

Das VfGH-Urteil zum assistierten Suizid aus intensivmed. / ethischer Sicht

Barbara Friesenecker

Universitätsklinik für Anästhesie und **Intensivmedizin**

Medizinische Universität Innsbruck

Vorsitzende der **ARGE Ethik** der ÖGARI

(Österr. Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin)

Salzburger Ärzteforum für das Leben

Salzburger Bioethik-Dialoge 2021 (11.3. – 30.4. 2021)

Do, 8.4.2021, 19.00

1

Sterbehilfe / assistierter Suizid ...

- Ist eigentlich **nicht** mein Thema und **nicht mein klinisches Erfahrungsgebiet** als Intensivmedizinerin
- Aber es gibt einen **Teilaspekt des Sterbens auf einer ICU**, der oft **inhaltlich vermischt** wird mit Sterbehilfe ...

„THERAPIEZIELÄNDERUNG“ (TZÄ)

Ziel des **Heilens** kann nicht erreicht werden

Therapieziel wird **geändert** in **Wohltun** und Erreichen eines „**guten Lebens am Ende des Lebens**“
mit **best möglicher Symptomkontrolle** (Schmerzen, Atemnot, Angst, Ersticken etc...)

→ **rechtzeitiger** Wechsel zur **Palliativmedizin**

Wir überlegen uns das oft **zu spät/gar nicht** (sind verhaftet in einer grenzenlosen **Machbarkeitsmedizin**)

- Wir überlegen nicht, ob etwas **technisch Machbares** Pat noch **nützt** (**indiziert ist/sinnvolles Therapieziel** hat)

ÜBERTHERAPIE Folge ist **chronisch kritische Erkrankung** → Albtraum **Pflegefall**

Inhaltliche Überschneidung mit der Sterbehilfe ...

- **Angst vor Übertherapie** ist ein Grund, warum Menschen ihr **Sterben selbst bestimmen** wollen
- **Angst in die Mühlen** moderner und **unmenschlichen Medizin** zu geraten
- Angst vor **langem Leiden** und davor ein **qualvolles Ende** zu nehmen

2

Das VfGH Urteil ...

(... aus dem Vortrag von Prof. Prof. Dr. Kurt Schmoller)

Erkenntnis des Österreichischen Verfassungsgerichtshofs (VfGH)
zur Frage des **assistierten Suizides**

- **Fremdtötung** ist weiterhin mit **Strafe** bedroht
auch wenn es auf **Verlangen des Sterbewilligen** hin geschieht
- **Mitwirkung am Selbstmord** war ausnahmslos **unter Strafe** gestellt
 - **Variante A: Verleitung zum Selbstmord** (bleibt strafbar)
 - **Variante B: ausnahmslos jede sonstige Mitwirkung (Beihilfe) an einer Selbsttötung**
 - VfGH hat aus dem **Recht auf freie Selbstbestimmung** abgeleitet,
dass die **Variante B „ausnahmslose“ Mitwirkung am Selbstmord verfassungswidrig** ist
und daher **aufgehoben**
...ist aber erst gültig ab Januar 2022 ...

3

Begriffe:

- Beim **assistierten Suizid** werden die **Vorbereitungen durch den Arzt / eine geschulte Person** getroffen
→ die letzte zum **Tod führende Maßnahme** erfolgt durch den **Patienten selbst**
- Bei der **Tötung auf Verlangen** wird auch diese **letzte Maßnahme** durch **eine andere Person durchgeführt**

4

Wo ist das **Dilemma** unserer modernen Medizin ? ... aus der Sicht der KlinikerIn...

- **Sterben und Tod** ist ein **TABU Thema** in unserer Gesellschaft
- Pat/Angehörige, die „**Alles**“ fordern
- **Ärztlicher Machbarkeitswahn** moderner Medizin führt zu **Übertherapie**
 - ÄrztInnen, die auf „**Machen**“ trainiert sind
 - die **nie ein Bioethik-Training** gehabt haben
 - sich in **Ethik und Recht** als Basis med. Entscheidungsfindung **nicht auskennen**
 - Sterben als **ärztliches Versagen** ansehen
- **Angst** vor der Entscheidung zur **Therapiezieländerung (TZÄ)** haben (**Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung / fahrlässigen Tötung**)

Pat, die „weniger“ wollen als Ihre ÄrztInnen und Angst vor dem **ärztlichen Machbarkeitswahn** haben,...

