapie zu ersparen und die auch durch zwischenmenschliche Zuwendung die letzten Momente der Patienten menschenwürdig gestalten. Oftmals erlauben diese palliativen Einrichtungen die Anwesenheit der Angehörigen auch über Nacht, was aus meiner Sicht die Trennung aus der gewohnten Umgebung erheblich einfacher macht. Den Familien wird so die Möglichkeit geboten Abschied zu nehmen und auch Menschen die keine Angehörigen mehr haben finden beim Personal Ansprechpartner für ihre Wünsche und Sorgen, da die Belegschaft dieser Zentren im Umgang mit Sterbenden besonders geschult sind und diesen Dienst an der Menschlichkeit auch wirklich leisten wollen.

Im Gegensatz dazu findet sich das Personal herkömmlicher Krankeneinrichtungen mit dieser Situation oftmals nicht zurecht, fühlt sich überfordert, es fehlt an Zeit und Platz für Menschen die am Ende ihres Lebens angelangt sind. Ziel dieser Arbeit soll es sein Möglichkeiten aufzuzeigen die ein menschenwürdiges Sterben zulassen, die oftmals verwirrenden Begriffsbezeichnungen wie terminale Sedierung, palliative Sedierung, Sterbehilfe, zu definieren, diese Begriffen in einen medizinisch ethischen Kontext zu bringen und die rechtliche Situation in Österreich sowie im europäischen Umfeld zu beleuchten. Ich möchte auch die Situation der Ärzte, die oftmals am Ende ihrer Behandlungsmöglichkeiten stehen und mitunter in einer rechtlichen Grauzone handeln in dieser Arbeit aufzeigen. Sie entscheiden im Spannungsfeld zwischen Lebens- und Leidensverlängerung und werden mit diesen Schwierigen und psychisch extrem belastenden Situationen oftmals alleingelassen.

2. PALLIATIVE SEDIERUNG, TERMINALE SEDIERUNG UND STERBEHILFE

2.1 Die demographische Entwicklung in Österreich und der EU

Um die zukünftige Entwicklung der Bevölkerungsstruktur analysieren und in Bezug auf die zu erwartenden sozialpolitischen Konsequenzen bewerten zu können, ist es notwendig die Verteilung der einzelnen Altersgruppen bezogen auf die Gesamtbevölkerung darzustellen. Bevölkerungspyramiden zeigen, wie Geburten, Sterbefälle und Migration die Struktur einer Bevölkerung formen. Bevölkerungspyramiden beschreiben den Aufbau einer Bevölkerung nach Alter und Geschlecht. Eine erstrebenswerte Form der Bevölkerungspyramide gleicht mehr einer Säule, die durch eine ständige Erneuerung einer stabilen Population entsteht. Verschiedene Faktoren führten in der Vergangenheit dazu, dass diese Pyramide immer instabiler wird. Zum einen nimmt die durchschnittliche Geburtenrate seit den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts kontinuierlich ab und zum anderen nimmt die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung in Österreich und der Europäischen Union im selben Zeitraum kontinuierlich zu. 1935 geborene Frauen hatten im EU Durchschnitt (EU-25) 2,37 Kinder, 1945 geborene Frauen im Schnitt 2,11 Kinder, und Frauen die 1955 geboren wurden im Durchschnitt 1,94 Kinder. Fruchtbarkeitsraten jüngerer Jahrgänge können nur geschätzt werden. Den aktuellen Berechnungen zufolge, die mithilfe eines Fruchtbarkeitsindikators ermittelt werden, gebären Frauen jüngerer Jahrgänge im Durchschnitt 1,5 Kinder. Der zweite Faktor der maßgeblich die heutige Bevölkerungsstruktur prägt, ist die Anzahl der Sterbefälle. Dies ist einerseits von der Größe der Jahrgänge, die das Ende ihrer Lebensspanne erreichen, abhängig, andererseits von den Sterblichkeitsraten, die für die Schätzung der Lebenserwartung herangezogen werden. Dank der medizinischen Fortschritte im Kampf gegen Atemwegserkrankungen und Krebs in den 70er Jahren sowie gegen Herz und Gefäßerkrankungen in der jüngsten Vergangenheit konnten allein in den letzten 40 Jahren in jedem Jahrzehnt 2,5 zusätzliche Lebensjahre hinzugewonnen werden.

Neueste Bevölkerungsprognosen von Eurostat zeigen eine besorgniserregende Entwicklung auf. Einerseits kommen die sogenannten „Babyboomjahrgänge“ der 50er Jahre jetzt ins Rentenalter, das führt zu einer Verschiebung des Gleichgewichts zwischen Menschen in erwerbsfähigem Alter und Rentnern, andererseits verändert sich auch der Altersabhängigkeitsquotient (Menschen im Alter 65 plus im Verhältnis zu Menschen im Alter von 15 – 64).

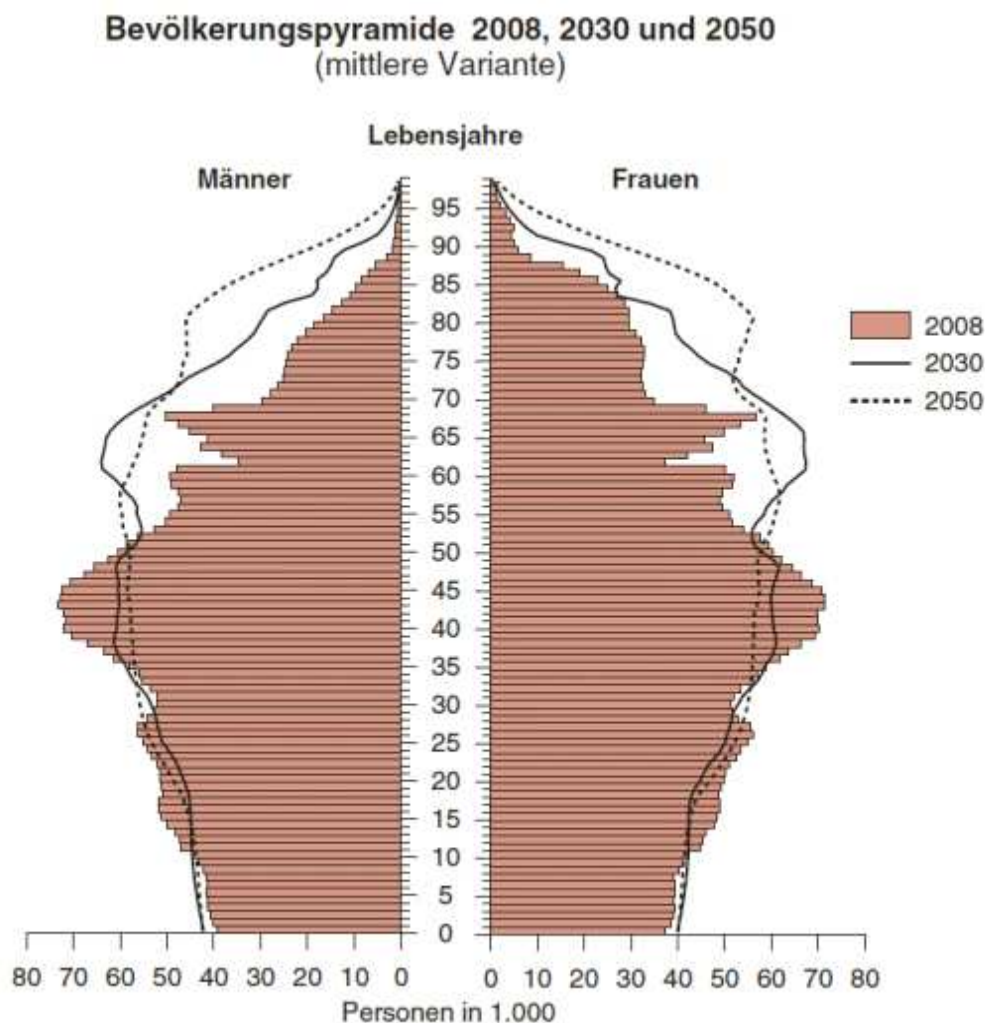
2. PALLIATIVE SEDIERUNG, TERMINALE SEDIERUNG UND STERBEHILFE

2009 beträgt der Altersabhängigkeitsquotient 0,25; das bedeutet für jeden Menschen im Alter von 65 oder mehr Jahren gibt es 4 Menschen in erwerbsfähigem Alter.

2050 wird der Quotient bereits 0,50 betragen, das heißt auf jeden Menschen der 65 oder älter ist kommen nur noch 2 Personen im Alter von 14 – 64.

Für 2060 wird ein Altersabhängigkeitsquotient von bereits 0,53 erwartet.

Anhand von graphischen Darstellungen lässt sich diese Tendenz deutlich aufzeigen:



Q: STATISTIK AUSTRIA. Erstellt am: 01.10.2009.

Abbildung 1

Die Bevölkerungspyramide für Österreich weicht heute schon von der eingangs erwähnten Idealform ab, die Prognosen für die Jahre 2030 und 2050 zeigen eine deutliche Zunahme des Bevölkerungsanteils der über 60 jährigen, und eine generelle Abnahme der Menschen im Altersbereich von 15 – 64.

2. PALLIATIVE SEDIERUNG, TERMINALE SEDIERUNG UND STERBEHILFE

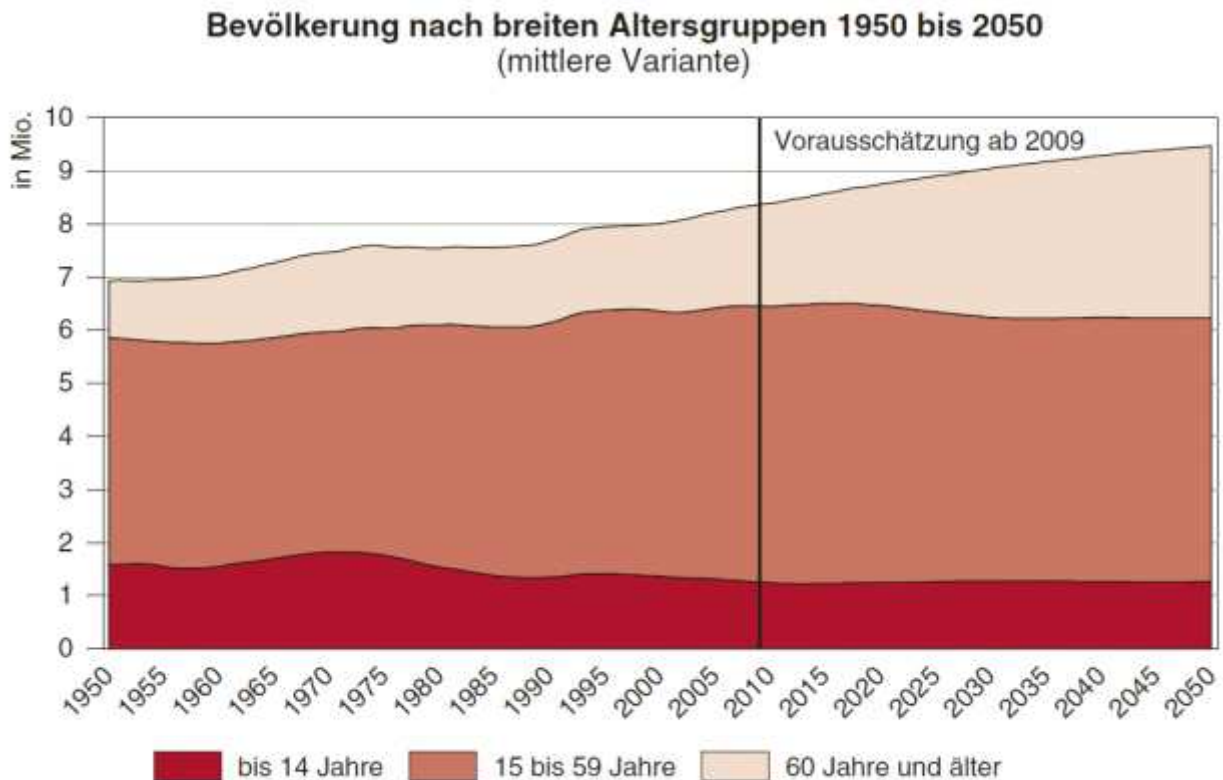


Abbildung 2

In dieser Darstellung zeigt sich, dass die Altersgruppe der bis 14 jährigen und die Gruppe der 15 bis 59 jährigen annähernd konstant bleibt, während die Altersgruppe der über 60 jährigen deutlich zunimmt.

In absoluten Zahlen stellt sich die Überalterung besonders dramatisch dar:

Waren 1969 53 192 Menschen über 75, waren es 2008 bereits 662 239²

Neben den gesellschaftspolitischen Problemen der zunehmenden Überalterung der Gesellschaft, wie zum Beispiel das Faktum, dass immer weniger Erwerbstätige für die Pensionsbeiträge der Rentner aufkommen müssen, ergibt sich auch aus medizinischer Sicht ein immer größer werdendes Problem.

² STATISTIK AUSTRIA, Volkszählungen (bis 1981); Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresdurchschnittswerte ab 1985). - Revidierte Ergebnisse für 2005 bis 2007. Erstellt am: 27.05.2009.

2. PALLIATIVE SEDIERUNG, TERMINALE SEDIERUNG UND STERBEHILFE

Die zunehmende Lebenserwartung der Bevölkerung ist zwangsläufig mit einer Zunahme der Morbidität und damit auch mit einer Zunahme des Pflegebedarfs der älteren Menschen verbunden. Der Anteil der Menschen die stationärer Pflege bedürfen wird steigen und auch die Fälle die palliativ zu behandeln sind, werden zunehmen.

2. PALLIATIVE SEDIERUNG, TERMINALE SEDIERUNG UND STERBEHILFE

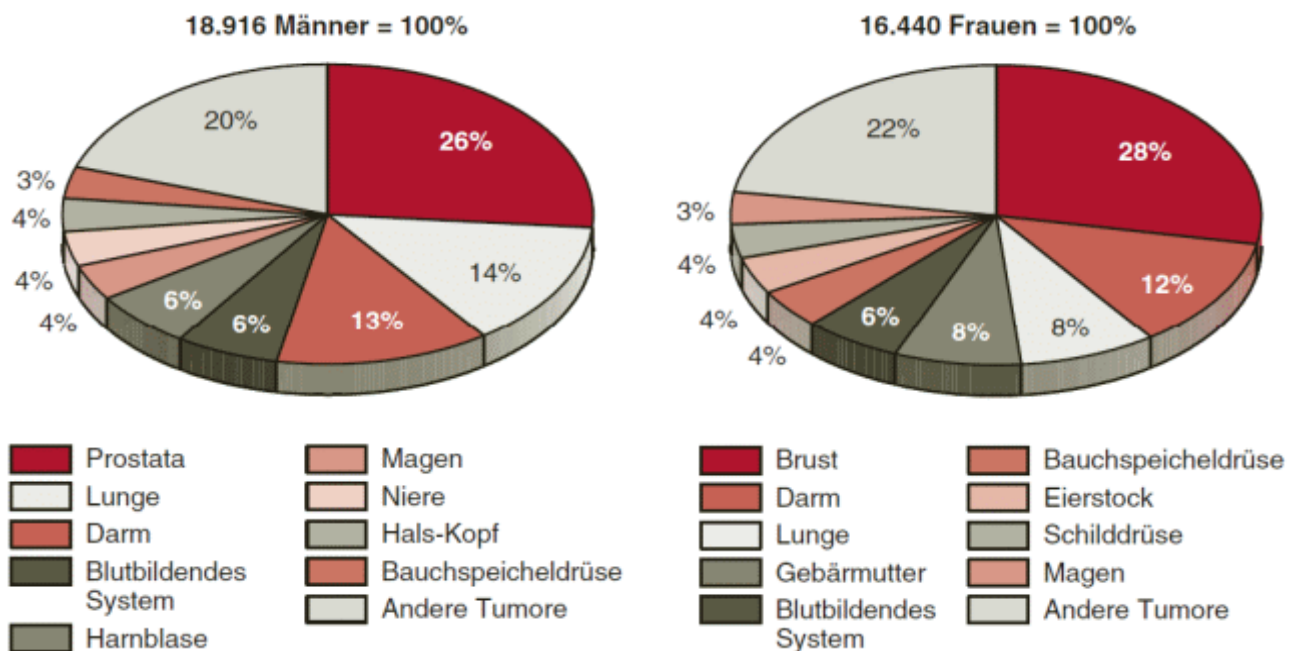
2.2 Krebsstatistik in Österreich

Die Bedeutung der Krebserkrankungen rückt bei der Beschreibung des Gesundheitszustandes und bei der Planung der Gesundheitsversorgung aufgrund der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung immer mehr in den Mittelpunkt, da die Inzidenz der Krebserkrankungen mit dem Alter korreliert.

In Österreich erkranken jährlich etwa 36.000 Menschen an Krebs, wobei Männer etwas häufiger betroffen sind als Frauen.³ Nach den Herz-Kreislaufkrankungen stellen bösartige Tumoren bei beiden Geschlechtern die zweithäufigste Todesursache dar.

Seit 1994 ist bei den Männern der Prostatakrebs die häufigste Krebserkrankung und hat damit den Lungenkrebs an der Spitze der diagnostizierten Krebsleiden abgelöst. Bei den Frauen steht seit jeher der Brustkrebs an erster Stelle der häufigsten Tumorlokalisationen. Die Zunahme der Inzidenzen von Brust- und Prostatakrebs sind zu einem großen Teil auf die vermehrt durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen zurückzuführen.

Die häufigsten Tumorlokalisationen nach Geschlecht (2007)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 27.08.2009). Erstellt am: 02.11.2009.

Abbildung 3

³ Statistik Austria- Krebserkrankungen letzte Änderung 16.03.2009

2. PALLIATIVE SEDIERUNG, TERMINALE SEDIERUNG UND STERBEHILFE

2.3 Terminale Sedierung versus Sterbehilfe

Die Begriffe „terminale Sedierung, palliative Sedierung, und palliative Sedationstherapie“ umschreiben grundsätzlich eine medikamentös induzierte und aufrechterhaltende Reduktion der Bewusstseinslage eines Patienten mit unerträglichen Symptomen bei einer weit fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankung, die einer lindernden Behandlung nicht zugänglich sind. Dabei kann es sich um eine anhaltende oder nur zeitweise Sedierung handeln, um einen Zustand tiefer Bewusstlosigkeit oder um einen Zustand, indem der Patient somnolent, jedoch erweckbar ist.⁴

Der Begriff der Terminalen Sedierung wurde 1991 von Enck eingeführt.⁵ In jüngerer Zeit wird terminal zunehmend durch den Begriff palliativ ersetzt, um das Missverständnis eines „terminierenden“ Vorgehens zu vermeiden.

Im Gegensatz dazu versteht man unter dem Begriff „Sterbehilfe“ ganz allgemein die Erleichterung des Sterbens eines unheilbar schwerkranken Menschen. Maßgeblich für die Einleitung oder Unterlassung von Maßnahmen ist der Wille des Betroffenen. Bei der Sterbehilfe unterscheidet man die aktive direkte und aktive indirekte Sterbehilfe von der passiven Sterbehilfe. Die aktive direkte Sterbehilfe setzt als Intention die Tötung eines Patienten mit unerträglichem Leid voraus, durch die aktive Verabreichung einer letalen Dosis einer Substanz, d.h. durch das Setzen einer Maßnahme. Die Wertung der Maßnahme gilt als erfolgreich wenn sie zum sofortigen Tod des Patienten führt.

Abzugrenzen davon ist der Begriff der Euthanasie im Nationalsozialismus, unter dem Vorwand des Gnadentodes wurden diese Menschen gezielt getötet. Das staatlich verordnete Programm führte dazu, dass bis 1941 70.000 Patienten von Heil und Pflegeanstalten ums Leben kamen. Als vor allem nach Protest der Kirchen das „Projekt Gnadentod“ offiziell eingestellt wurde, hörten einzelne Ärzte und Pfleger dennoch nicht damit auf, sondern änderten ihre Taktik. Durch Nahrungsentzug und medikamentöse Fehldosierungen kamen bei der sogenannten „wilden Euthanasie“ bis Kriegsende weitere 30.000 Patienten ums Leben.⁶ Gerade diese Vergangenheit führt dazu, dass Ärzte und Patienten den Begriff Sterbehilfe nur selten bis gar nicht mehr in den Mund nehmen. Aber man muss ganz klar sagen, dass diese schrecklichen Handlungen, die in der Vergangenheit geschehen sind, nichts mit dem Begriff der Sterbehilfe zu tun haben, da der Wille des Patienten nicht berücksichtigt wurde.

⁴ Ruosseau P. Terminal Sedation in the care of dying patients. Arch. Intern. Med 1996;156:1785-6

⁵ Enck R. drug induced terminal sedation for symptom control. Am J Hosp Palliat Care 1991;8:3-5

⁶ Schönberger Blätter 12, In Würde Sterben. Diakonisches Werk Sachsen 2. Auflage Oktober 2004

2. PALLIATIVE SEDIERUNG, TERMINALE SEDIERUNG UND STERBEHILFE

Aktive indirekte Sterbehilfe hingegen liegt vor, wenn nach ärztlicher Verordnung schmerzlindernde Medikamente gegeben werden, die als unbeabsichtigte Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen können. Die Abgrenzung zur palliativen Sedierung ist schwierig. Die palliative Sedierung hat als Intention die Linderung von unerträglichem Leid des Patienten, durch Verabreichung einer sedierenden Substanz zur Symptomkontrolle. Die gesetzte Maßnahme wäre als erfolgreich zu werten, wenn es für den Patienten nachweislich zur Linderung von Leid kommt.⁷ Terminale Sedierung wie auch Sterbehilfe müssen sowohl juristisch als auch in der Praxis streng voneinander unterschieden werden.

Terminale Sedierung wird als normales ärztliches Handeln angesehen und bedeutet, dass sie eine medizinisch begründete und erforderliche Maßnahme sein kann, wenn es keine andere Möglichkeit gibt die Leiden eines sterbenden Patienten zu lindern. Ist es hingegen die primäre Intention des Arztes das Leben des Patienten zu verkürzen, wird das Handeln als Sterbehilfe bezeichnet, dabei ist es vollkommen gleichgültig welche Mittel dazu verwendet werden. Ist es die Intention des Arztes Leiden zu mindern durch Einleiten einer Bewusstlosigkeit, wird dieses Handeln als Sedierung gewertet, selbst wenn der Tod des Patienten dadurch beschleunigt wird.⁸

Als nächster Punkt wäre der Begriff der passiven Sterbehilfe zu erklären. Darunter versteht man ein menschenwürdiges Geschehen- lassen des Sterbens, indem man lebensverlängernde Maßnahmen (z.B. künstliche Ernährung mittels PEG- Sonde, künstliche Beatmung oder Dialyse, Verabreichung von Medikamenten wie zum Beispiel Antibiotika) bei unheilbar kranken Menschen, die sich im Sterben befinden, nicht weiterführt bzw. gar nicht erst aufnimmt.

