

Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt

Recommendations for the terminology of medical decisions in end-of-life situations

Austrian Bioethics Commission

Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende

Stellungnahme der Bioethikkommission
beim Bundeskanzleramt

Recommendations for the terminology of medical decisions in end-of-life situations

Opinion of the Austrian
Bioethics Commission

Wien, 2011

Kontakt

Geschäftsstelle der Bioethikkommission,
Ballhausplatz 2, 1014 Wien
www.bundeskanzleramt.at/bioethik
www.bka.gv.at/bioethics

Impressum

Herausgeber: Geschäftsstelle der Bioethikkommission
Für den Inhalt verantwortlich: Geschäftsstelle der Bioethikkommission
Redaktion: Gabriela Schwehla, Dr. Doris Wolfslehner
Grafische Gestaltung: BKA|ARGE Grafik
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn
Wien, 2011

1 Präambel	5
2 Ethische Prinzipien	6
2.1 Schutz des Lebens	6
2.2 Anspruch auf Selbstbestimmung	6
2.3 Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip	7
2.4 Verteilungsgerechtigkeit	7
3 Rechtliche Grundsätze für eine medizinische Behandlung	8
3.1 Fehlen der medizinischen Indikation	8
3.2 Behandlungsabbruch nach dem Willen des Patienten (Vetorecht des Patienten)	8
4 Medizinische Behandlung	10
4.1 Grundlage medizinischer Entscheidungen	10
4.2 Therapieziel und Therapiezielmodifikation	10
5 Empfehlungen der Bioethikkommission zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende	12
Literaturnachweise	13
Ausgewählte Literatur	14
Mitglieder der Bioethikkommission 2009–2011	25
Empfehlungen und Stellungnahmen der Bioethikkommission 2007–2011	26

1 Preamble	15
2 Ethical principles	16
2.1 Protection of life	16
2.2 Right to self-determination	16
2.3 Principle of solidarity and care	17
2.4 Fair distribution of funds	17
3 Legal basis for medical treatment	18
3.1 Absence of a medical indication	18
3.2 Discontinuation of treatment in accordance with the patient's will (right of veto)	18
4 Medical treatment	20
4.1 Basis for medical decisions	20
4.2 Therapy goals and their modification	20
5 Recommendations of the Bioethics Commission for the terminology of medical decisions in end-of-life situations	22
References	23
Further reading	24
Members of the Austrian Bioethics Commission 2009–2011	25
Recommendations and Opinions of the Austrian Bioethics Commission 2007–2011	26

1 Präambel

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

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

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

Diese Vorschläge orientieren sich an Werten wie Vertrauen, Respekt und kommunikativer, humaner Verbundenheit, die einen unumstrittenen Ausgangspunkt bilden. Dabei ist sich die Bioethikkommission im Klaren, dass ihre Bemühungen nur ein Schritt zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation sind und aufgrund des dynamischen Wandels in absehbarer Zeit gewiss eine weitere Bearbeitung erforderlich wird.

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

2 Ethische Prinzipien

Für Entscheidungen, die in der besonderen Situation unheilbar kranker und sterbender Menschen getroffen werden, sollten grundlegende Normen und Werte maßgeblich sein. Diese Normen und Werte sind in der Menschenwürde und in den Menschenrechten verankert, unter den Mitgliedern der Bioethikkommission unstrittig und finden auch in der Gesellschaft breiten Konsens. Insbesondere folgende Gesichtspunkte sind es, auf die in der Diskussion über Umgang mit sterbenden Menschen immer wieder Bezug genommen wird und die auch in allen Überlegungen zu berücksichtigen sind: Schutz des Lebens, Anspruch auf Selbstbestimmung, Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip sowie der Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit. ■

2.1 Schutz des Lebens

Der Schutz des Lebens ist ein grundlegendes ethisches Prinzip, dessen besonderer Stellenwert in den Augen fast aller Menschen unantastbar ist. Gerade die universelle Gültigkeit dieses Prinzips auf der einen Seite und die Bandbreite der möglichen Auslegungen bzw. praktischen Umsetzungen auf der anderen Seite bergen insbesondere im Kontext mit Sterben und unheilbarer Krankheit ein hohes Konfliktpotential. Eine radikale Auslegung dieses Prinzips würde die volle Ausschöpfung medizinisch-technischer Möglichkeiten nach sich ziehen, unabhängig von den Lebensumständen betroffener Menschen, denen dann möglicherweise sinnlose Sterbensverlängerung und Leidenserfahrung zugemutet werden. Eine Mehrzahl von Menschen würde sich vermutlich mit einer relativen Auslegung dieses Grundprinzips identifizieren: Abweichungen von der Forderung nach absolutem Schutz des Lebens sind möglich, wenn Lebensverlängerung gleichzeitig eine Verlängerung nicht mehr hinzunehmen-

den Leidens oder eines eingetretenen Sterbeprozesses bedeutet. Die Vorstellung vom Tod selbst als gelingender Endpunkt eines vollendeten Lebens wird in einer Fülle an Literatur artikuliert und variiert in einer geringen Bandbreite. ■