- weil sie **kein Pflegefall** werden wollen
- die auch **eine indizierte Therapie nicht wollen** („*Recht auf Unvernunft*“)
- **Recht auf Sterbehilfe fordern** und Ihr Sterben **selbst in die Hand nehmen / bestimmen** wollen

Ein Gedanke: Mit der **Forderung des „Rechts auf Sterben“** braucht es dann aber einen Menschen, der bereit ist **mitzuhelfen einen anderen zu töten ...???**

5

Wo ist das **Dilemma** unserer modernen Medizin ? ... aus der Sicht der KlinikerIn...

Wir diskutieren hier und heute über **Sterbehilfe / assistierten Suizid ...**

- ... und sind weit davon entfernt, die **legalen Möglichkeiten auszuschöpfen**, die wir hätten, um **sinnloses Hinauszögern des Sterbens** durch häufigst praktizierte **Machbarkeitsmedizin** mittels **rechtzeitiger Therapiezieländerung (TZÄ)** zu verhindern ...

Weg von sinnlosen Heilungsversuchen → rechtzeitige Palliativmedizin

- Es gibt nicht genug **flächendeckende Palliativmedizin / Hospize**
- Wir haben zu **wenig palliativmedizinisches Wissen** in der ÄrztlInnenschaft
- Es gibt viel zu **wenig Wissen** in der Gesellschaft um **rechtzeitige und gute palliativmedizinische Versorgung** am **Ende des Lebens** und um die **Möglichkeiten der Selbstbestimmung** (ErwSchG)
- Menschen haben **Angst vor Unmenschlichkeit moderner Medizin** und **flüchten sich** unter anderem auch daher in den **Gedanken des selbstbestimmten Sterbens**

6

Wo ist das **Dilemma** unserer modernen Medizin ? ... aus der Sicht der KlinikerIn...

Angst, auf der der **Wunsch nach einem Suizid basiert**, ist oft eine Angst vor ...

- dem **Alleinsein** am Ende des Lebens
- **nicht beherrschbaren Symptomen** im Rahmen einer **schweren Erkrankung** (Atemnot, Ersticken, Schmerzen, Verbluten... etc...)
- dem **ausgeliefert** sein und **zu Tode gequält** werden von einer **unmenschlichen**, an der reinen **Machbarkeit orientierten**, modernen Medizin, etc... → **Übertherapie**

Oft ist der Wunsch **niemanden zur Last fallen** zu wollen, Trigger für Suizid-Gedanken

Mehr **Wissen** in der Bevölkerung ...

- um die **Rechte** im Rahmen der **Autonomie/Selbstbestimmung** (neues ErwSchG)
- um die guten **palliativmedizinischen Möglichkeiten** der **Symptomkontrolle** bei schwerer Krankheit (nicht nur bei Tumoren, sondern auch bei Endstage Herzinsuffizienz, Lungenkrankheit, Lebererkrankung, neurologischer Erkrankung etc... ,)
- um die Möglichkeit auf ein **begleitetes „Sterben in Würde“** in den Händen von versierten **PalliativmedizinerInnen**

... würde den **Wunsch nach einem Suizid** evtl. häufiger **relativieren** !

7

Definition: **Overuse/Übertherapie**

Durchführung von **Behandlungen**,

- die **sehr unwahrscheinlich**

weder die Lebens-**Qualität** noch **Quantität** erhöhen,

- die **mehr Schaden als Nutzen** anrichten,
- oder denen **PatientInnen**, die über potentielle **Benefits** und **Risiken** voll **informiert** gewesen wären, **nicht zugestimmt** hätten

Elshaug AG(1), Rosenthal MB(2), Lavis JN(3), Brownlee S(4), Schmidt H(5), Nagpal S(6), Littlejohns P(7), Srivastava D(8), Tunis S(9), Saini V(10). **Lever for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value healthcare. Lancet. 2017** Jan 6. pii: S0140-6736(16)32586-7.