⁷ Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, et al. Euthanasia and physician assisted suicide: a view from an EAPC Ethic task force. Palliat Med 2003;17:97-101

⁸ G.A. den Hartogh, Ethic Med 2004 16:378-391

2. PALLIATIVE SEDIERUNG, TERMINALE SEDIERUNG UND STERBEHILFE

2.4 Die palliative Sedierung und ihre Notwendigkeit

Palliativmediziner verstehen unter terminaler Sedierung die Gabe von Medikamenten um das Bewusstsein sterbender Patienten zu dämpfen. Dadurch werden belastende Symptome wie Angst oder Schmerzen in der letzten Lebensphase gemildert. Aufgabe dieser Medikation ist es, die letzte Phase bis zum Eintritt des Todes erträglicher zu gestalten. Somit stellt das einzige Ziel palliativmedizinischer Intervention die Symptomkontrolle dar, mit dem klar definierten Ziel, Leiden zu minimieren. Aufgrund der verwirrenden Terminologie, ist der Begriff „palliative Sedierung“ dem Begriff „terminale Sedierung“ vorzuziehen. Denn Ziel ist keinesfalls die Verkürzung des Lebens, sondern Minimierung des Leidens. Die Notwendigkeit Leiden von Patienten im terminalen Stadium einer Krankheit zu lindern ist unumstritten. Trotzdem ist es heute nicht selbstverständlich, dass diese Patienten auch adäquate sterbebegleitende Therapie erhalten. Das liegt einerseits daran, dass Ärzte und Pflegepersonal mit dieser Situation überfordert sind, es gibt zum Beispiel keine geregelte Ausbildung im Studium der Humanmedizin zu diesem Thema. Andererseits scheuen sich einige Kollegen auch davor bei Patienten die kurativ austherapiert sind, medikamentös in adäquater Dosis zu intervenieren, um nicht in die Nähe von Sterbehilfe gerückt zu werden. Der Sterbebegleitung, wozu meiner Meinung nach auch die palliative Medikation gehört, können von verschiedenen Seiten Hindernisse entgegenstehen:

- Die emotionalen und affektiven Schwierigkeiten im Umgang mit der eigenen Sterblichkeit
- Schwierigkeit der Solidarisierung mit dem Sterben des Anderen und daraus resultierende Hemmung der Kommunikation
- Ärzte die in der Sterbebegleitung nicht den Sinn des Heilsauftrages sehen, der ihnen im Studium vermittelt wurde
- Fehlende Standardisierungen im Begleiten Sterbender...d.h. Fehlende strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen (wer macht was wann und vor allem wo)

Diese Hindernisse zu überwinden muss auch Aufgabe der Universitäten sein. In den Lehrplänen deutscher und österreichischer Hochschulen sucht man Lehrinhalte, die terminale Phase schwerstkranker erträglicher zu machen, leider immer noch vergeblich. Die Möglichkeit durch Sedierung bei Schwerstkranken den Tod medizinisch zu beschleunigen verdeutlicht die Notwendigkeit klarer ethischer Richtlinien.⁹

⁹ Materstvedt LJ, Kaasa S. The ethics of terminal sedation. Poster 7. Congress of EAPC, Palermo 2001.
http://www.medisin.ntnu.no/ims/kreft/slb/Dokument/Abstract/materstvedt_og_kaasa_Palermo_29_mars.pdf

3. GRUNDRECHT AUF LEBEN ODER RECHT AUF STERBEN? DIE HALTUNG DER CHRISTLICHEN KIRCHEN

3.1 Die Einstellung der Kirche zum Leid

Die Einstellung der römisch katholischen Kirche zum Leid wird in einem Dokument der Kongregation für die Glaubenslehre unter Punkt III näher erörtert. Es befasst sich mit der Bedeutung des Schmerzes für den Christen und die Verwendung schmerzstillender Mittel. Die Kirche stellt außer Streit, dass der körperliche Schmerz unvermeidlich zur Verfassung des Menschen gehört, und aus biologischer Sicht ein Warnzeichen darstellt und als solches durchaus auch einen Nutzen beinhaltet. Die psychische Belastung des Schmerzes übersteigt aber oftmals den biologischen Nutzen, sodass eine Beseitigung desselben oftmals mit allen Mitteln erstrebenswert erscheint.

Papst Pius XII ermahnte daher: „Es ist nicht recht, den Sterbenden ohne schwerwiegenden Grund des Bewusstseins zu berauben.“¹⁰ Nach Auffassung der katholischen Kirche hat der Schmerz eine besondere Bedeutung im Heilsplan Gottes, indem er Anteil am Leiden Christi gibt und mit dem erlösenden Opfer verbindet, das Christus im Gehorsam gegen den Willen seines Vaters dargebracht hat. Viele tiefgläubige Christen sehen daher im bewussten Ertragen von Leid ein Opfer, dass sie mit den Leiden des Gekreuzigten vereint.

Die Kirche anerkennt diesen Wunsch, setzt aber voraus, dass der betroffene Mensch bei Bewusstsein ist. Bei Betroffenen, die nicht mehr in der Lage sind sich auszudrücken, darf man mit Recht davon ausgehen, dass sie schmerzstillende Medikamente haben wollen, nach ärztlicher Verordnung sei das zuzulassen.

In der Einführung der gemeinsamen Texte 17, „Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe“¹¹ schreiben Kardinal Lehmann, der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz, und Präses Manfred Kock, Vorsitzender des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland: „In den nordeuropäischen Ländern wird die Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe dadurch aufgeweicht, dass eine neue Form der Euthanasie diskutiert wird. Durch sogenannte „terminale Sedierung“ versetzt der Arzt den Sterbenden in Schlaf und bricht dann alle medizinischen Behandlungen ab, bis der Tod eintritt.“

Papst Pius XII meinte zu dem Problem der Verabreichung narkotischer Medikamente, auch wenn vorauszusehen sei, dass deren Verabreichung das Leben abkürze im Falle von Patienten die bereits im Sterben lägen: „Wenn andere Mittel fehlen und dadurch den gegebenen

¹⁰ Pius XII, Ansprache vom 9.Sept.1958,AAS 50(1958) S.694

¹¹ www.stjosef.at/dokumente/sterbebegleitung_dbk_ekd.htm

3. GRUNDRECHT AUF LEBEN ODER RECHT AUF STERBEN? DIE HALTUNG DER CHRISTLICHEN KIRCHEN

Umständen die Erfüllung der übrigen religiösen und moralischen Pflichten in keiner Weise verhindert wird, ist es erlaubt.“¹²

„Anspruch auf menschenwürdiges Sterben kann ferner bedeuten, dass nicht alle medizinischen Mittel ausgeschöpft werden, wenn dadurch der Tod künstlich hinausgezögert würde. Dies trifft beispielsweise zu, wenn durch ärztliche Maßnahmen, durch eine Operation etwa, das Leben zwar geringfügig verlängert wird, jedoch mit der Not und Last, dass der Kranke in dieser gewonnenen Lebenszeit trotz oder infolge der Operation unter schwersten körperlichen oder geistigen Störungen leidet. In dieser Situation ist die Entscheidung des Kranken, sich einer Operation nicht mehr zu unterziehen, sittlich zu achten.“¹³

Besonderen Stellenwert legt die katholische Kirche darauf, dass die Medikamente, die dem Kranken das Bewusstsein nehmen, besonders kritisch gesehen werden müssen. Neben den moralischen Verpflichtungen des Menschen gegenüber seinen Mitmenschen und Angehörigen besteht auch die Forderung, dass sich der unheilbar Kranke bei vollem Bewusstsein auf die Begegnung mit Christus vorbereiten können muss!

Die katholische Glaubenskongregation schreibt in ihrer Erklärung vom 5. Mai 1980 über das richtige Maß in der Verwendung therapeutischer Mittel: „Eine richtige Abwägung der Mittel kann nur gelingen, wenn die Art der Therapie, der Grad ihrer Schwierigkeiten und Gefahren, der benötigte Aufwand sowie die Möglichkeiten ihrer Anwendung mit den Resultaten verglichen werden, die man unter Berücksichtigung des Zustandes des Kranken sowie seiner körperlichen und seelischen Kräfte erwarten kann.“ Diesen allgemein gehaltenen Grundsatz führt die Glaubenskongregation dann noch näher aus: „Sind andere Heilmittel nicht verfügbar, darf man mit Zustimmung des Kranken Mittel anwenden die der neueste medizinische Fortschritt zur Verfügung gestellt hat, auch wenn sie noch nicht genügend im Experiment erprobt und nicht ungefährlich sind.“ Das ist natürlich keine Verpflichtung solche Mittel anwenden zu müssen, vielmehr wird es dem Kranken und nahen Angehörigen, sowie den Fachärzten freigestellt, sie anwenden zu dürfen.

Es ist also immer erlaubt, nur diese Therapien anzuwenden, welche die Medizin allgemein zur Verfügung stellt. Ein Verzicht anderer Therapien darf also nie mit Selbstmord gleichgesetzt werden, sondern ist vielmehr ein Hinnehmen menschlicher Gegebenheiten. Papst Johannes Paul II schreibt in der Enzyklika *Evangelium vitae*¹⁴ sinngemäß, dass „palliative Behandlungsweisen“, das Leiden im Endstadium der Krankheit erträglicher machen und den

¹² Pius XII, Ansprache vom 24.02.1957, AAS49(1957)

¹³ http://dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_17.pdf Seite 11 neu

¹⁴ Enzyklika *Evangelium vitae* unter Punkt 65

3. GRUNDRECHT AUF LEBEN ODER RECHT AUF STERBEN? DIE HALTUNG DER CHRISTLICHEN KIRCHEN

Patienten eine angemessene menschliche Begleitung ermöglichen sollen. Besonderes Augenmerk ist dabei auf die Frage zu richten, inwieweit die Anwendung verschiedener Schmerz-, und Beruhigungsmittel erlaubt sind, wenn sie die Gefahr der Verkürzung des Lebens mit sich bringen. Papst Johannes Paul II vertritt in dieser Enzyklika die Ansicht, dass der freiwillige Verzicht der Betroffenen auf diese Medikamente, um volle Geistesklarheit zu bewahren und am Leiden Christi Anteil zu haben, durchaus respektiert werden muss und auch des Lobes würdig ist. Doch könne diese „heroische“ Haltung nicht für alle verpflichtend angenommen werden. Hier vertritt er die Ansicht von Pius XII, die ich eingangs zitiert habe.

Von der deutschen Bischofskonferenz und dem Rat der evangelischen Kirche in Deutschland wurde die christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung entwickelt. Durch diese Verfügung können Patienten die Anwendung medizinischer Verfahren und damit den Verlauf ihrer letzten Lebensphase mitbestimmen. Die christliche Patientenverfügung ist dem christlichen Glauben verpflichtet und lehnt jede aktive Beendigung des Lebens ab. Der Betroffene kann aber in der Phase in der er noch bei klarem Verstand ist, entscheiden, ob lebensverlängernde Maßnahmen gesetzt werden sollen, beziehungsweise inwieweit er sein Leiden bewusst wahrnehmen möchte. Auch die evangelische Kirche schließt den Einsatz von Schmerzmitteln, auch wenn sie das Leben verkürzen, nicht aus. Ärzte und Pflegende haben sich verpflichtet, Würde und Wert jedes menschlichen Lebens bis zuletzt zu achten. Voraussetzung jeder ärztlichen Behandlung ist aber das Einverständnis des Betroffenen. Die christliche Patientenverfügung gibt den behandelnden Ärzten also eine wichtige Entscheidungshilfe, falls die Patienten nicht mehr in der Lage sind, selbst über medizinische Maßnahmen zu entscheiden.

Im Katechismus der katholischen Kirche findet sich auch ein Absatz der sich mit der Linderung des Leids sterbender befasst. Die Gabe schmerzlindernder Medikamente wird ausdrücklich erlaubt, selbst auf die Gefahr hin dass das Leben sich dadurch verkürzt. Voraussetzung dafür ist aber, dass der Tod weder als Ziel, noch als Mittel gewollt, sondern bloß als unvermeidbar in Kauf genommen wird. Die Moral verlangt keine Therapie um jeden Preis. Die Entscheidung ob der Patient außergewöhnliche und in keinem Verhältnis stehende Therapien einstellen möchte trifft er selbst, falls er dazu in der Lage ist. Falls er nicht mehr in der Lage ist diese Entscheidung zu treffen, sind die gesetzlich Bevollmächtigten befugt darüber zu entscheiden, wobei stets der Wille und die berechtigten Interessen des Patienten zu beachten sind.

3. GRUNDRECHT AUF LEBEN ODER RECHT AUF STERBEN? DIE HALTUNG DER CHRISTLICHEN KIRCHEN

3.2 Die Einstellung der Kirche zu assistiertem Selbstmord

Der heilige Augustinus schreibt „Es ist niemals erlaubt, einen anderen zu töten: auch wenn er es wollte, ja selbst, wenn er darum bitten würde, weil er, zwischen Leben und Tod schwebend, fleht, ihm zu helfen die Seele zu befreien, die gegen die Fesseln des Leibes kämpft und sich von ihnen zu lösen sucht; es ist nicht einmal dann erlaubt wenn ein kranker nicht mehr zu leben imstande wäre.“ Die Glaubenskongregation betont, dass das flehentliche Bitten von Schwerkranken, die für sich den Tod verlangen, nicht als wirklicher Wille zur Euthanasie zu verstehen ist, sondern ein angstvolles Rufen nach Hilfe und Liebe.

In der Enzyklika *Evangelium vitae* von Johannes Paul II schreibt er, dass assistierter Selbstmord als „falsches Mitleid“ zu bezeichnen ist, da sich „echtes Mitleid“ mit dem Schmerz des anderen solidarisiert, und nicht den tötet, dessen Leiden unerträglich ist. Im Katechismus der katholischen Kirche im Absatz 2281 wird Selbstmord aus Sicht der Kirche näher erörtert: „Der Selbstmord widerspricht der natürlichen Neigung des Menschen, sein Leben zu bewahren und zu erhalten. Er ist eine schwere Verfehlung gegen die rechte Eigenliebe. Selbstmord verstößt auch gegen die Nächstenliebe, denn er zerreißt zu Unrecht die Bande der Solidarität mit der Familie, der Nation und der Menschheit, denen wir immer verpflichtet sind. Der Selbstmord widerspricht zudem der Liebe zum lebendigen Gott.“ Im Katechismus wird auch die freiwillige Beihilfe zum Selbstmord als Verstoß gegen die Sittlichkeit und Nächstenliebe erwähnt.

Assistierter Selbstmord bedeutet, dass der Arzt dem Kranken das Mittel zur Selbsttötung zur Verfügung stellt. Das biblisch-christliche Verständnis vom Menschen meint vor allem, dass jeder Mensch Würde besitzt, die in der Gottebenbildlichkeit des Menschen begründet ist, unabhängig von anderen Kriterien. Diese Würde hat der Mensch per se und kann nicht verloren gehen, vor allem kann sie auch von niemandem abgesprochen werden. „Der Mensch hat kein Verfügungsrecht über sein eigenes Leben. Sicherlich hat er Anspruch auf die Linderung seiner Leiden, aber er ist nicht Herr über Leben und Tod.“¹⁵ Oftmals wird versucht schwerstpflegebedürftigen Menschen nur noch ein biologisches Leben zuzusprechen, und so das Menschenwürdeargument zu entkräften. „Dahinvegetieren“ und die Abhängigkeit von anderen wird als unwürdig angesehen, und die „humanste Konsequenz“ wäre die vorzeitige Beendigung dieses Zustandes. Dass diese Schlussfolgerung aus der Sicht der christlichen

¹⁵ Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie, 01.06.1975
http://dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_17.pdf

3. GRUNDRECHT AUF LEBEN ODER RECHT AUF STERBEN? DIE HALTUNG DER CHRISTLICHEN KIRCHEN

Kirchen inakzeptabel ist, geht aus der Textsammlung kirchlicher Erklärungen¹⁶ hervor. Die Christlichen Kirchen fordern so viel medizinische, schmerztherapeutische, menschliche und seelsorgliche Zuwendung wie möglich, aber vor allem auch eine selbstbestimmte Vorsorge der Patienten. Die Tötung, auch die assistierte Selbsttötung eines Menschen als Lösung von Krankheit und Sterben zu akzeptieren, hieße eine Bankrotterklärung an die Menschlichkeit. Oft entsteht der Tötungswunsch Schwerstkranker aus Verzweiflung und die christlichen Kirchen sollen ihm durch menschliche Zuwendung und Fürsorge begegnen. Aktive Sterbehilfe meint die gezielte Tötung eines Menschen durch die Verabreichung eines den Tod herbeiführenden Präparates. Sie ist gesetzlich verboten und wird strafrechtlich verfolgt und zwar auch dann, wenn sie mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten erfolgt. Unter diesem Aspekt würde ich den assistierten Selbstmord sehen.

Er ist mit dem christlichen Verständnis vom Menschen nicht vereinbar. Die evangelische Kirche warnt in den gemeinsamen Texten 17 davor, dass auch durch medikamentöse Intervention das Warten auf den Tod gewahrt bleibt und nicht durch das Eigenmächtige Verfügen über den Todeszeitpunkt ersetzt wird. Durch aktive Sterbehilfe und Assistenz zum Selbstmord würde ein solches Verfügungsrecht in unserer Gesellschaft etabliert, damit würde ein Rechtsanspruch von Sterbenden auf vorzeitige Beendigung ihres Lebens generiert. Eine weitere Problematik wäre der verdeckte Anspruch an Sterbende von diesem Recht Gebrauch zu machen sobald sie glauben, ihrer Umgebung zur Last zu werden.

¹⁶ Gemeinsame Texte 17 Hrsg, Kirchenamt der evangelischen Kirche Deutschland und dem Sekretariat der deutschen Bischofskonferenz, http://dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_17.pdf

3. GRUNDRECHT AUF LEBEN ODER RECHT AUF STERBEN? DIE HALTUNG DER CHRISTLICHEN KIRCHEN

3.3 Die Einstellung der Kirche zur Euthanasie

Der Katechismus der katholischen Kirche gibt auch Aufschluss über die Einstellung der Kirche zum Thema Euthanasie. Im Absatz 2277 wird die Euthanasie als sittlich unannehmbar bezeichnet, da sie, aus welchen Gründen und mit welchen Mitteln auch immer, dem Leben behinderter, kranker oder sterbender Menschen ein Ende setzt. Euthanasie wird in diesem Text als Handlung oder Unterlassung bezeichnet, die von sich aus oder der Absicht nach den Tod herbeiführt, um dem Schmerz ein Ende zu machen. Sie wird gleichgesetzt mit Mord, ein schweres Vergehen gegen die Menschenwürde und gegen die Achtung, die man dem lebendigen Gott, dem Schöpfer schuldet. Dieses Fehlurteil, dem man gutgläubig verfallen kann, ändert die Natur dieser mörderischen Tat nicht. Papst Johannes Paul II behandelt das Thema Euthanasie ausführlich in der Enzyklika *Evangelium vitae*¹⁷: „Ich bin es, der tötet und lebendig macht.“ (Dtn 32, 39) Das Drama der Euthanasie.

In der Enzyklika beschreibt Johannes Paul den Widerspruch in der Wahrnehmung des Todes im heutigen kulturellen Umfeld, das durch medizinischen Fortschritt und Technologieglaube geprägt ist. In der gegenwärtig vorwiegend hedonistisch geprägten Lebensführung in den westlichen Industrienationen weist die Erfahrung des Sterbens komplett neue Wesensmerkmale auf. Der Tod wird dann als paradox empfunden, wenn er ein Leben beendet, das von Vergnügen und Wohlbefinden geprägt war. Hingegen wird er zur „beanspruchten Befreiung“, wenn er ein Leben beendet, das bereits für sinnlos gehalten wird, da die weitere Existenz nur noch weiteres Leiden bringen würde. Eine weitere Anmaßung sieht die Kirche in der Einstellung der Gesellschaft und Wissenschaft sich selbst Maßstab und Norm zu sein. Menschen die ihre Beziehung zu Gott ablehnen, wollen völlig selbstbestimmt über ihr Leben entscheiden können. Der Fortschritt der Medizin macht es möglich, Leben selbst im Zustand extremster Schwäche zu erhalten oder gar zu verlängern. Das ist das Umfeld die die Gesellschaft zur Euthanasie führt. Die Gefahr dabei ist, dass sich eine „Kultur des Todes“ entwickelt, die nicht wie ihre Protagonisten meinen, human ist, sondern aus Sicht der Kirche als absurd und unmenschlich zu bezeichnen ist. Johannes Paul II definiert Euthanasie „als Handlung oder Unterlassung, die ihrer Natur nach und aus bewusster Absicht den Tod herbeiführt, um auf diese Weise jeden Schmerz zu beenden.“ Der Vorsatz des Willens ist dabei ein wesentliches Kriterium. Diese vorsätzliche Handlung oder Unterlassung

¹⁷ Enzyklika *Evangelium Vitae*, Johannes Paul II, 25.03.1995; III. Kapitel - Du sollst nicht töten - Das heilige Gesetz Gottes

3. GRUNDRECHT AUF LEBEN ODER RECHT AUF STERBEN? DIE HALTUNG DER CHRISTLICHEN KIRCHEN

ist zu unterscheiden von dem Recht auf bestimmte Eingriffe zu verzichten, wenn sie der Situation des Patienten nicht mehr angemessen sind. Dann wenn sich der Tod unvermeidlich ankündigt, darf man aus Gewissensgründen auf weitere Heilbehandlungen verzichten ohne, dass man die Bemühungen unterlässt, die in gleichgelagerten Fällen dem Kranken geschuldet werden. Nach Ansicht der katholischen Kirche ist der Verzicht auf außergewöhnliche Heilmittel nicht gleichzusetzen mit Euthanasie, sondern ein Beweis die menschliche Situation im Angesicht des Todes zu respektieren. Die terminale Sedierung ist aus Sicht der christlichen Kirchen strikt abzulehnen: „Man darf auch nicht einwenden es sei nur ein gradueller Unterschied zwischen dem Verzicht auf die Anwendung außergewöhnlicher medizinischer Mittel und der Verabreichung einer den Tod herbeiführenden Spritze, zwischen einer großen und einer noch etwas größeren Dosis schmerzstillender Mittel. Zwischen Sterbenlassen und töten bleibt ein wesentlicher Unterschied, ganz gleich, welche Dosis schmerzstillender Mittel angewandt wird.“¹⁸ Der Rat der deutschen Bischofskonferenz spricht in einer Veröffentlichung mit dem Titel „Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie“¹⁹: „Anspruch auf ein menschenwürdiges Sterben kann ferner bedeuten, dass nicht alle medizinischen Mittel ausgeschöpft werden, wenn dadurch der Tod künstlich hinausgezögert würde“, weiters: „wenn der Patient, Angehörige und Ärzte, unter Abwägung aller Umstände von der außergewöhnlichen Maßnahmen und Mittel absehen, kann man ihnen nicht die Anmaßung eines unerlaubten Verfügungsrechtes über menschliches Leben vorwerfen. Für den Arzt setzt dies freilich voraus, dass er vorher die Zustimmung des Patienten oder, wenn das nicht mehr möglich ist, der Angehörigen, eingeholt hat. In dieser Entscheidung wird die Sterblichkeit des Menschen und die seinem Leben von Gott gesetzte Frist geachtet.“

Die katholische Kongregation zur Glaubenslehre hat in ihrer Erklärung zur Euthanasie eindeutig klargestellt: „Es geht dabei um die Verletzung eines göttlichen Gesetzes, um eine Beleidigung der Würde der menschlichen Person, um ein Verbrechen gegen das Leben, um einen Anschlag gegen das Menschengeschlecht.“ Die Kirche anerkennt, dass die Schuld derjenigen, die den Tod erbitten, oder derer, die anderen Schwerkranken aus Irrtum und falsch verstandener Nächstenliebe den Tod zufügen, gemindert sein kann, doch ist dieser todbringende Akt in sich selbst immer abzulehnen.

¹⁸ http://dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_17.pdf Seite 12

¹⁹ Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie, 01.06.1975

http://dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk1a.bischoefe/db_004.pdf

4. STERBEN IN WÜRDE

4.1 Palliativmedizin

Einleitend möchte ich den Begriff Palliativmedizin definieren. Die Welt Gesundheitsorganisation definiert die Palliativmedizin als: „aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten, mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.“²⁰

Die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin betont in ihrer Definition die Erhöhung der Lebensqualität der Patienten: „Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.“²¹

Eine sehr umfassende Definition liefert die Canadian Hospice Palliative Care Assoziation. Sie definiert palliative Versorgung als „eine Kombination von aktiven und schonenden Therapien, mit dem Ziel dem einzelnen Patienten und seiner Familie im täglichen Leben mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung beizustehen und sie zu unterstützen. Sowohl in der Phase der Erkrankung, als auch in der Phase des Verlusts und der Trauer soll eine palliative Behandlung danach streben, den körperlichen, psychischen sozialen und spirituellen Erwartungen und Bedürfnissen des Betroffenen und der Angehörigen nachzukommen, und dabei gleichzeitig den persönlichen, kulturellen und religiösen Werten, Überzeugungen und Praktiken einfühlsam zu begegnen...“²²

Leider herrscht meist die Meinung vor, dass Palliativmedizin auf „Schmerztherapie für Krebspatienten“ reduziert wird, man darf aber nicht außer Acht lassen, dass es durchaus Krankheitsbilder gibt, die in der Terminalphase der Erkrankung ebenso palliativmedizinischer Betreuung bedürfen. Patienten mit amyotropher Lateralsklerose benötigen intensive Betreuung in der Endphase ihrer Erkrankung oder Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz können akut und lebensbedrohliche Krisen durchmachen, die mit schwerem körperlichen Leid einhergehen und auch psychische Ausnahmesituationen darstellen. Es gibt noch zahlreiche andere Krankheitsbilder, die in der Endphase palliativmedizinisch betreut werden sollten, doch scheitert dieses Vorhaben meist an den strikten Aufnahmekriterien der Hospize, die

²⁰ WHO.1990Cancer pain relief,WHO,Genf

²¹ KlaschikE,NauckF,RadbruchL,SabatowskiR: Palliativmedizin-Definitionen und Grundzüge;Gynäkologe 2000.33:705 Springer Verlag

²² Canadian Palliative Hospice Care Association1995 Palliative care: Towards a consensus in standardized principles of practice. CHPCA, Ottawa. www.chpca.net/home.htm

4. STERBEN IN WÜRDE

Zentren der Palliativmedizin sind. Hospize nehmen in der Regel nur onkologische Patienten auf und auch nur dann, wenn die kausale Therapie ausgeschöpft ist. Moderne Palliativmedizin beginnt bereits bei der Diagnosestellung. Derek Doyle, ein Gründervater der modernen Palliativmedizin spricht von der Mitteilung der Diagnose als „ersten Schritt der Palliativbetreuung“²³ Palliativmedizin ist also weit mehr als nur Schmerztherapie. Der Patient ist als Ganzes zu sehen und in seiner konkreten Wirklichkeit wahrzunehmen. Mangelnde Empathie muss man leider immer öfter im Krankenhausalltag beobachten. Gefragt ist der verständnisvolle, einfühlsame Arzt, der bereits bei der Diagnosestellung Fehler im zwischenmenschlichen Umgang vermeidet. Das ist ein essentieller Faktor in der Arzt – Patient Beziehung. In die Arzt – Patientenbeziehung sollten auch die Angehörigen, sofern der Patient das wünscht, eingebunden werden. Damit vermeidet man Ängste in Bezug auf die medizinische Betreuung am Lebensende. Nahestehende Angehörige und der schwerkranke Patient verhalten sich wie „korrespondierende Gefäße“, das heißt Leidensverminderung des Kranken bedeutet Entlastung der Angehörigen und psychosoziale Zuwendung zu den Nahestehenden bedeutet immer auch Entlastung für den Patienten.