2.2 Anspruch auf Selbstbestimmung

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

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

2.3 Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip

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

2.4 Verteilungsgerechtigkeit

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

Dabei ist zu beachten, dass berechnete ökonomische Überlegungen im Sinne eines effizienten Einsatzes vorhandener Ressourcen auf der Ebene der Makroallokation stets auch einen Einfluss auf die konkrete Zuteilung auf der Ebene der Mikroallokation,

also auf die konkrete Behandlungssituation haben werden. Es ist daher abzulehnen, dass Entscheidungen zum Vorenthalt medizinisch sinnvoller Maßnahmen unter Verweis auf allgemeine wirtschaftliche Faktoren auf die individuelle Ebene von behandelndem Arzt und Patient übertragen werden. Die Behandlungsentscheidungen am Lebensende werden sich hier, solange eine medizinische Indikation gegeben ist, ausschließlich am Wohl des individuellen Patienten und an seinem Willen orientieren. Gleichwohl stehen Forderungen der Verteilungsgerechtigkeit ganz allgemein nicht im Widerspruch zur Achtung individueller Autonomie und Würde und sind sorgfältig mit den Vorstellungen von einem menschenwürdigen Sterben in Einklang zu bringen. ■

3 Rechtliche Grundsätze für eine medizinische Behandlung

Die rechtlichen Voraussetzungen für die Durchführung einer medizinischen Maßnahme bestehen in der vorhandenen Indikation und der Einwilligung durch den einsichts- und urteilsfähigen Patienten. Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist dann gegeben, wenn der Patient Grund und Bedeutung einer Behandlung einsehen und nach dieser Einsicht seinen Willen und seine Erwartungen bestimmen kann. Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit hängt von den Umständen des Einzelfalles ab, zu denen auch z. B. die Schwere des Eingriffs zählt¹, und obliegt grundsätzlich dem behandelnden Arzt. ■

3.1 Fehlen der medizinischen Indikation

Neben der Einwilligung ist die medizinische Indikation entscheidend für die Durchführung oder Unterlassung (Nichtaufnahme) einer medizinischen Behandlung.² Eine medizinische Indikation ist aus rechtlicher Sicht nicht mehr gegeben, wenn die Behandlung mangels Wirksamkeit nicht mehr erfolgversprechend bzw. aussichtslos ist. In diesen Fällen entfällt eine mögliche Behandlungspflicht des Arztes. Dies trifft oft bei sterbenden Patienten zu, bei denen durch etwaige medizinische Maßnahmen (Medikamente, chirurgische Eingriffe, Interventionen wie z. B. das Setzen von PEG Sonden³, die Verwendung von Geräten zu Organersatz oder -unterstützung) das Leben – aber auch das Sterben – des Patienten verlängert werden soll. Dies gilt auch für andere Patienten, bei denen die Belastung einer möglichen Behandlung den zu erwartenden Vorteil überwiegt. In solchen Situationen trifft den Arzt keine Verpflichtung, eine nicht indizierte Maßnahme zu setzen. ■

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

Eine medizinische Maßnahme ist ohne Einwilligung oder gegen den Willen des Patienten, auch wenn sie *lege artis* durchgeführt wurde, grundsätzlich rechtswidrig. Ist der Patient einsichts- und urteilsfähig, entscheidet er über die Zulässigkeit einer medizinischen Behandlung. Dieser Grundsatz des »informed consent« ist nicht nur verfassungs- und völkerrechtlich (Art 8 EMRK) sowie gemeinschaftsrechtlich (Art 3 Abs 2 EU-Grundrechtscharta) abgesichert, sondern auch strafrechtlich geregelt. Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, macht sich nach § 110 StGB strafbar. Lediglich wenn Gefahr im Verzug vorliegt, kann die Einwilligung entfallen. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird aber nicht nur strafrechtlich, sondern auch zivilrechtlich geschützt.

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

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

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

Liegt keine ausdrückliche Willensäußerung des Patienten zur eigenen Behandlung bzw. zum Behandlungsabbruch im Falle einer schweren Erkrankung am Ende des Lebens vor oder hat der Patient keine rechtliche Vorsorge getroffen, ist für die weitere ärztliche Behandlung der mutmaßliche Wille des Patienten maßgebend.⁶ Für die Einschätzung des mutmaßlichen Willens sind primär mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten entscheidend. Auf Wertvorstellungen der Gesellschaft oder anderer Personen kommt es nicht an. Ist jedoch (auch) der mutmaßliche Wille des Patienten nicht feststellbar, ist im Zweifel der Wille, durch die indizierte medizinische Behandlung weiterzuleben (»in dubio pro vita«) anzunehmen. Dies ergibt sich schon aus dem normalen ärztlichen Heilauftrag.

Nach überwiegender Auffassung⁷ stellt die mutmaßliche Einwilligung in eine Heilbehandlung einen (ungeschriebenen) Rechtfertigungsgrund dar. Dieser liegt dann vor, wenn der handlungsunfähige Patient aufgrund der Umstände und bei Würdigung seiner Interessenslage die Zustimmung gegeben hätte.

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

4 Medizinische Behandlung

4.1 Grundlage medizinischer Entscheidungen

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

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

Ähnlich verhält es sich mit geschlechtsspezifischen Verschiebungen im Nutzen-Risiko-Verhältnis, wie dies erst kürzlich als relevantes Problem erkannt wurde und als wissenschaftliche Fragestellung in klinische Studien Eingang gefunden hat. Die Unschärfe im Nutzen-Risiko-Verhältnis erwächst aber nicht nur aus biologischen Unterschieden der individuellen Patienten. Ein nicht zu unterschätzender Aspekt ist der rasante medizinische Fortschritt. Innovative Technologien

finden im Rahmen von Heilversuchen vor Klärung der Datenlage klinische Anwendung. Darüber hinaus werden neue Behandlungen meist an Expertenzentren, die über profunde Kenntnisse auf einem bestimmten Fachgebiet der Medizin verfügen, getestet. Veröffentlichte Ergebnisse sind daher nur für diese repräsentativ, in weniger erfahrenen Zentren sind Abweichungen von publizierten Daten durchaus möglich. Die Summe der genannten Faktoren macht eine individuelle Entscheidungsfindung in konkreten Situationen oft zu einer Herausforderung, selbst wenn die Diagnose eindeutig ist. ■