8

Übertherapie ein weltweites Phänomen

Ausmaß von 'non-beneficial treatments' (NBT) in den **letzten 6 Lebensmonaten** ?

38 Studien mit **1.213.171 (!!!)** PatientInnen **weltweit** (10 Länder: USA (18), Europe/UK (7), Canada (5), Brasilien (3), Taiwan/South Korea (3) und Australia (2) → **Pat. erhielten 33-38% NBT**

- 28% CPR
- 42% ICU
- 30% HF
- 30% Radiotherapie, Transfusionen
- 38% der sterbenden Pat erhielten Antibiotika, cardiovaskuläre, endokrine und digestive Behandlungen
- 33-50% aller Sterbenden erhielten nicht mehr zielführende Labor-Tests
- 10% nicht-sinnvolle ICU-Aufnahmen
- 33% nicht-sinnvolle Chemotherapien in den **letzten 6 LW** !

Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. Int J Qual Health Care. 2016

9

ÜBERTHERAPIE – wieso?

Technisch/med. **Möglichkeiten sind unbegrenzt ...**

- **Operieren** kann man fast alles (ChirurgInnen)
- **Am Tisch** bleibt **keine(r)** (AnästhesistInnen)
- **Chemotherapieren** kann man fast immer
 - Pat ist aber **mehr** als sein perf. Divertikel/Tumor/Herzinsuffizienz
 - bringt **Co-Morbiditäten / Risikofaktoren / Lebensumstände** mit

Darüber rechtzeitig nachzudenken
ist **aufwendig**
und wesentlich **komplexer** als
technisch Mögliches einfach zu machen !

Indikation / Therapieziel ???

REHA-Potential ???

Wo kann diese PatientIn bestenfalls hinkommen ?

10

Folge von Übertherapie: „Chronic Critical Illness“ (CCI)

„Chronisch kritische Kranke“ sind eine **rasch wachsende Gruppe** von PatientInnen (5 - 10% der Pat., die eine schwere KH oder chir. Prozedur überleben), die ...

- eine **kritische Erkrankung überlebt** haben *...endet häufig als schwerer Pflegefall*
 - weiter unter einem **persistierendem MODS** leiden
 - über Monate (und Jahre) **hochspezialisierte Versorgung** benötigen
 - Prolongierte (> **21 d**) mechanische **Beatmungspflichtigkeit**.
 - Wiederholte **Infektionen**, protrahiertes **MODS**, **Schwäche**, und **Delir**
 - **Hohe Wiederaufnahme-raten** ad ICU
 - **> 50% Mortalität** innerhalb 1 Jahr
 - **>88 % verlassen KH nicht**, sind **funktionell abhängig** 1 Jahr nach krit. Erkrankung
- Astronomische Kosten für das Gesundheitssystem (> \$20 Mio. / Year)**

Lamas D. Chronic critical illness. N Engl J Med. 2014 Jan 9;370(2):175-7.

Macintyre NR. Chronic critical illness: the growing challenge to health care. Respir Care. 2012 Jun;57(6):1021-7.

11

Schaden, der durch Übertherapie entsteht ...

Wir **schaden** damit ...

- nicht nur unseren **PatientInnen (chronisch kritisch krank, Pflegefall)**
- sondern auch den **Angehörigen** ¹ (PTSS)
- den **behandelnden Teams (Burnout)** ^{2,3,4}
- und schlussendlich auch der **Gesellschaft** ^{5,6}
indem wir erhebliche **sinnlose Kosten** im Gesundheitssystem verursachen unter **Verletzung des Prinzips der „Gerechtigkeit“**
(soziale Gerechtigkeit / Verteilungsgerechtigkeit)

1 Hickman RL Jr(1), Douglas SL. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of **family members**. AACN Adv Crit Care. 2010 Jan-Mar;21(1):80-91

2 Fumis RRL(1), Junqueira Amarante GA(2), de Fátima Nascimento A(3), Vieira Junior JM(2). Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. Ann Intensive Care. 2017 Dec;7(1):71.