Definitionsgemäß ist das Ziel der Therapie die Lebensqualität der betroffenen zu verbessern. Dieses Ziel ist nicht nur durch medikamentöse Symptomkontrolle wie zum Beispiel Schmerztherapie oder Beseitigung der Tumorspezifischen Beschwerden zu erreichen, sondern man muss auch die psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Patienten und der Angehörigen berücksichtigen. Außerdem müssen ethisch rechtliche Fragen erörtert werden. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Art der Kommunikation, die Arzt – Patientenbeziehung und schließlich auch die Frage der Sterbehilfe. Palliativmedizin schließt operative Therapien, Chemotherapien und Strahlentherapien nicht grundsätzlich aus, auch wenn sie keinen kurativen Ansatz mehr haben. Voraussetzung ist aber, dass die Vorteile der Maßnahmen größer sind als die zu erwartenden Nachteile.

„Die letzte Zeit im Leben eines schwer kranken Menschen ist für ihn nicht die Terminalphase einer unheilbaren Krankheit, sondern die alles entscheidende Zeit seines Lebens: Sie bedeutet Abschied nehmen und weggehen von dieser Welt. Es ist also eine wesentliche ärztliche Aufgabe, Kranke auch in dieser nicht selten höchst schwierigen Lebens- und Sterbenszeit angemessen zu behandeln und zu begleiten.“²⁴

²³ DoyleD,O`ConnellS 1996, Breaking bad news: starting palliative care.JRSocMed89:590-591

²⁴ Aulbert, Nauck Radbruch 2007 Lehrbuch der Palliativmedizin,Schattauer,Stuttgart S.1019

4. STERBEN IN WÜRDE

Zum besser Verständnis der unterschiedlichen Ansätze palliativmedizinischer Methoden möchte ich die Stadien, die ein Mensch am Ende seines Leidensweges durchläuft näher beschreiben.

Bei Patienten mit begrenzter Lebenserwartung aufgrund fortgeschrittener Krankheiten lassen sich 4 Phasen im Krankheitsverlauf unterscheiden:²⁵

1. Rehabilitationsphase:

Dauer viele Monate bis Jahre, normales gesellschaftliches Leben ist trotz fortgeschrittener Erkrankung noch möglich. Voraussetzung ist adäquate palliativmedizinische Betreuung.

2. Präterminalphase:

Dauer mehrere Wochen bis Monate, die Möglichkeiten des aktiven Lebens sind eingeschränkt. Die Patienten zeigen Symptome der fortgeschrittenen Erkrankung, die meisten Beschwerden können durch umfassende Schmerz- und Symptomkontrolle zufriedenstellend gelindert werden.

3. Terminalphase:

Dauer wenige Tage bis eine Woche, verbunden mit Bettlägerigkeit, Ruhelosigkeit, oftmals Rückzug nach innen.

4. Finalphase:

Dauer einige Stunden bis zu einem Tag, der Mensch liegt im Sterben, das Bewusstsein ist nicht auf die Außenwelt gerichtet.

Die Grenzen dieser Phasen am Lebensende sind fließend und auch nicht unumkehrbar, oftmals kommt es zu abruptem Wechsel der Phasen, aber auch zu einer unerwarteten Besserung, einer zurückgehenden Krankheitsentwicklung.

²⁵ Aulbert,Nauck,Radbruch:Lehrbuch der Palliativmedizin,2. Auflage, Schattauer 2007 S.1019 - 1020

4. STERBEN IN WÜRDE

4.2 Entwicklung und Stand der Palliativmedizin in Österreich

In Österreich haben sich die Hospizbewegung und die Palliativmedizin erst relativ spät etabliert. In den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts begannen Altenhelfer der Caritas und Pflegepersonal der Spitäler und Heime zu fordern, sterbenden Menschen mehr Augenmerk zu schenken und Angehörige in dieser schwierigen Phase einzubinden. Sie beklagten auch, dass keine ausreichende Schmerztherapie in der terminalen Phase der Patienten stattfand. Sr. Hildegard Teuschl, Leiterin der Lehranstalt für Sozialberufe der Caritas in Wien, veranstaltete 1978/79 erstmals einen Kurs für Sterbebegleitung.²⁶ In den folgenden Jahren gingen vor allem von katholischen Bildungshäusern wie Mariatrost in Graz, Lainz in Wien, und St Bernhard in Wiener Neustadt Initiativen aus. Sie thematisierten die Hospizidee und in den Pfarren entstanden Selbsthilfegruppen die zu Keimzellen für die späteren lokalen Hospizgründungen wurden.

1991 eröffnete in Wien das erste Hospiz, bis zu Jahr 2003 gab es bereits 5 Hospize, 12 Palliativstationen, 2 Tageshospize, 10 mobile Palliativteams, 70 ehrenamtliche Teams und 5 palliativmedizinische Konsiliardienste.²⁷

1993 wurde der Dachverband Hospiz Österreich gegründet. Der Dachverband fasst über 200 Hospiz und Palliativeinrichtungen zusammen, vertritt die Interessen von Hospizinitiativen und führt seit 2005 jährlich eine bundesweite Datenerhebung bei allen Hospiz und Palliativeinrichtungen in Österreich durch. Mit dem Stand zum 31. 12. 2008 gab es in Österreich insgesamt 235 Hospiz und Palliativeinrichtungen.²⁸

²⁶ HöflerA, Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich.Zukunft braucht Vergangenheit.Wien:Kursbuch palliative care 2/2001

²⁷ KuchC,EbnerE,KöckC,2000 Hospiz Evaluierungsstunde.Endbericht.Wien

²⁸ Pelttari-StachlL,ZotteleP;Datenerhebung 2008 von Hospiz Österreich

4. STERBEN IN WÜRDE

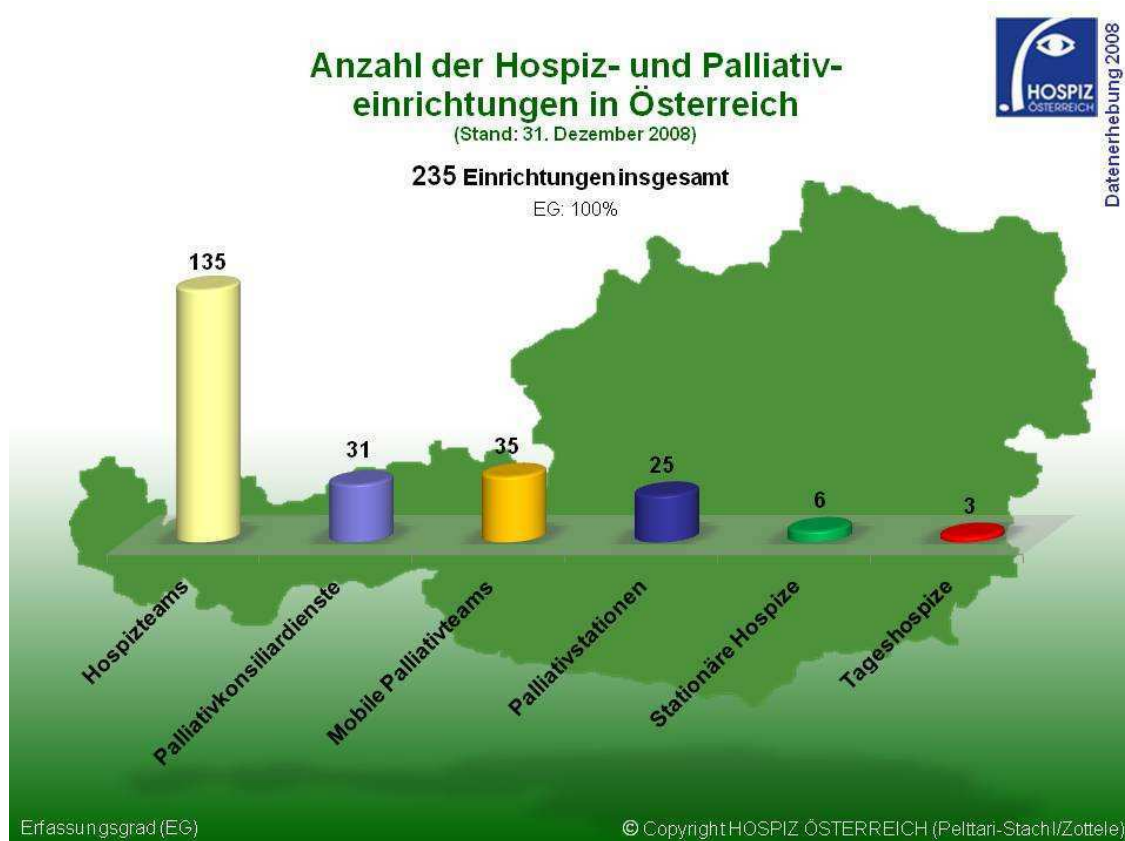


Abbildung 4 Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen 2008 Erfassungsgrad 100%

1999 kam es zur Gründung der Österreichischen Palliativgesellschaft, die zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin die Zeitschrift für Palliativmedizin herausgibt.²⁹

Am Landeskrankenhaus Universitätsklinikum Graz besteht seit 2001 eine Universitäre Palliativmedizinische Einrichtung, sie wird assoziiert zur klinischen Abteilung für Onkologie unter der Leitung von Univ. Prof. Dr. H. Samonigg an der Univ. Klinik für Innere Medizin betrieben.

Palliativmedizin ist in Österreich kein eigenes Fachgebiet, trotz der begrüßenswerten Dynamik im Hospiz und Palliativbereich ist man in Österreich von einer flächendeckenden Versorgung noch weit entfernt. Erklärtes Ziel des Dachverbandes Hospiz Österreich ist es, bis 2012 eine abgestufte flächendeckende Hospiz- und Palliativversorgung zu verwirklichen.

²⁹ HuseboS, KlaschikE, Palliativmedizin; 3. Auflage, Springer 2003; S.13

4. STERBEN IN WÜRDE

4.3 Wo wird Palliativmedizin praktiziert?³⁰

1. Palliativstationen:

Sind eigenständige in einem Krankenhaus integrierte Stationen, aufgenommen werden Patienten mit inkurablen, fortgeschrittenen Erkrankungen und Symptomen, wie Schmerzen oder psychosoziale Probleme. Ziel der Behandlung ist die Entlassung des Patienten in die häusliche Umgebung unter ausreichender Symptomkontrolle. Ärztliche Betreuung über 24 Stunden muss gewährleistet sein, der Personalschlüssel soll 1,4: 1 (Pfleger: Patient) sein. Ein Arzt sollte maximal für 10 Betten zuständig sein. Idealerweise gibt es 2 Bettzimmer, ein zentraler Treffpunkt sollte in Form eines Wohnzimmers eingerichtet sein. Unterbringungsmöglichkeiten für Angehörige sollten eingerichtet sein.

2. Stationäre Hospize:

Sind eigenständige Häuser mit selbständiger Organisationsstruktur, aufgenommen werden Schwerstkranke und Sterbende mit einer inkurablen weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, bei denen eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich ist und eine ambulante Betreuung nicht möglich ist. Schwerpunkt ist die Überwachung der Schmerztherapie, sowie pflegerische Betreuung, auch im psychosozialen Kontext. Tätig sind haupt- und ehrenamtliches Personal, niedergelassene Ärzte.

3. Tageshospize:

Ein wesentlicher Aspekt ist die Entlastung und Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen. Ziel ist den Patienten solange als möglich in seiner häuslichen Umgebung pflegen zu können. Auch hier arbeiten haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter, die ärztliche Versorgung erfolgt durch Hausärzte.

4. Ambulante Palliativdienste:

Diese Dienste betreuen in Zusammenarbeit mit Hausärzten, Palliativstationen, schmerztherapeutischen Einrichtungen, Hospizen, und Krankenhäusern Patienten und ihre Angehörigen zu Hause. Die Aufnahmekriterien entsprechen denen der stationären Hospize, eine ambulante Betreuung muss aber möglich sein. Hauptaufgabe ist die Übernahme palliativ-pflegerischer Tätigkeiten, Anleitung und Beratung der Angehörigen, Hilfe bei der

³⁰ Sabatowski R, Radbruch L, Nauck F, Löffel G, Meuser T, Lehmann K A; 2000 Entwicklung und Stand der stationären palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland.

4. STERBEN IN WÜRDE

Trauerarbeit, sozial-rechtliche Beratung. Die Erreichbarkeit muss rund um die Uhr gewährleistet sein. Ambulante Dienste verstehen sich als Ergänzung zu den bereits bestehenden Diensten. Das Team besteht aus haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern.

5. Ambulanter Hospizdienst:

Hier betreuen ehrenamtliche Mitarbeiter Schwerstkranke und Sterbende zu Hause oder in Pflegeeinrichtungen, sie arbeiten mit anderen ambulanten Diensten in enger Kooperation, sind Ansprechpartner in Fragen der Schmerztherapie, beraten in Behördenfragen, und leisten Trauerarbeit. Hier arbeiten vorwiegend ehrenamtliche Mitarbeiter, von einem Hauptamtlichen Mitarbeiter koordiniert.

6.Hospizinitiativen:

Leisten Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit, jedoch keine Patientenbetreuung

7.Palliativmedizinischer Konsiliardienst:

Ein in der Palliativmedizin erfahrenes Team aus Arzt, Krankenpfleger, Seelsorger, Physiotherapeut, bietet seine Kenntnisse in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Pflege und psychosoziale Betreuung den Allgemeinstationen eines Krankenhauses an.

4. STERBEN IN WÜRDE

4.4 Schmerztherapie und Symptomkontrolle in der Palliativmedizin

Die symptomorientierte Schmerztherapie in der terminalen Phase einer onkologischen Erkrankung stellt einen entscheidenden Eckpfeiler in der palliativen Betreuung schwerstkranker Patienten dar. Krebspatienten leiden in der Regel an einer Vielzahl physischer wie psychischer Funktionsstörungen, die bei unzureichender Behandlung die Lebensqualität der Betroffenen deutlich einschränken.

Schmerz ist das Leitsymptom vieler derartiger Funktionsstörungen und leider findet eine suffiziente Schmerztherapie oftmals nicht statt. Die Ursachen für die insuffiziente Schmerztherapie liegen einerseits in einer unzureichenden Schulung der niedergelassenen Ärzte, aber auch Spitalsärzte sind in palliativen Behandlungsstrategien wenig bewandert. Die Behandlung des onkologischen Patienten weist spezifische Besonderheiten auf. Anders als in einem kurativen Kontext, bei dem die Besserung der Symptome auch eine Besserung der Krankheit andeutet, ist bei onkologischen Erkrankungen im progredienten Stadium die zunehmende Symptomlast häufig Ausdruck ihrer Progredienz. Der Symptomenkomplex schließt auch psychische, psychosoziale und spirituelle Probleme mit ein. Patienten die Aufnahme an Palliativstationen finden klagen oft über Symptome wie: Schmerzen, Übelkeit, Dyspnoe, Erbrechen, allgemeine Schwäche, Angst und Desorientiertheit.³¹ Eine Miteinbeziehung des familiären Umfelds in die Therapieplanung sollte erwogen werden, um optimale Therapieerfolge erreichen zu können. Das nähere soziale Umfeld des Patienten ist deshalb von Bedeutung, weil primär die ambulante Betreuung in der häuslichen Umgebung angestrebt wird, die nur gelingt wenn eine umfassende Stabilisierung des Patienten auf Symptomebene erreicht wird. Wenn Entgleisungen zur stationären Aufnahme führen, ist das Behandlungsziel die Neueinstellung der Beschwerden, gefolgt von der Rehabilitation in die vertraute Umgebung.³²

In der 1999 veröffentlichten Studie über Schmerzprävalenzen von Tumorpatienten in Deutschland kommt die Autorin zu dem Schluss, dass an jedem Tag in Deutschland 220 000 Tumorpatienten unter Behandlungsbedürftigen Schmerzen leiden und bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen in 70 – 90% der Fälle chronische behandlungsbedürftige Schmerzzustände auftreten.³³

³¹ NauckF,RadbruchL,OstgatheC et al. 2002;Kerndokumentation für Palliativstationen-Strukturqualität und Ergebnisqualität.Palliativmedizin 3:41-49

³² BeckD,KettlerD,2001,Symptomkontrolle in der Palliativmedizin;Schmerz 15:320

³³ HeidemannE 1999Tumorpatienten in Deutschland:Was wissen wir über Schmerzprävalenzen?Schmerz 13:249-252

4. STERBEN IN WÜRDE

Auf dem Weg zu einer standardisierten Erfassung der Schmerzintensität stellt uns die ausschließlich subjektive und komplexe Natur von Schmerzen immer wieder vor Probleme. Nach einer Definition der International Association for the Study of Pain ist Schmerz „ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktuellen oder potenziellen Gewebeschädigungen verknüpft ist oder mit Begriffen solcher Schädigungen beschrieben wird.“³⁴

Da es keine objektiven Kriterien für die Schmerzintensität gibt, erfolgt die Einschätzung durch die visuelle Analogskala. Hierbei markiert der Patient auf einer Skala die von ihm empfundene Schmerzintensität. Auf der Rückseite der Skala ist diese Strecke numerisch von 0 = kein Schmerz, bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz angegeben. Die VAS hat sich bewährt, um die vom Patienten angegebene Schmerzintensität numerisch zu erfassen, und somit Therapieerfolge zu überwachen. Die visuelle Analogskala wird auch in den folgend vorgestellten Symptomchecklisten verwendet.

In der Palliativbehandlung hat die Dokumentation der Schmerzintensität einen wesentlichen Stellenwert. Bei Patienten mit malignen Tumoren werden die Schmerzen neben anderen häufig auftretenden Symptomen in Symptomchecklisten abgefragt. Verschiedene Symptomchecklisten werden zur regelmäßigen Dokumentation vorgeschlagen.³⁵

- Memorial Symptom Assessment Score:
Er umfasst 32 Symptome, wird für Querschnittsuntersuchungen oder Analysen mit langen Abständen zwischen den Erfassungszeiten eingesetzt. Wenig praktikabel, wird im Klinischen Alltag vom medizinischen Personal und den Angehörigen oftmals abgelehnt.
- Symptom Distress Scale:
Beschreibt die Häufigkeit und Intensität von 13 Symptomen
- Rotterdam Symptom Checklist:
Beschreibt 34 Symptome, kann von Tumorpatienten oft nicht ausgefüllt werden.

Für diese drei Instrumente zur Schmerzerfassung gibt es bislang keine deutschsprachigen Versionen. Zwei Praktikable und empfehlenswerte Checklisten sind:

³⁴ Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press 1994

³⁵ Aulbert, Nauck, Radbruch: Lehrbuch der Palliativmedizin, 2. Auflage, Schattauer 2007 S.166

4. STERBEN IN WÜRDE

(1) Edmonton Symptom Assessment System:

Ist wesentlich kürzer und kann für die klinische Praxis empfohlen werden. Diese Checkliste umfasst Schmerzintensität, Aktivität, Wohlbefinden und 6 Symptome (Übelkeit, Depression, Angst, Müdigkeit, Appetit und Luftnot). Die Schmerzintensität wird auf visuellen Analogskalen bewertet.

(2) Minimale Dokumentationssystem für Palliativmedizin:

Beschreibt die durchschnittliche und maximale Schmerzintensität, das Befinden und mehrere Symptome (Übelkeit, Schwäche, Angst, Müdigkeit, Verstopfung und Luftnot) Die Symptome werden auf numerischen oder verbalen Rangskalen eingeschätzt.

Diese deskriptiven Verfahren zur Evaluierung der Beschwerden und Symptome der Patienten geben den Behandlern wichtige Informationen, um mit einer suffizienten medikamentösen Schmerztherapie beginnen zu können, beziehungsweise die aktuelle Schmerztherapie auf ihre Effektivität zu prüfen.

4. STERBEN IN WÜRDE

4.5 Medikamentöse Schmerztherapie

Schmerzen sind das mit einer Krebserkrankung am häufigsten assoziierte Symptom. Im fortgeschrittenen Stadium einer onkologischen Erkrankung, aber hauptsächlich bei soliden Tumoren klagen 70 – 90% der Patienten über chronische Schmerzen. Viele der chronischen Schmerzpatienten leiden unnötig, da sie bei adäquater Anwendung der Therapieempfehlungen gut einstellbar wären. Die Richtlinien der WHO zur Tumorschmerztherapie empfehlen nach ausführlicher Schmerzdiagnose, die Schmerzanamnese und eine genaue Untersuchung voraussetzt, eine möglichst orale Schmerztherapie.³⁶

Tumorschmerzen sind meist Dauerschmerzen, daher ist die Verordnung und Applikation der Medikamente nach einem fixen Zeitschema erforderlich, um effektiv zu sein. Die wichtigsten Grundlagen der medikamentösen Schmerztherapie sind:

- Vorzugsweise orale Gabe der Analgetika
- Einnahme nach fixem Zeitschema **bevor** erneut Schmerzen auftreten
- Individuelle Dosierung
- Kontrollierte Dosisanpassung
- Begleitmedikation zur Prophylaxe von Nebenwirkungen

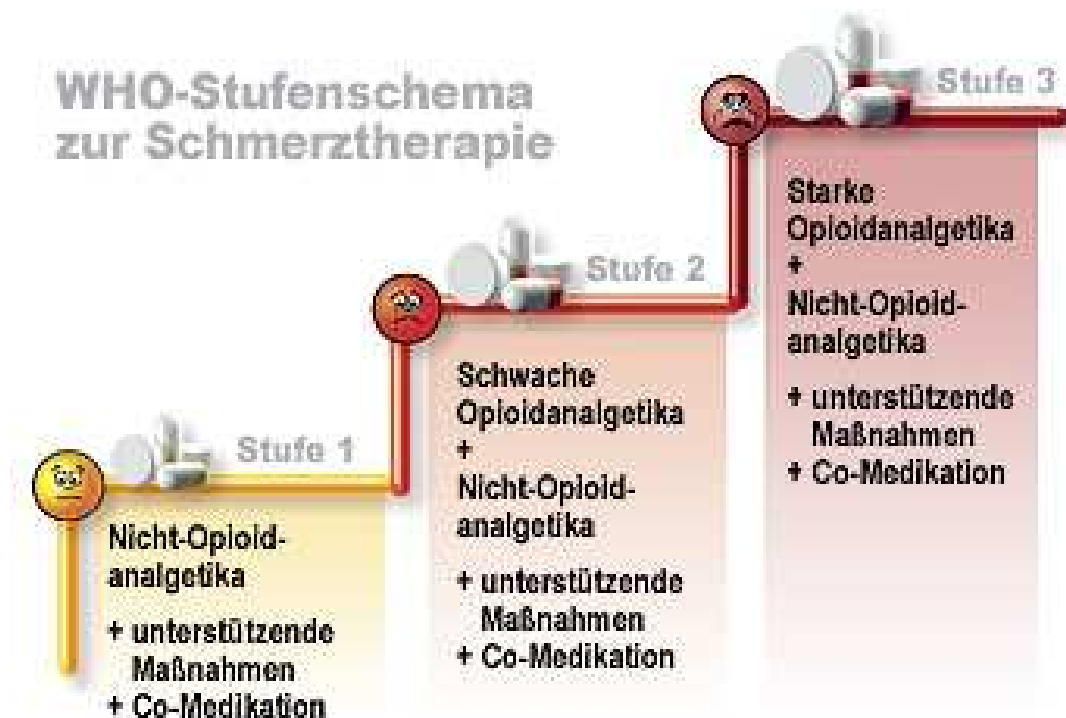
Die Welt Gesundheits Organisation (WHO) stellte erstmals 1986 ein 3 Stufenschema zur Schmerztherapie vor. Die Effektivität dieses Schemas wurde in einer Langzeitstudie bewiesen. Die Autoren konnten nachweisen, dass bei 75 – 90% der Patienten mit Tumorschmerzen ihr Leiden auf ein annehmbares Maß reduzierbar war und sie dadurch eine deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität erfuhren.³⁷ Die Wahl der Medikamente soll sich an der Schwere der Schmerzen und nicht am Krankheitsstadium orientieren, Opioide können schon in frühen Krankheitsstadien eingesetzt werden. Analgetika sollten kontinuierlich und in regelmäßigen Intervallen verabreicht werden, ihre Dosis, wenn nötig schrittweise gesteigert werden.