4.2 Therapieziel und Therapiezielmodifikation

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

Der abgestufte Einsatz von Therapien und Therapiekombinationen zur Erreichung konkreter Therapieziele ist aus der modernen wissenschaftlich orientierten Medizin nicht mehr wegzudenken. Dabei wird eine exakt definierte Verbesserung krankheits- bzw. prognoserelevanter Kenngrößen als Therapieziel postuliert. Wird ein Therapieziel nicht in der gewünschten Zeit erreicht, besteht die Empfehlung, eine Änderung bzw. Anpassung der therapeutischen Strategie vorzunehmen, vorausgesetzt, das Therapieziel

bleibt bestehen. In der klinischen Praxis führt das unreflektierte Festhalten an Therapiezielen zu stetiger Therapieeskalation, auch wenn das vorgegebene Ziel wiederholt verfehlt wird. Der Begriff Therapieeskalation ist weit gefasst und beschreibt neben der einfachen Dosissteigerung eine Umstellung auf potentere Medikamente, die Kombination von Medikamenten mit unterschiedlichen biologischen Wirkungsweisen sowie den Einsatz apparativ-assistiver Technologien. Jegliche Therapieanpassung sollte unter dem Aspekt einer Nutzen-Risiko-Belastungsabwägung vorgenommen werden. Überwiegen das Risiko und die Belastung, die mit zunehmender Aggressivität und Invasivität einer Behandlung steigen, den zu erwartenden therapeutischen Nutzen, sollte eine Therapiezieländerung angestrebt werden. Die praktische Umsetzung dieser so einfach erscheinenden theoretischen Überlegungen gestaltet sich oft schwierig und stellt eine der größten Herausforderungen an die moderne Medizin dar.

Am Lebensende, wenn das Ziel einer Heilung oder deutlichen Lebensverlängerung unerreichbar wird, sind krankheitsspezifische therapeutische Interventionen oder allgemeine lebensverlängernde Maßnahmen zwecklos und führen unweigerlich zu Leidensverlängerung. Breiter Konsens besteht darüber, dass am Lebensende anstelle lebensverlängernder Maßnahmen andere Therapieziele in den Vordergrund rücken sollten.

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

5 Empfehlungen der Bioethikkommission zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende

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

Die Bioethikkommission empfiehlt daher, in Anlehnung an die Stellungnahme des Deutschen Nationalen Ethikrates⁹, die bisher verwendete Terminologie von aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe aufzugeben und die folgenden Begriffe einzuführen:

- *Sterbebegleitung*: Unter den Begriff der Sterbebegleitung fallen Maßnahmen zur Pflege, Betreuung und Behandlung von Symptomen von Sterbenden.¹⁰ Dazu gehören die körperliche Pflege, das Stillen von Bedürfnissen, wie Hunger- und Durstgefühlen, das Mindern von Übelkeit, Angst und Atemnot, aber auch menschliche Zuwendung und Beistand. Für die Durchführung dieser Maßnahmen ist die Einwilligung des Patienten notwendig.
- *Therapie am Lebensende*: Zu Therapien am Lebensende zählen alle medizinischen Maßnahmen, einschließlich palliativmedizinischer Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern, das Leben zu verlängern oder Leiden zu mildern.¹¹

- *Sterben zulassen*: Eine unter kurativer Therapiezielsetzung als lebensverlängernd bezeichnete medizinische Maßnahme kann unterlassen werden, wenn der Verlauf der Krankheit eine weitere Behandlung nicht sinnvoll macht und / oder der Sterbeprozess dadurch verlängert wird. Das trifft auch auf den Fall zu, in welchem der Patient die Behandlung nicht mehr autorisiert. Dennoch ist Begleitung und Unterstützung des Patienten immer erforderlich, sofern der Patient es wünscht.

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

Literaturnachweise:

- 1) Kletečka, A. (2010). Einwilligung. In: Aigner, G.; Kletečka, A.; Kletečka-Pulker, M.; Memmer, M. (Hrsg.) (2010). Handbuch Medizinrecht in der Praxis. Kapitel I: 131ff.
- 2) Kopetzki, C. (2000). Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens, Landesbericht Österreich. In: Taupitz, J. (Hrsg.) (2000). Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim 2000: 9f.
- 3) PEG Sonden sind Magensonden, die zur Ernährung des Patienten gelegt werden.
- 4) Siehe dazu ausführlich Kopetzki, C. (2007). Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten. iFamZ 4:197.; Bernat, E. (2009). Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei einwilligungsunfähigen Patienten. JBl 129.
- 5) Siehe näher mwN Kletečka-Pulker, M. (2009) Instrumente und Grenzen der Selbstbestimmung des Patienten. In: Körtner, U.; Müller, S.; Kletečka-Pulker, M.; Inthorn, J. (Hrsg.) (2009). Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett.
- 6) Vgl. dazu OGH 7.7.2008, 6 Ob 286/07p, Zak 2008/571, 332; Bernat, E. (1995). Behandlungsabbruch und (mutmaßlicher) Patientenwille. RdM 51.
- 7) Vgl. OGH 7.7.2008, 6 Ob 286/07p, RdM 2008/119, 155 mwN.
- 8) OGH 7.7.2008, 6 Ob 286/07p, RdM 2008/119; Vgl. dazu ausführlich Kopetzki, C. (2010). Abbruch lebenserhaltender Sondenernährung auf Grundlage des Patientenwillens auch bei »aktivem Tun« nicht strafbar, RdM 2010/91 mwN; Kopetzki, C. (2007). Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten. iFamZ 2007: 197; ebenso deutscher BGH BGHSt 40, 275 (»Kemptener Fall«).
- 9) Deutscher Nationaler Ethikrat (2006). Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Internet: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf (Zugriff: 31.5.2011).
- 10) Gemäß § 5 A Z 9 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) sind die Träger von Krankenanstalten durch die Landesgesetzgebung verpflichtet, dass ein würdevolles Sterben sichergestellt ist und Vertrauenspersonen Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können. Entsprechende Regelungen finden sich in den einzelnen Krankenanstaltengesetzen der Länder.
- 11) Deutscher Nationaler Ethikrat (2006). Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Internet: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf (Zugriff: 31.5.2011). 54.