3 Moss M, Good VS, Gozal D et al. A critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health-care professionals. A call for action. Am J Respir Crit Care Med 2016 194(1):106-113

4 Hartog CS(1)(2), Hoffmann F(3), Mikolajetz A(3), Schröder S(4), Michalsen A(5), Dey K(6), Riessen R(7), Jaschinski U(8), Weiss M(9), Ragaller M(10), Bercker, S(11), Briegel J(12), Spies C(13), Schwarzkopf D(3); SepNet Critical Care Trials Group – Ethicus II Studiengruppe. Non-beneficial therapy and emotional exhaustion in end-of-life care : Results of a survey among intensive care unit personnel. Anaesthesist. 2018 Sep 12.

5 Lamas D. Chronic critical illness. N Engl J Med. 2014 Jan 9;370(2):175-7

6 Macintyre NR. Chronic critical illness: the growing challenge to health care. Respir Care. 2012 Jun;57(6):1021-7.

12

Diese Art moderner Medizin macht vielen Menschen **Angst** ...

- der Medizin **ausgeliefert** zu sein ...
- **nicht „schön“ Sterben** zu dürfen/können ...
- **Leiden** zu müssen ...
- ein Ende zu nehmen, das man so **nicht will**

... verhindert das „gute Leben am Ende des Lebens!“
 ... verhindert das „gute und rechtzeitige Sterben!“

13

„schön“ sterben ... „Sterben in Würde“

1. Angstfrei
2. Stressfrei
3. Schmerzfrei
4. ohne Atemnot
5. Nicht alleine

14

Gibt es ein **Recht auf selbstbestimmtes Sterben** ?

(... aus dem Vortrag von Prof. Prof. Dr. Kurt Schmoller)

- Es gibt ein **Recht auf Leben** ... aber **Kein** **Recht auf Sterben** !
- Es ist **nicht rechtswidrig** sich **selbst zu töten** (**Autonomie** über das eigene Leben)
- PatientIn kann eine **medizinisch wirksame /indizierte Behandlung jederzeit ablehnen**
(„**Recht auf Unvernunft**“ / **eigenmächtige Heilbehandlung** wider den Willen der PatientIn ist ein Straftatbestand)
- **Frage**, die es zu beantworten gilt:
Soll es zulässig sein, dass eine Sterbewillige für eine geplante Selbsttötung Hilfe dazu bereiter Personen in Anspruch nehmen kann ?
 - Das **war bisher und ist jetzt** derzeit **noch verboten**
 - VfGH hat das aber **ausnahmslose Verbot der Beihilfe als verfassungswidrig** beurteilt und
→ **Strafvorschrift mit 1. Januar 2022 aufgehoben**

15

Was ÄrztIn darf und was nicht ...

Das darf man:

Therapiezieländerung (TZÄ) ... von **Heilung** auf **palliativmedizinische** Maßnahmen umstellen, wenn technisch machbare Therapie **keinen Nutzen** mehr hat ...

- hilft **Übertherapie** vermeiden
- hilft **Leiden nicht hinauszuzögern**
- **läßt „Sterben in Würde“ zu**

Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, Hörmann C, Hoffmann ML, Krenn CG, Lenhart-Orator A, Likar R, Pernerstorfer T, Pfausler B, Roden C, Schaden E, Valentin A, Wallner J, Weber G, Zink M, Peintinger M. [Definitions, decision-making and documentation in end of life situations in the intensive care unit. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.](#) 2013 Apr;48(4):216-23.