³⁶ WHO, Cancer Pain Relief. Genf: WHO 1986

³⁷ ZechDF, GrondS, LynchJ, HertelD, LehmannKA. Validation of World Health Organisation. Guidelines for cancer pain relief: a 10 year prospective study. Pain 1995;63:65

4. STERBEN IN WÜRDE

4.5.1 Das 3 Stufen Schema der World Health Organisation (WHO)³⁸



Die Behandlung sollte für Patienten mit mäßigen Schmerzen auf Stufe 1 beginnen. Ist die Schmerzlinderung unzureichend, oder treten stärker werdende Schmerzen auf, erfolgt eine Umstellung zunächst auf die Stufe 2 oder später auf die Stufe 3. Sollten Tumorpatienten zu Beginn der Therapie bereits unter starken Schmerzen leiden, so kann gleich mit der 3. Stufe begonnen werden.

Das Hauptkriterium für die Auswahl eines Analgetikums ist die Art und Intensität des Schmerzes, angewendet werden Nichtopioid – Analgetika, mittelstarke und starke Opioide. Analgetika werden schrittweise gegen den Schmerz titriert, die Dosis wird dabei soweit gesteigert, bis der Patient ausreichend schmerzfrei ist oder Nebenwirkungen auftreten, die eine weitere Steigerung der Dosis verbieten. Außerdem muss eine ständige Dosisanpassung stattfinden, denn infolge der Tumorprogression kommt es oftmals zu Schmerzsteigerungen. Sollten Schmerzspitzen auftreten so werden diese durch ein Sechstel der Opioid – Gesamttagesdosis in kurzwirksamer Form (Lösung/Tropfen/Tabletten) therapiert.³⁹

³⁸ http://www.nhl-info.de/exec/start?site=/non_hodgkin_lymphome/63.htm&check=0

³⁹ Aulbert,Nauck,Radbruch:Lehrbuch der Palliativmedizin,2. Auflage,Schattauer 2007 S.200

4. STERBEN IN WÜRDE

Therapie der Stufe 1:

Verwendet werden Nicht-Opioidanalgetika wie Paracetamol, Metamizol oder Antiphlogistika wie Ibuprofen oder Celecoxib.

Therapie der Stufe 2:

In der Stufe 2 wird die Therapie der Nichtopioide durch ein mittelstarkes Opioid wie zum Beispiel Tilidin/Naloxon, Tramadol oder Codein ergänzt.⁴⁰

Therapie der Stufe 3:

Sollte die Analgesie dennoch nicht ausreichen, kann anstelle eines mittelstarken Opioids ein starkes Opioid eingesetzt werden. Das Medikament der ersten Wahl war in den letzten Jahren Morphin. Ängste vor psychischer Abhängigkeit sowie atemdepressiver Effekte sind bei individueller Dosistitration unbegründet.

4.5.2 Therapieempfehlungen zur Opioid und Morphingabe⁴¹

Bei Therapiebeginn sollte ein nur mäßig retardiertes Standardmorphin zur Dosistitration verwendet werden. Dieses Standardmorphin eignet sich später auch zur Bedarfsmedikation bei Schmerzspitzen. Eine stärker retardierte Form dient zur Abdeckung des größten Anteils der ermittelten Tagesdosis zur Schmerzprophylaxe. Auf möglichst gleichbleibende Plasmaspiegel ist dabei zu achten. In der Einstellungsphase wird alle 4 – 6 Stunden ein Standardmorphin gegeben, in der Schlafphase des Patienten kann man die Dosis gegebenenfalls verdoppeln, um schmerzbedingtes Aufwachen zu verhindern. Retardopioide wie Oxycodon und Hydromorphon verbessern nach Beendigung der Titrationsphase den Patientenkomfort, sie sind besser verträglich und haben eine höhere analgetische Potenz als Morphin. Bei Patienten mit stabilem Schmerzniveau können auch transdermale Systeme mit den Wirkstoffen Buprenorphin und Fentanyl in Form von „Pflastern“ eingesetzt werden.

⁴⁰ FreynhagenR,ZenzM,StumpfM.1994,WHO Stufe II-Klinische Realität oder didaktisches Instrument?Schmerz8:210-215

⁴¹ BeckL,JanßenG,FreynhagenR,GöbelU,2006,Palliativmedizin:Betreuung,Schmerztherapie und Symptomkontrolle.Der Gynäkologe 6,39:455-470

4.6 Therapie der Begleitsymptome

Durch die in der Schmerztherapie verwendeten Medikamente kann es zu unerwünschten Wirkungen, aber auch zu Nebenwirkungen kommen, die ebenfalls therapiert werden müssen. Vor allem die Auswirkungen der Opioidtherapie werden vom Behandler, aber auch von den Patienten gefürchtet, sie sind aber selten und treten nur unter bestimmten Bedingungen auf. Ein Punkt der für Zurückhaltung in der Verschreibepaxis führt ist die Angst vor einer Abhängigkeitsentwicklung. In der Palliativbehandlung von Schmerzpatienten stellt die Abhängigkeit eine Rarität dar. Voraussetzung ist, dass Opioide zur Behandlung starker Schmerzen, in ausreichender Dosierung und regelmäßig eingenommen werden. Abhängigkeit zeigt sich dadurch, dass beim plötzlichen Absetzen des Medikaments Entzugssymptome auftreten. Daher sollte die Beendigung einer Opioidtherapie stets ausschleichend erfolgen. Einen weiteren Effekt stellt die Toleranzentwicklung dar. Es kommt zum Wirkungsverlust des Opioids bei fortgesetzter Gabe. Hierbei ist zu betonen, dass für die analgetische Wirkung des Opioids die Toleranzentwicklung fast nicht stattfindet, ein Wirkungsverlust resultiert eher in einer Progression des Tumors und der daraus folgenden Schmerzzunahme. Toleranz hinsichtlich anderer Opioidwirkungen wie zum Beispiel Atemdepression, Sedierung und Übelkeit ist sogar von Vorteil, da die Verträglichkeit dadurch gesteigert wird. Im folgenden möchte ich näher auf die Opioidwirkungen, Nebenwirkungen und deren therapeutische Konsequenz eingehen:⁴²

❖ **Atemdepression:**

Eine gefürchtete Nebenwirkung, die aber nur bei massiver Überdosierung auftritt. In der Schmerztherapie tritt diese Wirkung extrem selten und nur bei Patienten mit deutlich reduziertem Allgemeinzustand auf, dies ist bereits bei der Einstiegsdosierung zu berücksichtigen. Bei Patienten, die gleichzeitig Sedativa bekommen ist besonders auf die Atmung zu achten. Eine Besonderheit der zentralen Atemdepression ist, dass die Patienten keine Luftnot verspüren, sie sind daher besonders genau zu überwachen.

❖ **Obstipation:**

Bezüglich der Obstipation gibt es keine Toleranzentwicklung, starke Opioide führen immer zu einer anhaltenden Obstipation. Bereits bei Beginn der Therapie sollten bereits Laxantien

⁴² Aulbert,Nauck,Radbruch:Lehrbuch der Palliativmedizin,2. Auflage, Schattauer 2007 S.190 - 192

4. STERBEN IN WÜRDE

wie Macrogol 3350 oder Natriumpicosulfat gegeben werden. Zu erwähnen ist, dass die transdermale Verabreichung von Opioiden seltener zu Obstipation führt.

❖ **Übelkeit und Erbrechen:**

Diese Nebenwirkung wird von den Patienten als quälend empfunden und bedarf begleitender Medikation. Erste Wahl bei der Prophylaxe und Therapie sind Neuroleptika wie Haloperidol, Metoclopramid, Serotonin Antagonisten und Steroide.

❖ **Sedierung:**

Der zentral dämpfende Effekt der Opiode kann durch Anpassen der Dosierung, Änderung des Applikationsintervalls oder Opioidwechsel in den Griff bekommen werden. Auch der Einsatz stimulierender Medikamente wie Methylphenitrat kann erwogen werden.

❖ **Juckreiz, Schwitzen, Harnverhaltung Verwirrtheit, Mundtrockenheit:**

Sind seltene Nebenwirkungen, deren Ursachen nur zum Teil bekannt sind. Treten diese Symptome auf, sollte symptomorientiert reagiert, gegebenenfalls ein Wechsel des Opioids in Betracht gezogen werden.

4.7 Koanalgetika

Koanalgetika sind Medikamente, die ursprünglich nicht zur Schmerzbehandlung zugelassen sind, jedoch bei speziellen Schmerzformen gute analgetische Wirkung zeigen. Sie können auf jeder Stufe des WHO Stufenschemas bei entsprechender Indikation hinzugefügt werden, vor allem dann, wenn durch die alleinige Gabe von starken Opioiden keine ausreichende Schmerzausschaltung erreicht werden kann. Wichtige Vertreter der Koanalgetika sind:

❖ **Corticosteroide:**

Dexamethason

Sie wirken nicht direkt analgetisch, ihre Wirkung ist multifaktoriell, entzündungshemmend, ödemreduzierend, und appetitsteigernd. Corticosteroide haben einen wichtigen Stellenwert in der Begleitmedikation, sie wirken hervorragend bei Tumorkompressionsschmerzen und dadurch ausgelöste Entzündungen.

❖ **Antidepressiva:**

Amitriptylin, Doxepin, Clomipramin, Imipramin und Venlafaxin

Sie werden bei neuropathischen Schmerzbildern (Dysästhesien, brennende Schmerzen) gegeben.

❖ **Antikonvulsiva:**

Gabapentin, Pregabalin, Carbamazepin, und Clonazepam

Sie werden bei neuropathischen neuralgiformen Schmerzbildern mit anfallsartigem Schmerzcharakter gegeben.

❖ **Muskelrelaxantien:**

Tetrazepam, Baclofen

Sie wirken bei Muskelverspannungen die besonders bei Patienten mit Knochenmetastasen auftreten und durch Analgetika nicht zu therapieren sind. Auch bei zerebral und spinal bedingten Muskelspasmen lässt sich eine deutliche Verringerung des Muskeltonus erzielen.

4. STERBEN IN WÜRDE

❖ **Spasmolytika:**

Butylscopolaminiumbromid

Sie wirken vor allem bei krampfartigen abdominellen Schmerzen aufgrund von Tumoren mit Verlegung von Hohlssystemen (Darm, Blase, ableitende Harnwege). Spasmolytika sind hauptsächlich in der Akutbehandlung indiziert.

❖ **Lokalanästhetika und Antiarrhythmika:**

Lidocain, Mexiletin, Clonidin, Capsicain

Die Anwendung bei neuropathischen Tumorschmerzen ist nur selten indiziert, systemisch angewendet wirken sie als Antiarrhythmika und führen zur Unterdrückung abnormer Übertragungen in zentralen und peripheren Neuronen.

❖ **Biphosphonate:**

Sie wirken vor allem bei Patienten mit schmerzhaften Knochenmetastasen, sie führen zu einer Hemmung der Knochenresorption und normalisieren den Calciumspiegel im Serum. Schmerzlinderung erfolgt durch Reduktion der erhöhten tumorbedingten Calciumwerte, die beim Lungen und Mammacarcinom sowie beim multiplen Myelom auftreten.

4. STERBEN IN WÜRDE

4.8 Die häufigsten Symptome und deren Behandlung in der Palliativmedizin

Eine Studie die die Symptome von 1087 onkologischen Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme auf die Palliativstation beschreibt kommt zu einem differenzierten Beschwerdebild: „76,5% litten unter Schwäche, 64,6% an Schmerzen, 49,6% an Appetitmangel, 36,8% an Übelkeit, 32,9% waren kachektisch, 29,4% litten unter Dyspnoe, 24,2% an Obstipation, 19,6% hatten neurologische Symptome, 16,9% waren anämisch, 15,6% hatten Ödeme, 15% litten an psychiatrischen Symptomen, 11,4% an Schlafstörungen, 11% an Husten...“⁴³

Das waren die Hauptsymptome der Patienten, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. In der Symptombehandlung sind mehrere Grundsätze zu beachten. Die Symptomursache sollte differentialdiagnostisch abgeklärt werden, sind mehrere Faktoren beteiligt, können sie differenziert und schrittweise behandelt werden. Auch die direkte Tumortherapie ist eine sinnvolle Symptomkontrolle, hierbei muss jedoch genau abgewogen werden ob die zu erwartenden Nebenwirkungen in Relation zum zu erwartenden Therapieerfolg stehen. Augenmerk sollte auch auf den Einsatz supportiver Begleitmaßnahmen gelegt werden, denn die toxischen Effekte verschiedener Therapieformen, wie zum Beispiel der Strahlen- oder Chemotherapie sollten durch unterstützende und begleitende Therapien minimiert werden. Für jeden Patienten sind individuelle Therapieschemata nötig, Dosierungen und Applikationsintervalle sollten individuell angepasst werden. In der Palliativmedizin gilt der Grundsatz eine möglichst wirksame Palliation mit möglichst geringer Belastung des Patienten zu erreichen. Symptomorientierte Therapie bedingt auch, dass Symptome die den Patienten nicht belasten, manchmal auch nicht therapiert werden, erträgliche Einschränkungen und Belastungen müssen im Hinblick auf den Gesamtzustand des Patienten vom Kranken toleriert werden.

Wenn medikamentöse Therapieformen nicht den erwarteten Erfolg bringen oder mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden sind, sollte frühzeitig über Alternativen in Form von invasiven Behandlungsansätzen nachgedacht werden. Als Beispiel wäre das Anlegen einer PEG Sonde oder die Einrichtung eines Anus praeter zu erwähnen.

⁴³ Radbruch L, Nauck F, Fuchs M, Neuwohner K, Schulenberg D, Lindena G. What is palliative care in Germany? Results from a representative survey. *J. Pain Symptom Manage* 2002;23(6):471-83

4.8.1 Zuordnung der Schmerzen bei Tumorpatienten:⁴⁴

1. Tumorbedingte Schmerzen:

Darunter sind weitgehend die angegebenen Ursachen einzuordnen.

60 – 90% der Tumorschmerzpatienten

2. Therapiebedingte Schmerzen:

Sind Schmerzen als Folge der Tumortherapie, zum Beispiel Lymphödeme und Nervenverletzungen als Folge von Operationen, die Folgen von Chemotherapien wie Mucositis oder Neuropathien oder Folgen von Bestrahlungen wie Nervenschädigungen und Fibrose.

10 – 25% der Tumorschmerzpatienten

3. Tumorassoziierte Schmerzen:

Sind Schmerzen, die häufig in Begleitung einer Tumorerkrankung auftreten wie z.B. postzosterische Neuralgie, oder Venenthrombosen.

5 – 20% der Tumorschmerzpatienten

4. Tumorunabhängige Schmerzen:

Darunter sind alle weiteren Schmerzsyndrome zu verstehen, die abgekoppelt von der onkologischen Grunderkrankung durch zahlreiche Ereignisse ausgelöst werden können. Dazu zählen Kopfschmerzen, Schmerzen des Bewegungsapparates, gastrointestinale Schmerzen und vieles mehr. Weiterführende Untersuchungen zur genauen Abklärung sind vom Krankheitsstadium abhängig zu machen.

3 – 10% der Tumorschmerzpatienten

Bezüglich der Pathogenese des Schmerzes lassen sich akute und chronische Schmerzen differenzieren. Bedeutung erlangt diese Unterscheidung, da akute Schmerzen in der Regel vorübergehender Natur sind, wegen ihrer Intensität aber ein sofortiges radikales Vorgehen erfordern, chronische Schmerzen sind oft weniger aggressiv, belasten die Patienten aber insofern als sie andauernden und quälenden Charakter haben. Weiters unterscheiden wir nozizeptive von neuropathischen Schmerzen. Nozizeptive Schmerzen werden durch die

⁴⁴ TwycrossR, 1994 Pain relief in advanced cancer; Churchill Livingstone, Edinburgh, London

4. STERBEN IN WÜRDE

Erregung schmerzempfindlicher Nervenfasern im Gewebe ausgelöst. Nozizeptive Schmerzen unterscheidet man wieder in somatische (Gelenke, Knochen,) und viszerale Schmerzen (Eingeweide). Diese Unterscheidung spielt eine zentrale Rolle bei der Wahl der richtigen Medikation. Viszerale Schmerzen sprechen auf die Gabe von Opioiden gut an, da sie ausschließlich über C- Fasern vermittelt werden. Somatische Schmerzen sprechen auf Opioide weniger gut an, da sie sowohl über C- Fasern, als auch über A-Delta Fasern vermittelt werden.⁴⁵ Vor Einleitung der Schmerztherapie steht die Erhebung der Schmerzanamnese. Aufgabe der Schmerzdiagnose ist die Feststellung des Schmerztyps, die Schmerzlokalisierung und die Erhebung der Schmerzintensität. Die Auswahl der Analgetika richtet sich nach der Schmerzursache und Schmerzintensität.

Welche Möglichkeiten stehen der modernen Palliativmedizin für die suffiziente Schmerztherapie onkologischer Patienten zur Verfügung? Wir unterscheiden prinzipiell zwei Verfahren. Die Behandlung kann tumororientiert oder symptomorientiert erfolgen.

Tumororientierte Verfahren:

1. Bestrahlung
2. Chemotherapie
3. Hormontherapie
4. Operation

Symptomorientierte Verfahren:

Primäre Maßnahme: Enterale Pharmakotherapie

- oral
- per Sonde
- rektal

Sekundäre Maßnahme: Parenterale Pharmakotherapie

- nichtinvasiv
(transdermal,sublingual)
- invasiv
(subkutan,intravenös)

Tertiäre Maßnahmen: Rückenmarksnahe Applikation

- epidural
- intrathekal

Neuroablative Verfahren

⁴⁵ HanekopG,KettlerD,BautzM.T,EnsinkF.B.M;2001,Schmerztherapie in der Palliativmedizin,Urologe 41:S229

4. STERBEN IN WÜRDE

4.9 Die Terminale Sedierung

In der Palliativmedizin, aber auch in der Intensivmedizin wird der Begriff Sedierung als Reduzierung des Bewusstseinsniveaus der Patienten verstanden. Ziel dieser Sedierung ist unerträgliche Symptome und Belastungen zu lindern. Die gezielte Bewusstseinsreduktion wird als „Terminale Sedierung“ oder „Sedierung am Lebensende“ (end-of-life sedation) bezeichnet.⁴⁶ Morita et. al versuchen in ihrer Arbeit den Begriff der terminalen Sedierung nach ihrer Intention zu unterscheiden.⁴⁷ Unter primärer terminaler Sedierung verstehen sie eine therapeutische Intervention mit dem primären Ziel, das Bewusstseinsniveau zu senken. Sekundär wäre die Sedierung als Nebenwirkung der palliativen Behandlung und intermittierende terminale Sedierung wäre, wenn sedierende Medikamente nur mit Unterbrechungen verabreicht würden, sodass die Patienten zwischenzeitlich wache Perioden erleben, also die Kommunikationsfähigkeit erhalten bliebe.

Unter kontinuierlicher terminaler Sedierung verstehen die Autoren eine Sedierung ohne Intervalle, eine Senkung des Bewusstseinsniveaus bis zum Tod des Patienten. Weiters unterscheiden sie tiefe- (bis zur Bewusstlosigkeit) von oberflächlicher (Kommunikation noch möglich) terminaler Sedierung. Eine andere Definition, diesmal den Begriff Palliative Sedierung erklärend, sieht als Ziel die Linderung von unerträglichem Leid des Patienten, durch Verabreichung einer sedierenden Substanz zur Symptomkontrolle. Die gesetzte Maßnahme wäre als erfolgreich zu werten, wenn es für den Patienten nachweislich zur Linderung von Leid kommt.⁴⁸

Die Hauptproblematik liegt meiner Ansicht nach im Begriff selbst. Terminal bedeutet in vieler Hinsicht endgültig, terminale Sedierung wird sozusagen mit „letzter Ruhe“ gleichgesetzt. Eine Sedierung also, die zum Tode führt. Diese Auffassung vertreten auch Neitzke und Frewer:“ Der Begriff terminale Sedierung kann nur zutreffend verwendet werden, falls der Tod während der Sedierung eintritt oder die Sedierung von vornherein als permanent bis zum Todeseintritt geplant war.“⁴⁹

⁴⁶ FürstCJ,HagenfeldtK.(End-of-life-sedation-Definition and clinical guidelines needed.)Lakartidningen 2002;99:3830-5.

⁴⁷ MoritaT,TsunodaJ,InoueS,ChiharaS.Do hospice clinicians sedate patients intending to hasten death?J Palliat Care 1999;15(3):20-3.

⁴⁸ Materstvedt LJ,Clark D,Ellershaw J, et al.Euthanasia and physician assisted suicide:a view from an EAPC Ethic task force.Palliat Med 2003;17:97-101

⁴⁹ NeitzkeG, FrewerA, Sedierung als Sterbehilfe? Zur medizinethischen Kultur am Lebensende.Ethik Med 2004.16:323-333

4. STERBEN IN WÜRDE

In jüngerer Zeit wird terminal zunehmend durch den Begriff palliativ ersetzt, um das Missverständnis eines „terminierenden“ Vorgehens zu vermeiden.⁵⁰

Die Notwendigkeit der palliativen Sedierung ergibt sich daraus, dass es bei einem Teil der Patienten „am Ende ihres Leidenswegs“ obwohl alle Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft wurden, refraktäre Symptome bleiben. Welche therapierefraktären Symptome eine palliative Sedierung begründen können, zählt eine 1995 veröffentlichte Studie auf. Es stellt sich heraus, dass Dyspnoe, agitiertes Delir, und psychischer Distress die häufigsten Indikationen darstellen.⁵¹ Die Patienten werde also dazu verurteilt, unerträgliche Schmerzen aushalten zu müssen. Mit der Option, den Patienten eine Sedierung am Lebensende anbieten zu können, nimmt man ihnen die Angst vor unerträglichem Leiden und eröffnet den Schwerkranken die Möglichkeit in Würde sterben zu können. Menschen in der Terminalphase einer tödlichen Erkrankung können dadurch den Tod akzeptieren, indem sie im Bewusstsein nicht Leiden zu müssen eine neue Qualität ihrer verbleibenden Zeit erfahren. Es ist die Pflicht des Arztes, wenn die Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, auch im Sterben Beistand zu leisten, jedoch muss vor unkritischem Einsatz der terminalen Sedierung vor allem bei Angst und psychischem Stress gewarnt werden, da unter Umständen erst die einfühlsame Anteilnahme bei der Bearbeitung dieser Probleme die Akzeptanz des Sterbens ermöglicht. In solchen Situationen kann die Beurteilung durch Abklären einiger wichtiger Punkte erleichtert werden. Vorerst sollte versucht werden die Symptome wie Angst und Depression kompetent zu therapieren und in weiterer Folge sollte eine mehrfache Begutachtung durch psychologisch erfahrene Kliniker, die eine Beziehung zum Patienten aufgebaut haben, erfolgen. Die Situation sollte in einer interdisziplinären Fallkonferenz mit allen Betreuern diskutiert werden, anschließend eine Sedierung für zunächst ein bis zwei Tage, mit anschließender Rücknahme, durchgeführt werden. Häufig kann durch diese systematische Vorgehensweise die Ausweglosigkeit von Angst und seelischer Not durchbrochen werden.⁵²

„Immer liegt eine große Verantwortung bei dem behandelnden Arzt, der auch bei primär körperlichen Symptomen wie Schmerz oder Atemnot sehr sorgfältig prüfen muss, ob es nicht eine behebbare Ursache oder eine verbleibende Therapieoption gibt...“⁵³

⁵⁰ Jackson WC. Palliative sedation vs. terminal sedation: what's in a name? *Am J Hosp Palliat Care* 2002;19:81-82
Rousseau P. Existential suffering and palliative sedation: a brief commentary with a proposal for clinical guidelines. *Am J Hosp Palliat Care* 2001;18:151-153

⁵¹ Weber M, Strohscheer I, Samonigg H, Huber C. Palliative Sedierung - eine Alternative zur Euthanasie bei unerträglichem Leid am Ende des Lebens? *Med Clin* 2005;100:292-8

⁵² Strohscheer I. Terminale Sedierung - praktische und ethische Aspekte. *Facharzt* 4/2006 S 8-10

⁵³ Weber M, Strohscheer I, Samonigg H, Huber C. Palliative Sedierung - eine Alternative zur Euthanasie bei unerträglichem Leid am Ende des Lebens? *Med Clin* 2005;100:292-8

4. STERBEN IN WÜRDE

„Die Entscheidung für den Einsatz der terminalen Sedierung muss ausdrücklich jede Absicht der aktiven Tötung des Patienten oder die Beschleunigung des Todeszeitpunkts ausschließen. Die terminale Sedierung hat als Ziel die Linderung der Symptome, als Mittel den Einsatz von Sedativa und als Ergebnis die Linderung des Leidens.“⁵⁴ „Bei der aktiven Sterbehilfe ist das Ziel den Patienten zu töten, das Mittel die Anwendung eines tödlichen Medikaments und das Ergebnis der Tod.“⁵⁵ Im Missbrauch der terminalen Sedierung als Sterbehilfe, das heißt mit der Intention das Leben zu verkürzen, liegt eine große Gefahr. Rietjiens JAC et al wiesen in ihrer empirischen Arbeit nach, dass mehr als 50% der niederländischen Ärzte Sterbehilfe mithilfe der terminalen Sedierung vorgenommen haben.⁵⁶

⁵⁴ Aulbert,Nauck,Radbruch:Lehrbuch der Palliativmedizin,2. Auflage,Schattauer 2007 S.1031

⁵⁵ MaterstvedtLJ,ClarkD,EllershawJ,FordeR,Boeck GravgaardA,Müller-BuschHC,Porta i SalesJ,RapinC.Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics task force.Eur J Palliat Care 2003;10:63-6

⁵⁶ RietjiensJAC,van der HeideA,VrackingAM,Onwuteake-philipsenBD,van der MaasPJ,van der WalG(2004)Physician Reports of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the netherlands.Ann Intern Med 141:178-185

4. STERBEN IN WÜRDE

4.10 Terminale Sedierung aus juristischer Sicht

In den letzten Jahrzehnten ist durch den Fortschritt der Medizin die Lebenserwartung sprunghaft angestiegen. Die Menschen werden älter und leiden heutzutage oft an chronischen Krankheiten die früher sicher zu einem raschen Tod geführt hätten. Aus der Sicht des Juristen sind im Bereich der Sterbehilfe meist nur jene Fälle des langsam sterbenden, unheilbar kranken Patienten interessant, denn dabei kommt es oft zu der Problematik, dass der Patient im Verlauf seiner Krankheit, die Fähigkeit über eine medizinische Behandlung selbst zu entscheiden, verliert.