Ausgewählte Literatur

- Bernat, E. (1995). Behandlungsabbruch und (mutmaßlicher) Patientenwille. RdM 51–61.
- Bernat, E. (2009). Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei einwilligungsunfähigen Patienten. JBl 129–32.
- Intensivmedizinische Gesellschaften Österreichs (2004). Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs: Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen. Wiener klinische Wochenschrift 116(21–22): 763–7.
- Kletečka, A. (2010). Einwilligung. In: Aigner, G.; Kletečka, A.; Kletečka-Pulker, M.; Memmer, M. (Hrsg.) (2010). Handbuch Medizinrecht in der Praxis. Kapitel I: 131ff.
- Kletečka-Pulker, M. (2009). Instrumente und Grenzen der Selbstbestimmung des Patienten. In: Körtner, U.; Müller, S.; Kletečka-Pulker, M.; Inthorn, J. (Hrsg.) (2009). Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Verlag Springer Wien/NewYork.
- Kopetzki, C. (2000). Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens, Landesbericht Österreich. In: Taupitz, J. (Hrsg.) (2000). Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim 2000: 9f.
- Kopetzki, C. (2007). Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten. iFamZ 4: 197–204.
- Kopetzki, C. (2010). Abbruch lebenserhaltender Sondenernährung auf Grundlage des Patientenwillens auch bei »aktivem Tun« nicht strafbar. RdM 91.
- Körtner, U.; Kopetzki, C.; Kletečka-Pulker, M.; Inthorn, J. (2009). Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG). Internet: http://www.univie.ac.at/ierm/php/cms/uploads/Projekte/Projekt%20PatVG/IERM%20Endbericht%20PatVG_Dez%202009.pdf (Zugriff 22.6.2011).
- Körtner, U. (2008). Sterben in Würde. Ethik am Lebensende im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorgepflicht. iFamZ 3: 129–31.
- Kröll, W.; Schaupp, W. (2010). Eluana Englaro – Wachkoma und Behandlungsabbruch. Medizinische – ethische – rechtliche Aspekte. Schriftenreihe RdM Band 31. Manz Verlag, Wien.
- Nationaler Ethikrat (2006). Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Internet: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf (Zugriff: 31.5.2011).
- Ohnsorge, K.; Rehmann-Sutter, C. (2010). Menschen, die sterben möchten. Empirische Studien in der Palliativmedizin und ihre ethischen Implikationen. In: Hilt, A.; Jordan, I.; Frewer, A. (Hrsg.). Endlichkeit, Medizin und Unsterblichkeit. Geschichte – Theorie – Ethik. Franz Steiner Verlag, Stuttgart.
- Valentin, A. (2006). Therapiebegrenzung oder -abbruch: Das Prinzip des »primum nihil nocere«. Wiener klinische Wochenschrift 118(11–12): 309–11.
- Wallner, J. (2008). Die richtigen Worte für medizinische Entscheidungen am Lebensende finden. Wiener klinische Wochenschrift 120(21–22): 647–54.
- Wiedermann, C. J.; Druml, C. (2008). End-of-life decisions in Austria's intensive care units. Intensive Care Med. 34(6): 1142–4.

1 Preamble

The rapid advances in the field of biomedical sciences and technologies have greatly changed and expanded the scope for action of medical experts and patients in end-of-life situations. At the same time, in the wake of social changes, the organisational and social conditions for medical action have witnessed a radical transformation. These developments have given rise to a plurality of moral concepts and preferences which, in conjunction with the above-mentioned expanded scope for action, constitute significant, and partly new, challenges for the field of medical ethics.

Unlike death, which describes an irrevocable and clearly defined situation, the end of a person's life is a process which, while ending in death, is temporarily, biologically and in the abstract sense, expandable per se. The term "end of life" is even vaguer when seen in the light of medical technologies aimed at supporting or replacing organs, as well as developments in the field of transplantation medicine. The end of a person's life is not subject to a clear definition in terms of a diagnosis, and does not therefore provide a precise basis for medical procedure, which renders the difficult decision-making process even more complicated. The balancing act between extending life and prolonging death reflects the perpetual conflict between what is medically feasible and the actual benefits for the patient. The fear of failing and worry about the legal consequences play a considerable role in the decisions taken by medical staff when the practice of evidence-based medicine does not provide adequate reference points.

The scientific and technical changes have given rise to a partial discrepancy between ethical arguments, terminology in current legal texts and medical interventions in end-of-life situations. Death seems to be becoming less of a natural occurrence and more of a medically and technically designed process. In the dying process, the moral principles of physicians (or those of dying persons and/or their relatives), and financial constraints and planning, as well as pharmacological promises, often clash with the wishes of the dying person and his or her relatives. In the interests of preventing any such insecurity for both doctor and patient and of upholding the autonomy of the patient to the extent possible, in view of the prevailing situation and incorporating the international debate on this subject, we wish to provide the following explanations and suggestions.

These suggestions are rooted in values such as trust, respect and the bond of human communication, which form an undisputed point of departure. Here, the Bioethics Commission is well aware that its endeavours constitute only one step towards improving the current situation and that, due to the dynamic pace of change, further work will certainly be necessary in the foreseeable future.