Das darf man nicht:

- **Jemanden töten**
- **Verleitung zum Selbstmord**
- **jede sonstige Mitwirkung (Beihilfe) an einer Selbsttötung**

→ ist erst „erlaubt“ ab Jan 2022

16

Basics aus Recht und Ethik

für KlinikerInnen und für alle Menschen,
die mit Medizin in Kontakt kommen **(ALLE !!!)**

Schwierige Entscheidungen in der Medizin
am Lebensende (EOL-Decisions):

17

Gesetzliche Basis medizinischer Entscheidungsfindung

aus Sicht der KlinikerIn

• PatientInnenenverfügungsgesetz

Pat kann **Werte und Wünsche** definieren, was sie möchte/nicht möchte,
wenn sie **nicht** mehr für sich selbst sprechen kann

• Neues ErwSchG

Stärkt das Recht auf **Selbstbestimmung/Autonomie**

Regelt **Stellvertretung**:

Vorsorgebevollmächtigte, gewählte, gesetzliche, gerichtliche (alt = Sachwalterschaft)

→ überbringen den **mutmaßlichen Pat-Willen**

• Hippokrates / modernes Ärztegesetz ...

18

Hippokrates ...

-
- Die Verordnungen werde ich treffen zum **Nutzen der Kranken** nach meinem **Vermögen und Urteil**,
- mich davon **fernhalten**, Verordnungen zu treffen zu **verderblichem Schaden und Unrecht**.
- Ich werde **niemandem**, auch auf **eine Bitte nicht**, ein **tödlich wirkendes Gift** geben und auch **keinen Rat dazu** erteilen;
- gleicherweise werde ich keiner Frau ein fruchtabtreibens Zäpfchen geben
- Heilig und fromm werde ich mein Leben bewahren und meine **Kunst**.
- ...

19

Ärztegesetz ... das wichtigste für uns **KlinikerInnen**

Handlungsmaxime aus dem seit **1949** zu diesem Punkt unverändert **gültigen Ärztegesetz**

§ 49 (1) gibt vor,

dass „... ÄrztIn verpflichtet ist nach Maßgabe der ärztlichen **Wissenschaft** und **Erfahrung** ...

- das **Wohl der Kranken** und
- den **Schutz der Gesunden** zu wahren...“

... und NICHT: „mit allen Mitteln zu heilen / das Leben zu erhalten !“

„Zum **Wohle der Kranken**“ kann auch sein
gut begleiten und **Sterben in Würde zulassen**

20

Handlungsmaxime aus dem seit **1949 gültigen Ärztegesetz § 49 (1)** gibt vor,

... „palliativmedizinische Maßnahmen sind auch dann zulässig, wenn ihr **Nutzen der Symptomlinderung** das mögliche **Risiko** einer Beschleunigung des Verlusts **vitaler Lebensfunktionen überwiegt**“ ...

... und **NICHT**: „mit allen Mitteln zu helfen“ ...

„Zum **Wohle der Kranken**“ kann auch sein
gut begleiten und **Sterben in Würde zulassen**

21

Ethische Grundregeln medizinische Handelns...

Entnommen von...

Konsens der ...

- röm. Kongregation für **Glaubenslehre**
- **Deutsche** Gesellschaft für Anästhesie + Intensivmed.
- **Schweizer** Akademie der Wissenschaften,
- **internationale** Consensus Konferenz, Brüssel
- **Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende/Europarat**
- **Sterben in Würde**: Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen, Stellungnahme der österr. Bioethikkommission vom 9. Februar 2015
- **Georgetown Mantra / 2-Säulenmodell**