Das Leben ist das Rechtsgut aller Tötungsdelikte. Es gibt eine Reihe von Gesetzen die sich mit dem Thema medizinischer Behandlungen und Therapieabbruch beschäftigen. Das österreichische Strafgesetzbuch erfasst in den §§75ff StGB alle jene Verhaltensweisen (also auch Unterlassungen), die für den Tod eines Menschen (mit-) ursächlich sind, oder die doch ein lebensverkürzendes Risiko enthalten.⁵⁷

Die Paragraphen § 76 StGB (Totschlag), 77 StGB (Tötung auf Verlangen), §78 StGB (Mitwirkung am Selbstmord) und § 79 StGB (Tötung des Kindes bei der Geburt) sind die sogenannten „privilegierten“ Tatbestände. Privilegiert heißt, dass diese Tötungsdelikte, obwohl sie ebenfalls vorsätzlich begangen wurden, gegenüber dem Grunddelikt der vorsätzlichen Tötung (Mord) mit einem geringeren Strafmaß bedroht sind. Hierbei geht es aber nicht um eine andere Wertigkeit des Rechtsgutes Leben. Der Erfolgsunwert ist stets der gleiche, nur der Handlungsunwert ist hier ein anderer. Aus juristischer Sicht ist es wieder wichtig zwischen aktiver direkter, aktiver indirekter und passiver Sterbehilfe zu unterscheiden.

Die aktive Sterbehilfe ist nahezu immer strafbar. Hier handelt der Arzt mit der Absicht den Tod des Patienten herbeizuführen. Meistens sind es die §§ 77 StGB (Tötung auf Verlangen) und 78 StGB (Mitwirkung am Selbstmord in Form eines Tatbeitrages wie z.B. das „zur Verfügung stellen von totbringenden Substanzen“, die bei Ärzten und Pflegepersonal Anwendung finden. Diese privilegierten Tatbestände kommen jedoch nur zur Anwendung, wenn die Patienten voll bei Bewusstsein und selbstbestimmungsfähig sind. Es muss sich um ein ernstes und eindringliches Verlangen der Patienten handeln.

In allen anderen Fällen kommt der §75 Mord zur Anwendung.

⁵⁷ Schick PJ, Todesbegriff, Sterbehilfe, und aktive Euthanasie. Strafrechtsdogmatische und kriminalpolitische Erwägungen. In: Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod. BernatE (Hrsg) Leykam 1993 S.121-139

4. STERBEN IN WÜRDE

Im Gegensatz zur aktiven direkten Sterbehilfe ist die aktiv indirekte Sterbehilfe nicht strafbar. Der Arzt handelt hier mit der primären Absicht die Schmerzen des Opfers zu lindern. Hier gilt der Tod des Patienten als „Therapie Nebenwirkung“. Der Arzt nimmt hier die lebensverkürzende Wirkung des schmerzstillenden Medikamentes in Kauf (§ 5 Abs 2; 2. Halbsatz StGB definiert den bedingten Vorsatz (Eventualvorsatz) und grenzt diesen von der bewussten Fahrlässigkeit ab).

Im Falle der terminalen Sedierung muss der Jurist unterscheiden, ob der Arzt bewusst ein Medikament verabreicht um das Leben des Patienten zu verkürzen, das wäre nach § 75 StGB Mord, oder ob der Behandler den Patienten sediert, um z.B. dessen Schmerzen zu lindern, und dabei durch die Notwendigkeit immer höherer Dosierungen den Tod herbeiführt. Der Tod wäre in diesem Fall die Therapie Nebenwirkung, der Arzt nimmt hier die lebensverkürzende Wirkung des schmerzstillenden Medikamentes in Kauf. Dieser Tatbestand wäre die aktive indirekte Sterbehilfe und straffrei nach § 5 Abs. 2, zweiter Halbsatz StGB.

Strafrechtsdogmatisch ist diese doch zumindest bedingt vorsätzliche Tötung problematisch. Voraussetzung dafür ist, dass der Arzt eine sorgfältige Abwägung von dem Maß der möglichen Schmerzlinderung und der Dauer des wahrscheinlichen Lebensrestes durchführt. Im Weiteren muss der Arzt den Willen des selbstbestimmungsfähigen Patienten, beziehungsweise den mutmaßlichen Willen des selbstbestimmungsunfähigen Patienten berücksichtigen. Wichtig zu bemerken ist auch, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten höher wertig ist als die Pflicht des Arztes dessen Leben zu retten. Verweigert der Patient, vorausgesetzt er ist selbstbestimmungsfähig, eine lebensrettende Operation, so darf der Arzt sie nicht durchführen. Der Patient willigt damit in seine Tötung durch Unterlassung ein. Umgekehrt darf der Arzt auch nicht „einem unausweichlich Sterbenden die künstliche Verlängerung seines Lebens aufzwingen“.⁵⁸ Festzustellen ist, dass eine Pflicht zur Heilbehandlung jedenfalls nicht mehr vorliegt, wenn der Arzt die völlige Aussichtslosigkeit einer Behandlung konstatiert, sie also nicht mehr indiziert ist. Eine Behandlung muss dann nicht fortgesetzt werden, wenn sie medizinisch nicht mehr indiziert ist. Ein Patient der im Sterben liegt, muss durch technisch – apparative Maßnahmen nicht künstlich am Leben erhalten werden.

⁵⁸ Kienapfel, BT I, Rz. 33 zu § 110; ZipfH., Die Bedeutung und Behandlung der Einwilligung im Strafrecht, ÖJZ 1977, 385

4. STERBEN IN WÜRDE

Es besteht nicht die Rechtspflicht alle Maßnahmen die möglich sind auch einzusetzen.⁵⁹ Es bleibt aber die Pflicht nach § 94 Abs. 1 dem Patienten beizustehen. Das bedeutet „Hilfe im Sterben“, und schließt Schmerzlinderung mit ein.⁶⁰

Die aktive Gabe von Morphinen zur Schmerzlinderung in der Terminalphase ist also aus juristischer Sicht nicht mehr Bestandteil der „Pflicht zur Heilbehandlung“, da der Arzt im Falle der Aussichtslosigkeit der Behandlung davon bereits entbunden ist, sondern stellt den aktiven Beistand zum Sterben dar. „Hilfe im Sterben“ und nicht „Sterbehilfe“ im negativen Sinne. Bei dieser Tat fehlt der Verhaltensunwert. Da strafrechtliches Handeln nur im Zusammenwirken von Erfolgs- und Verhaltensunwert entstehen kann, bleibt die aktive indirekte Sterbehilfe straffrei.

Wenn der Arzt lebensverlängernde oder lebenserhaltende medizinische Maßnahmen unterlässt und in der Absicht handelt, den Sterbenden von seinen Schmerzen zu befreien, so entfällt in diesem Fall ebenso die Garantenpflicht (Pflicht zur Lebensverlängerung, Lebenserhaltung). Es greifen in diesem Fall ebenso die oben erwähnten Argumente, fehlender Verhaltensunwert. Das bedeutet auch die passive direkte sowie indirekte Sterbehilfe bleiben straffrei.⁶¹

⁵⁹ Kopetzki C 2000 Verfassungs und verwaltungsrechtliche Aspekte antizipierter Patientenverfügungen. In Kopetzki C (Hrsg) Antizipierte Patientenverfügungen. „Patiententestament“ und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. Manz Wien S 38-60

⁶⁰ Schick PJ, Todesbegriff, Sterbehilfe, und aktive Euthanasie. Strafrechtsdogmatische und kriminalpolitische Erwägungen. In: Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod. Bernat E (Hrsg) Leykam 1993 S. 121-139

⁶¹ Moos, WK, Rz. 24 der Vorbem zu den § 75-79

4. STERBEN IN WÜRDE

4.11 Ernährungsformen in der Palliativbehandlung – PEG Sonde

Die rein parenterale Ernährung sollte in einem palliativen Therapiekonzept nur Ausnahmsweise erfolgen. Prinzipiell sollte einer natürlichen Kostform immer der Vorzug gegeben werden, da diese physiologisch ist, und für den Patienten Genuss und Wohlgefühl bedeutet. Erst wenn diätetische Möglichkeiten ausgeschöpft sind, ist künstliche Ernährung indiziert. Zentrales Kriterium für Mangelernährung ist der unbeabsichtigte Gewichtsverlust von 10% in den vergangenen 6 Monaten, bzw. 5% in 3 Monaten.⁶²

Beim Vorliegen von Passagestörungen oder Aspirationsgefahr wird die enterale Nahrungszufuhr über eine Sonde notwendig. Temporäre Zugangswege erfolgen über nasogastrale, oder nasojejunale Sonden. Für die längerfristig enterale Ernährung werden Enterostomiesonden gelegt. Wir unterscheiden die:

- Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG Sonde), auch in Kombination mit jejunaler Dünndarmsonde möglich (Jet – PEG). Sie ist indiziert bei Schluckstörungen im Rahmen von neurologischen Erkrankungen, bei Tumoren im HNO-Bereich und bei Stenosen im oberen Gastrointestinaltrakt.
- Perkutane endoskopische Jejunostomie (PEJ), sie ist indiziert bei ausgeprägtem gastralen Reflux, Aspirationsgefahr und beim Vorliegen einer Pankreatitis

Bei der Festlegung ernährungsmedizinischer Maßnahmen gibt die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin folgende Vorgaben: Eine Indikation für parenterale Ernährung ist gegeben wenn:

- Ausreichend orale Nahrungszufuhr voraussichtlich für länger als 7 Tage nicht gewährleistet ist und
- Zum Erhalt oder der Verbesserung des Ernährungszustands

Parenterale Zugangswege über periphere Venen sind nur kurzfristig und in Akutsituationen indiziert. Infundiert werden hypoosmolare Lösungen einschließlich Lipidlösungen. Diese Ernährungskonzepte dienen primär der Flüssigkeitssubstitution. Für die längerfristig

⁶² Schneider A, Momma M, Manns MP, Indikation zur künstlichen Ernährung: Enterale und parenterale Ernährung. Internist 2007;48:1066-1075

4. STERBEN IN WÜRDE

parenterale Ernährung muss ein zentralvenöser Zugang (V.jugularis, V.Subclavia) gewählt werden. Langfristig werden auch permanent chirurgisch implantierte Kathetersysteme angewendet.

In der Palliativmedizin stellt uns die Frage, ob künstliche Ernährung indiziert ist oder nicht vor rechtliche und ethische Probleme. Entscheidend ist allein der Wille des Patienten, der für den Arzt bindend ist. Sollte der Patient nicht einwilligungsfähig sein, so muss das Einverständnis vom gesetzlichen Betreuer eingeholt werden. Im Idealfall besteht eine Patientenverfügung, die Aussagen bezüglich einer künstlichen Ernährung trifft, diese ist dann als mutmaßlicher Wille des Patienten zu respektieren.

In der Terminalphase einer Tumorerkrankung, die häufig durch ein verringertes Hunger- und Durstgefühl charakterisiert ist, sollte die künstliche Ernährung eingestellt werden, um den Sterbeprozess nicht zu erschweren.⁶³

Die Frage der Flüssigkeitszufuhr in der Sterbephase wird kontrovers diskutiert. Es gibt bislang keine Beweise, dass eine Flüssigkeitssubstitution das Sterben künstlich verlängert.

Flüssigkeitsmangel hingegen verursacht eine Exsikkose mit Störungen des Elektrolythaushalts und Symptomen wie Unruhe, Bewusstseinsstörungen oder Muskelkrämpfen. Andererseits kann eine Hyperhydratation zu peripheren und zentralen Ödemen führen.⁶⁴

⁶³ Koletzko B, Jauch KW, Krohn K, Verwieß-Jorky S, 2007 Leitlinie Parenterale Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. Akt Ernährungsmed 32(Suppl 1):S1-134

⁶⁴ Karthaus M, Frieler F; Essen und Trinken am Ende des Lebens. Ernährung bei Krebspatienten in der palliativen Onkologie und Palliativmedizin. Wien. Med. Wochenschr. 2004, 154/9-10:192-198

4. STERBEN IN WÜRDE

4.12 Rechtliche Situation in Österreich

Verglichen mit Deutschland, wo die Einleitung und der Abbruch einer künstlichen Ernährung bei einwilligungsunfähigen Patienten heftig diskutiert wird und auch Gegenstand juristischer Auseinandersetzung ist, befindet sich der Entwicklungsstand in Österreich „noch in den Kinderschuhen“. Es besteht hierzulande eine enorme Rechtsunsicherheit in Fragen der künstlichen Ernährung, das führt dazu, dass Richter große Freiräume hinsichtlich der Beurteilung haben. Die künstliche Ernährung, wenn sie mit spezifischen medizinischen Methoden wie z.B. der PEG Sonde durchgeführt wird, unterliegt aus juristischer Sicht der medizinischen Heilbehandlung.⁶⁵ Das Legen der Sonde stellt einen körperlichen Eingriff dar, gilt als medizinische Maßnahme und somit als Ausübung des ärztlichen Berufes (§2 ÄrzteG 1998). Für das Einleiten einer Heilbehandlung sind dieselben Kriterien wie für deren Abbruch anzuwenden. Das Beenden der Maßnahme, in diesem Fall der künstlichen Ernährung, ist dem Nichteinleiten, also der Nichtbehandlung rechtlich gleichzusetzen. Beim einwilligungsfähigen Patienten ist die Rechtslage klar, es gilt der Grundsatz des „informed consent“. Wer gegen den Willen eines einwilligungsfähigen Patienten medizinische Maßnahmen setzt, macht sich nach §110 Abs.1 öSTGB, durch eigenmächtige Heilbehandlung, strafbar. Ausnahmen gibt es nur dann, wenn das Leben oder die Gesundheit des Behandelten durch den mit der Einholung der Einwilligung verbundenen Aufschub ernstlich gefährdet würde. Für den österreichischen Rechtsbereich gibt es keine formalisierten Verfahren zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit, sie ist in der Praxis vom Behandler zu beurteilen. Hat der Patient zu einem Zeitpunkt, an dem er noch einwilligungsfähig war, schriftlich für den Fall des Verlustes seiner Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden gewünscht, so besteht der Konsens das zu respektieren. Der Gesetzgeber hat hier noch keine präzise Regelung getroffen. Sinnvoll erscheint es aber, eine solche Erklärung eigenhändig abzufassen, Zeugen beizuziehen oder die Erklärung notariell beglaubigen zu lassen, denn die Ernsthaftigkeit des Willens wird dadurch bekräftigt.⁶⁶ Das Krankenanstaltengesetz regelt, dass der Wille des Patienten in der Krankengeschichte festzuhalten ist, um so Hinweise für den mutmaßlichen Willen des Patienten im Falle seiner Einwilligungsunfähigkeit zu erhalten.

⁶⁵ Kopetzki C, Einleitung und Abbruch der künstlichen Ernährung beim Einwilligungsunfähigen Patienten: Die österreichische Rechtslage. 2004 Ethik Med. 16:275-287

⁶⁶ Memmer M 2000 Patiententestament und Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten. In Kopetzki C (Hrsg) Antizipierte Patientenverfügungen. „Patiententestament“ und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. Manz Wien S 1-37

4. STERBEN IN WÜRDE

Ist der Patient einwilligungsunfähig und wurde kein gesetzlicher Vertreter bestellt, so liegt die Entscheidung beim behandelnden Arzt. Eine Behandlung muss dann nicht fortgesetzt werden, wenn sie medizinisch nicht mehr indiziert ist. Ein Patient der im Sterben liegt, muss durch technisch – apparative Maßnahmen nicht künstlich am Leben erhalten werden. Es besteht nicht die Rechtspflicht alle Maßnahmen die möglich sind auch einzusetzen.⁶⁷ Der Schlüsselbegriff in der rechtlichen Betrachtung ist der Begriff des „Patientenwohls“. Das Handeln der Ärzte und die Entscheidungen der gesetzlichen Vertreter haben zum Wohle des Patienten zu entscheiden, doch dieser Begriff kann weit ausgelegt werden. Ist es zum Wohl des Patienten sein Leben, durch künstliche Ernährung zu verlängern? Ist es zum Wohl des Patienten, ihn durch Einstellung der künstlichen Ernährung sterben zu lassen? Das sind vor allem medizinethische Fragestellungen, die schwierig zu beantworten sind. Zurzeit herrscht die Auffassung vor, dass lebenserhaltende Behandlung oder Ernährung nur dann von einem gesetzlichen Vertreter abgelehnt werden kann, wenn der Patientenwille hinreichend erklärt, oder dokumentiert ist. Mutmaßungen über den Patientenwillen reichen hier nicht aus, denn es besteht eine staatliche Schutzpflicht zugunsten des Lebens aus Artikel 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention. Der Artikel 2 der EMRK schützt nicht das Leben, sondern das Recht auf Leben. Sie verbietet jede fremdbestimmte Beendigung des Lebens durch Dritte.“Fremdbestimmten Maßnahmen der Lebensverkürzung steht das Recht auf Leben entgegen.“⁶⁸

Im Einzelfall sind begründbare Ausnahmen möglich, wenn zum Beispiel unmenschliche Leiden anders nicht gelindert werden können oder Menschen an Apparaten dahinvegetieren müssen, wird zwischen dem Lebensschutz (Artikel 2 EMRK) und dem Verbot unmenschlicher Behandlung (Artikel 3 EMRK) eine Zustimmung des gesetzlichen Vertreters zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen wohl in Betracht kommen.⁶⁹

⁶⁷ Kopetzki C 2000 Verfassungs und verwaltungsrechtliche Aspekte antizipierter Patientenverfügungen. In Kopetzki C (Hrsg.) Antizipierte Patientenverfügungen. „Patiententestament“ und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. Manz Wien S 38-60

⁶⁸ Kneihls B (1999) Intensivmedizin und Sterbehilfe – Grundrechtliche Erwägungen. In Bernat W, Kröll Wolfgang, (Hrsg.) Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik. Manz, Wien S 76

⁶⁹ Schmoller K 1997 Kommentar zu § 110 StGB. In Triffterer O (Hrsg.) StGB-Kommentar. System und Praxis. 5. Lieferung, Orac, Wien

5. SELBSTBESTIMMUNG AM ENDE EINES LEIDENSWEGES

5.1 Die Patientenverfügung

Das grundsätzliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient geht zunächst von Erwachsenen und voll einwilligungsfähigen Patienten aus. In der klinischen Praxis treten aber eine Reihe von Situationen auf in denen der Patient nicht einwilligungsfähig ist, demzufolge kommt es zu Spannungen im Arzt – Patient Verhältnis. Für die meisten palliativ betreuten Patienten gehen wir davon aus, dass sie ursprünglich einwilligungsfähig waren und in späterer Folge aufgrund ihrer fortschreitenden Erkrankung ihre Einwilligungsfähigkeit verlieren. Der behandelnde Arzt kann nun mit 2 möglichen Situationen konfrontiert werden: Zum Einen kann der Patient im Vorfeld seinen Willen bezüglich zukünftiger Behandlungen nachweislich festgehalten haben, zum Beispiel in Form einer Patientenverfügung oder es fehlt der eindeutige Nachweis über den Behandlungswillen. In diesem Fall ist der mutmaßliche Patientenwille zu eruieren, zum Beispiel durch Aussagen von Angehörigen, Freunden, dem näheren Umkreis des Patienten. Die Bereitschaft in der Bevölkerung eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder eine Betreuungsverfügung zu verfassen wird nur von einer kleinen Minderheit wahrgenommen. Nur 10% sorgen auf diese Weise für den Fall ihrer Einwilligungsunfähigkeit vor.⁷⁰ Zunächst erscheint es mir notwendig eine Begriffsbestimmung durchzuführen. Es gibt mehrere Möglichkeiten vorzusorgen, für den Fall dass man nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen in Bezug auf künftige Therapien zu äußern. Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung gelten als formelle Rechtsinstrumente der Vorsorge.⁷¹

Durch eine Vorsorgevollmacht, die schriftlich abzufassen ist, verleiht der Patient einer oder mehreren Personen die Vertretungsmacht, für ihn rechtsverbindliche Entscheidungen zu treffen. Es gibt eine Vereinbarung mit seinem Vertreter von der Vollmacht, für den Fall der zukünftigen Einwilligungsunfähigkeit des Patienten, Gebrauch zu machen.(§1901aSatz2 BGB der Bundesrepublik Deutschland).Im deutschen Recht gilt folgendes: Nach deutschem Recht bedarf jeder, der seine Angelegenheiten nicht mehr selbst besorgen kann, eines rechtlichen Vertreters.(§1896BGB).Das kann ein Bevollmächtigter sein, den der Patient als er noch geschäftsfähig war, bestellt hat, oder ein Betreuer, der vom Vormundschaftsgericht bestellt wird. Formale Gültigkeit erlangt eine Vorsorgevollmacht lediglich durch Schriftform und Unterschrift des Vollmachtgebers. In Österreich wird eine Vorsorgevollmacht im Bereich der

⁷⁰ Lang FR, Wagner GG(2007) Patientenverfügungen in Deutschland: Bedingungen für ihre Verbreitung und Gründe der Ablehnung.Dt Med Wochenschr 132:2558-2562

⁷¹ JoxRJ,HeßlerHJ,BorasioGD,(2008)Entscheidungen am Lebensende, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung.Der Nervenarzt6,79:729-739

5. SELBSTBESTIMMUNG AM ENDE EINES LEIDENSWEGES

Gesundheitsangelegenheiten kontrovers diskutiert.⁷² Sollte im Fall der Einwilligungsunfähigkeit keine Patientenverfügung vorliegen, so ist nach dem Sachwalterrecht in Österreich vom Gericht ein Sachwalter zu bestellen.