In this paper, the Bioethics Commission has not addressed the issue of active assisted suicide and questions pertaining to "euthanasia tourism". ■

2 Ethical principles

For decisions to be taken in the specific situation of terminally ill and dying persons, fundamental norms and values should apply. These norms and values are enshrined in the principles of human dignity and human rights, are indisputable among the members of the Bioethics Commission and have achieved broad consensus in society. The following points are those which are frequently referred to in any discussion concerning medical decisions in end-of-life situations and must be considered in all reflections on this subject: the protection of life, the right to self-determination, the principle of solidarity and care, and the maxim of distributive justice. ■

2.1 Protection of life

The protection of life is a fundamental ethical principle which, for most people, is sacrosanct. It is precisely the universal validity of this principle, on the one hand, and the wide range of possible interpretations or practical implementations, on the other—especially in connection with incurable illness and dying—that provide a high potential for conflict. A radical interpretation of this principle would engender the full exploitation of medical and technical possibilities, regardless of the living circumstances of the patient, who may then be subjected to a meaningless extension of the dying process and a prolongation of their suffering. The majority of people would probably identify with a relative interpretation of this basic principle: deviations from the demand for absolute protection of life are possible if extending a person's life at the same time means prolonging unbear-

able suffering or the dying process that has already begun. The concept of death itself as a successful end to a completed life has been expressed in countless sources of literature which vary from one another only marginally. ■

2.2 Right to self-determination

Self-determination can be viewed as an instrument that enables us to fulfil wishes and needs or to avert harm. The right to self-determination, particularly in connection with medical interventions, plays an important role, both in legal jurisdiction and in medical practice. No form of medical treatment may be carried out unless the affected person gives his or her consent. At the same time, self-determination also includes the right to refuse offers of help, even if this rejection seems somewhat incomprehensible from another person's point of view. It is therefore all the more important that this fundamental principle be upheld when dealing with terminally ill and dying persons. Knowledge of a patient's wishes naturally presupposes intensive attention to and discussions with him or her. It is often the case, however, that precisely in the critical situation at the end of a person's life, the wishes of the patient cannot be directly ascertained due to his or her physical, mental or general weakness and lack of energy. Medical and nursing staff can only fulfil the right of the dying person to self-determination—even if he or she is no longer in a position to express individual wishes—if all medical interventions are carried out in accordance with what is presumed to be the patient's will.

Compliance with a patient's will is, however, not mandatory if the person concerned demands measures that are ineffective or inappropriate or that are not in line with the personal conscience of the treating physician, the ethical and legal codex of the medical profession or the applicable laws. ■

2.3 Principle of solidarity and care

People who are dying or are terminally ill are particularly entitled to the care and attention of their fellow beings and the solidarity of society, since they are helpless and vulnerable. We must ensure that incurably ill and dying persons enjoy the protection which guarantees their rights as a person, which promotes their ability to make their own decisions to the extent possible and which permits them to die with dignity. The mandate to alleviate suffering is an important component of medical care in end-of-life situations. ■

2.4 Fair distribution of funds

If living and dying are no longer to be considered a natural occurrence but rather as periods of time that are artificially generated and designed, then not only medical and technical decisions but also economic conditions determine the length of a person's life. The relevant issues are currently being discussed in the field of health care under the keyword "allocation"; in other words, the question of a fair distribution of limited resources.

Here it should be borne in mind that justified economic considerations in terms of an efficient use of the existing resources at the macro-allocation level will always have an impact on their concrete distribution at the micro-allocation level; in other words, on the concrete treatment situation. It is therefore not acceptable that decisions to withhold medically expedient measures by referring to general economic factors are transferred to the individual level of the treating physician and his or her patient. Any decisions regarding treatment that are taken in an end-of-life situation should—as long as a medical indication exists—be solely oriented to the welfare of the individual patient and his or her wishes. Nevertheless, the demand for a fair distribution of funds is, in principle, not contradictory to respecting individual autonomy and dignity and must be carefully aligned with the concepts of dying in dignity. ■

3 Legal basis for medical treatment

The legal prerequisites for a medical intervention are a medical indication and the valid consent of a patient. Valid consent can be given if the patient is able to recognise the reason for and importance of a particular treatment and, based on this insight, can determine his/her own wishes and expectations. The assessment of whether a patient is capable of giving his or her consent depends on the circumstances of each individual case, including, for example, the severity of the intervention¹, and basically rests with the treating physician. ■

3.1 Absence of a medical indication

In addition to a patient's consent, the existence of a medical indication is a decisive factor for the implementation or omission (non-implementation) of a medical treatment.² From the legal point of view, a medical indication no longer exists if the treatment is not effective and therefore has no reasonable chance of success. In such cases, the obligation of the treating physician to initiate treatment may be waived. This is often the case with dying patients whose life—or death—is extended through some form of medical intervention (medicaments, surgical interventions, interventions such as the insertion of PEG probes³, the use of apparatus to support or replace organs). It also applies to other patients for whom the burden of a possible treatment outweighs its anticipated advantage. In such situations, the treating physician is not obliged to initiate a non-indicated measure. ■

3.2 Discontinuation of treatment in accordance with the patient's will (right of veto)

A medical measure that is initiated without the consent of or against the will of the patient concerned, even if implemented *lege artis*, is, in principle, unlawful. If the patient can give valid consent, he or she decides whether to allow medical treatment or not. This principle of “informed consent” is anchored not only in the Austrian Constitution and under international law (Art 8 ECHR), as well as in Community law (Art 3 Para 2 of the Charter of Fundamental Rights of the European Union), but is also governed by criminal law. Anyone who treats another person without his or her prior consent, even in accordance with the rules of medical science, is punishable by law in accordance with § 110 of the StGB. Only in cases of imminent danger can this consent be waived. The right of the patient to self-determination is protected not only by criminal law, but also under civil law.