22

‘Georgetown-Mantra’ als Basis medizinischer Entscheidungsfindung

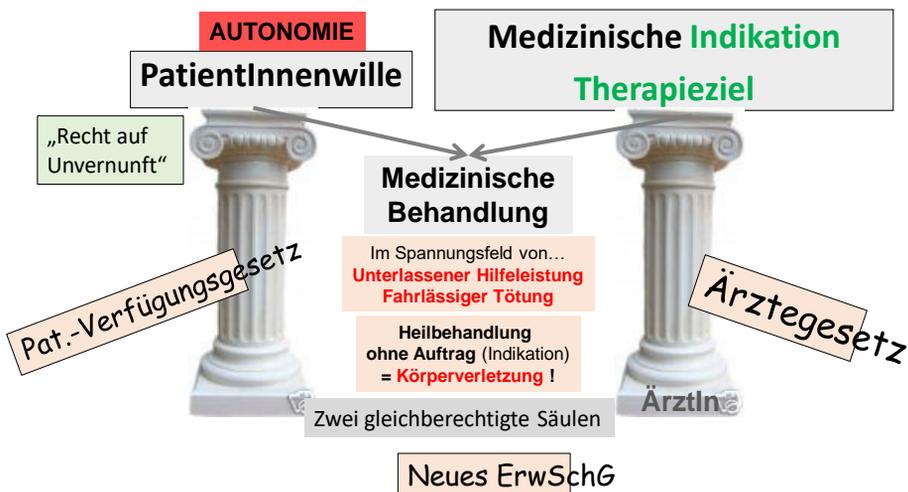
1. **Selbstbestimmungsrecht** des Patienten
(*respect for **autonomy***)
2. **Patientenwohl**
(Prinzip des **Wohltuns** - ***beneficence***)
3. Prinzip der **Schadensvermeidung**
(Prinzip des **Nicht-Schadens** - ***non-maleficence***)
4. Soziale **Gerechtigkeit**
(Prinzip der Verteilungs-**Gerechtigkeit** - ***justice***)

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F.: Principles of Biomedical Ethics. 6th Edition. Oxford University Press 2008

23

2 Säulen Modell

als Grundlage **ärztlichen** Handelns/Entscheidens



24

Sinn einer **Behandlung**
ist klar über den
Nutzen für **PatientIn**
definiert

bei **primärem Nichtvorhandensein** des Nutzens der Behandlung
oder

bei **sekundärem Wegfall des Nutzens**

→ **Behandlungs-verzicht / Abbruch**

25

Intensivtherapie
(sowie **jede andere** Therapie auch!)
darf
keine Leidens- bzw.
Sterbensverlängerung sein

26

... eine **nicht mehr begründbare** Therapie ist
ethisch nicht vertretbar
 und kann eine
Körperverletzung darstellen,
 sofern dadurch
irreversible Abläufe (Sterben)
nur verlängert werden....

27

Jede Therapie,
 die man **nicht neu beginnen** würde
(Withhold),
darf und muss man
 beim Sterbenden **beenden (Withdraw)**

28

... das ist **keine AKTIVE Sterbehilfe**

sondern eine
Nicht-Durchführung oder
Nicht-Weiterführung

einer für PatientIn «nutzlosen» Therapie
und hat zum Ziel ein «*Sterben in Würde*» möglich zu machen

29

Jede unterlassene/beendete Handlung ist **ethisch gleichwertig ..**

- Nicht auf eine **Intensivstation** aufnehmen
- **OP** nicht mehr durchführen
- **Nierenwäsche** beenden/nicht beginnen
- **Antibiotika** beenden/nicht mehr beginnen
- **Blutdruck-, Herzmedikamente** reduzieren/ausschalten
- **Gerinnungstherapie/Konserven bei blutender Pat**
beenden (wenn z.B. keine chir. Sanierung möglich ist)
- **Beatmung** auch bei nicht-atmender PatientIn beenden
- **HF / ECMO** abschalten, etc...

30

MERKE:

Der Zeitpunkt des Eintritts des Todes als Folge einer Therapiezieländerung

(z.B- Rückzug/nicht-Beginn von intensivmedizinischen Maßnahmen, Ende/Nicht-Beginn von Chemotherapie etc...)

kann sehr unterschiedlich lange dauern

(HLM-30 sec, Vasopressoren 5 min-mehrere Stunden, HF 5-10 Tage, Antibiotika Wochen etc...)

Schneller Todeseintritt ist dennoch

KEINE aktive Sterbehilfe

sondern die Beendigung einer für PatientIn nutzlos gewordenen Behandlung

→ **Körperverletzung** wenn man trotzdem weiter macht !