Das zweite formelle Rechtsinstrument der Vorsorge ist die Patientenverfügung. „Die Patientenverfügung ist eine individuelle, schriftliche oder mündliche, formfreie Willensäußerung eines entscheidungsfähigen Menschen zur zukünftigen Behandlung im Fall der eigenen Einwilligungsunfähigkeit.“⁷³ Patientenverfügungen können frei formuliert sein oder durch Ausfüllen vorgefertigter Formulare erstellt werden. Wichtig dabei ist, dass Krankheitssituationen spezifisch benannt werden sollten und die Verfügung regelmäßig aktualisiert wird. In Österreich war bislang nicht geklärt, inwieweit ein Patient durch antizipierte Willensäußerungen eine rechtswirksame Verfügung über die Ablehnung oder Zulassung ärztlicher Behandlungsmaßnahmen für den Fall, dass er seine Einwilligungsfähigkeit verliert, erlassen konnte.⁷⁴ Die rechtliche Verbindlichkeit der antizipierten Willensäußerung war in Österreich nicht gegeben, es bestand aber ein Konsens eine Verbindlichkeit dann anzunehmen, wenn ein Patient zum Zeitpunkt der Abfassung zweifelsfrei einwilligungsfähig war. Dazu gibt es ein Urteil des OGH vom 16.07.1998: „Danach ist im Zweifelsfall zu behandeln, wenn sich die Handlungsunfähigkeit(eines psychisch kranken)Patienten zum Zeitpunkt der Erstellung des „Patiententestaments“ „ex post“ nicht mehr klären lässt.“⁷⁵

Patientenverfügungen für den Fall, dass der Patient seine Einwilligungsfähigkeit verloren hat, wurden von der österreichischen Rechtsordnung bislang bereits anerkannt⁷⁶ und auch in Artikel 18 der österreichischen Patientencharta erwähnt. Patienten haben demzufolge das Recht „im Vorhinein Willensäußerungen abzugeben, durch die sie für den Fall des Verlustes ihrer Handlungsfähigkeit das Unterbleiben einer Behandlung oder bestimmter Behandlungsmethoden wünschen, damit bei künftigen medizinischen Eingriffen soweit wie möglich darauf Bedacht genommen werden kann.“⁷⁷ Eine Verbindlichkeit dieses Artikels 18 war durch diese Formulierung allerdings auch nicht gegeben.

⁷² Kopetzki C, Einleitung und Abbruch der künstlichen Ernährung beim Einwilligungsunfähigen Patienten: Die österreichische Rechtslage. 2004 Ethik Med. 16:275-287

⁷³ Bundesärztekammer (2007) Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit der Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Dt Ärzteblatt 106:A891-A896

⁷⁴ Kopetzki C, Einleitung und Abbruch der künstlichen Ernährung beim Einwilligungsunfähigen Patienten: Die österreichische Rechtslage. 2004 Ethik Med. 16:275-287

⁷⁵ OGH 16.07.1998, 6 Ob 144/98i, 147/98f = RdM 1999/21

⁷⁶ §10 Abs 1 Z.7 des KAKuG www.ris.bka.gv.at

⁷⁷ Österreichische Patientencharta Art. 18, BGBl. I Nr. 36/2002; www.ris.bka.gv.at

5. SELBSTBESTIMMUNG AM ENDE EINES LEIDENSWEGES

Mit 1. Juni 2006 ist in Österreich das Bundesgesetz über Patientenverfügungen (PatVG) in Kraft getreten.⁷⁸ Voraussetzung zur Rechtsgültigkeit der Patientenverfügung ist, dass der Patient zum Zeitpunkt der Abfassung „einsichts-, urteils- oder äußerungsfähig“ ist (§2 PatVG), und er die Verfügung „höchstpersönlich“ verfasst (§3 PatVG). Das Gesetz unterscheidet zwischen einer verbindlichen und einer beachtlichen Patientenverfügung. Verbindlich ist die Verfügung dann, wenn sie schriftlich, unter Angabe des Datums, vor einem Rechtsanwalt, einem Notar, oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen errichtet wird. Er muss auch über sein Widerrufsrecht belehrt werden (§6 PatVG). Die Patientenverfügung muss alle 5 Jahre erneuert werden (§7 PatVG) und es hat eine umfangreiche medizinische Aufklärung stattzufinden, die schriftlich zu dokumentieren ist. Der Arzt stellt in diesem Fall auch die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten fest (§5 PatVG). Vom inhaltlichen Teil wird die Patientenverfügung dann verbindlich, wenn die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, konkret beschrieben werden, oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen (§9 PatVG). Außerdem muss aus der Verfügung hervorgehen, dass der Patient die Folgen der Verfügung zutreffend einschätzt (§4 PatVG). Patientenverfügungen, die nicht alle diese Kriterien erfüllen, gelten als beachtlich. Beachtliche Patientenverfügungen dienen dem Arzt lediglich zur Orientierung bei der Ermittlung des Patientenwillens. Verbindliche Verfügungen müssen per Gesetz vom behandelnden Arzt befolgt werden.

Wichtig zu bemerken ist auch, dass eine Patientenverfügung unwirksam werden kann, wenn sie durch Zwang, Irrtum, List, Täuschung veranlasst, oder unfrei und nicht ernstlich verfasst wurde. Inhalte dürfen auch nicht gegen das Strafrecht verstoßen, so darf zum Beispiel niemand in einer Verfügung Suizidbeihilfe verlangen (§10 PatVG). Die Patientenverfügung kann auch jederzeit durch den Patienten selbst widerrufen werden (§10 (2) PatVG).

Es gilt aber weiterhin der Konsens, dass auch beachtliche Patientenverfügungen vom Arzt als „mutmaßlicher Patientenwille“ respektiert werden, wenn auch die rechtliche Verbindlichkeit nicht zwingend ist. Aus sozialpolitischen Überlegungen ist zu bemerken, dass beim Erstellen einer verbindlichen Patientenverfügung doch auch hohe Kosten anfallen. So ist das ärztliche Gutachten mit Kosten verbunden, als auch der Notariatsakt. In Summe können sich diese Kosten durchaus auf 400 Euro belaufen, die alle 5 Jahre aufzubringen wären. Aus ethisch-sozialpolitischer Sicht ist das Gesetz als unausgewogen zu bezeichnen, da für die Bezieher

⁷⁸ BGBl Nr.55, 08.05.2006, www.ris.bka.gv.at

5. SELBSTBESTIMMUNG AM ENDE EINES LEIDENSWEGES

kleiner Pensionen oder Einkommen die Kosten zu einem ernsthaften Hindernis werden könnten.⁷⁹

Auch die christlichen Kirchen befassen sich mit dem Patientenwillen im Zusammenhang mit Behandlungsoptionen schwerkranker Patienten. Sie stellen eine „Christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung“⁸⁰ zur Verfügung. Die christliche Patientenverfügung versteht sich in besonderer Weise dem christlichen Glauben verpflichtet.

Mit der Unterschrift unter die vorgedruckte Verfügung bekräftigt der Patient, dass an ihm: „...keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen festgestellt wird, dass jede lebenserhaltende Maßnahme ohne Aussicht auf Besserung ist, und mein Sterben nur verlängern würde.“ Im Weiteren regelt die Verfügung auch die zulässige weitere Behandlung: „Ärztliche Begleitung und Behandlung sowie sorgsame Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Beschwerden, wie z.B. Schmerzen, Unruhe, Angst, Atemnot oder Übelkeit, gerichtet sein, selbst wenn durch die notwendige Schmerztherapie eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.“ Auch auf die Möglichkeit Angehörige einzubinden wird nicht vergessen: „Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt mit meinen Angehörigen und nahe stehenden Personen und in meiner vertrauten Umgebung. Ich bitte um seelsorgerlichen Beistand.“⁸¹

⁷⁹ Körtner Ulrich; Das österreichische Patientenverfügungsgesetz: Entstehungsgeschichte, Inhalt und Bewertung (2006) in NÖ Edition Patientenrechte

⁸⁰ Gemeinsame Texte Nr.15 Hrsg, Kirchenamt der evangelischen Kirche Deutschland und dem Sekretariat der deutschen Bischofskonferenz

⁸¹ Christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung; Handreichung und Formular, 2. Auflage, Kirchenamt der Ev. Kirche in Deutschl., und Sekretariat der Dt. Bischofskonferenz (Hrsg) Bonn 2003

5. SELBSTBESTIMMUNG AM ENDE EINES LEIDENSWEGES

5.2 Sterbetourismus und der Verein Dignitas

Am 17. Mai 1998 wurde vom Schweizer Ludwig A. Minelli eine äußerst umstrittene Organisation gegründet die unter dem Namen „Dignitas“ (Würde) in der Schweiz registriert ist. Zweck des Vereins laut Vereinsstatuten⁸² ist:

- Beratung zu allen Fragen rund um das Lebensende
- Zusammenarbeit mit Ärzten, Kliniken und anderen Organisationen
- Durchsetzung der Patientenverfügung und der Patientenrechte
- Suizidprävention
- Unterstützung bei Konflikten mit Behörden, mit der Leitung von Alters- und Pflegeheimen und nicht frei gewählten Ärzten
- Rechtsfortentwicklung in Fragen „der letzten Dinge“
- Sterbebegleitung und Freitodhilfe

Der Verein Dignitas wird in der breiten Öffentlichkeit vorwiegend mit einem Punkt seiner Statuten bekannt sein, der Sterbebegleitung und Freitodhilfe. Grundlage dieser Tätigkeit stellt die besondere rechtliche Situation in der Schweiz dar: „Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet, oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.“⁸³

Dignitas leitet aus diesem Artikel des schweizerischen Strafgesetzbuches ab, dass jemand, der ohne selbstsüchtige Motive Beihilfe zum Suizid leistet, nicht bestraft werden kann, da er legal handelt. Die Freitodhelfer werden nur von Dignitas für ihre Tätigkeit entschädigt, somit liegen keine selbstsüchtigen Motive vor.⁸⁴ Mitglied bei Dignitas können alle volljährigen Personen werden, auch wenn sie nicht in der Schweiz wohnen und eine ausländische Staatsbürgerschaft besitzen. Der Verein weist in seinen Statuten allerdings darauf hin, dass die Freitodhilfe aus rechtlichen Gründen nur auf Schweizer Staatsgebiet in Anspruch genommen werden kann. Laut Statuten des Vereins nimmt Dignitas keine Personen mehr auf, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben. In Deutschland wurde am 26. September 2005 ein eigener Verein „Dignitate – Deutschland e.V.“ gegründet, ein in Hannover eingetragener Verein deutschen Rechts, mit dem Ziel Freitodhilfe in Deutschland zu ermöglichen. Personen

⁸² Vereinsstatuten von Dignitas: „Menschenwürdig leben-Menschenwürdig sterben, 3. Auflage 2009

⁸³ Art. 115 StGB

⁸⁴ Vereinsstatuten von Dignitas: „Menschenwürdig leben-Menschenwürdig sterben, Seite 3; 3. Auflage 2009

5. SELBSTBESTIMMUNG AM ENDE EINES LEIDENSWEGES

die Mitglied des deutschen Vereins sind, steht die Inanspruchnahme der Freitodbegleitung in der Schweiz natürlich offen.

Die Vereinsgründung ist meiner Meinung nach wohl überlegt, denn mit steigender Mitgliederzahl wächst natürlich auch der gesellschaftspolitische Druck Gesetzesreformen durchzuführen.

Dignitas führt die Begleitung in den Freitod mit folgenden Medikamenten durch:⁸⁵

Das Barbiturat Natrium-Pentobarbital (kurz „NaP“) wurde früher in geringer Dosis als Beruhigungsmittel, in etwas höherer Dosis als Schlafmittel, und in höherer Dosierung als Betäubungsmittel eingesetzt. Im Bereich der Veterinärmedizin wird es auch heute noch bei der Euthanasierung von Tieren verabreicht. Im Bereich der begleiteten Suizide im Rahmen der Organisation Dignitas werden in der Regel Dosierungen von 10 bis 15 Gramm eingesetzt nachdem die sterbewillige Person etwa eine halbe Stunde vorher ein Anti-Emetikum erhalten hat, um den Magen daran zu hindern die alkalische Lösung von NaP in Wasser zurückzuweisen. Innerhalb von 2 bis 5 Minuten nach der Einnahme der in 60ml Wasser gelösten Substanz schläft die Person ein und fällt in eine tiefe Bewusstlosigkeit, nach einiger Zeit schließlich erfolgt eine Lähmung des Atemzentrums, und der Tod tritt ein. Ein wichtiges Kriterium ist, dass die suizidwillige Person selbst in der Lage sein muss, die Substanz, sei es auch nur durch einen Strohhalm, zu trinken, beziehungsweise sich die Substanz selbst durch eine PEG-Sonde zu spritzen, oder wenigstens das Ventil einer zuvor gelegten Infusion zu öffnen.

Am 31. Januar 2008 hat der Zürcher Kantonsarzt Dr. Ulrich Gabathuler Dignitas mitgeteilt, er würde künftig das Ausstellen eines Rezepts für NaP nach nur einer einmaligen ärztlichen Konsultation als Verstoß gegen das Prinzip der sorgfältigen Ausübung des Arztberufes betrachten, und gegen diese Ärzte Disziplinarverfahren einleiten. Daraufhin verwendete Dignitas für die Freitodbegleitung das geruchlose und ungiftige Edelgas Helium, es wurde der sterbewilligen Person über eine medizinische Atemmaske zugeführt, nachdem sich diese die Maske selbst über Nase, Mund und Kinn bei zuvor laufender Heliumzufuhr gestülpt hatte.⁸⁶ Ein Großteil der Personen die eine Freitodbegleitung in Anspruch nahmen waren keine

⁸⁵ AJP/PJA 5/2004 L.A.Minelli

⁸⁶ www.dignitas.ch

5. SELBSTBESTIMMUNG AM ENDE EINES LEIDENSWEGES

Schweizer Staatsangehörigen. Eine Studie des Schweizer Nationalfonds bestätigt, dass Dignitas vor allem ausländische Patienten in den Tod begleitet(91 Prozent).⁸⁷

Die geographische Verteilung der Mitglieder nach Wohnsitz ergibt:⁸⁸

- Schweiz:	965	Belgien:	19
- Irland:	18	Neuseeland:	5
- Australien:	17	Norwegen:	5
- Portugal:	9	Kroatien:	5
- Südafrika:	8	Liechtenstein:	4
- Finnland:	8	Tschechien:	4
- Indien:	6	Brasilien:	3
- Luxemburg:	6	Ungarn:	3
- Mexiko:	5	Monaco:	3
- BRD:	1565	Myanmar:	3
- England:	594	Polen:	3
- Frankreich:	305	Honkong:	2
- USA:	240	Japan:	2
- Holland:	141	Argentinien:	2
- Italien:	79	Thailand:	2
- Dänemark:	74	Slowenien:	2
- Österreich:	58	Venezuela:	2
- Spanien:	55	Ägypten:	1
- Schweden:	44	Griechenland:	1
- Kanada:	34	Marokko:	1
- Israel:	29	Slowakei:	1

Costa Rica, Peru, Serbien und Montenegro, Uruguay, Aden, Antigua, Barbados, Kuba, Philippinen, Singapur je: 1

⁸⁷ <http://www.vienna.at/news/senioren/artikel/sterbehilfe-patienten-immer-oeffter-nicht-toedlich-krank/cn/news-20081104-01115366>
Stand vom 18.12.2009

⁸⁸ Dignitas Jahresbericht 1.1.2004-31.12.2004

5. SELBSTBESTIMMUNG AM ENDE EINES LEIDENSWEGES

Aus der Statistik ergibt sich, dass die Mitglieder, die ihren Wohnsitz nicht in der Schweiz haben im Falle einer gewünschten Freitodbegleitung laut Statuten des Vereins Dignitas in die Schweiz reisen müssen.

Der Sterbetourismus in die Schweiz stellt ein zunehmendes Problem dar, denn nicht nur der Ruf des Landes erleidet Schaden, sondern es fallen auch enorme Kosten an, so verursacht er dem Staat Kosten in der Höhe von 0,5 Millionen Franken pro Jahr, hauptsächlich durch die in vielen Fällen unumgänglichen Obduktionen.⁸⁹ Seit der Gründung des Vereins 1998 haben 754 Menschen mit der Hilfe von Dignitas Selbstmord begangen, dabei kam es immer wieder zu „Pannen“ bei der Dosierung des Barbiturats Natrium-Pentobarbital, wie Angehörige berichten.⁹⁰

Es mehren sich auch Berichte von Freitodbegleitungen auf Parkplätzen, so haben sich zwei deutsche „Selbstmordtouristen“ auf einem Waldparkplatz bei Zürich „euthanasieren“ lassen. Diese inakzeptable Situation entstand dadurch, dass dem Verein Dignitas nach massiven Protesten der Anrainer die Wohnung, in der die Freitodbegleitungen stattfanden, gekündigt wurde.⁹¹

Der Zürcher Kantonsrat beschloss laut Protokoll vom 22. August 2008 mit 95:49 Stimmen folgenden Antrag abzulehnen:

„Der Regierungsrat wird ersucht, den Sterbetourismus aus dem Ausland in den Kanton Zürich zu unterbinden. Im Weiteren sollen die Personen, welche Beihilfe zum Suizid ausüben, einer Zulassungs- und Ausbildungspflicht unterstellt werden.“

Der Sterbetourismus in die Schweiz wird ein immer größer werdendes Problem und ist meiner Meinung nach durch nationale Gesetzgebung nicht zu lösen. Hier ist die Europäische Union gefordert, europaweit geltenden ethisch-moralischen, sowie juristischen Konsens zu finden.

⁸⁹ Protokoll des Zürcher Kantonsrates vom 22. August 2005 S.8393 – 8414

⁹⁰ www.diepresse.com/home/panorama/oesterreich/336030/print.do

⁹¹ Rundbrief 27, Europäische Euthanasie-Gegner, Seite 4

6. FALLBEISPIELE

6.1 Fall 1: Rechtssache Pretty gegen das Vereinigte Königreich

Bei diesem Fall handelt es sich um den Antrag der gelähmten und an einer degenerativen und unheilbaren Krankheit leidenden Frau Diane Pretty an den europäischen Gerichtshof für Menschenrechte. Frau Diane Pretty hatte den Entschluss gefasst ihrem Leben durch Selbsttötung ein Ende zu setzen, da sie einem qualvollen und unwürdigen Tod entgegensah. Sie war zu diesem Zeitpunkt bereits nicht mehr in der Lage selbst ihr Leben zu beenden und wollte für ihren Ehemann, der bereit war ihr bei der Selbsttötung zu helfen, Straffreiheit erwirken.

Die Antragstellerin ist eine 42 jährige Frau die an einer fortschreitenden neuro-degenerativen Erkrankung der motorischen Nervenzellen im zentralen Nervensystem leidet. Als Folge der Erkrankung kommt es zu einer fortschreitenden Muskelschwäche, die willkürliche Bewegung unmöglich macht, es kommt zu Arm und Beinmuskelschwächen. Später ist auch die Atemmuskulatur beteiligt, und der Tod tritt schließlich infolge der Schwäche der Atemmuskulatur in Verbindung mit der Schwäche der Sprech- und Schluckmuskulatur ein, was zu Atemversagen und Lungenentzündung führt. Gegen das Fortschreiten der Krankheit gibt es keine Behandlung.

Der Zustand der Patientin hatte sich seit der Diagnose im November 1999 rapide verschlechtert, sie war bereits im fortgeschrittenen Stadium und war vom Hals abwärts gelähmt. Sie konnte nicht mehr sprechen und wurde über eine Sonde ernährt. Ihre Lebenserwartung wurde nur noch in Wochen bemessen, dennoch war ihre Fähigkeit Entscheidungen zu treffen nicht beeinträchtigt. Zum Zeitpunkt der Antragstellung war die Patientin bei klarem Verstand und hatte einen qualvollen und menschenunwürdigen Tod vor Augen. Sie wollte selbst bestimmen wann sie stirbt und sich dadurch unmenschliches Leiden und damit verbundene Würdelosigkeit ersparen. Frau Pretty konnte den Schritt der Selbsttötung in ihrem Zustand nicht ohne fremde Hilfe durchführen. Ihr Ehemann war jedoch bereit ihr dabei Hilfe zu leisten. Im Gegensatz zur Selbsttötung ist die Beihilfe zur Selbsttötung aber nach englischem Recht strafbar.⁹² Diane Pretty stellte daher im Juli 2001 beim Director of Public Prosecution (Generalstaatsanwalt) einen Antrag auf Zusicherung von Straffreiheit für ihren Ehemann, sollte dieser ihr gemäß ihren Wünschen Beihilfe zum Selbstmord leisten. Der Director of Public Prosecution verweigert aber die Erteilung der gewünschten Zusicherung. Dagegen erhebt Pretty Berufung an den Divisional Court, der diese jedoch abweist. Auch eine Berufung an das House of Lords blieb erfolglos.

⁹² §2(1) des Suicide Act 1961

6. FALLBEISPIELE

Diane Pretty erhob daraufhin Beschwerde beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte, sie argumentierte, dass die Verweigerung der Zusicherung der Straffreiheit eine Verletzung der Artikel 2, 3, 8, 9, und 14 der Europäischen Menschenrechtskonvention darstelle. „Artikel 2 schütze nicht das Leben selbst, sondern das Recht auf Leben. Er bezwecke den Schutz des Individuums vor Eingriffen des Staates oder Dritter, aber nicht den Schutz des Einzelnen vor sich selbst. Artikel 3 sei verletzt, weil das ihr bevorstehende Leiden eine erniedrigende Behandlung im Sinne dieser Bestimmung darstellen würde. Artikel 8 enthalte ein Recht auf Selbstbestimmung, das auch ein Recht umfasse, über den eigenen Körper zu verfügen und damit über Art und Zeitpunkt des Todes zu entscheiden.⁹³ Artikel 9 sei verletzt, da das Verbot der aktiven Sterbehilfe eine Einschränkung ihres Rechts auf Gewissensfreiheit darstelle, da ihr der Staat seine Moralvorstellungen auferlegt. Weiters würde sie durch das generelle Verbot der Beihilfe zum Selbstmord diskriminiert, weil es ihr im Gegensatz zu körperlich gesunden Menschen nicht möglich sei, ohne Hilfe aus dem Leben zu scheiden.

Am 29. April 2002 erging das Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte. Das Urteil erfolgte einstimmig, der Gerichtshof entschied, dass keine Verletzung der Artikel 2, 3, 8, und 14 der Menschenrechtskonvention vorlägen:

Aus Artikel 2 kann man kein Recht auf den Tod, weder von privater Hand noch von einer öffentlichen Stelle, ableiten.

Bezüglich Artikel 3 erwächst dem Staat keine positive Schutzpflicht, eine Form von Sterbehilfe einzuräumen, oder dem Ehemann, der bereit wäre Sterbehilfe zu leisten, Straffreiheit zuzusichern.

Zu Artikel 8 erkennt der Gerichtshof an, dass Selbsttötung unter das Prinzip der persönlichen Autonomie fällt und damit Bestandteil von Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention ist.

Zu Artikel 9 gab der Gerichtshof zu bedenken, dass die Forderung der Beschwerdeführerin keine Äußerung einer Religion oder eines Glaubens darstellt.

Artikel 14 der EMRK ist nicht betroffen.

Zusammenfassend argumentierte das Gericht folgendermaßen:⁹⁴

„Der Gerichtshof hält die Weigerung der britischen Strafverfolgungsbehörden nicht für unangemessen, vorab die Zusage zu geben, keine Strafverfolgung gegen den Ehemann der

⁹³ Pflichtübung aus Verfassungsrecht WS 2007/2008 Prof. Gabriele Kucsko-Stadlmayer

⁹⁴ Urteil Rechtssache Pretty gegen das Vereinigte Königreich Antrag Nr.2346/02 29.04.2002

6. FALLBEISPIELE

Antragstellerin einzuleiten. Gegen einen möglichen Versuch der Exekutive, Einzelpersonen oder Gruppen von Einzelpersonen von der Durchsetzung der Gesetze auszunehmen, könnte das kaum zu widerlegende Argument der Rechtsstaatlichkeit angeführt werden. Bei der Schwere der Tat, für die Straffreiheit gefordert wurde, kann die Entscheidung der Strafverfolgungsbehörden, im vorliegenden Fall die angestrebte Zusage zu verweigern, keinesfalls als willkürlich oder unvertretbar bezeichnet werden. Der Gerichtshof stellt fest, dass der Eingriff in diesem Fall insoweit gerechtfertigt ist, als er „in einer demokratischen Gesellschaft notwendig“ für den Schutz der Rechte anderer ist.“ Weiters argumentiert das Gericht: „Der Versuch, für die Menschen, die zur Selbsttötung nicht in der Lage sind, Ausnahmeregelungen in ein Gesetz einzuführen, würde den Schutz des Lebens, dem das Gesetz 1961 dienen soll, stark aushöhlen, und die Gefahr des Missbrauchs erheblich erhöhen.“

Ein Auszug aus der Begründung der Regierung, dem Antrag auf Straffreiheit für den Ehemann nicht zuzustimmen:

„Das nationale Gesetz gestehe kein Recht auf Selbsttötung zu... ...Grundsatz des Strafrechts sei es, den persönlichen Umständen dahingehend Gewicht zu verleihen, als sie bei der Abwägung, ob die Strafverfolgung eingeleitet werde oder nicht, und im Falle einer Verurteilung bei der Strafzumessung Berücksichtigung fänden.“

Der Gerichtshof hatte sich mit der Frage nach einem Recht auf den Tod auseinanderzusetzen. Er beschrieb, dass es zwar ein Recht auf Leben gäbe, das Recht auf den Tod in den Artikeln aber nicht verankert sei. Artikel 2 und 3 der EMRK würden als höchstes Rechtsgut das Recht auf Leben schützen, das eben nicht von einem Dritten beendet werden kann.