A patient is not obliged to give reasons for his or her refusal to undergo treatment. He or she can also refuse to accept essential life-sustaining measures. This means that a patient possesses the unlimited right of veto. This right to self-determination embraces not only the decision concerning medical treatment in the narrower sense, but also the decision concerning life-sustaining “basic care”, including artificial feeding. References to self-determination in the field of medicine show very clearly that the legislator has accorded the patient's right to self-determination priority over a possible obligation to render care.⁴

As mentioned above, only in situations of medical emergency can a life-saving measure be initiated without the prior consent of the patient. This is, however, only permissible if there is not enough time to contact a possible legal representative of the patient or the legal representative.

If, however, the patient has already taken legally effective steps to refuse the treatment, then even in a life-threatening situation no decision may be taken contrary to his/her will. The anticipated refusal may take a variety of forms. On the one hand, it can happen that the patient has actually expressed his or her refusal shortly before the onset of the life-threatening situation. On the other hand, it could be the case that the patient has used the legal possibilities available to reject treatment, e.g. in the form of a binding living will or of a precautionary power of attorney.⁵

If there is no evidence of an explicit statement of wishes on the part of the patient for his/her own treatment or for the discontinuation of treatment in the event of a serious illness at the end of his/her life, or if the patient has not made any legal provisions, then the assumed will of the patient are the decisive factor for any further medical treatment.⁶ A deciding factor in the assessment of the patient's assumed will, are mainly oral or written statements made by him or her. The moral concepts of society or of other persons do not play a role here. If, however, the probable will of the patient cannot be ascertained, in cases of doubt the will to continue living by means of the medical treatment indicated ("in dubio pro vita") is to be assumed. This arises from the normal obligation of a physician to provide treatment.

Assumed consent is generally interpreted⁷ as an (unwritten) justification for medical treatment. Consent is assumed if the patient would presumably have given consent under the given circumstances and with regard for his/her own interests.

In summing up, we can therefore say that, in accordance with the general interpretation of the law, under the enumerated prerequisites the omission of life-sustaining measures is permissible or even mandatory from the legal point of view, regardless whether the intervention has not yet been initiated or is discontinued. The deciding factor for initiating or refraining from medical interventions is the patient's right to self-determination. The absence of legal consequences for the treating physician arises from § 110 of the StGB, which states that medical treatment is only permissible with the prior consent of the patient. If, however, a patient refuses to undergo treatment, then this may not be initiated, even if it can be assumed that without such an intervention the patient will die. § 110 of the StGB therefore rules that, in the event that a patient refuses to allow medical treatment, the physician concerned is exempt from his/her obligation, and indeed right, to treat the patient concerned.⁸ ■

4 Medical treatment

4.1 Basis for medical decisions

The wide range of medical decisions which are taken in the course of caring for patients should culminate in drawing up a strategy for an appropriate therapy. Normally, the indication for the initiation or withholding of treatment is determined by weighing up the benefits, risks and burdens involved for the patient.

Modern evidence-based medicine is rooted in the quantitative assessment of benefits, risks and burdens, and recognised specialised associations base their recommendations on data taken from large-scale, mainly multinational, clinical research. In the actual care of patients, however, the scientific fact-based access of modern medicine often reaches its limits. Shifts in the relationship between benefits, risks and burdens in one or another direction are caused in practice by a number of different factors. While elderly patients with multiple ailments constitute a growing group of society, they have as yet not been sufficiently investigated in clinical research. Invasive interventions or complex therapies frequently carry a higher risk when conducted on this group of patients.

A similar situation that has only recently been recognised as a relevant problem is that of gender-specific shifts in the benefit/risk ratio, and has therefore been incorporated into clinical research as a scientific issue. The unclear picture in the benefit/risk ratio does not, however, arise only from the biological differences between individual patients. One aspect that should not be underestimated is the rapid progress in the field of medicine. Innovative technologies are used clinically in

curative experiments even before the relevant data is available. Further-more, new forms of treatment are usually tested at institutions which have a profound knowledge of a particular branch of medicine. The published findings are therefore only representative for this group, whereas in less experienced medical centres deviations from published data are certainly possible. The sum total of the aforementioned factors often makes individual decision-making in concrete situations a challenge, even when the diagnosis is beyond doubt. ■

4.2 Therapy goals and their modification

The visualisation of a seemingly realistic therapy goal can considerably facilitate the decision-making process in therapeutic procedures. Depending on the diagnosis and stage of the relevant illness, the therapy goals can, of course, differ, ranging from healing, improving the prognosis, extending and enhancing the quality of life, and palliation, to “letting someone die with dignity”.

The step-by-step use of therapies and therapy combinations for the attainment of therapeutic goals is an indispensable part of modern, scientifically-oriented medical practice. Here, a precisely defined improvement of the illness- or prognosis-related indicators is postulated as a therapy goal. Should a therapy goal not be reached within the desired time, then a change or adjustment of the therapeutic strategy is recommended, provided that the therapy goal remains the same. In clinical practice, the stubborn adherence

to therapy goals can lead to a steady escalation of treatment, even if the prescribed goal has still not been attained. The term “therapy escalation” covers a broad range of possibilities, stretching from simply increasing the dosage, prescribing a more potent medication or a combination of medication with differing biological effects, to the use of assistive technologies. No form of therapy adjustment should be undertaken without weighing up the benefits, risks and burdens involved for the patient. If, as a result of the increasingly aggressive and invasive nature of the treatment, the risks and burdens outweigh the anticipated therapeutic benefit, a change of therapy goal should be striven for. The practical implementation of these seemingly simple theoretical considerations is, however, often difficult and constitutes one of the greatest challenges for modern medicine.