Ziel ist nicht Pat zu Tode zu bringen sondern **Sterben zu ermöglichen !**

31

Der ethische **Unterschied** zwischen
TZÄ mit Todesfolge und **aktiver Sterbehilfe**
liegt in der **Absicht**

• **Sterbehilfe/Euthanasie**

→ **Absicht** ist Pat. **aktiv zu Tode zu bringen**

• **Therapiezieländerung**

→ **Absicht** ist eine **nicht nützliche** Therapie
zu **beenden** oder **nicht zu beginnen**
mit dem Ziel **Sterben zu ermöglichen,**
Leiden nicht hinauszuzögern

32

Wann ist der richtige Zeitpunkt für eine TZÄ ?

- Eine **schwierige Frage** und dann **doch wieder nicht** !
→ Voraussetzung: ÄrztIn muss die **ethischen** und **rechtlichen Grundlagen** kennen (s.o.!)
 - ÄrztIn muss TZÄ mit viel **Wissen** und **Erfahrung** nach den Gesichtspunkten der **Wahrscheinlichkeit individuell** entscheiden (siehe Ärztegesetz !)
 - ÄrztIn muss **menschlich** denken und handeln
 - Wenn möglich eine einstimmige **Teamentscheidung** suchen
 - **ÄrztIn muss sich selbst** mit dem Thema Sterben **positiv auseinandergesetzt** haben
 - ÄrztIn darf **nicht dem Machbarkeitswahn** moderner Medizin verfallen sein
 - ÄrztIn darf **Sterben nicht als ärztliches Versagen** (!), sondern sollte Sterben als **unabdingbares Teil des Lebens** akzeptiert haben !

33

Palliative Sedierung –

eine **Alternative** zur Sterbehilfe / zum assistierten Suizid ?

Die **therapeutische oder palliative Sedierung (PST)** wird im **palliativmedizinischen Kontext** als der **überwachte Einsatz von Medikamenten** verstanden, mit dem **Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage** (Bewusstlosigkeit), um die **Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen** in einer für *Patient/innen, Angehörige und Mitarbeiter/innen* **ethisch akzeptablen Weise** zu reduzieren“.

Weixler D, Roider-Schur S, Likar R, Bozzaro C, Daniczek T, Feichtner A, Gabl C, Hammerl-Ferrari B, Kletecka-Pulker M, Körtner UH, Kössler H, Meran JG, Miksovsky A, Pusswald B, Wienerroither T, Watzke H. [Austrian guideline for palliative sedation therapy \(long version\) : Results of a Delphi process of the Austrian Palliative Society \(OPG\)](#). Wien Med Wochenschr. 2017 Feb;167(1-2):31-48
Sophie Schur, Dietmar Weixler, Christoph Gabl, Gudrun Kreje, Rudolf Likar, Eva Katharina Masel, Michael Mayrhofer, Franz Reiner, Barbara Schmidmayr, Kathrin Kirchheiner, Herbert Hans Watzke, on behalf of the AUPACS (Austrian Palliative Care Study) Group. BMC Palliat Care. 2016; 15: 50. Published online 2016 May 14. Sedation at the end of life - a nation-wide study in palliative care units in Austria

34

Abschliessende Gedanken / Fragen ...

Wenn wir ÄrztInnen aus dem **Machbarkeitswahn** moderner Medizin heraus fänden und **Indikation/Therapieziel** bei technisch machbaren medizinischen Handlungen strenger hinterfragen würden,

und wenn wir die uns zur Verfügung stehenden **ethischen/rechtlichen Mittel der Therapiezieländerung** besser nutzen würden ...