Das Gericht erkannte die schweren persönlichen Lebensumstände der Frau Pretty an, entschied aber in dem Urteil, dass bei 20 Entscheidungen mit ähnlicher Sachlage nur einmal das volle Strafmaß verhängt wurde, meistens aber mildernde Umstände anerkannt wurden. Das hielt der Gerichtshof für ausreichend und lehnte die Zusicherung der Straffreiheit für den Ehemann von Frau Pretty ab.

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat in diesem Urteil klar ausgesprochen, dass die Frage der Sterbehilfe grundsätzlich in Artikel 8 der EMRK verankert ist.

6. FALLBEISPIELE

6.2 Fall 2: „Kemptener Fall“ - Urteil des Bundesgerichtshofs zur Sterbehilfe⁹⁵

In dem der Entscheidung des BGH zu Grunde liegenden Fall ging es um eine 70 jährige Frau, die an einem ausgeprägten hirnrorganischen Psychosyndrom im Rahmen einer präsenilen Demenz mit Verdacht aus Alzheimer Demenz litt. Sie hatte Anfang September 1990 einen Herzstillstand erlitten, und war danach irreversibel schwerst zerebral geschädigt. Aufgrund einer darauf beruhenden Schluckunfähigkeit würde sie künstlich ernährt, ihr Sohn war als Betreuer bestellt. Aufgrund der Tatsache, dass sich der Zustand der Patientin nach zweieinhalb Jahren nicht besserte wandte sich der behandelnde Arzt an den Sohn mit dem Vorschlag, den Zustand der Patientin dadurch zu beenden, dass die Sondenernährung eingestellt und stattdessen nur Tee gegeben würde. Durch eine Äußerung seiner Mutter nach einer Fernsehsendung über Pflegefälle, dass sie so nicht enden wolle, erklärte sich der Sohn mit der Einstellung der Sondenernährung einverstanden. Daraufhin wurde im Verordnungsblatt festgehalten, dass spätestens am 15.03.1993 die Sondenernährung einzustellen sei und die Patientin nur noch Tee bekommen solle. Durch das Pflegepersonal, welches sich dieser Verordnung widersetzte wurde das Vormundschaftsgericht verständigt. Das Vormundschaftsgericht Kempten versagte mit Beschluss vom 21.05.1993 die vom Sohn beantragte Einstellung der künstlichen Ernährung. Schließlich verstarb die Patientin am 29.12.1993 an einem Lungenödem. Es kam zu einer Verurteilung von Sohn und Arzt wegen versuchten Totschlags vom Landgericht Kempten. Der Bundesgerichtshof hob dieses Urteil mit folgender Begründung wieder auf: Die Einwilligung des Sohnes sei zwar wegen fehlender vormundschaftsgerichtlicher Genehmigung unwirksam gewesen, es hätte aber das Selbstbestimmungsrecht der Patientin beachtet werden müssen. Ein Behandlungsabbruch sei ausnahmsweise dann zulässig gewesen, wenn er dem mutmaßlichen Willen der Patientin entsprochen hätte. Der Bundesgerichtshof sah jedoch die Feststellungen des Landgerichts Kempten zum mutmaßlichen Willen nicht als ausreichend an und verwies die Rechtssache zur Verhandlung an das Landgericht Kempten zurück. In der erneuten Verhandlung kam das Landgericht Kempten zu dem Urteil, dass der Sohn und der behandelnde Arzt freizusprechen seien, da die Anordnung des Ernährungsabbruchs dem mutmaßlichen Willen der Patientin entsprochen habe.

⁹⁵ BGH Urteil vom 13.09.1994 (BGHSt 40,257 ff.=NJW1995,204f.).-1StR 357/94-LG Kempten

6. FALLBEISPIELE

Der Bundesgerichtshof sprach sein Urteil nach folgenden Leitsätzen:⁹⁶

1. Leitsatz:

Bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten kann der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme ausnahmsweise auch dann zulässig sein, wenn die Voraussetzungen der von der Bundesärztekammer verabschiedeten Richtlinien für die Sterbehilfe nicht vorliegen, weil der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Kranken.

2. Leitsatz:

An die Voraussetzungen für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses sind strenge Anforderungen zu stellen. Hierbei kommt es vor allem auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten, seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen an.

3. Leitsatz:

Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muss auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen. Dabei ist jedoch Zurückhaltung geboten; im Zweifel hat der Schutz menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, eines Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person.

Der Bundesgerichtshof kam zu der Ansicht dass die Bemerkung der Patientin: „so wolle sie nicht enden“ nach dem Eindruck einer Fernsehsendung vor rund 10 Jahren keine Grundlage zur Einwilligung zum Behandlungsabbruch darstellt. Die Bemerkung könnte auch aus einer momentanen Stimmung getätigt worden sein. Außerdem hat der Sohn dem Behandlungsabbruch auch nicht wirksam zugestimmt, da er keine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts eingeholt hatte. Diese Genehmigung hätte für aktive ärztliche Eingriffe eingeholt werden müssen. Der Gerichtshof kam aber auch zu dem Schluss, dass in

⁹⁶ BGHSt 40,257 ff.=NJW1995,204f

6. FALLBEISPIELE

diesem Fall die aktive ärztliche Maßnahme die Beendigung der bisherigen lebenserhaltenden Maßnahmen war.

Über der Entscheidung des Vormundschaftsgerichts steht aber der mutmaßliche Wille des Patienten zum Tatzeitpunkt, da die Gerichte an Entscheidungen der Vormundschaftsgerichte nicht gebunden sind. Dabei sind auch die religiösen und persönlichen Wertvorstellungen des Kranken zu berücksichtigen⁹⁷

Auf allgemeine Wertvorstellungen darf nur zurückgegriffen werden, wenn auch nach intensiver Prüfung der Wille des Patienten nicht eruierbar ist. Bestehen jedoch Zweifel, so hat der Schutz menschlichen Lebens absoluten Vorrang vor dem Willen des Arztes, der Angehörigen, oder Dritter. Berücksichtigung sollte auch die altersbedingt oder krankheitsbedingt reduzierte Lebenserwartung des Kranken finden. „Je weniger die Wiederherstellung eines nach allgemeinen Vorstellungen menschenwürdigen Lebens zu erwarten ist und je kürzer der Tod bevorsteht, umso eher wird ein Behandlungsabbruch vertretbar erscheinen.“⁹⁸

⁹⁷ BGHSt 35,246,249

⁹⁸ BGHSt 35,246,250

6. FALLBEISPIELE

6.3 Fall 3: Terri Schiavo, ein 15 Jahre dauernder Rechtsstreit⁹⁹

Terri Schiavo brach am 25. Februar 1990 infolge eines durch Bulimie verursachten Kaliummangels bewusstlos zusammen. Ihr Ehemann Michael Schiavo alarmierte den Notdienst, der sie reanimierte, doch aufgrund des Sauerstoffmangels wurde ihr Gehirn irreparabel geschädigt. Vegetative Körperfunktionen, die vom Stammhirn gesteuert werden funktionierten, das heißt Atmung und Kreislauf waren intakt. Nach Aussage der behandelnden Mediziner konnte sie jedoch ihre Umgebung nicht bewusst wahrnehmen, denn durch die Schädigung der Großhirnrinde befand sich die Patientin bereits im Wachkoma. Terri Schiavo wurde mittels Magensonde ernährt, ihr Zustand besserte sich auch nach 8 Jahren nicht. Im Mai 1998 beantragte Michael Schiavo die gerichtliche Genehmigung zur Entfernung der Magensonde. Er berief sich dabei auf den ihm gegenüber mündlich geäußerten Wunsch seiner Frau im Falle einer unheilbaren Krankheit nicht künstlich am Leben gehalten zu werden. Die Eltern von Terri Schiavo legten sofort Widerspruch ein, denn sie hofften auf eine Besserung des Zustandes ihrer Tochter. Sie forderten die Scheidung von Terri und Michael um als Vormund die Entfernung der Magensonde verhindern zu können. Michael Schiavo ließ am 24. April 2001 mit richterlicher Genehmigung die Magensonde entfernen. Die Eltern Terris erwirkten eine einstweilige Verfügung und damit eine Wiederaufnahme der künstlichen Ernährung am übernächsten Tag. Am 15. Oktober 2003 wurde die Magensonde erneut entfernt. Daraufhin schritt der amtierende Gouverneur des Staates Florida ein, der durch ein eigenes Gesetz „Terri`s Law“ die erneute künstliche Ernährung der Patientin zu erzwingen versuchte. Der Supreme Court von Florida kam zu dem Urteil, dass das Gesetz der Verfassung widerspreche, Robert und Mary Schindler, die Eltern Terris riefen daraufhin den Obersten Gerichtshof der Vereinigten Staaten an, der sich am 24. Januar 2005 für unzuständig erklärte.

Durch diese gerichtlichen Auseinandersetzungen wurde die Öffentlichkeit auf den Fall aufmerksam, es kam zu dem Vorwurf, dass Terris Ehemann die künstliche Ernährung aus finanziellen Gründen einzustellen versuchte, da die Pflegekosten mittlerweile sprunghaft angestiegen waren. Michael Schiavo wurde außerdem unterstellt seine Frau misshandelt zu haben und dies sei der Grund für ihren damaligen Zusammenbruch. Sogar die absichtliche Verabreichung von Insulin durch Michael stand im Raum, da bei Terri wiederholt niedrige Blutzuckerwerte gemessen wurden.

⁹⁹ www.dieterwunderlich.de/Terri_Schiavo.htm

6. FALLBEISPIELE

Terris Eltern setzten alles daran die solcherart sensibilisierte Öffentlichkeit von der Notwendigkeit der Weiterführung der künstlichen Ernährung zu überzeugen, indem sie Videos veröffentlichten in denen Terri die Augen aufriss und gutturale Laute von sich gab. Das Medieninteresse in den USA war enorm, aber auch in Deutschland lösten diese Bilder Debatten über den Umgang mit Patientenverfügungen und Sterbehilfediskussionen aus. Der Bezirksrichter George Greer gab am 25. Februar 2005 einem erneuten Antrag des Ehemanns auf Beendigung der künstlichen Ernährung statt, die Ärzte warteten aber Beratungen über ein Gesetz ab, mit dem es in Florida verboten werden sollte, Komapatienten die künstliche Ernährung zu verweigern. Dieses Gesetz wurde aber vom Senat verworfen und so entfernten die Ärzte die Magensonde am 18. März 2005 zum dritten Mal.

Präsident George W. Bush unterzeichnete ein Eilgesetz das Terris Eltern die Möglichkeit eröffnete den U.S. Supreme Court erneut anzurufen. Am 22. März 2005 wurde der Eilantrag auf Wiederaufnahme der künstlichen Ernährung erneut abgelehnt, auch die Berufungen wurden in allen Instanzen abgelehnt.

Terri Schindler verhungerte und verdurstete langsam, ihr Ehemann übernachtete seit dem 18. März im Hospiz und verweigerte Terris Eltern den Zugang zu ihrer Tochter. Am 31. März 2005 starb Terri Schiavo an Dehydrierung, erst danach durften ihre Eltern von ihr Abschied nehmen.

Eine Obduktion am nächsten Tag bestätigte die Vermutung, dass Terri Schiavo ihre Umwelt in keiner Weise mehr wahrnehmen konnte, ihr Gehirn war auf die Hälfte geschrumpft, eine Fortsetzung der künstlichen Ernährung hätte keine Aussicht auf eine Verbesserung ihres Zustandes gebracht. Durch eine Weiterführung der Ernährung der Patientin wären nur ihre vegetativen Körperfunktionen weiterhin aufrechterhalten worden, ohne jede Aussicht auf Besserung.

Auch der Vatikan äußerte sich zu dem Fall Schiavo, Kardinal Renato Martino erklärte: „Wenn man jemandem Wasser und Nahrung vorenthält, was ist das? Nichts anderes als Mord.“ Auch namhafte Vertreter der christlichen Kirchen Deutschland reagierten mit Maßnahmen zum Schutz des Lebens auf die Nachricht vom Tod der Komapatientin. Der Vorsitzende der katholischen Deutschen Bischofskonferenz, Kardinal Lehmann erklärte: „Mit Nachdruck erinnern wir daran, dass das Verhungern lassen eines Menschen wie bei Terri Schiavo ethisch nicht erlaubt ist. Ihr Tod ist ein alarmierendes Zeichen für den Schutz des Lebens.“ Der Fall Terri Schiavo habe „schockierend vor Augen geführt“, welche „Gefahren“ mit der Entwicklung lebenserhaltender Maßnahmen zusammenhängen. „Allzu leicht können Ärzte, Pfleger, Angehörige oder Richter zu Herren über Leben oder Tod werden.“

6. FALLBEISPIELE

Der Ratsvorsitzende der evangelischen Kirche in Deutschland, Bischof Wolfgang Huber erklärte: „Solange keine klare Willensäußerung des Patienten vorliegt hat die Fürsorge für das Leben Vorrang. Man kann nicht ohne einen erklärten Willen des betroffenen Menschen seinem Leben auf diese Weise ein Ende machen. Deutschland muss klare Regeln aufstellen wie eine eindeutige Willensäußerung in einem solchen Fall aussehen soll.“¹⁰⁰

George W. Bush kritisierte den Abbruch der künstlichen Ernährung: „Die Essenz jeder Zivilisation ist, dass die Starken die Pflicht haben, die Schwachen zu schützen.“ Weiters bemerkte er, dass in Fällen wie dem Schiavos, wo Zweifel am Willen der Patientin bestünden, für die Fortsetzung lebenserhaltender Maßnahmen entschieden werden sollte.¹⁰¹

¹⁰⁰ <http://www.faz.net/s/Rub501F42F1AA064C4CB17DF1C38AC00196/Doc~E5E6E280DF5A44730AE1D40D65C2848E8~ATpl~Ecommon~Spezial.html>

¹⁰¹ <http://www.faz.net/s/Rub501F42F1AA064C4CB17DF1C38AC00196/Doc~E5E6E280DF5A44730AE1D40D65C2848E8~ATpl~Ecommon~Spezial.html>

6. FALLBEISPIELE

6.4 Fall 4: Alexander Nicht¹⁰²

Im Oktober 2002 wurde Alexander Nicht auf dem Heimweg in Berlin Charlottenburg angefahren und erlitt schwerste Schädelverletzungen. Auf der Intensivstation kam es zu einer Hirnschwellung, sein Hirnstamm wurde durch den Wirbelkanal gedrückt, daraufhin kam es zum Untergang von Hirnsubstanz der Großhirnrinde. Alexander Nicht fiel ins Wachkoma, in der Fachsprache auch apallisches Syndrom genannt. Alexander Nicht hatte vor seinem Unfall mehrmals geäußert, dass er auf keinen Fall künstlich am Leben erhalten werden wolle. Vor allem nachdem ein Freund einen Motorradunfall hatte sprach er darüber mit seiner Mutter und seiner Schwester. Auch der Fall von Christopher Reeve, den Alexander Nicht im Fernsehen gesehen hatte, bewegte ihn. „Ich würde mich sofort umbringen“, soll er seiner Mutter anvertraut haben. Alexander Nichts Mutter erklärte dem behandelnden Oberarzt der Intensivstation vom Willen ihres Sohnes. „Wir möchten nicht, dass sein Leben unter allen Umständen erhalten wird. Das wäre gegen seinen Willen.“ Der Arzt meinte, es bestehe die Chance von einem Prozent zu überleben und die würde er ihm nicht nehmen. Diese Situation wiederholte sich mehrmals, in den verschiedenen Rehabilitationskliniken, eineinhalb Jahre später beantragte ein Heim beim Amtsgericht die „Überprüfung der Betreuung“.

Der Antrag blieb folgenlos und die Mutter beschloss ihren Sohn zum Sterben nach Hause zu holen. In ihrer Verzweiflung wandte sich Marie Luise Nicht an den Arzt Michael de Ridder, Leiter der Rettungsstelle des Berliner Klinikums am Urban. De Ridder beantragte ein neurologisches Gutachten, das das Ausmaß der Hirnschädigung feststellte. Der Arzt sagte seine Hilfe zu, das heißt die künstliche Ernährung einzustellen und den Sterbeprozess medizinisch zu begleiten. Ein solcher Behandlungsabbruch gilt als erlaubte passive Sterbehilfe. Alexander Nicht wurde daraufhin von einem privaten Pflegedienst und seiner Mutter betreut. Mit den Pflegern sprach sie offen über den geplanten Behandlungsabbruch worauf sie angezeigt und ihr Sohn nach richterlicher Anordnung abgeholt wurde.

Im Beschluss lautet es: „Bei den offenbar seit längerem gezielt geplanten Vorbereitungen der Betreuerin zur Tötung des Betroffenen besteht gerade in einer dafür besonders geeigneten Akut-Situation keine Gelegenheit zu weiteren Ermittlungen.“ Beim Verfahren vor dem Landgericht wurde Frau Nicht und die Familie, sowie Alexanders bester Freund zum ersten Mal gehört. Das Landgericht erklärte den Amtsrichter für Befangen und nahm seinen Beschluss zurück. Der behandelnde Arzt Michael de Ridder stellte die künstliche Ernährung

¹⁰² Der Spiegel 46/2006

6. FALLBEISPIELE

ein und gab nur noch so viel Flüssigkeit als zur Medikamentenaufnahme nötig war. Es wurden Schlafmittel, Morphine und krampflösende Mittel verabreicht. Nach vier Wochen und fünf Tagen starb Alexander Nicht.¹⁰³

Der Sterbeprozess des Alexander Nicht dauerte etwas mehr als vier Wochen und stellte die Angehörigen vor extremsten psychischen Belastungen. Nach drei Wochen Nahrungsentzug stellte sich Frau Nicht die Frage, ob es nicht humaner sei den Sterbeprozess aktiv zu beschleunigen. Dr. De Ridder hätte die verabreichten Medikamente höher dosieren können, was aber nach deutschem Recht verbotene aktive Sterbehilfe gewesen wäre. Nach der heutigen deutschen Rechtslage wäre eine Erhöhung der Dosis der Sedativa nur dann rechtmäßig gewesen, wenn das Leiden des Patienten dadurch gemindert worden wäre. Man hätte sozusagen den früheren Tod des Patienten als Folge der ärztlich gebotenen Leidenslinderung in Kauf genommen. Das wäre dann erlaubte indirekte Sterbehilfe gewesen. In dem Fall Alexander Nicht lag die Situation aber anders. Im apallischen Syndrom leiden die Patienten nicht, sie verspüren weder Hunger, noch Durst und reagieren nicht auf Schmerz. Es wäre also lediglich „das Leiden der Angehörigen“ verkürzt worden.

Die indirekte Sterbehilfe stellt immer einen schmalen Grat dar, der Mediziner und Juristen gleichermaßen vor Problemen stellt.

¹⁰³ Der Spiegel 46/2006

6.5 Fall 5: Sterbehilfeprozess Dr. Helmut Wihan

Der pensionierte Lungenfacharzt Dr. Helmut Wihan verabreichte am 13. Juni 2006 seiner langjährigen, schwer kranken Bekannten eine Injektion Morphium in den Arm, nachdem sie sich vorher selbst zwei Injektionen gesetzt hatte. Die Frau litt an Depressionen, Gefäßverengungen, Hypomanie, Epilepsie, Demenz und war außerdem von Beruhigungsmitteln abhängig. Die Patientin verstarb daraufhin.

Dieser Fall weist einige Besonderheiten auf. Zum Einen hatte Dr. Wihan zugegeben von der Patientin einen Briefumschlag mit 27000 Euro erhalten zu haben, zum Anderen hätte er als Arzt erkennen müssen, dass die Patientin aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage war, ihren Sterbewillen zu äußern.¹⁰⁴

Der Arzt musste sich in Salzburg in einem Mordprozess vor einem Gericht verantworten, der Prozess endete mit einem relativ milden Urteil. Dr. Helmut Wihan wurde wegen „Tötung auf Verlangen“ zu 18 Monaten bedingt verurteilt. Die Geschworenen fällten ihr Urteil nahezu einstimmig, nur ein Laienrichter plädierte für Mord. In der Zeugeneinvernahme bestätigten mehrere Zeugen, dass die Patientin mehrmals den Wunsch zu sterben geäußert hatte. Dr. Wihan betonte stets, aus Mitleid gehandelt zu haben, verlangt habe er nichts dafür, die Patientin hatte ihm aber ein Kuvert mit 27000 Euro hinterlegt.

Die Problematik dieses Falles stellen die psychischen Probleme der Patientin dar. Die Patientin war durch ihre Depressionserkrankung und auch aufgrund ihrer Demenz nicht in der Lage klar ihren Sterbewillen zu äußern.

„Ich bin erleichtert, es geht mir gut“ sagte Dr. Wihan nach Prozessende. Er wisse zwar, dass er auf dem Gebiet der Medizin gut sei, hinsichtlich von Depressionserkrankungen habe er jetzt viel gelernt, gestand er ein. „Wenn man einen Menschen lange kennt, wird man von ihm eingullt.“ Dr. Wihan stimmte zu, dass im Fall der befreundeten Patientin seine Urteilsfähigkeit eingeschränkt war.¹⁰⁵

¹⁰⁴ www.diepresse.com/home/panorama/oesterreich/438525/print.do

¹⁰⁵ www.news.at/articles/0851/10/228799/drei-injektionen-18-monate-sterbehilfe-arzt

6. FALLBEISPIELE

6.6 Fall 6: Klagenfurter Sterbehilfeprozess¹⁰⁶

Am 10. Oktober 2007 endete ein Sterbehilfe – Prozess in Klagenfurt mit einem Freispruch. Angeklagt war ein 56 jähriger Kärntner, Bauingenieur aus Seeboden, dem die Staatsanwaltschaft die Mitwirkung am Selbstmord seiner todkranken Frau vorwarf. Seine Frau litt an amyotropher Lateralsklerose (ALS), eine rasch fortschreitende Erkrankung bei der es zu Muskellähmungen kommt, und schließlich der Tod meist durch eine Lähmung der Atemmuskulatur eintritt. In der Fachliteratur wird eine maximale Überlebensdauer von 3 Jahren beschrieben. Seine todkranke Frau wusste um ihren Zustand und bat ihren Mann sie in die Schweiz zu begleiten, denn dort gibt es unter bestimmten Umständen keine Sanktionen für Beihilfe zum Selbstmord. Seine Ehefrau Renate war Mitglied des Vereins „Dignitas“, der todkranken Patienten unter genau definierten Bedingungen die Möglichkeit zum freiwilligen Ausscheiden aus dem Leben bietet.

Der Kärntner wurde nach einer anonymen Anzeige der Mitwirkung am Selbstmord bezichtigt, ein Straftatbestand der in Österreich einen Strafraum von 5 Monaten bis zu 6 Jahren unterliegt. Die Verteidigung betonte, dass „selbstsüchtige Beweggründe“ nicht vorlägen und bat die Schöffen um Berücksichtigung der schwierigen persönlichen Situation des Angeklagten. Weiters verwies er auf die Länder Holland und Belgien, wo Sterbehilfe legalisiert worden ist, und auf die Bundesrepublik Deutschland, wo das Gesetz den Tatbestand der Mithilfe am Selbstmord nicht kennt.

Die Staatsanwaltschaft wandte sich ebenfalls an die Schöffen: „Wenn sie den Herrn Freisprechen, öffnen sie der Euthanasie Tür und Tor.“ Er gab zu bedenken, dass man unter seinen persönlichen berücksichtigungswürdigen Umständen für die Tat Verständnis aufbringen könne. Man könne daher mit einer geringen, bedingten Haftstrafe das Auslangen finden.