At the end of a person’s life, if the goal of curing or a definite prolongation of life cannot be attained, then illness-related therapeutic interventions or general life-prolonging measures are pointless and inevitably lead to prolonged suffering. There is widespread consensus that, in end-of-life situations, therapy goals other than those aimed at prolonging life should take priority.

It is important to differentiate between the comprehensive goal of treatment and the effects of individual medical measures. Measures which no longer serve the goal of treatment or individual medical measures which are no longer indicated should be reduced or terminated. On the other hand, tasks such as the alleviation of pain, psychological support and the treatment of symptoms should gain more importance. ■

5 Recommendations of the Bioethics Commission for the terminology of medical decisions in end-of-life situations

In juridical teachings and jurisprudence, a traditional distinction is made between active and passive, and direct and indirect, euthanasia. These terms, however, no longer apply. The process of changing a therapy goal by giving priority to palliative measures is at any rate not sufficiently covered by these juridical definitions and has an unjustifiably negative connotation.

Based on the Opinion expressed by the German Ethics Council⁹, the Austrian Bioethics Commission therefore recommends dispensing with the terminology of “active”, “passive” and “indirect” euthanasia and replacing them with the following terms:

- *End-of-life care*: The term “terminal care” covers measures aimed at the care, support and treatment of the symptoms of dying persons.¹⁰ These include physical care, satisfying needs such as hunger and thirst, reducing nausea, anxiety and shortness of breath, as well as rendering empathy and assistance. To conduct such measures the consent of the patient is required.
- *End-of-life treatment*: The concept “end-of-life treatment” encompasses all medical measures, including those of a palliative nature, that are initiated in the last phase of a person’s life with the aim of improving their living quality, extending their life or alleviating their suffering.¹¹

- *Allowing death*: A medical measure with a curative aim that is viewed as life-extending can be refrained from if the course of the illness does not warrant further treatment and/or if the dying process is thereby extended. This is also the case when a patient no longer authorises the treatment. Nevertheless, the care and support of a patient is always necessary, provided this is in line with his or her will.

As a basic principle, a distinction should be made within the above-mentioned therapy situations between active participation in suicide and killing upon demand, both of which, in accordance with the applicable Austrian legal system, are punishable offences. Participation in suicide exists when someone incites another person to kill him- or herself or helps him/her to do so. Killing upon demand occurs when someone kills another person at their urgent and insistent entreaty. ■

References:

- 1) Kletečka, A. (2010). Einwilligung. In: Aigner, G.; Kletečka, A.; Kletečka-Pulker, M.; Memmer, M. (Hrsg.) (2010). Handbuch Medizinrecht in der Praxis. Chapter I: 131ff.
- 2) Kopetzki, C. (2000). Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens, Landesbericht Österreich. In: Taupitz, J. (Hrsg.) (2000). Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim 2000:9f.
- 3) PEG tubes are inserted into the stomach for the purpose of feeding the patient through enteral nutrition.
- 4) For further details, see Kopetzki, C. (2007). Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten. *iFamZ* 4: 197.; Bernat, E. (2009). Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei einwilligungsunfähigen Patienten. *JBl* 129.
- 5) For further information, see Kletečka-Pulker, M. (2009) Instrumente und Grenzen der Selbstbestimmung des Patienten. In: Körtner, U.; Müller, S.; Kletečka-Pulker, M.; Inthorn, J. (Hrsg.) (2009). Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett.
- 6) Cf. OGH 7.7.2008, 6 Ob 286/07p, *Zak* 2008/571, 332; Bernat, E. (1995). Behandlungsabbruch und (mutmaßlicher) Patientenwille. *RdM* 51.
- 7) Cf. OGH 7.7.2008, 6 Ob 286/07p, *RdM* 2008/119, 155 for further reference.
- 8) OGH 7.7.2008, 6 Ob 286/07p, *RdM* 2008/119; cf. for further details Kopetzki, C. (2010). Abbruch lebenserhaltender Sondenernährung auf Grundlage des Patientenwillens auch bei “aktivem Tun” nicht strafbar, *RdM* 2010/91 mwN; Kopetzki, C. (2007). Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten. *iFamZ* 2007: 197.; see also the German BGH BGHSt 40, 275 (“the Kemptener case”).
- 9) German Ethics Council (2006). Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Internet: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf (31.5.2011).
- 10) In accordance with § 5 A Z 9 of the Hospital Law (KAKuG), the hospital authorities are obligated under regional legislation to ensure that a patient can die with dignity and that trusted persons can maintain contact with the dying person. The relevant regulations are contained in the hospital laws of the individual Länder.
- 11) Opinion of the German Ethics Council: Nationaler Ethikrat (2006). Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Internet: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf (31.5.2011). 54.

Further reading

Bernat, E. (1995). Behandlungsabbruch und (mutmaßlicher) Patientenwille. RdM 51–61.

Bernat, E. (2009). Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei einwilligungsunfähigen Patienten. JBl 129–32.

Intensivmedizinische Gesellschaften Österreichs (2004). Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs: Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen. Wiener klinische Wochenschrift 116(21–22): 763–7.

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

Kletečka-Pulker, M. (2009). Instrumente und Grenzen der Selbstbestimmung des Patienten. In: Körtner, U.; Müller, S.; Kletečka-Pulker, M.; Inthorn, J. (Hrsg.) (2009). Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Verlag Springer Wien/NewYork.

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

Kopetzki, C. (2007). Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten. iFamZ 4:197–204.