- würden wir viel **sinnloses Leiden** verhindern können
- hätten die Menschen weniger **Angst** in die **Fänge moderner Medizin** zu geraten und am Lebensende **leiden** zu müssen
- wäre der **Suizid** nicht der **Inbegriff für ein „Sterben in Würde“**, sondern vielmehr der Wunsch nach dem **Erhalt einer guten palliativmedizinischen Betreuung** am Ende des Lebens

Wenn alle mehr wüssten über die **Möglichkeiten moderner Palliativmedizin** und diese wirklich **flächendeckend für alle Menschen zur Verfügung stünde**,

- dann würde sich evtl. der **Wunsch nach Sterbehilfe/Suizid** deutlich relativieren
- dann würde der Wunsch und die Durchführung eines/r **assistierten Suizids/Tötung auf Verlangen** eine **gut diskutierte** und **gut dokumentierte Ausnahme bleiben**
- dann müsste kein Mensch an der **Tötung eines anderen Menschen beteiligt** sein (oder sehr viel seltener)
- und es gäbe vielleicht auch **weniger Missbrauch** ...

35

- Ist trotzdem eine „**medizinische Indikation**“ für einen **assistierten Suizid** denkbar ?
 - **Symptomkontrolle** schwierig bis unmöglich, **gute Lebensqualität** nicht wirklich herstellbar
- Wie lässt sich eine „**schiefe Ebene**“ vermeiden, in der nicht nur „**unerträgliches Leid**“ sondern auch „**unerträgliches Leben**“ zum **Tötungswunsch** führt? **Wo** ist die Grenze ? **Wer** entscheidet ?
 - Keine Frage der Intensivmedizin → **Team von erfahrenen Fachleuten**
- Gibt es in **Ausnahmefällen** ein **Recht auf Tötung** ? **Wer** führt die Tötung durch ? Freiwillige **Nicht-ÄrztInnen / ÄrztInnen** ?
- Was macht dies mit der **Autonomie des Arztes** ... ?
 - Ein Arzt **muss immer „Nein“ sagen** können ! Sollte ÄrztIn aber auch **gut begründet „ja“ sagen** dürfen ???
- Welche negative „**Sogwirkung**“ entsteht durch die „**offene Türe**“ ... **schafft Angebot Nachfrage** ?
 - Nimmt es PatientInnen die Möglichkeit, sich dieser letzten Lebensphase und dem **Leiden bewusst zu stellen** (mit allen Chancen, Herausforderungen und Schwierigkeiten) - auch darin einen **Sinn** zu sehen?
 - Fragen, die ins **Religiöse/Philosophische** gehen und **eine individuelle Antwort** brauchen
- Sollte die **Tötung eines anderen Menschen** nicht doch eine **unüberschreitbare Grenze** sein/bleiben?
- Ist der Wunsch auf **Hilfe bei der Durchführung eines Suizids** eigentlich eine **nicht-tolerierbare Zumutung**
 - **Kann das rechtlich so gut abgesichert werden, dass Missbrauch/Eigendynamik vermieden werden können ???**

36

Was ich selbst denke ...

- Auch für mich **viele offene Fragen** ... viele **berechtigte Fragezeichen** ???
- Auch ich bin in vielen Punkten **unsicher**
- Es muss immer eine **individuelle Entscheidung** sein
- Falls möglich Entscheidung im **Team erfahrener KollegInnen**
- Früher hätte ich kategorisch **„nein“**, gesagt,
heute mit mehr Erfahrung würde ich eher sagen **„Sag niemals nie“**
- Ich war **selbst noch nie betroffen**, wurde **nie um „Hilfe“ gebeten**, habe eine solche Entscheidung noch **nie selbst treffen müssen** und war auch noch nie bei einem assistierten Suizid dabei oder beteiligt ...
- Habe aber schon einige **„Schauermärchen“** von KollegInnen gehört
- Ich habe als OberärztIn schon sehr viele gut begründete **TZÄ entschieden** und **durchgeführt** und mich dabei immer **„gut gefühlt“**
„Sterben in Würde“ **ermöglicht** und **begleitet**
Ich denke, ich würde niemanden töten wollen und immer versuchen einen Ausweg über die Palliativmedizin zu finden

37

Danke für Ihre Aufmerksamkeit !

**Ich freue mich auf eine
spannende Diskussion**

38