Der Richter Liebhauser-Karl verkündete nach kurzer Beratung den Freispruch. Es sei zwar der Tatbestand erfüllt, jedoch müsse man den Einzelfall ansehen: „Auf der einen Seite haben wir eine Moribunde, die klar bei Verstand ist, auf der anderen Seite steht der Angeklagte, der das unvorstellbare Leid seiner Frau sieht und ihren Willen akzeptiert.“

¹⁰⁶ www.diepresse.com/home/panorama/oesterreich/336036print.do

6. FALLBEISPIELE

Fall 7: Britischer TV Sender zeigt den Selbstmord des Craig Ewert¹⁰⁷

Der 59 jährige Universitätsprofessor Craig Ewert litt an einer unheilbaren Nerven- und Muskelerkrankung, die nach Aussagen der behandelnden Ärzte nach zwei bis fünf Jahren unweigerlich zu Tod führt. Der qualvolle Sterbeprozess wird meist durch eine Lähmung der Atemmuskulatur ausgelöst. Als sich sein Krankheitsverlauf beschleunigte entschied Craig Ewert in Zürich die Dienste der Dignitas Sterbehilfeorganisation in Anspruch zu nehmen. Nach Aussagen seiner Frau Mary Ewert wollte ihr Mann seinen Tod bewusst öffentlich machen, er ließ sich im Rahmen einer TV Dokumentation dabei filmen.

Im September 2006, in der Dignitas Klinik in Zürich erhielt er einen Becher mit einer tödlichen Dosis eines Schlafmittels, das er mit Hilfe eines Strohhalms zu sich nahm. Anschließend betätigte er mit dem Mund eine Zeitschaltuhr, da seine Arme bereits gelähmt waren. Die Zeitschaltuhr schaltete sein Beatmungsgerät nach 45 Minuten aus. Als Craig Ewert starb liefen die Kameras weiter. Der britische TV Kanal Sky Real Lives strahlte die Dokumentation von Oskar Preisträger John Zaritsky am Mittwochabend um 21 Uhr Ortszeit aus und erntete Kritik von Medienexperten und Sterbehilfeorganisationen. Kurz vor seinem freiwilligen Ausscheiden aus dem Leben gab Craig Ewert ein berührendes Interview: „Wenn ich komplett gelähmt wäre und nicht mehr reden könnte, wie hätte ich jemandem sagen können, dass ich leide? Das wäre die Hölle gewesen. Hätte ich mich für das Leben entschieden, hätte ich mich für Folter entschieden.“

Auch seine Frau Mary, die Craig Ewert bis in den letzten Stunden zur Seite gestanden war, verteidigte die Dokumentation mit den Worten: „Wenn der Tod privat und versteckt ist, sehen die Menschen ihren Sorgen davor nicht ins Gesicht. Craig war ein Lehrer. Und man kann sagen, er hat diesen Film als Lehrer gemacht.“

¹⁰⁷ www.kleinezeitung.at/nachrichten/chronik/1681667/index.do

7. DISKUSSION

Diskussion

Durch den medizinischen Fortschritt und den gesellschaftspolitischen Wandel, der in den letzten Jahrzehnten stattgefunden hat, entstand ein Spannungsfeld, das sich zwischen medizinisch indizierter Intervention einerseits, und dem Recht des Patienten über sein eigenes Schicksal zu verfügen andererseits, ausbreitet. Für die an der Entscheidungsfindung in der Terminalphase eines Leidenswegs beteiligten Personen, wie Ärzte, Angehörige, und Juristen stellt sich die Herausforderung dem mutmaßlichen Patientenwillen gerecht zu werden, sofern der Patient nicht mehr in der Lage ist autonom Entscheidungen zu treffen.

Unbestritten ist diese Aufgabe, die Betreuung und ärztliche Behandlung Sterbender aus medizinisch wie auch aus ethischer Sicht nicht unproblematisch, denn im Umgang mit solchen Extremsituationen werden alle Beteiligten mit medizinischen, ethischen und juristischen Problemen konfrontiert. In der medizinischen Fachliteratur befassen sich zahlreiche Arbeiten mit dem Versuch eine allgemeingültige Nomenklatur der in der Palliativmedizin gebräuchlichen Terminologie zu finden. Auch in dieser Frage wurde in weiten Teilen noch kein Konsens gefunden, die Ausprägungen der unterschiedlichen Begriffsbestimmungen stellen sich vor allem dann als Problem dar, wenn medizinische Diagnosen und Behandlungsabläufe im ethisch – juristischen Kontext bewertet werden müssen. In Österreich sind der grundsätzliche Status und die medizinethische Bewertung palliativer beziehungsweise terminaler Sedierung noch nicht ausreichend geklärt.

Die Schwierigkeit in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den Themen Palliativmedizin, Sterbebegleitung, Sterbehilfe, und terminaler Sedierung liegt einerseits in der uneinheitlichen Nomenklatur, verschiedene Autoren definieren die Begriffe jeweils unterschiedlich, aber auch in der äußerst diffizilen und komplexen Judikatur zu dieser Thematik.

Im Fall der Terminalen Sedierung herrscht breiter Konsens, dass das Ziel der terminalen Sedierung die Linderung von unerträglichen Schmerzen durch medikamentöse Senkung des Bewusstseinsniveaus ist.¹⁰⁸ Andere Autoren bevorzugen den Begriff der Palliativen Sedierung, um das Missverständnis eines terminierenden Vorgehens zu vermeiden.¹⁰⁹

Die Terminale Sedierung kann eine begründete und erforderliche Maßnahme sein, wenn es keine anderen Möglichkeiten gibt das Leiden eines Sterbenden zu lindern. Ist es hingegen die

¹⁰⁸ EnckR, Drug-induced terminal sedation for symptom control. Am J Hosp Palliat Care 1991;8:3-5

¹⁰⁹ Jackson WC. Palliative sedation vs. terminal sedation: what's in a name? Am J Hosp Palliat Care 2002;19:81-82) Rousseau P. Existential suffering and palliative sedation: a brief commentary with a proposal for clinical guidelines. Am J Hosp Palliat Care 2001;18:151-153

7. DISKUSSION

Intention des Arztes, das Leben des Patienten zu verkürzen, so ist sein Handeln als Sterbehilfe zu werten.¹¹⁰ Aus juristischer Sicht ist zu bemerken, dass die Pflicht zur Heilbehandlung dort endet, wo sie nicht mehr indiziert ist.¹¹¹

Die universitäre Ausbildung in Österreich vermittelt dem Studierenden leider nicht in ausreichendem Maße, dass die Behandlung der sterbenden Patienten nicht dann endet, wenn keine Aussicht mehr auf Besserung besteht. Das Medizinstudium sollte zukünftige Mediziner auch darauf vorbereiten, dass „Hilfe im Sterben“ durch medikamentöse Intervention in vielen Fällen unverzichtbar, und jedenfalls in das Spektrum ärztlichen Handelns einzureihen ist.

Daher bleibt es die Pflicht des Arztes dem Patienten beizustehen und das schließt auch die medikamentöse Schmerztherapie mit ein.¹¹²

Auch die christlichen Kirchen befassen sich eingehend mit der Problematik, Patienten in der Sterbephase zu sedieren. Einerseits soll dem Leidenden nicht die Möglichkeit genommen werden, sein Leiden bewusst wahrzunehmen, denn für viele Christen stellt das bewusste Ertragen von Leid ein Opfer dar, das sie erbringen wollen,¹¹³ andererseits erlauben die christlichen Kirchen die Verabreichung narkotischer Medikamente, auch wenn vorauszusehen ist, dass deren Verabreichung das Leben des Patienten verkürzt. Die christlichen Kirchen messen der Selbstautonomie des schwerkranken Patienten einen durchaus hohen Stellenwert zu.

Durch die Errichtung einer christlichen Patientenverfügung können Patienten ihren Willen bezüglich der Umgangsweise mit ihrem Sterben erklären. Die christlichen Patientenverfügungen sind als Instrument den eigenen Willen für genau festgelegte Situationen zu erklären durchaus geeignet, jedoch hat der Gesetzgeber auf die diesbezügliche Unsicherheit erst in jüngerer Zeit reagiert und ein Bundesgesetz über Patientenverfügungen erlassen. Seitdem trägt der Gesetzgeber der Forderung nach Patientenautonomie, wie sie von mündigen Patienten, aber auch von Ärzten gefordert wird, Rechnung. Seit 2006 gibt es in Österreich die Möglichkeit eine rechtsverbindliche Patientenverfügung zu verfassen.¹¹⁴

Der Gesetzgeber hat durch spezielle Voraussetzungen zur Abfassung einer verbindlichen Patientenverfügung sichergestellt, dass der Patient „in einwilligungsfähigem Zustand“ und

¹¹⁰ G.A. den Hartogh, Ethic Med 2004 16:378-391

¹¹¹ KopetzkiC 2000 Verfassungs und verwaltungsrechtliche Aspekte antizipierter Patientenverfügungen. In KopetzkiC(Hrsg)Antizipierte Patientenverfügungen. „Patiententestament“ und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten.Manz Wien S 38-60

¹¹² Schick PJ, Todesbegriff, Sterbehilfe, und aktive Euthanasie. Strafrechtsdogmatische und kriminalpolitische Erwägungen. In: Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod. BernatE(Hrsg)leykam 1993 S.121-139

¹¹³ Pius XII, Ansprache vom 24.02.1957, AAS49(1957)

¹¹⁴ BGBl Nr.55;08.05.2006

7. DISKUSSION

aus freiem Willen seine letzten Dinge regelt. Dieses Vorgehen war notwendig um eventuellem Missbrauch entgegenzuwirken. Kritiker befürchteten, dass der gesellschaftspolitische Druck auf die Patienten dazu führen könnte, dem System nicht mehr zur Last fallen zu wollen. Letztlich sind es immer mehrere Faktoren, die in der Entscheidungsfindung zum Tragen kommen. Anhand von Fallberichten habe ich versucht die Verzweiflung der Betroffenen und deren Angehöriger aufzuzeigen und die Umstände und Begründungen der jeweiligen Urteilsfindung dargestellt.

Diese bislang unklare rechtliche Situation durch eine gesetzliche Regelung zu bereinigen, war absolut notwendig und längst überfällig. Wohin es führt, wenn Menschen mit tödlichen Erkrankungen auf sich selbst gestellt sind und befürchten müssen einen qualvollen Tod zu sterben, habe ich versucht im Abschnitt Sterbetourismus und Dignitas aufzuzeigen.

Der in der Schweiz ansässige Verein Dignitas leitet aus dem schweizerischen Strafgesetzbuch ab, dass jemand der ohne selbstsüchtige Motive Beihilfe zum Suizid leistet, nicht bestraft werden kann und so finden regelmäßig „Freitodbegleitungen“ auf Schweizer Staatsgebiet statt. Diese besondere Rechtslage in der Schweiz wird auch von vielen anderen Staatsangehörigen in Anspruch genommen, es entwickelte sich ein regelrechter „Sterbetourismus“ in die Schweiz, mit teils grotesken Ausprägungen.

Verzweifelte Menschen schrecken auch vor „Freitodbegleitungen auf Parkplätzen“ nicht zurück.

Dem gegenüberzustellen ist die erfreuliche Entwicklung auf dem Gebiet der Hospiz und Palliativbewegung in Österreich. Ausgehend von Einzelinitiativen in den 70 er Jahren des 20. Jahrhunderts hat sich die Hospizidee in Österreich fest etabliert. Mittlerweile gibt es 235 Hospiz und Palliativeinrichtungen in unserem Land.¹¹⁵ Aus der täglichen klinischen Praxis ergibt sich die Forderung nach palliativmedizinischen Zentren, um gesicherte und nachvollziehbare Behandlungsoptionen aufzuzeigen und menschenwürdige Sterbebegleitung in Österreichs Spitälern zu ermöglichen. Wir stehen erst am Anfang eines Umdenkens in der Gesellschaft und ich wünsche mir, dass meine Arbeit dazu beiträgt, dass der Umgang mit dem Tod und dem Prozess des Sterbens als Teil des Lebens gesellschaftspolitisch mehr Beachtung findet.

¹¹⁵ Pelttari-StachlL,ZotteleP;Datenerhebung 2008 von Hospiz Österreich

8. LITERATURVERZEICHNIS

Literaturverzeichnis

Albert, Nauck, Radbruch: Lehrbuch der Palliativmedizin, 2. Auflage, Schattauer 2007

Art.115StGB

AJP/PJA 5/2004 L. A. Minelli

Brief an Menoikeus Abs.125 in: Epikur-Biographie im 10. Buch der ca. 220 n. Chr. entstandenen antiken Philosophiegeschichte "Leben und Lehren berühmter Philosophen" von Diogenes Laertios; Ü: Olof Gigon

Beck D, Kettler D, 2001, Symptomkontrolle in der Palliativmedizin; Schmerz 15:320

Beck L, Janßen G, Freynhagen R, Göbel U, 2006, Palliativmedizin: Betreuung, Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Der Gynäkologe 6,39:455-470

BGBI Nr.55, 08.05.2006

BGH Urteil vom 13.09.1994 (BGHSt 40,257 ff.=NJW1995,204f.).-1StR 357/94-LG Kempten

BGHSt 35,246,249

BGHSt 35,246,250

BGHSt 40,257 ff.=NJW1995,204f

Bundesärztekammer (2007) Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit der Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Dt. Ärzteblatt 106: A891-A896

Canadian Palliative Hospice Care Association1995 Palliative care: Towards a consensus in standardized principles of practice. CHPCA, Ottawa

8. LITERATURVERZEICHNIS

Christliche Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung; Handreichung und Formular, 2. Auflage, Kirchenamt der Ev. Kirche in Deutschl., und Sekretariat der Dt. Bischofskonferenz (Hrsg) Bonn 2003

Encyclica Evangelium Vitae, Johannes Paul II, 25.03.1995; III. Kapitel - Du sollst nicht töten - Das heilige Gesetz Gottes

Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie, 01.06.1975 (=die deutschen Bischöfe4)

Der Spiegel 46/2006

Dignitas Jahresbericht 1.1.2004-31.12.2004

Doyle D, O`Connel S 1996, Breaking bad news: starting palliative care. *JRSocMed*89:590-591

Enck R, Drug-induced terminal sedation for symptom control. *Am J Hosp Palliat Care* 1991; 8:3-5

Enzyklika Evangelium vitae unter Punkt 65

Freyenhagen R, Zenz M, Stumpf M. 1994, WHO Stufe II-Klinische Realität oder didaktisches Instrument? *Schmerz*8:210-215

Fürst CJ, Hagenfeldt K. (End-of-life-sedation-Definition and clinical guidelines needed.) *Lakartidningen* 2002;99:3830-5.

G.A. den Hartogh, *Ethic Med* 2004 16:378-391

Gemeinsame Texte 15 Hrsg, Kirchenamt der evangelischen Kirche Deutschland und dem Sekretariat der deutschen Bischofskonferenz

8. LITERATURVERZEICHNIS

Gemeinsame Texte 17 Hrsg, Kirchenamt der evangelischen Kirche Deutschland und dem Sekretariat der deutschen Bischofskonferenz

Hanekop G, Kettler D, Bautz M.T, Ensink F.B.M;2001,Schmerztherapie in der Palliativmedizin, Urologe 41:S229

Heidemann E 1999Tumorpatienten in Deutschland: Was wissen wir über Schmerzprävalenzen? Schmerz 13:249-252

Höfler A, Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich. Zukunft braucht Vergangenheit. Wien: Kursbuch palliative care 2/2001

Husebo S, Klaschik E, Palliativmedizin;3.Auflage,Springer 2003; S.13

Jackson WC. Palliative sedation vs. terminal sedation: what`s in a name? Am J Hosp Palliat Care 2002;19:81-82)

Jox RJ, Heßler HJ, Borasio GD, (2008)Entscheidungen am Lebensende, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Der Nervenarzt6,79:729-739

KAKuG § 10 Abs 1 Z.7

Karthaus M, Frieler F; Essen und Trinken am Ende des Lebens. Ernährung bei Krebspatienten in der palliativen Onkologie und Palliativmedizin. Wien.Med.Wochenschr.2004,154/9-10:192-198

Kienapfel, BT I,Rz.33 zu§110;ZipfH.,Die Bedeutung und Behandlung der Einwilligung im Strafrecht,ÖJZ1977,385

Klaschik E, Nauck F, Radbruch L ,Sabatowski R: Palliativmedizin-Definitionen und Grundzüge; Gynäkologe. 2000, 33:705 Springer Verlag

8. LITERATURVERZEICHNIS

Kneihls B (1999) Intensivmedizin und Sterbehilfe – Grundrechtliche Erwägungen. In Bernat W, Kröll Wolfgang, (Hrsg.) Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik. Manz, Wien

Koletzko B, Jauch KW, Krohn K, Verwied-Jorky S, (2007) Leitlinie Parenterale Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. Akt Ernährungsmed 32 (Suppl 1):S1-134

Kopetzki C, Einleitung und Abbruch der künstlichen Ernährung beim Einwilligungsunfähigen Patienten: Die österreichische Rechtslage. 2004 Ethik Med. 16:275-287

Kopetzki C (2000) Verfassungs und verwaltungsrechtliche Aspekte antizipierter Patientenverfügungen. In Kopetzki C (Hrsg) Antizipierte Patientenverfügungen. „Patiententestament“ und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. Manz Wien S 38-60

Körtner Ulrich; Das österreichische Patientenverfügungsgesetz: Entstehungsgeschichte, Inhalt und Bewertung (2006) in NÖ Edition Patientenrechte

Kuch C, Ebner E, Köck C, (2000) Hospiz Evaluierungsstunde. Endbericht. Wien

Lang FR, Wagner GG (2007) Patientenverfügungen in Deutschland: Bedingungen für ihre Verbreitung und Gründe der Ablehnung. Dt Med Wochenschr 132:2558-2562

Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Forde R, Boeck Gravgaard A, Müller-Busch HC, Porta i Sales J, Rapin C. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics task force. Eur J Palliat Care 2003;10:63-6

Materstvedt LJ, Kaasa S. The ethics of terminal sedation. Poster 7. Congress of EAPC, Palermo 2001.

Memmer M (2000) Patiententestament und Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten. In Kopetzki C (Hrsg) Antizipierte Patientenverfügungen. „Patiententestament“ und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. Manz Wien

8. LITERATURVERZEICHNIS

Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press 1994

Moos, WK, Rz.24 der Vorbemerkungen zu den §75-79

Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Do hospice clinicians sedate patients intending to hasten death? J Palliat Care 1999

Nauck F, Radbruch L, Ostgathe C et al. 2002; Kerndokumentation für Palliativstationen-Strukturqualität und Ergebnisqualität. Palliativmedizin 3

Neitzke G, Frewer A, Sedierung als Sterbehilfe? Zur medizinethischen Kultur am Lebensende. Ethik Med 2004.

OGH 16.07.1998, 6 Ob 144/98i, 147/98f = RdM 1999/21

Österreichische Patientencharta Art. 18, BGBl. I Nr.36/2002

Peltari –Stachl L, Zottele P; Datenerhebung 2008 von Hospiz Österreich

Pflichtübung aus Verfassungsrecht WS 2007/2008 Prof. Gabriele Kucsko-Stadlmayer

Pius XII, Ansprache vom 24.02.1957, AAS49(1957)

Pius XII. Ansprache vom 9.Sept.1958, AAS 50(1958) S.694

Protokoll des Zürcher Kantonsrates vom 22.August 2005

Radbruch L, Nauck F, Fuchs M, Neuwohner K, Schulenberg D, Lindena G. What is palliative care in Germany? Results from a representative survey. J. Pain Symptom Manage 2002

Rietjens JAC, van der Heide A, Vrakking AM, Onwuteaka – philipsen BD, van der Maas PJ, van der Wal G (2004) Physician Reports of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the netherlands. Ann Intern Med 141:178-185

8. LITERATURVERZEICHNIS

Rousseau P. Existential suffering and palliative sedation: a brief commentary with a proposal for clinical guidelines. Am J Hosp Palliat Care 2001;18:151-153

Rousseau P. Terminal Sedation in the care of dying patients. Arch. Intern. Med 1996;156:1785-6

Rundbrief 27, Europäische Euthanasie-Gegner, Seite 4

Sabatowski R, Radbruch L, Nauck F, Loick G, Meuser T, Lehmann KA. (2000) Entwicklung und Stand der WHO, Cancer Pain Relief. Genf: WHO 1986

Schick PJ. Todesbegriff, Sterbehilfe, und aktive Euthanasie. Strafrechtsdogmatische und kriminalpolitische Erwägungen. In: Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod. Bernat E (Hrsg) Leykam 1993 S.121-139

Schmoller K (1997) Kommentar zu §110 StGB. In Triffterer O (Hrsg.) StGB- Kommentar. System und Praxis. 5. Lieferung, Orac, Wien

Schneider A, Momma M, Manns MP, Indikation zur künstlichen Ernährung: Enterale und parenterale Ernährung. Internist 2007.48:1066-1075

Schönberger Blätter 12, In Würde sterben. Diakonisches Werk Sachsen 2. Auflage Oktober 2004

Statistik Austria, Volkszählungen (bis 1981); Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresdurchschnittswerte ab 1985). - Revidierte Ergebnisse für 2005 bis 2007. Erstellt am: 27.05.2009.

Statistik Austria - Krebserkrankungen letzte Änderung 16.03.2009

Strohscheer I; Terminale Sedierung-praktische und ethische Aspekte. Facharzt 4/2006 S 8-10

Suicide Act §2(1) 1961

8. LITERATURVERZEICHNIS

Twycross R, 1994 Pain relief in advanced cancer; Churchill Livingstone, Edinburgh, London

Urteil Rechtssache Pretty gegen das Vereinigte Königreich Antrag Nr.2346/02 29.04.2002

Vereinsstatuten von Dignitas: “Menschenwürdig leben-Menschenwürdig sterben,
3.Auflage 2009

Weber M, Strohscheer I, Samonigg H, Huber C, Palliative Sedierung-eine Alternative zur Euthanasie bei unerträglichem Leid am Ende des Lebens? Med Clin 2005;100:292-8

WHO.1990 Cancer pain relief, WHO, Genf

Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA.Validation of World Health Organisation.Guidelines for cancer pain relief: a 10 year prospective study.Pain1995;63:65

8. LITERATURVERZEICHNIS

Internetquellen:

http://dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk1a.bischoefe/db_004.pdf (22.07.2009)

http://dbk.de/imperia/md/content/schriften/dbk6.gemeinsametexte/gt_17.pdf (22.07.2009)

<http://www.diepresse.com/home/panorama/oesterreich/336030/print.do> (18.12.2009)

<http://www.diepresse.com/home/panorama/oesterreich/336036print.do> (18.12.2009)

<http://www.diepresse.com/home/panorama/oesterreich/438525/print.do> (18.12.2009)

http://www.dieterwunderlich.de/Terri_Schiavo.htm (25.11.2009)

<http://www.dignitas.ch>; Wie funktioniert Dignitas, Dez.2008 (20.06.2009)

<http://www.faz.net/s/Rub501F42F1AA064C4CB17DF1C38AC00196/Doc~E5E6E280DF5A44730AE1D40D65C2848E8~ATpl~Ecommon~Spezial.html> (07.12.2009)

<http://www.kleinezeitung.at/nachrichten/chronik/1681667/index.do> (10.12.2009)

http://www.medisin.ntnu.no/ims/kreft/slb/Dokument/Abstract/materstvedt_og_kaasa_Palermo_29_mars.pdf (25.11.2009)

<http://www.news.at/articles/0851/10/228799/drei-injektionen-18-monate-sterbehilfe-arzt> (04.12.2009)

http://www.nhl-info.de/exec/start?site=/non_hodgkin_lymphome/63.htm&check=0 (20.11.2009)

<http://www.ris.bka.gv.at> (07.12.2009)

http://www.stjosef.at/dokumente/sterbebegleitung_dbk_ekd.htm (17.11.2009)

8. LITERATURVERZEICHNIS

<http://www.vienna.at/news/senioren/artikel/sterbehilfe-patienten-immer-oeffter-nicht-toedlich-krank/cn/news-20081104-01115366> (10.12.2009)

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Bevölkerungspyramide 2008,2030,2050; STATISTIK Austria erstellt am 1.10.2009

Abbildung 2: Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1950 bis 2050; STATISTIK Austria erstellt am 1.10.2009

Abbildung 3: Österreichisches Krebsregister Stand 27.08.2009; STATISTIK Austria erstellt am 2.11.2009

Abbildung 4: Anzahl der Hospiz und Palliativeinrichtungen in Österreich Stand 31. Dezember 2008
http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2008.pdf

Abbildung 5: WHO- Stufenschema zur Schmerztherapie;
http://www.nhlinfo.de/exec/start?site=/non_hodgkin_Lymphome/63.htm&check=0