Kopetzki, C. (2010). Abbruch lebenserhaltender Sondenernährung auf Grundlage des Patientenwillens auch bei “aktivem Tun” nicht strafbar. RdM 91.

Körtner, U.; Kopetzki, C.; Kletečka-Pulker, M.; Inthorn, J. (2009). Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG). Internet: http://www.univie.ac.at/ierm/php/cms/uploads/Projekte/Projekt%20PatVG/IERM%20Endbericht%20PatVG_Dez%202009.pdf (22.6.2011).

Körtner, U. (2008). Sterben in Würde. Ethik am Lebensende im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorgepflicht. iFamZ 3: 129–31.

Kröll, W.; Schaupp, W. (2010). Eluana Englaro – Wachkoma und Behandlungsabbruch. Medizinische – ethische – rechtliche Aspekte. Schriftenreihe RdM Band 31. Manz Verlag, Wien.

Nationaler Ethikrat (2006). Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Internet: http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf (31.5.2011).

Ohnsorge, K.; Rehmann-Sutter, C. (2010). Menschen, die sterben möchten. Empirische Studien in der Palliativmedizin und ihre ethischen Implikationen. In: Hilt, A.; Jordan, I.; Frewer, A. (Hrsg.). Endlichkeit, Medizin und Unsterblichkeit. Geschichte – Theorie – Ethik. Franz Steiner Verlag, Stuttgart.

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

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

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

Mitglieder der Bioethikkommission 2009 – 2011

Members of the Austrian Bioethics Commission 2009 – 2011

Vorsitzende/Chairperson
Christiane Druml (Dr.)

Stv. Vorsitzender/Vice Chairperson
Markus Hengstschläger
(Univ.-Prof. Mag. Dr.)

Stv. Vorsitzender/Vice Chairperson
Peter Kampits (Univ.-Prof. Dr. h.c. Dr.)

Diana Bonderman (Priv.-Doz. Dr.)
Michael Fischer (Univ.-Prof. DDr.)
Ludwig Kaspar (Prim. Dr.)
Lukas Kenner (ao.Univ.-Prof.)
Maria Kletecka-Pulker (Dr.)
Ursula Köller (Univ.-Prof. Dr. MPH)
Christian Kopetzki (Univ.-Prof. DDr.)
Ulrich Körtner (Univ.-Prof. Dr. h.c. Dr.)
Gerhard Luf (Univ.-Prof. Dr.)
Barbara Maier (Univ.-Prof. DDr.)
Christine Mannhalter (Univ.-Prof. DI. Dr.)
Johannes Gobertus Meran
(Univ.-Prof. Dr., MA)
Günther Pöltner (Univ.-Prof. Mag. Dr.)
Magdalena Pöschl (Univ.-Prof. Mag. Dr.)
Barbara Prainsack (Mag. Dr.)
Walter Schaupp (Univ.-Prof. DDr.)
Marianne Springer-Kremser
(em. Univ.-Prof. Dr.)
Michaela Strasser (Univ.-Prof. DDr.)
Verena Strausz (Dr.)
Klaus Voget (Dr.)
Ina Wagner (Univ.-Prof. Dr.)
Ernst Wolner (Univ.-Prof. Dr.)

Empfehlungen und Stellungnahmen der Bioethikkommission 2007 – 2011

Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende
Stellungnahme vom 27. Juni 2011

Biobanken für die wissenschaftliche Forschung
Ergänzung zum Bericht vom Mai 2007, 14. März 2011

Kodifikation des Forschungsrechts
Stellungnahme vom 10. Jänner 2011

Gen- und Genomtests im Internet
Stellungnahme vom 10. Mai 2010

Ethische Aspekte der Entwicklung und des Einsatzes Assistiver Technologien
Stellungnahme vom 13. Juli 2009

Forschung an humanen embryonalen Stammzellen
Stellungnahme vom 16. März 2009

Empfehlungen mit Genderbezug für Ethikkommissionen und klinische Studien
Beschluss vom 15. November 2008

Nabelschnurbanken
Beschluss vom 19. Mai 2008

Nanotechnologie, Katalog ethischer Probleme und Empfehlungen
Beschluss vom 13. Juni 2007

Biobanken für die medizinische Forschung
Bericht vom 9. Mai 2007

Thesen zur Debatte Kind als Schaden aus Anlass divergierender Entscheidungen des Obersten Gerichtshofes
Beschluss vom 18. April 2007

Sämtliche Publikationen der Bioethikkommission sind unter: www.bka.gv.at/bioethik, verfügbar

Recommendations and Opinions of the Austrian Bioethics Commission 2007 – 2011

Recommendations for the terminology of medical decisions in end-of-life situations
Opinion of 27 June 2011

Biobanks for Medical Research
Amendments to the Opinion of May 2007, 14 March 2011

Codification of Legislation on Medical Research
Opinion of 10 January 2011

Genetic and Genome-Wide Testing on Internet
Opinion of 10 May 2010

Ethical Aspects of the Development and Use of Assistive Technologies
Opinion of 13 July 2009

Research on Human Embryonic Stem Cells
Opinion of 16 March 2009

Recommendations with Gender Reference for Ethics Committees and Clinical Studies
Opinion of 15 November 2008

Cord Blood Banking
Opinion of 19 May 2008

Nanotechnology, a Catalogue of Ethical Problems and Recommendations
Opinion of 13 June 2007

Biobanks for Medical Research
Opinion of 9 May 2007

Arguments Concerning the Debate “The Child as a case of damage” Prompted by Divergent Decisions of the Supreme Court
Opinion of 18 April 2007

The publications of the Austrian Bioethics Commission are available at: www.bka.gv.at/bioethics

